



## Hoe pijnlijk is dementie?

---

Een kwantitatief onderzoek naar de meerwaarde die het gebruik van een pijnscore instrument heeft bij het signaleren van pijn in de psycho-geriatrische verpleeghuiszorg binnen Carintreggeland

Christine Nales  
Studentnummer: 427891  
MANP 2015-2017  
Saxion Hogeschool  
Diepenheim, 5 juni 2017  
1<sup>e</sup> beoordelaar: M. Heijblom  
2<sup>e</sup> beoordelaar: R. Evering

## **VERKLARING VAN ORIGINALITEIT**

Hierbij verklaar ik, Christine Nales geboren 05-07-1972 te Lichtenvorde als auteur van dit onderzoeksverslag, dat dit kwantitatief onderzoek naar de meerwaarde van het gebruik van het PACSLAC-D pijnscore instrument niet eerder is uitgevoerd. Indien ik gebruik heb gemaakt van reeds eerder verricht onderzoek door anderen dan wordt dit in de tekst vermeld. Het onderzoek is door mijzelf uitgevoerd.

Toestemming voor dit onderzoek is op 22 november 2016 verleend door de Raad van Bestuur van Carintregeland.

Christine Nales

# Inhoudsopgave

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Samenvatting</b>                                              | <b>2</b>  |
| <b>Summary</b>                                                   | <b>3</b>  |
| <b>1. Introductie</b>                                            | <b>5</b>  |
| 1.1. Aanleiding                                                  | 5         |
| 1.2. Theoretische onderbouwing                                   | 6         |
| 1.3. Doelstelling                                                | 9         |
| 1.4. Onderzoeksvraag                                             | 10        |
| <b>2. Methode</b>                                                | <b>11</b> |
| 2.1. Design                                                      | 11        |
| 2.2. Onderzoeksveld en onderzoekspopulatie                       | 11        |
| 2.3. Dataverzameling en variabelen                               | 12        |
| 2.4. Data analyse                                                | 13        |
| <b>3. Resultaten</b>                                             | <b>14</b> |
| 3.1. Verzamelde gegevens                                         | 14        |
| 3.2. Overeenkomst PACSLAC en cliëntendossier                     | 15        |
| 3.3. Verschil PACSLAC en cliëntendossier bij observatie van pijn | 16        |
| 3.4. Verschil PACSLAC en cliëntendossier bij rapportage van pijn | 17        |
| <b>4. Discussie en aanbevelingen</b>                             | <b>19</b> |
| 4.1. Overeenkomsten                                              | 19        |
| 4.2. Verschillen                                                 | 19        |
| 4.3. Sterke en zwakke punten                                     | 22        |
| <b>5. Conclusie</b>                                              | <b>23</b> |
| <b>Literatuurlijst</b>                                           | <b>23</b> |
| <b>Bijlage 1 Bewijs toestemming Raad van Bestuur</b>             | <b>27</b> |
| <b>Bijlage 2 PACSLAC-D pijnscore instrument</b>                  | <b>28</b> |
| <b>Bijlage 3 Vragenlijst dossier</b>                             | <b>29</b> |
| <b>Bijlage 4 Toestemmingsverklaring formulier</b>                | <b>30</b> |

## Samenvatting

**Achtergrond:** Verschillende wetenschappelijke onderzoeken tonen aan dat ongeveer 50% van de mensen met dementie pijn heeft. Bij cliënten met dementie is door de cognitieve beperkingen en de verschillende uitingsvormen van pijn het signaleren van pijn heel moeilijk en deze wordt dan ook vaak niet herkend. Het onderbehandelen van pijn kan echter grote gevolgen hebben. Binnen het verpleeghuis van zorginstelling Carintreggeland bestaat vrees voor die ondersignalering. Het PACSLAC-D pijnscore instrument is een goed instrument om pijn te meten, maar wordt op dit moment nog niet bij Carintreggeland toegepast. In dit onderzoek wordt onderzocht of er met dit instrument vaker pijn wordt gesignaleerd dan wordt vermeld in het cliëntendossier en of dit instrument kan helpen bij de signalering van pijn en zo ondersignalering voorkomen kan worden.

**Onderzoeksvraag:** In welke mate komen de PACSLAC-D pijnscore en de gesignaleerde pijn volgens het cliëntendossier overeen bij cliënten met een dementiesyndroom binnen de verpleeghuizen van Carintreggeland?

**Methode:** Het onderzoek is een kwantitatief cross-sectioneel observationeel onderzoek. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in vier verpleeghuizen van Carintreggeland op veertien psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen. Tijdens de ochtendzorg is de cliënt eenmalig geobserveerd waarbij het PACSLAC-D pijnscore instrument is ingevuld waaruit een score komt. Deze indicatieve score die kan duiden op pijn is vergeleken met de gerapporteerde pijn in het cliëntendossier. Hierbij is gekeken in hoeverre het type dementie, de communicatie, mobiliteit, comorbiditeit en pijnmedicatie van invloed zijn op het verschil tussen de PACSLAC-D pijnscore en de pijnrapportage in het cliëntendossier.

**Resultaten:** In totaal hebben 70 cliënten deelgenomen. In 83% van de gevallen kwam de pijnscore van het PACSLAC-D pijnscore instrument overeen met de rapportage in het cliëntendossier. Bij 55 cliënten (79%) werd er via beide methoden geen pijn gemeten. Bij vijf (7%) cliënten was de PACSLAC-D pijnscore indicatief voor pijn, terwijl hierover niet werd gerapporteerd in het cliëntendossier. Bij zeven cliënten (10%) werd er juist pijn gerapporteerd in het cliëntendossier en werd er geen PACSLAC-D pijnscore gemeten. Er kon geen verband worden gelegd tussen het type dementie, de communicatie, mobiliteit, comorbiditeit en pijnmedicatie.

**Discussie en conclusie:** In de situaties waarin beide methoden niet overeenkomen kan dit veroorzaakt worden door probleemgedrag ten gevolge van dementie die ten onrechte door het PACSLAC-D pijnscore instrument als pijn wordt gescoord. Daarentegen scoort het instrument mogelijk terecht geen pijn indien er sprake is van kortdurende pijnklachten. Het standaard gebruik van het PACSLAC-D score instrument om het signaleren van pijn tijdig te signaleren heeft bij dementerende ouderen binnen Carintreggeland weinig meerwaarde.

## Summary

**Background:** Different scientific studies show that about 50% of people with dementia suffer from pain. In patients with dementia, cognitive deficiencies and various demonstrations of pain make it very difficult to detect the pain and as a result it is often not recognized. However, undertreatment of pain can have major consequences. Within the nursing home of Carintreggeland there is fear of that underdetection. The PACSLAC–D painscoring instrument is a good tool for measuring pain, but is not currently used at Carintreggeland. This study investigates whether this tool detects pain more often than is mentioned in the patient file and whether this instrument can help to detect the pain and thus prevent underdetection.

**Research question:** To what extent do the PACSLAC–D pain score and the detected pain according to the patient file correspond to patients with a dementia syndrome within the nursing homes of Carintreggeland?

**Methods:** The research is a quantitative cross–sectional observation study. The research took place in four nursing homes of Carintreggeland at fourteen psycho–geriatric nursing home wards. During the morning care, the patient was observed once in which the PACSLAC–D painscoring instrument was filled out, which marks a score. This indicative score that may indicate pain has been compared to the reported pain in the patient file. With this it has been examined to what extent the type of dementia, communication, mobility, comorbidity and pain medication affect the difference between the PACSLAC–D score and the pain report in the patient file.

**Results:** A total of 70 patients have participated. In 83% of cases, the pain score of the PACSLAC–D painscoring instrument corresponded to the report in the patient file. In 55 patients (79%) no pain was measured by both methods. In five patients (7%), the PACSLAC–D pain score was indicative for pain, while not reported in the patient file. Seven patients (10%) pain was reported in the patient file while no PACSLAC–D pain score was measured. There was no connection between the type of dementia, communication, mobility, comorbidity and pain medication.

**Discussion and conclusion:** In situations in which both methods do not match, this might be caused by problem behaviour as a result of dementia that has been wrongly scored as pain by the PACSLAC–D painscoring instrument. On the other hand, the instrument may properly score no pain if there are short–term pain complaints. The standard use of the PACSLAC–D scoring instrument to detect pain in time is of little value in the treatment of demented elderly people.

# 1. Introductie

## 1.1. Aanleiding

Carintreggeland is een organisatie die verschillende soorten diensten levert, waaronder thuis-, verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg. De locaties voor verzorging- en verpleeghuiszorg liggen verspreid in Twente en omvatten in totaliteit 25 locaties. Hier verblijven 1343 personen via de Wet Langdurige Zorg.

