

Maart 2008

I PROBLEEM

Pijn is “*een onaangename sensorische en emotionele ervaring die geassocieerd wordt met een bestaande of dreigende weefselbeschadiging*”. Het is een subjectieve ervaring, en “*het onvermogen om verbaal te communiceren sluit niet uit dat een individu mogelijks pijn lijdt en nood heeft aan een geschikte pijnstillende behandeling.*” (International Association for the Study of Pain – IASP)

Pijn kan veroorzaakt worden door schade aan verscheidene systemen en weefsels, waaronder: musculoskeletale (bv. artritis, breuken, perifere vasculaire ziekten, wonden); neurologische (bv. diabetische neuropathie, herpes zoster of gordelroos) en kanker. De intensiteit (ernst) van pijn is een subjectieve kwestie en is niet noodzakelijk evenredig met het type en de mate van weefsel- of systeembeschadiging.

Belangrijke kwesties die in deze CAP besproken worden zijn onder andere de ‘nieuwheid’ en de intensiteit van de pijn, de aard van de huidige behandelingen en de mate waarin cognitieve en communicatieve gebreken het uiten van pijn belemmeren.

De aanwezigheid van pijn veroorzaakt ook meer ellende op andere gebieden, wat kan leiden tot een toenemend gevoel van machteloosheid, angst, depressie, verminderde activiteit, minder eetlust en een verstoord slaappatroon. De behandeling van pijn gaat dus verder dan alleen maar analgesie en omvat ook behandelingen die zich richten op de levenskwaliteit en het functioneringsvermogen van de cliënt. Wat de procedure ook moge zijn, pijn moet tijdig aangepakt worden – vooral als ze nog maar recentelijk opgekomen is. De behandeling ervan vraagt een interdisciplinaire benadering, waarbij eveneens de cliënt en zijn/haar familie betrokken worden. Om effectief te zijn dienen de informele zorgverleners en de cliënt de symptomen en tekenen van pijn tijdig aan de arts en de andere leden van het zorgteam mee te delen.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- § Identificeer en behandel onderliggende oorzaken van pijn.
- § Optimaliseer het vermogen om ADL-activiteiten uit te voeren en om een actief sociaal leven te leiden.
- § Verlicht de pijn.
- § Controleer de doeltreffendheid van de behandeling en ongunstige gevolgen.
- § Herken het verband tussen pijn en andere problemen, zoals een depressie, onthouding/ontwenning en functionele achteruitgang. De behandeling van pijn zou beschouwd moeten worden als een onderdeel van een bredere doelstelling waarbij bevordering van de fysieke activiteit en de kwaliteit van leven nagestreefd wordt.

II CAP-ACTIVERING

De pijn-CAP is van toepassing bij langdurige zorg, thuiszorg, beschermd wonen, postacute zorg en woonzorg. Het doel van deze CAP is om pijn en de daarmee gepaard gaande problemen tijdig te beoordelen en te behandelen.

Deze CAP wordt geactiveerd bij twee groepen cliënten die voor een gespecialiseerde follow-up in aanmerking komen, eerder gebaseerd op de ernst van de gerapporteerde pijn dan op de kans op genezing. Het komt bovendien zelden voor dat de cliënten uit de twee geactiveerde groepen volledig herstellen. Het voornaamste doel van deze CAP is dus om de algemene toestand van de cliënt te verbeteren.

- **GEACTIVEERD ALS HOGE PRIORITEIT** – Een cliënt met een hevige, vreselijke of ondraaglijke pijn (ongeacht de frequentie van de pijn, bv. dagelijks of minder dan dagelijks).

Deze groep omvat ongeveer 5% van de ouderen in een RVT, 25% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 4% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 45% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal in de loop van een periode van negentig dagen verbeteren, en 15% zal van alle pijn verlost zijn. Bij ouderen die thuiszorg krijgen, boekt ongeveer 15% vooruitgang, terwijl slechts ongeveer 5% van alle pijn verlost zal zijn.

- **GEACTIVEERD ALS MATIGE PRIORITEIT** – Een cliënt die dagelijks lichte of gematigde pijn heeft.

Deze groep omvat ongeveer 12% van de ouderen in een RVT, 25% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 15% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 35% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal in de loop van een periode van negentig

dagen verbeteren en 15% zal van alle pijn verlost zijn. Bij ouderen die thuiszorg krijgen boekt ongeveer 14% vooruitgang, terwijl opnieuw slechts ongeveer 7% van alle pijn verlost zal zijn.

- **NIET GEACTIVEERD** – Alle anderen.

III RICHTLIJNEN

VERDERE BEOORDELING VAN PIJN

T ***Frequentie en intensiteit van de pijn.*** Aan de behandeling van pijn gaat een grondige beoordeling vooraf: 1) bepaling van de *intensiteit*, de *plaats*, de *frequentie* en de *kenmerken* van de pijn, 2) uitvoering van een nauwkeurig lichamelijk onderzoek, 3) uitvoering van geschikt laboratoriumonderzoek, 4) beoordeling van hoe de pijn de emotionele status en de voorkeuren van de