Het onderwerp pijn is een dagelijks besproken onderwerp in het verpleeghuis bij cliënten met dementie. Verzorgenden van de verpleegafdelingen brengen pijn bij cliënten met dementie regelmatig ter sprake waarbij ze vragen om pijnmedicatie. Het signaleren van pijn bij cliënten met dementie is echter heel moeilijk. Cliënten met dementie hebben in een vergevorderd stadium niet meer de vermogens om zich verbaal te uiten. Tevens wordt het ongemak van pijn op verschillende manieren geuit, variërend van grimassen, slaken van kreten tot probleemgedrag zoals agressie (Ballard, Creese, Corbett en Aarsland, 2011). Met het toenemen van het stadium dementie waarin de cliënten zich bevinden nemen de lichamelijke klachten over het algemeen toe. Daardoor neemt de vraag naar pijnbestrijding toe om zodoende kwaliteit van leven te bevorderen en ongemak te minimaliseren.

Het gevolg van het niet signaleren van pijn is dat er onderbehandeling kan optreden en daarnaast is ook het meten van het effect van pijnmedicatie lastig. Onderbehandeling van pijn kan meerdere gevolgen hebben. Zo kan de lichamelijke achteruitgang verder toenemen, maar kunnen er ook slaapstoornissen ontstaan en kan probleemgedrag, verdere achteruitgang van geheugen, ondervoeding en toename van zorg optreden (Miu en Chan, 2013). Dit alles leidt mogelijk tot een toename van de zorgbehoefte.

Achterberg et al. (2013) hebben in een onderzoek aangetoond dat het niet herkennen van pijn resulteert in inadequate pijnbestrijding of gedragsbeïnvloeding via antipsychotica. Antipsychotica hebben negatieve bijwerkingen zoals slaperigheid waardoor het valrisico verhoogd wordt. Miu en Chan (2013) toonden aan dat in een verpleeghuis met dementerende bewoners 60% pijn had terwijl maar de helft daarvan werd behandeld voor pijn. Zij gaven aan dat dit vraagt om een goede observatie van pijn om dit te kunnen signaleren zodat de kwaliteit van leven wordt verhoogd en de kosten van de zorg worden verlaagd.

Probleemgedrag is de afgelopen jaren binnen Carintreggeland een veelbesproken onderwerp. Een stappenplan voor het omgaan met probleemgedrag ten gevolge van dementie is binnen de organisatie ontwikkeld. Probleemgedrag kan een uiting van pijn zijn. In de praktijk wordt er echter door verzorgenden en familie regelmatig gevraagd naar het voorschrijven van antipsychotica bij probleemgedrag. De vraag die hierbij ontstaat, is of het probleemgedrag voldoende onderzocht is en de feitelijke oorzaak van lichamelijke aard is. Met de inzet van antipsychotica wordt symptoombestrijding ingezet met als gevolg dat de onderliggende oorzaak met pijn als gevolg onderbelicht wordt. In dat geval kan er sprake zijn van onderbehandeling van pijn.

Binnen het Expertisecentrum van Carintreggeland, waar de specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten deel vanuit maken, is bekend dat er pijnscore instrumenten beschikbaar zijn. Binnen de organisatie is een dergelijk instrument echter niet geïmplementeerd.

Met behulp van een pijnscore instrument kan het observeren op een eenduidige wijze worden uitgevoerd. Uit onderzoek in Canada kwam bijvoorbeeld naar voren dat een pijnbeoordelingsformulier meerwaarde heeft naast de menselijke observatie om pijn te herkennen bij mensen die zich verbaal niet goed meer kunnen uiten ten gevolge van dementie (Apinis, Tousignant, Arcand en Tousignant-Laflamme, 2014). Cliënten met een dementiesyndroom laten pijn vaker non-verbaal zien in gedragingen. Het gebruik van een observatie pijnscore instrument gebaseerd op gedragingen en non verbale uitingen bij deze groep mensen heeft daarom de voorkeur. Verenso (2011) adviseert in de richtlijn om de PACSLAC-D, PAINAD of DOLOPLUS-2 hiervoor te gebruiken. Het PACSLAC score instrument komt in meerdere onderzoeken als betrouwbaar en valide naar voren (Apinis et al. 2014, Kaasalainen, Akthar-Danesh, Hadjistavropoulus, Zwakhalen en Verrault, 2013). Het PACSLAC-D pijnscore instrument is de Nederlandse versie die is afgeleid van de oorspronkelijke, uitgebreidere Canadese versie en scoort op drie categorieën: gelaat, verzet / afweer en sociaal emotionele stemming.

Dit heeft geleid tot een onderzoek naar de waarde van dit specifieke pijnscore instrument binnen de verpleeghuizen van Carintreggeland om zo verbeteringen in het signaleren van pijn door te kunnen voeren en de kwaliteit van zorg rondom pijnbestrijding te bevorderen.

## **1.2 . Theoretische onderbouwing**

### **Dementie**

Dementie is een syndroom. Het betreft een verzameling van symptomen en kent verschillende vormen.

Men spreekt van een dementiesyndroom indien er geheugenstoornissen aanwezig zijn en één of meer andere cognitieve functies gestoord zijn, zoals afasie, apraxie, agnosie, stoornissen in denken en handelen en uitvoerende functies. Denk hierbij aan plannen maken en doelgericht handelen. De meest voorkomende vormen van dementie zijn de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, fronto-temporale dementie, Lewy Body dementie en Parkinson dementie (de Jongh, de Vries en Grundmeijer, 2011).

Er zijn verschillende cijfers bekend over de prevalentie van dementie. Dit wordt geschat op 6,5% van de bevolking. Afhankelijk van de leeftijd varieert dit van 0,4% bij 55- tot 59 jarigen tot 43,2% bij 85-plussers. In 72% van de gevallen wordt dementie veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer, 16% door vasculaire dementie en 6% door de ziekte van Parkinson (Kaandorp, 2012).

Exacte cijfers over het aantal mensen met dementie die langdurig in een instelling zijn opgenomen zijn niet bekend. Naar aanleiding van aantallen indicaties voor langdurig verblijf met een psychogeriatrische grondslag bij personen boven de 65 jaar en ouder die

door het Centrum Indicatie Stelling (CIZ) zijn gesteld wordt geschat dat 82.000 mensen met dementie zijn opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Door de dubbele vergrijzing neemt het aantal ouderen relatief toe. Naar verwachting zijn er in 2030 vier miljoen mensen die 65 jaar en ouder zijn (Verenso, 2011).

## **Pijn**

Kwetsbare ouderen hebben vaak (verschillende) chronische aandoeningen met lichamelijke, psychische, communicatieve en / of sociale beperkingen die gepaard gaan met pijn waardoor er sprake is van multimorbiditeit.

De definitie van pijn wordt door de International Association for the Study of Pain (IASP) als volgt gedefinieerd: "een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging" (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011).

Meerdere onderzoeken tonen aan dat mensen met dementie pijn hebben. De cijfers variëren van 27 tot 62 % (Zwakhalen, Koopmans, Geels, Berger en Hamers, 2009, Boerlage, van Dijk, Stronks, de Wit en van der Rijt, 2008). In vier Nederlandse verpleeghuizen had 66% van de mensen de voorgaande week pijn ervaren en was 22% niet tevreden met de pijnbehandeling (van Herk et al., 2009). Tevens werd aangetoond dat van de mensen die volgens de observationele PACSLAC-D pijnscore instrument pijn hebben, 40% geen pijnmedicatie ontving (Zwakhalen et al., 2009).

Ook zijn er verschillen tussen psychogeriatrische en somatische afdelingen aangetoond. Ouderen met dementie op een psychogeriatrische afdeling kregen significant minder pijnstillers voorgeschreven dan ouderen zonder dementie op een somatische afdeling (Scherder et al., 2009). En bij mensen op een psychogeriatrische afdeling werd significant minder pijn gesignaleerd dan bij mensen op een somatische afdeling. Hierbij vond er een correctie plaats naar mogelijke confounders als leeftijd, geslacht, pijn gerelateerde aandoeningen, cognitief functioneren, dagelijkse activiteiten en depressie (Achterberg, Pot, Scherder en Ribbe, 2007).

Met de uitkomsten van laatstgenoemd onderzoek kan de vraag gesteld worden in hoeverre het subtype dementie met bijbehorende neuropathologie van invloed is op pijn. Er hebben veel onderzoeken plaatsgevonden naar de mate van pijnbeleving en intensiteit in verhouding tot de verschillende vormen van dementie waaronder de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie. Dit vanwege de neuropathologische veranderingen in het centrale zenuwstelsel bij dementie (Achterberg et al., 2013, van Kooten, 2015, Verenso, 2011).

Zo lijken de witte stof afwijkingen en atrofie van de hersenen de neurobiologie van pijn te beïnvloeden (Achterberg et al., 2013). In het algemeen lijkt de prevalentie en pijnintensiteit het hoogst bij vasculaire dementie en is er bij vasculaire dementie meer sprake van neuropathische pijn (van Kooten et al., 2015, Verenso, 2011). Over Lewy Body dementie en fronto-temporale dementie is te weinig informatie beschikbaar omtrent de prevalentie en intensiteit van pijn (van Kooten et al., 2016). Ook kunnen onderliggende



aandoeningen van invloed zijn. Bij mensen die lijden aan artrose of osteoporose is gemeten dat mensen met vasculaire dementie meer pijn ervaren (Scherder et al., 2015). Scherder et al. (2009) onderzochten de verbanden tussen lichamelijke activiteit, cognitie en pijn. Lichamelijke inactiviteit leidt tot pijn. Maar ook andersom. Pijn leidt tot lichamelijke inactiviteit. Ook is er een verband gevonden voor lichamelijke activiteit en cognitie. Een afname van de lichamelijke activiteit staat in relatie tot een afname in cognitie.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat het signaleren en behandelen van pijn ook positieve effecten kan hebben op de lichamelijke activiteit en de cognitie.

Dementie gaat gepaard met gedrags- en psychologische symptomen zoals agitatie en agressie. Dit kan echter ook ontstaan als gevolg van onderliggende pijn. Hiervoor worden regelmatig antipsychotische middelen voorgeschreven. Deze medicamenten hebben allerlei bijwerkingen zoals slaperigheid en sufheid, wat onder andere het valrisico verhoogt. Dit onderschrijft het belang om pijn tijdig en juist te signaleren (Lichtner et al., 2014).

Voor het niet adequaat behandelen van pijn zijn verschillende oorzaken gevonden. Zwakhalen, Hamers, Peijnenburg en Berger (2007) onderzochten observatie pijnscore lijsten en concludeerden uit hun onderzoek dat een kennistekort van het verplegend personeel bijdraagt aan het inadequaat herkennen en behandelen van pijn. Kennistekorten werden vooral gevonden op het gebied van pijnbestrijding en medicatie. Bij lager opgeleide medewerkers werd een groter kennistekort aangetroffen. Zij waren daarentegen wel tevreden over de wijze waarop pijn gemeten en behandeld werd bij de doelgroep.

De oorzaak van onvoldoende pijnvermindering kan echter ook gelegen zijn in het ontbreken van een systematische beoordeling van de pijn. Indien de pijn niet juist wordt beoordeeld is het moeilijk om de juiste behandeling in te zetten of aan te passen (Oldenmenger et al., 2005).

### **Pijnmeetinstrument**

Verenso (2011) geeft in de richtlijn van herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen aan dat pijn bij deze doelgroep regelmatig leidt tot een verminderde kwaliteit van leven door verminderde zelfredzaamheid, fysieke inactiviteit, depressie, angst, verdere achteruitgang van cognitief functioneren, sociale isolatie, afgenomen participatie en een verhoogde zorgconsumptie. Tevens geven zij aan dat de herkenning en behandeling van pijn onvoldoende plaatsvindt bij kwetsbare ouderen. In de richtlijn wordt aangegeven gebruik te maken van pijnmeetinstrumenten en bij patiënten met ernstige cognitieve / communicatieve stoornissen een observatie instrument te gebruiken. Er hebben veel onderzoeken plaats gevonden naar de psychometrische kwaliteit van meetinstrumenten voor de observatie van pijngedrag.

Zwakhalen, Hamers en Berger (2006) hebben de psychometrische kwaliteit van 3 verschillende pijn score instrumenten gemeten waaronder het PACSLAC-D pijnscore

instrument. Zij maten in hun onderzoek een Cronbach's alpha van  $> 80$  op betrouwbaarheid. Tevens maten zij dat de PACSLAC-D hoog scoorde op bruikbaarheid. Dit pijnscore instrument werd door het verplegend personeel als gebruiksvriendelijk en niet tijdrovend ervaren.

In een systematic review werd geconcludeerd dat de PACSLAC-D and DOLOPLUS2 de meeste geschikte pijnmeetinstrumenten zijn vanwege de psychometrische kwaliteiten en de criteria sensitiviteit en klinische bruikbaarheid (Zwakhallen, Hamers, Huijjer Abu-Saad en Berger 2006).

Naast de keuze welk pijnmeetinstrument wordt ingezet vanwege de psychometrische kwaliteit is het moment en de omstandigheden waaronder mogelijk van invloed. Apinis et al. (2014) die de PACSLAC en PAINAD scorelijsten hebben onderzocht voerden het onderzoek tijdens verschillende soorten transfers en mobilisatie momenten uit. Dit is een goede keuze omdat pijn over het algemeen het meest wordt aangegeven tijdens bewegingsmomenten. Deze momenten zijn uitermate geschikt om het herkennen van pijn te onderzoeken. In een systematic review waarin 11 pijnscorelijsten zijn beschreven, hebben de PAINAD en PACSLAC score lijst de sterkste psychometrische evidence. De PACSLAC heeft een aangetoonde goede construct validiteit. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is in rust en in beweging constant hoog. De interne consistentie was sterk, zowel in rust als beweging. De PAINAD daarentegen scoorde tijdens bewegingsmomenten hoog maar in rust minder (Ellis Smith et al. 2016).

Samenvattend blijkt dat pijn vaak niet wordt herkend en dat de PACSLAC-D pijnscore een goed instrument is om pijn te meten.

### 1.3. Doelstelling

De PICO die is samengesteld voor het formuleren van de doelstelling en de vraagstelling luidt als volgt:

P: volwassenen met dementiesyndroom / adults with dementia

I: pijnmeetinstrument / pain assessment

C: signaleren van pijn op huidige werkwijze / signaling pain current process

O: herkennen van pijn / recognizing pain

#### Interne doelstelling

Het inzichtelijk maken of het gebruik van het PACSLAC-D pijnscore instrument een meerwaarde heeft in de psycho-geriatrische verpleeghuiszorg binnen Carintreggeland. Er wordt hierbij van meerwaarde gesproken als de PACSLAC-D afname leidt tot signalering van pijn die anders onopgemerkt zou zijn.

Indien in het onderzoek wordt aangetoond dat dit een meerwaarde heeft ten opzichte van het niet hanteren van een pijnscore instrument biedt dit perspectief om deze lijst in alle locaties van Carintreggeland in te voeren om zo ondersignalering te voorkomen en zodoende de kwaliteit van zorg te bevorderen.

### Externe doelstelling

Het inzichtelijk maken welke waarde het gebruik van een pijnscore instrument PACSLAC-D lijst heeft bij het signaleren van pijn in de psycho-geriatrische verpleeghuiszorg. De kennis over het gebruik van een pijnscore instrument binnen de verpleeghuiszorg van Nederland wordt vergroot.

### **1.4. Onderzoeksvraag**

De onderzoeksvraag die is geformuleerd:

In welke mate komen de PACSLAC-D pijnscore en de gesignaleerde pijn volgens het cliëntendossier overeen bij cliënten met een dementiesyndroom binnen de verpleeghuizen van Carintreggeland?

## **2. Methode**

### **2.1. Design**

Het onderzoek is een kwantitatief cross-sectioneel observationeel onderzoek dat is uitgevoerd op de psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen van Carintreggeland. Voor het uitvoeren van het onderzoek heeft de Raad van Bestuur toestemming gegeven (bijlage 1) en is door de METC en de Raad van Bestuur aangegeven dat dit onderzoek niet WMO-plichtig is.

#### **Procedure:**

In de periode van november 2016 tot en met januari 2017 zijn de eerste contactpersonen van alle bewoners van de betrokken afdelingen benaderd met betrekking tot dit onderzoek. Informed consent werd verkregen middels een brief aan de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger waarin zij op de hoogte gesteld zijn van het onderzoek. Tevens is in deze brief om toestemming gevraagd (bijlage 4). Hierbij hebben zij de gelegenheid gekregen om deelname te weigeren.

Tijdens de ochtendzorg is de cliënt eenmalig geobserveerd waarbij het PACSLAC-D pijnscore instrument (bijlage 2) is ingevuld. Aansluitend is de vragenlijst dossier (bijlage 3) ingevuld aan de hand van de rapportage in het elektronisch cliëntendossier.

Zowel het invullen van de vragenlijst dossier (bijlage 3) als de verwerking in SPSS is bij 20 cliënten gecontroleerd door de praktijkopleider om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. De verwerking van de gegevens van zowel het PACSLAC-D pijnscore instrument als de vragenlijst dossier heeft anoniem plaatsgevonden. Bij de analyse zijn zowel namen als geboortedata achterwege gelaten.

Alle medewerkers van Carintreggeland hebben een integriteitsverklaring afgelegd waarin onder meer wordt gerefereerd naar het beroepsgeheim. Op deze manier is de privacy gewaarborgd van de mensen die deelnemen aan het onderzoek.

### **2.2. Onderzoeksveld en onderzoekspopulatie**

De populatie zijn de verpleeghuiscliënten binnen Carintreggeland.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in vier verpleeghuizen: de Schutse en Eltheto te Rijssen, de Elshof te Almelo en Reggevaart te Enter. Deze verpleeghuizen zijn representatief voor Carintreggeland. Het betreffen veertien verschillende psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen om de interne validiteit te vergroten. Er verblijven gemiddeld zes cliënten op een afdeling.

#### **Inclusie criteria:**

- ouder dan 65 jaar
- minimaal zes weken verblijvend op een psycho-geriatrische verpleegafdeling
- diagnose dementie is gesteld

Exclusie criteria:

- geen toestemming verleend voor gebruik van gegevens uit het dossier
- cliënt vertoont ter plekke verzet tegen het observeren

Het minimale aantal cliënten voor dit onderzoek is op 50 gesteld. Dit aantal wordt als goed beschouwd om betrouwbare uitspraken te kunnen doen (Scholten, Offringa en Assendelft, 2014).

Indien een cliënt in de voorgaande week een wijziging in de pijnmedicatie heeft gehad is deze bij de analyse van de gegevens geëxcludeerd omdat dit een confounder is waardoor de uitkomsten niet valide zijn. In het cliëntendossier zal zeer waarschijnlijk wel pijn gerapporteerd zijn maar op het moment van het invullen van het PACSLAC-D pijnscore instrument wellicht niet omdat er op dat moment een andere situatie gemeten wordt.

### 2.3. Dataverzameling en variabelen

Alle veertien geselecteerde afdelingen zijn één ochtend bezocht. Tijdens de ochtendzorg is de cliënt éénmalig geobserveerd waarbij het PACSLAC-D pijnscore instrument (bijlage 2) is ingevuld. Een score van vier of hoger duidt mogelijk op pijn. De hoogte van de score is verder geen indicator voor de intensiteit, mate of frequentie van pijn. Verschillende onderzoeken zoals in de introductie beschreven staat tonen aan dat het PACSLAC-D pijnscore instrument hoog scoort op validiteit en betrouwbaarheid.

Aansluitend is de vragenlijst dossier (bijlage 3) ingevuld aan de hand van de rapportage in het elektronisch cliëntendossier. Voor het scoren van gerapporteerde pijn is de gehele rapportage van de voorliggende week doorgelezen en is geturfd indien er op enig moment is gerapporteerd op de aanwezigheid van pijn. Daarnaast staan op de vragenlijst dossier de variabelen van het onderzoek vermeld namelijk:

- Pijnscore volgens PACSLAC-D pijnscore instrument
- Gerapporteerde pijn
- Leeftijd
- Geslacht
- Type dementie
- In staat tot verbale communicatie
- Mobiliteit
- Comorbiteit
- Consult Specialist Ouderengeneeskunde / Verpleegkundig Specialist voor pijn
- Voorgeschreven pijnmedicatie
- Wijziging pijnmedicatie in voorgaande week
- Koorts of antibiotica gehad in voorliggende 2 weken

Naast de pijnscore, gerapporteerde pijn en demografische gegevens is naar aanleiding van de wetenschappelijke literatuur zoals in de introductie beschreven een aantal variabelen op de vragenlijst dossier vermeld. In hoeverre zijn het type dementie, het wel

of niet in staat zijn tot verbaal communiceren van invloed op de uitkomsten. Ook onderliggende ziektebeelden, de mobiliteit en het wel of niet kunnen lopen danwel bedlegerig zijn, zijn variabelen die mogelijk van invloed zijn.

Vanuit praktisch oogpunt is het invullen van deze vragenlijst door de observator uitgevoerd. Mede hierdoor kan het onderzoek anoniem verwerkt worden. De vragenlijst dossier is na het observeren ingevuld om beïnvloeding van zowel de onderzoeker tijdens het observeren als het verzorgend personeel qua rapportage in het dossier te voorkomen.

## **2.4. Data analyse**

De verkregen data is in SPSS (IBM, Verenigde Staten) vastgelegd. Via beschrijvende statistiek zijn de data geanalyseerd. Er is allereerst gekeken of er overeenkomsten danwel verschillen bestaan tussen het observeren van pijn middels het pijnscore instrument en het signaleren van pijn door het verplegend personeel in de rapportage van het cliëntendossier. Daarna is gekeken in hoeverre de overige variabelen van invloed zijn op een eventueel verschil in uitkomst.

Bij het verwerken van de gegevens in de resultaten wordt gesproken over observeren van pijn. Hiermee wordt de pijnscore bedoeld die via het PACSLAC-D pijnscore instrument tijdens het observeren is gescoord. Indien gesproken wordt over rapportage dan wordt hiermee de gerapporteerde pijn in het cliëntendossier bedoeld.

### 3. Resultaten

#### 3.1. Verzamelde gegevens

In de periode van november 2016 tot en met januari 2017 is op alle afdelingen tijdens de zorg een ochtend geobserveerd en het PACSLAC-D pijnscore instrument ingevuld. Niet alle cliënten konden geobserveerd worden omdat er soms twee personeelsleden aan het werk waren die tegelijkertijd bij twee cliënten de ADL-zorg uitvoerden.

Eén cliënt toonde verzet tegen het observeren in de ochtendzorg waarbij af werd gezien van verdere observatie om tot het invullen van het PACSLAC-D pijnscore instrument te komen. Daarmee zijn er in totaliteit 78 PACSLAC-D pijnscore instrumenten ingevuld.

Drie cliënten weigerden het toestemmingsformulier om gegevens uit het dossier te mogen gebruiken in te vullen en daarmee deelname aan het onderzoek. In één geval gold ditzelfde voor een familielid die wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt is.

Tijdens het invullen van de vragenlijst dossier bleken vier cliënten geëxcludeerd te moeten worden voor verdere analyse. Twee cliënten bleken nog niet zes weken in het verpleeghuis te wonen en twee cliënten hadden in de voorgaande week een medicatiewijziging omtrent pijnmedicatie ondergaan. Doordat de onderzoeker vooraf het cliëntendossier vanwege mogelijk beïnvloeding niet heeft ingezien kwam dit pas na de observatie aan het licht.

Daarmee zijn er in totaal van 70 cliënten gegevens verzameld voor nadere analyse. Van deze deelnemers waren 54 cliënten van het vrouwelijk geslacht en 16 cliënten van het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd bedroeg ruim 84 jaar.

In tabel 1 staan de aantallen mannen en vrouwen met de gemiddelde, minimum en maximum leeftijd en standaarddeviatie weergegeven.

*Tabel 1 Geslacht en gemiddelde leeftijd*

| Geslacht | Aantal | Gemiddelde leeftijd | Standaard deviatie | Minimum leeftijd | Maximum leeftijd | In % |
|----------|--------|---------------------|--------------------|------------------|------------------|------|
| Man      | 16     | 82,56               | 5,49               | 78               | 98               | 22,9 |
| Vrouw    | 54     | 84,96               | 6,66               | 71               | 99               | 77,1 |
| Totaal   | 70     | 84,41               | 6,45               | 71               | 99               | 100  |

De comorbiditeit is zeer divers. Twee cliënten hadden geen onderliggend ziektebeeld, 18 cliënten hadden één ziektebeeld. De overige 50 bezaten meerdere ziektebeelden in verschillende mengvormen. Hart- en vaatziekten kwamen bij 51 (73%) cliënten voor. Door deze grote diversiteit waren deze gegevens ongeschikt voor nadere analyse.

In tabel 2 staan de aantallen en percentages vermeld van het type dementie, communicatie, mobiliteit en medicatie van de 70 cliënten.

*Tabel 2 Type dementie, communicatie, mobiliteit en medicatie*

|               |                      | Aantal | In % |
|---------------|----------------------|--------|------|
| Type dementie | Onbekend             | 29     | 41   |
|               | Alzheimer            | 23     | 33   |
|               | Vasculair            | 9      | 13   |
|               | Lewy-Body            | 1      | 1    |
|               | Frontotemporale      | 1      | 1    |
|               | Parkinson            | 4      | 6    |
|               | Mengbeeld            | 3      | 4    |
| Communicatie  | Ja                   | 60     | 86   |
|               | Nee                  | 10     | 14   |
| Mobiliteit    | Lopend               | 40     | 57   |
|               | Rolstoel             | 24     | 34   |
|               | Bedlegerig           | 6      | 9    |
| Medicatie     | Geen                 | 32     | 46   |
|               | Paracetamol          | 21     | 30   |
|               | NSAID's              | 0      | 0    |
|               | Opiaten              | 8      | 11   |
|               | Opiaten/ Paracetamol | 8      | 11   |
|               | Opiaten/ NSAID's     | 1      | 1    |

### 3.2. Overeenkomst PACSLAC en cliëntendossier

Van de 70 cliënten scoorden acht deelnemers (11%) vier of hoger op het PACSLAC-D pijnscore instrument, wat de drempelwaarde is die aangeeft of er mogelijk sprake is van pijn. Bij drie van deze acht werd ook in het cliëntendossier minimaal één keer over pijn gerapporteerd, bij de overige vijf werd er geen melding van pijn gemaakt in het dossier. In totaal werden bij tien cliënten (14%) één keer of vaker in het cliëntendossier gerapporteerd over pijn, dit zijn zowel de drie bovengenoemde cliënten die ook op het PACSLAC-D pijnscore instrument een score van vier of hoger behaalden, alsmede zeven cliënten waarbij geen pijn werd geobserveerd met het PACSLAC-D pijnscore instrument (score <4). In tabel 3 is de overeenkomst (in "wel of geen pijn") tussen de uitslag van de PACSLAC-D en de rapportage weergegeven.

In totaal kwamen bij 58 cliënten (83%) de PACSLAC pijnscore en de dossierrapportage met betrekking tot pijn overeen en scoren beiden geen pijn bij 55 cliënten (79%) of wel pijn bij drie cliënten (4%).



*Tabel 3 PACSLAC pijnscore en cliëntendossier*

| Pacslac score | Rapportage dossier 0* | Rapportage dossier $\geq 1$ ** | Totaal |
|---------------|-----------------------|--------------------------------|--------|
| < 4           | 55                    | 7                              | 62     |
| 4 en hoger    | 5                     | 3                              | 8      |
| Totaal        | 60                    | 10                             | 70     |

\* in de voorgaande week wordt geen enkele keer gerapporteerd in het cliëntendossier op de aanwezigheid van pijn.

\*\* in de voorgaande week wordt één keer of vaker gerapporteerd in het cliëntendossier op de aanwezigheid van pijn.

### 3.3. Verschil PACSLAC en cliëntendossier bij observatie van pijn

Bij vijf cliënten (7%) (zie tabel 3) komt er een score uit het PACSLAC–D pijnscore instrument die kan duiden op pijn waarover niet wordt gerapporteerd in het cliëntendossier. Deze cliënten zijn allen vrouw en hun leeftijd loopt uiteen van 71 tot 90 jaar (gemiddelde 80,6). Bij alle vijf cliënten heeft er geen consult voor pijn door de SO of VS plaatsgevonden en alle vijf cliënten zijn in de voorgaande 14 dagen niet ziek geweest en/of hebben geen koorts gehad. Van drie cliënten is het type dementie onbekend, één persoon heeft Parkinson dementie en één Alzheimer. Vier cliënten zijn in staat tot verbale communicatie en één persoon niet.

In tabel 4 staan van deze vijf cliënten de variabelen van de vragenlijst dossier benoemd.

*Tabel 4 Variabelen bij PACSLAC  $\geq 4$  en geen pijnrapportage in cliëntendossier*

| Cliënt | Type dementie | Verbale communicatie | Mobiliteit | Comorbiditeit     | Medicatie   |
|--------|---------------|----------------------|------------|-------------------|-------------|
| 1      | Onbekend      | Ja                   | Rolstoel   | Hart / reuma      | Geen        |
| 2      | Onbekend      | Ja                   | Rolstoel   | Diabetes / overig | Geen        |
| 3      | Onbekend      | Ja                   | Lopend     | Hart / overig     | Paracetamol |
| 4      | Parkinson     | Nee                  | Bedlegerig | Kanker / overig   | Paracetamol |
| 5      | Alzheimer     | Ja                   | Lopend     | Hart / kanker     | Geen        |

Nadere analyse laat zien dat bij drie cliënten de psycholoog betrokken is vanwege onrustig en agressief gedrag tijdens de zorgmomenten. Deze cliënten scoren voornamelijk op de categorieën verzet / afweer en sociaal emotioneel / stemming op het PACSLAC–D pijnscore instrument. De twee cliënten waarbij geen psycholoog betrokken is scoren overwegend op het onderdeel gelaat. In tabel 5 wordt de PACSLAC pijnscore per categorie van deze cliënten weergegeven. Eén van deze dames is bedlegerig en niet in staat om verbaal te communiceren. In de week na de observatie is vanwege de pijnscore de SO bij deze dame in consult gevraagd voor het ophogen van de pijnmedicatie.

*Tabel 5 Score op categorieën bij PACSLAC  $\geq 4$  en geen pijnrapportage in cliëntendossier*

| Cliënt | Gelaat<br>(maximaal 10) | Verzet / afweer<br>(maximaal 6) | Sociaal emotionele stemming<br>(maximaal 8) |
|--------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| 1*     | 0                       | 3                               | 1                                           |
| 2      | 3                       | 1                               | 0                                           |
| 3*     | 0                       | 5                               | 0                                           |
| 4      | 5                       | 0                               | 1                                           |
| 5*     | 1                       | 6                               | 5                                           |

\*psycholoog is betrokken bij cliënt vanwege probleemgedrag

### 3.4. Verschil PACSLAC en cliëntendossier bij rapportage van pijn

Bij zeven cliënten (10%) komt er geen score uit het PACSLAC-D pijnscore instrument naar voren terwijl er die week wel op pijn in het cliëntendossier is gerapporteerd.

Van deze cliënten zijn twee personen van het mannelijke geslacht en vijf personen vrouwelijk. De leeftijd loopt uiteen van 78 tot 93 jaar (gemiddelde 87,6). Bij alle zeven cliënten heeft er geen consult voor pijn door de SO of VS plaatsgevonden en alle zeven cliënten zijn in de voorgaande 14 dagen niet ziek geweest en/of hebben geen koorts gehad. Van één persoon is het type dementie onbekend, de overigen hebben de ziekte van Alzheimer. Vijf personen zijn in staat tot verbale communicatie en twee niet.

In tabel 6 staan van deze zeven cliënten de variabelen benoemd die mogelijk van invloed kunnen zijn.

*Tabel 6 Variabelen bij pijnrapportage in cliëntendossier*

| Cliënt | Type dementie | Verbale communicatie | Mobiliteit | Comorbiditeit   | Medicatie             |
|--------|---------------|----------------------|------------|-----------------|-----------------------|
| 1      | Onbekend      | Ja                   | Rolstoel   | Hart / diabetes | Geen                  |
| 2      | Alzheimer     | Ja                   | Lopend     | Reuma / overig  | Paracetamol           |
| 3      | Alzheimer     | Ja                   | Lopend     | Hart / overig   | Geen                  |
| 4      | Alzheimer     | Nee                  | Bedlegerig | Hart / overig   | Paracetamol           |
| 5      | Alzheimer     | Ja                   | Rolstoel   | Hart / reuma    | Paracetamol / opiaten |
| 6      | Alzheimer     | Nee                  | Bedlegerig | Reuma           | Opiaten               |
| 7      | Alzheimer     | Ja                   | Rolstoel   | Reuma / kanker  | Opiaten               |

Nadere analyse laat zien dat bij 6 cliënten slechts eenmalig over pijn in het dossier is gerapporteerd en bij één persoon drie keer. De gerapporteerde pijn van deze persoon heeft betrekking op een decubituswond. Naar aanleiding van de gerapporteerde pijn in het dossier is een dag na de observatie de SO in consult gevraagd voor het ophogen van de pijnmedicatie.

Van de zes cliënten waar eenmalig is gerapporteerd op pijn is bij één persoon de SO in consult gevraagd voor pijn. De overige vijf cliënten hadden diverse eenmalige pijnklachten. Eén persoon had hoofdpijn waarvoor ze paracetamol kreeg, één persoon had pijn door angst tijdens het douchen, twee personen hadden pijn aan de tenen en één aan de mond.

## 4. Discussie en aanbevelingen

In dit onderzoek is onderzocht of door middel van het gebruik van het PACSLAC-D pijnscore instrument er mogelijk meer pijn zou kunnen worden gesignaleerd. Een aantal aspecten van de studie en resultaten vragen om een nadere discussie.

### 4.1. Overeenkomsten

De resultaten van het onderzoek laten zien dat bij 58 cliënten (83%) de pijnscore van het PACSLAC-D pijnscore instrument overeen komt met de rapportage in het cliëntendossier. Bij 55 cliënten was geen sprake van pijn volgens zowel het PACSLAC-D pijnscore instrument als de rapportage in het cliëntendossier. Dit aantal is 79% van het totale aantal cliënten wat heeft deelgenomen aan het onderzoek. Terwijl vooraf werd verondersteld dat via een pijnscore instrument veel pijn zou worden gesignaleerd die anders onopgemerkt zou blijven. De literatuur toont immers aan dat veel mensen met dementie pijn ervaren waarbij zelfs door van Herk et al. (2009) werd aangetoond dat 66% van de verpleeghuisbewoners de voorgaande week pijn hadden ervaren. Deze afwijkende cijfers roepen de vraag op wat de redenen hiervan kunnen zijn.

Een mogelijkheid zou kunnen zijn dat er veel pijnmedicatie wordt gegeven. Van de 55 cliënten ontvangen 26 deelnemers, overeenkomend met 48% geen enkele vorm van pijnmedicatie. In de literatuur konden echter geen cijfers gevonden worden over het gemiddelde gebruik van pijnmedicatie op de psycho-geriatrische afdelingen in de Nederlandse verpleeghuizen om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen wat veel of weinig is.

Een andere reden zou kunnen zijn de betrokkenheid bij de afdelingen vanuit de medische vakgroep. Aan de afdelingen, die representatief voor Carintreggeland zijn, zijn twee behandelaren gekoppeld. Deze twee behandelaren zijn al enige jaren gezamenlijk werkzaam op deze afdelingen. Het kan goed mogelijk zijn dat de kennis over pijnsignalering door deze twee behandelaren in de loop der jaren is overgedragen op het verzorgende personeel waardoor deze pijn signaleren. Om hier betrouwbare uitspraken over te kunnen doen zou ditzelfde onderzoek nogmaals uitgevoerd moeten worden op afdelingen waar verschillende behandelaren werken.

### 4.2. Verschillen

Bij 12 cliënten (17%) komt de pijnscore volgens het PACSLAC-D pijnscore instrument niet overeen met de rapportage in het cliëntendossier. Vijf cliënten scoren pijn volgens het pijnscore instrument waarover niet gerapporteerd wordt in het cliëntendossier en juist bij 7 cliënten wordt er over pijn gerapporteerd in het zorgdossier die via het pijnscore instrument niet wordt gescoord. Ook hiervoor is naar mogelijke verklaringen gezocht. Enige kanttekeningen kunnen geplaatst worden bij het invullen van het PACSLAC-D pijnscore instrument door een observator. De aanwezigheid van een observator kan een confounder zijn. In een aantal gevallen lieten de bewoners het duidelijk blijken de aanwezigheid van een extra persoon “interessant en gezellig” te vinden. In deze situaties

was er sprake van afleiding. Het kan daardoor de uitkomsten van het PACSLAC-D pijnscore instrument hebben vertroebeld. Afleiding kan leiden tot vermindering van de ervaren pijnklachten. Daarnaast kan de aanwezigheid van een observator invloed hebben op de verzorgende die de ochtendzorg uitvoert. In een aantal gevallen werd letterlijk aangegeven dat deze persoon zenuwachtige gevoelens ervaarde door de aanwezigheid van een observator. Door dit gegeven kan het zijn voorgekomen dat de ochtendzorg op een andere wijze is uitgevoerd dan gebruikelijk en daarmee de pijnklachten van de cliënt beïnvloed kan hebben.

## **Gedrag**

Opvallend was dat van de vijf cliënten waarin wel een pijnscore via het PACSLAC-D pijnscore instrument werd gemeten en waarover niet gerapporteerd werd in het dossier er bij drie cliënten (60%) een psycholoog betrokken was vanwege probleemgedrag. De aanwezige en mogelijk afwijkende gedragingen waren bekend en kregen aandacht. Het is uit dit onderzoek onduidelijk op te maken of het probleemgedrag wordt veroorzaakt door pijn of het probleemgedrag vanuit de dementie optreedt. Wel is bekend vanuit de literatuur, zoals in de introductie beschreven staat, dat er door het niet herkennen van pijn inadequate pijnbestrijding of gedragsbeïnvloeding via antipsychotica bestaat (Achterberg et al., 2013).

Bij deze vijf cliënten werden op het eerste gezicht geen verschillen gezien tussen de variabelen (zie tabel 4). De cliënten zijn wel allemaal van het vrouwelijke geslacht, maar in de totale populatie is ook 77% vrouw. Vanwege het kleine aantal cliënten zijn er geen betrouwbare statistische toetsen mogelijk.

Tijdens de observatie werd bij 50 cliënten (71%) op het PACSLAC-D pijnscore instrument gescoord op grimassen en/of rimpels in het voorhoofd. Deze gedragingen werden vooral waargenomen tijdens het aan- en uittrekken van de bovenkleding. De observator kreeg de indruk dat dit vooral werd veroorzaakt door stijve ledematen passend bij het natuurlijk proces van veroudering.

In onderzoek is aangetoond dat mensen met cognitief verminderd vermogen non-verbale gedragingen, zoals gelaatsuitdrukkingen rondom pijn vaker laten zien (Apinis et al., 2014). De reden hiervoor zou kunnen zijn dat mensen zonder deze beperkingen meer controle hebben over het non-verbale gedrag. De kanttekening die er bij werd geplaatst is dat bepaalde atypische gedragingen mogelijk ook kunnen worden verward met een ander stadium waar de persoon zich in kan bevinden zoals een delirium. Het achterwege blijven van gedrag kan ook duiden op het dementie proces zelf, zoals achteruitgang in het dementieproces en niet meer juist kunnen reageren op een prikkel. Ook fysieke beperkingen kunnen gedragingen beïnvloeden (Kaasalainen et al., 2011).

Om een juiste aanpak in te zetten bij atypisch gedrag is het belangrijk dat er onderscheid gemaakt kan worden in verschillende mogelijke oorzaken van probleemgedrag. Hierbij is het differentiëren tussen probleemgedrag ten gevolge van verdere achteruitgang in het dementieproces, pijn en een delier wenselijk. Mogelijk zou het PACSLAC-D pijnscore instrument hierbij behulpzaam en van aanvullende waarde kunnen zijn. Om goede

uitspraken over de adequate signalering van pijn bij probleemgedrag en de mogelijke waarde van het PACSLAC-D pijnscore instrument hierin, is extra onderzoek nodig. Aanbevolen wordt om te beginnen met onderzoek naar de mogelijke oorzaken van probleemgedrag, waarbij pijn een te onderzoeken variabele is.

### **Momentopname versus weekoverzicht**

Er kunnen vraagtekens geplaatst worden of eenmalig rapporteren in het cliëntendossier over de aanwezigheid van pijn een goede maatstaf is om te beoordelen of er sprake is van pijn, zoals in dit onderzoek is gedaan. Immers in 86% van de gevallen waarbij er wel pijn werd gerapporteerd, maar het PACSLAC-D pijnscore instrument geen pijnscore aangaf, was er sprake van een eenmalige rapportage in het dossier. Deze pijnklachten kwamen overeen met voorbijgaande klachten zoals ieder gezond mens, jong of oud deze kan ervaren. Deze eenmalige pijnklachten zijn dan ook terecht niet door het PACSLAC -D pijnscore instrument gescoord omdat deze klachten ten tijde van het observeren waarschijnlijk niet meer aanwezig waren. Bovendien vragen deze pijnklachten geen grote interventies, zoals pijnbestrijding met medicatie.

Ook het eenmalig observeren tijdens de ochtendzorg is echter een punt van discussie. Aan de ene kant is de ochtendzorg een activiteit die mogelijk veel pijn kan opleveren en daarmee is het een goed moment om pijn te meten. Aan de andere kant is het afnemen van de PACSLAC-D pijnscore een momentopname, waarbij zoals besproken de pijn ook kan worden beïnvloed, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van een observator. Terwijl de rapportage in het dossier is gebaseerd op meerdere zorgmomenten door de observatie van het verzorgende personeel gedurende een aantal uren en daarmee een representatiever beeld geeft. Een gevolg kan zijn dat de uitkomst van een pijnscore instrument hierdoor ten onrechte negatief uitvalt.

In een eerder onderzoek werd aangetoond dat andersom ook plaatsvond. Apinis et al. (2014) hebben aantoonbaar gemeten dat pijnscore instrumenten pijn signaleren terwijl dit in werkelijkheid niet het geval was. De reden die hiervoor gegeven werd was de momentopname van een pijnscore instrument. Dat geeft aan dat de pijnscorelijsten ook positief vals testten. Zij concludeerden dat de resultaten suggereerden dat het gebruiken van een pijnscore instrument in combinatie met subjectieve pijnsignalering van verzorgend personeel kan bijdragen aan het herkennen van pijn.

Een overweging is, omdat we te maken hebben met een kwetsbare groep dat het beter is pijn te meten dan te missen.

### **Tijd**

Het observeren van de deelnemers is tijdrovend. Er is 14 ochtenden geobserveerd gedurende plusminus drie uur. Grofweg kost dit ongeveer een half uur per persoon. Tijdens het observeren moet er heel goed gekeken worden naar de persoon en vooral naar gedragingen in het gelaat. Het observeren door een extra persoon heeft hierbij de voorkeur. Een verzorgend personeelslid heeft het gezichtsveld vooral gericht op het uitvoeren van de verzorgende handeling op dat moment.

Gezien de uitkomsten van het onderzoek heeft het structureel gebruiken van het PACSLAC-D pijnscore instrument niet de voorkeur, mede gezien het tijdrovende aspect. De PACSLAC-D pijnscore instrument geeft inzicht in de gedragingen die er op dat moment bestaan. Het verdient aanbeveling om in die situaties waarin er mogelijk sprake is van het hebben van pijn of er probleemgedrag bestaat het PACSLAC-D pijnscore instrument op meerdere momenten door een onafhankelijke observator te laten invullen. Op deze manier kunnen er verschillende scores vergeleken worden en geeft het inzicht in de aanwezige gedragingen en mogelijke oorzaken. Implementatie van een pijnscore instrument vraagt wel afstemming waarbij procesafspraken goed moeten worden gemaakt en een gezamenlijk doel moet worden vastgesteld. In eerder onderzoek bleek namelijk dat na implementatie van een pijnscore instrument er in 44% van de situaties waar volgens het pijnscore instrument iemand pijn had er geen interventies plaatsvonden (van 't Hof, Zwakhalen en Hamers, 2011).

#### **4.3. Sterke en zwakke punten**

De uitkomsten van het onderzoek waren dusdanig dat statistische toetsen niet uitgevoerd konden worden. Bij het analyseren van de gegevens moest daarom de keuze gemaakt worden om de resultaten via beschrijvende statistiek te verwerken.

Uit praktisch oogpunt is het observeren door één persoon uitgevoerd. Vooraf is bij drie cliënten geoefend met het invullen van het PACSLAC-D pijnscore instrument waarbij gebruik is gemaakt van de workshop pijndiagnostiek (Zorg voor Beter, 2016). Het ontbreken van beschikbare uren maakte het niet mogelijk om het observeren en invullen van het PACSLAC-D pijnscore instrument door meerdere personen uit te laten voeren. Een sterk punt is dat het invullen van de vragenlijst dossier en de verwerking in SPSS bij twintig cliënten is gecontroleerd. Een zwak punt is dat dit niet heeft plaatsgevonden bij het invullen van het PACSLAC-D pijnscore instrument. Ook het eenmalig observeren is een zwak punt. Beter was geweest om dit bijvoorbeeld drie keer uit te voeren zodat er geen sprake was van een momentopname. Door het ontbreken van beschikbare tijd is dit niet gedaan.

Iedereen is om toestemming gevraagd, toch kan het de lezer opvallen dat vier cliënten zijn geïnccludeerd terwijl deze in een later stadium voor nadere analyse zijn geëxcludeerd. Om de onderzoeker en het verzorgend personeel niet te beïnvloeden is er eerst geobserveerd en is daarna de vragenlijst dossier ingevuld. Voor het cliëntendossier en het wetenschappelijk combineren van de PACSLAC-D pijnscore is de toestemming vereist. Omwille van het korte tijdsbestek waarin het onderzoek moest plaatsvinden is direct begonnen met het observeren met het PACSLAC-D pijnscore instrument. Op dat moment hadden niet alle cliënten of wettelijk vertegenwoordigers door omstandigheden het toestemmingsformulier kunnen tekenen. Dit werd onder meer veroorzaakt doordat vergeten was om het formulier te tekenen of doordat de wettelijk vertegenwoordiger de afdeling minder frequent bezoekt. Dat is de reden dat bij 4 cliënten de PACSLAC-D pijnscore na het observeren niet is verwerkt.

## 5. Conclusie

Naar aanleiding van de resultaten en de discussie zoals in de vorige hoofdstukken staan beschreven kan men concluderen dat standaard gebruik van het PACSLAC-D score instrument om het signaleren van pijn tijdig te signaleren bij dementerende ouderen weinig meerwaarde heeft binnen de verpleeghuizen van Carintreggeland. Immers in 83% van de gevallen kwam de pijnscore van het PACSLAC-D pijnscore instrument overeen met de rapportage in het cliëntendossier.

Het PACSLAC-D pijnscore instrument kan van aanvullende waarde zijn bij die situaties waarin tevens een psycholoog betrokken is vanwege afwijkende gedragingen. Maar verder onderzoek is nodig naar de oorzaken van probleemgedrag en de mate van invloed van de betrokken medische behandelaren.



## Literatuurlijst

Achterberg, W.P., Pieper, M.J.C., Dalen – Kok, A.H. van, Waal, M.W.M. de, Husebo, B.S., Lautenbacher, S., Kunz, M., Scherder, E.J.A., & Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, (8), 1471–1482.

Achterberg, W.P., Pot, A.M., Scherder, E.J., & Ribbe, M.W. (2007). Pain in the nursing home: assessment and treatment on different types of care wards. *Journal of Pain and Symptom Management*, (34), 480–487.

Apinis, C., Tousignant, M., Arcand, M., & Tousignant–Laflamme Y. Can adding a standardized observational toll to interdisciplinary evaluation enhance the detection of pain in older adults with cognitive impairments. *Pain Medicine*, (15), 32–41.

Ballard, C., Creese, B., Corbett A. & Aarsland, D. (2011) Atypical antipsychotics for the treatment of behavioral and psychological symptoms in dementia, with a particular focus on longer term outcomes and mortality. *Expert Opinion on Drug Safety*, (10), 35–43.

Boerlage, A., Dijk, M. van, Stronks, D. L., Wit, R. de & Rijt, C.C.D. van der (2008). Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. *European Journal of Pain*, (12), 910–916.

Centrale Commissie Mensgebonden onderzoek. Geraadpleegd op 04–10–2016, van <http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>.

Ellis–Smith, C., Evans, C.J., Bone, A.E., Henson, L.A., Dzingina, M., Kane, P.M., Higginson, I.J., & Daveson, B.A. (2016) Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: a systematic review. *BMC Medicine*, 2016.

Herk, R. van, Boerlage, A.A., Dijk, M. van, Baar, F.P.M., Tibboel, D. & Wit, R. de, (2009). Pain management in dutch nursing homes leaves much to be desired. *Pain Management Nursing*, (10), 32–39.

Hof, C.E. van 't, Zwakhalen, S.M.G. & Hamers, J.P.H., (2011) Interventions after diagnosing pain in nursing home residents with dementia: the pilot implementation of an observational pain scale (PACSLAC–D). *Tijdschrift voor Gerontologie Geriatrie*, (42), 67 – 78.

Jongh, T.O.H. de, Vries H. de, & Grundmeijer H.G.L.M., (2011). *Diagnostiek van alledaagse klachten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kaandorp, C.J.E. (2012). *Klinische probleemstellingen*. Houten: Prelum uitgevers.

Kaasalainen, S., Akthar-Danesh, N., Hadjistavropoulos, T., Zwakhalen, S. & Verrault, R. (2013). A comparison between behavioral and verbal report pain assessment tools for use with residents in long term care. *Pain Management Nursing*, (14), 106–104.

Kooten, J. van, Binnekade, T.T., Wouden, J.C. van der, Stek, M.L., Scherder, E.J.A., Husebø, B.S., Smalbrugge, M. & Hertogh, C.M.P.M. (2016) A review of pain prevalence in Alzheimer's, Vasculair, Frontotemporal and Lewy Body Dementias. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, (41), 220–232.

Kooten, J. van, Delwel, S., Binnekade, T.T., Smalbrugge, M., Wouden, J.C. van der, Perez, R.S.G.M., Rhebergen, D., Zuurmond, W.W.A., Stek, M.L., Lobbezoo, F., Hertogh, C.M.P.M. & Scherder, E.J.A. (2015). Pain in dementia: prevalence and associated factors: protocol of a multidisciplinary study. *BMC Geriatrics*, (15).

Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S.J., Long, A.F. & Corbett, A. (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, (14).

Miu, D.K.Y. & Chan, K.C. (2013) Under-detection of pain in elderly nursing home residents with moderate to server dementia. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, (5), 23–27.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014). Geraadpleegd op 01-09-2016, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/omvang/>.

Oldenmenger, W.H., Stronks, D.L., Terwiel, C.T.M., Verhage, S., Gootjes, J.R.G., Klomp, M. & Wit, R. de (2005). Pijnanamnese, psychometrische kwaliteiten. *Nederlands Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding*, (25), 6 –12.

Regieraad Kwaliteit van Zorg (2011) *Chronische pijn*. Gedownload op 08-09-2016, van <http://www.dutchpainsociety.nl/files/rapport-regieraad-chronischepijn-2011.pdf>

Scherder, E.J.A, Eggermont, L., Achterberg, W., Plooi, B., Volkers, K., Weijenberg, R., Hooghiemstra, A., Prick, A.E., Pieper, M., Blankevoort, C., Zwakhalen, S., Heuvelen, M.J.G. van, Hamers, J., Lobbezoo, F. & Swaab, D., (2009) Pain and physical (in) activity in relation to cognition and behaviour in dementia. *Tijdschrift voor Gerontologie Geriatrie*, (40), 270 – 278.

Scherder, E.J.A., Plooi, B., Achterberg, W.P., Pieper, M., Wiegersma, M., Lobbezoo, F., & Oosterman, J.M. (2015). Chronic pain in “probable” vasculaire dementia: preliminary findings. *Pain Medicine* (16), 442–450.

Scholten, R.J.P.M., Offringa, M. & Assendelft W.J.J. (2014) *Inleiding in evidence-based medicine*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verenso (2011). *Multidisciplinaire richtlijn Pijn. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen*. Gedownload op 21-07-2016, van <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/VERRichtlijnPijnDeel1web.pdf>

Zorg voor beter (2016). *Workshop pijndiagnostiek*. Gedownload op 21-07-2016, van <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/dementie-herkennen-pijn.html>

Zwakhalen S.M.G., Hamers, J.P.H. & Berger, M.P.F. (2006) The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*, 2006 (126), 210–220.

Zwakhalen, S.M.G., Hamers, J.P.H., Huijter Abu-Saad, H., & Berger, M.P.F. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, (6), 1471–2318.

Zwakhalen, S.M.G., Hamers, J.P.H., Peijnenburg, R.H.A., & Berger, M.P.F. (2007). Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain research and Management*, (12), 177–184.

Zwakhalen, S.M.G., Koopmans, T.C.M., Geels, P.J.E.M., Berger, M.P.F. & Hamers, J.P.H., (2009). The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *European Journal of Pain*, (13) 89–93.

## Bijlage 1 Bewijs toestemming Raad van Bestuur

Dag Christien,

Hierbij verleen ik je formeel toestemming voor het uitvoeren van je onderzoek over pijn en dementie.

Ik wens je veel succes toe en ben natuurlijk zeer benieuwd naar de uitkomsten.

Met vriendelijke groet,

Heidi de Bruijn

Lid Raad van Bestuur



E [H.debruijn@carintreggeland.nl](mailto:H.debruijn@carintreggeland.nl)

[www.carintreggeland.nl](http://www.carintreggeland.nl)

## Bijlage 2 PACSLAC-D pijnscore instrument

Nederlandse versie van de Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia (Pacslac-D)\*

Datum: \_\_\_\_\_ Tijdstip beoordeling: \_\_\_\_\_

Naam patiënt/ bewoner: \_\_\_\_\_

### Doel:

Deze checklist wordt gebruikt om pijn te beoordelen bij patiënten met dementie die geen of slechts beperkte mogelijkheden hebben te communiceren

### Instructies:

Kruis aan welke items van de PACSLAC voorkomen tijdens de periode waarin u geïnteresseerd bent

De score per subschaal kan worden berekend door de het aantal kruisjes per subschaal op te tellen  
Door alle subschaal scores op te tellen berekend u de totale schaal score

### Opmerkingen:

\_\_\_\_\_

| Gelaat                                                                                                       | Aanwezig |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Uitdrukking van pijn                                                                                         |          |
| Een specifiek geluid of uiting van pijn 'au' of 'oef'                                                        |          |
| Wenkbrauwen fronsen                                                                                          |          |
| Grimas                                                                                                       |          |
| Rimpels in het voorhoofd                                                                                     |          |
| Kreunen en kermen                                                                                            |          |
| Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder, meer bewegingen)                                         |          |
| Fijnlijke plek aanraken en vasthouden                                                                        |          |
| Fijnlijke plek beschermen                                                                                    |          |
| Tengetrekken                                                                                                 |          |
| <b>Verzet/ afweer</b>                                                                                        |          |
| Verbale agressie                                                                                             |          |
| Fysieke agressie (bijv. mensen en/of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen) |          |
| Geïrriteerd (geagiteerd)                                                                                     |          |
| Achternutdeinen                                                                                              |          |
| Niet aangeraakt willen worden                                                                                |          |
| Niet-coöperatief/weerstand tegen zorgverlening                                                               |          |
| <b>Sociaal emotioneel/stemming</b>                                                                           |          |
| Nors/ prikkelbaar                                                                                            |          |
| Schreeuwen/ krijsen                                                                                          |          |
| Donkere blik                                                                                                 |          |
| Verdrietige blik                                                                                             |          |
| Geen mensen in de buurt laten komen                                                                          |          |
| Ontsteld (ontdaan)                                                                                           |          |
| Blozend, rood gelaat                                                                                         |          |
| Rusteloos                                                                                                    |          |

### Subschaal scores:

Gelaat \_\_\_\_\_

Verzet/ Afweer \_\_\_\_\_

Sociaal emotioneel/ stemming \_\_\_\_\_

Totale score: \_\_\_\_\_

\* PACSLAC is oorspronkelijk ontwikkeld door Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, 2004

PACSLAC-D werd vertaald, aangepast en getest door de Universiteit Maastricht (Zwakhalen et al., 2006)

## Bijlage 3 Vragenlijst dossier

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Persoons- en dossiergegevens                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Score PACSLAC-D pijnscore instrument                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Rapportage pijn in voorgaande week                                                                   | <input type="radio"/> Aantal rapportages:                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Leeftijd                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Geslacht                                                                                             | <input type="radio"/> Man<br><input type="radio"/> Vrouw                                                                                                                                                                                                                                              |
| Type dementie                                                                                        | <input type="radio"/> Type onbekend<br><input type="radio"/> Alzheimer<br><input type="radio"/> Vasculaire dementie<br><input type="radio"/> Lewy-Body dementie<br><input type="radio"/> Frontotemporale dementie<br><input type="radio"/> Parkinson dementie<br><input type="radio"/> Mengbeeld      |
| Verbale communicatie<br>(in staat om vraag of pijn wordt ervaren met ja of<br>nee te beantwoorden)   | <input type="radio"/> Nee<br><input type="radio"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Mobiliteit<br>(verplaatsen na de ADL zorg naar de huiskamer)                                         | <input type="radio"/> Lopend<br><input type="radio"/> Rolstoel<br><input type="radio"/> Bedlegerig                                                                                                                                                                                                    |
| Comorbiteit                                                                                          | <input type="radio"/> Geen ander ziektebeeld<br><input type="radio"/> Hart- en vaatziekte<br><input type="radio"/> Reumatoïde artritis, artrose, osteoporose<br><input type="radio"/> Kanker<br><input type="radio"/> COPD<br><input type="radio"/> Diabetes Mellitus<br><input type="radio"/> Overig |
| Consult Specialist Ouderengeneeskunde /<br>Verpleegkundig specialist in voorgaande week<br>voor pijn | <input type="radio"/> Nee<br><input type="radio"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Voorgeschreven pijnmedicatie                                                                         | <input type="radio"/> Geen<br><input type="radio"/> Paracetamol<br><input type="radio"/> NSAID's<br><input type="radio"/> Opiaten                                                                                                                                                                     |
| Pijnmedicatie wijziging in voorgaande week                                                           | <input type="radio"/> Nee<br><input type="radio"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Ziek (koorts en/of antibiotica) in voorliggende 2<br>weken                                           | <input type="radio"/> Nee<br><input type="radio"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                 |

## Bijlage 4 Toestemmingsverklaring formulier



Client / wettelijk vertegenwoordiger

**contactgegevens**

Aanvullende Diensten  
Algarve  
T 0548 65 73 00  
info@carintreggeland.nl  
www.carintreggeland.nl

**postadres**

Postbus 500  
7550 AM Hergelo

**datum** 28 november 2018  
**betreft** onderzoek pijnmeetinstrument

**bezoekadres**

Wierdensestraat 85  
7401 BC Eljsser

K.v.K. 11027001

Geachte dhr. / mw.,

Sinds augustus 2015 ben ik drie dagen per week werkzaam als Verpleegkundig Specialist in opleiding in de verpleeghuizen, de Schutsco, Eltholz, Reggevaart en de Elshof.

Mw. E. Jalink (Specialist Ouderogerontkunde) en dhr. T. Kerkdijk (verpleegkundig specialist) fungeren als mijn praktijkopleiders.

Mogelijk hebben wij afgelopen jaar al kennis gemaakt met elkaar.

Daarnaast volg ik één dag per week de opleiding Master Advanced Nursing Practice aan de Saxion Hogeschool te Enschede. In september a.s. hoop ik het diploma in ontvangst te kunnen nemen waarna ik als verpleegkundig specialist binnen Carintreggeland werkzaam zal blijven.

Het uitvoeren van een onderzoek is een onderdeel voor het behalen van het diploma.

Het onderwerp van dit onderzoek is pijn bij dementie. In het onderzoek wordt gekeken welke meerwaarde het gebruik van een pijnscore instrument heeft bij het signaleren van pijn. Met de uitkomsten van het onderzoek hoop ik aanbevelingen te kunnen doen om de kwaliteit van zorg rondom het signaleren van pijn te verbeteren.

Het pijnscore instrument is een lijst met onder andere gelaatsuitdrukkingen, geluiden en gedragingen die kunnen wijzen op het hebben van pijn. In het onderzoek wordt tijdens een observatie bij de ochtendzorg op deze lijst ingevuld of de genoemde items aanwezig zijn. Deze pijnscore wordt vergeleken met de rapportage over pijn in het cliëntendossier, pijnmedicatie, wijziging in pijnmedicatie en eventueel andere aanwezige ziektebeelden. Het onderzoek is niet belastend voor de cliënt.





datum 28 november 2016  
pagina 2/3

Voor het onderzoek heb ik uw toestemming nodig om deze gegevens uit het dossier te gebruiken. Alle gegevens worden anoniem, dat wil zeggen zonder naam en geboortedatum verwerkt.

Indien u toestemming verleent zou u hiervoor bijgevoegde verklaring willen tekenen?

De managers en artsen zijn op de hoogte van het onderzoek.

Uiteraard ben ik bereid om aanvullende vragen te beantwoorden.

Met vriendelijke groet,

Christina Nales  
*Verpleegkundig specialist i.o.*



### **Toestemmingsverklaringformulier**

**Titel onderzoek: Pijn en dementie**  
**Verantwoordelijke onderzoeker: Christine Nales**

Hierbij verleen ik toestemming om gegevens uit het cliëntendossier ten behoeve van het onderzoek naar pijn en dementie te gebruiken.

Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam cliënt: .....

Naam cliënt / vertegenwoordiger: .....

Datum: .....

Handtekening: .....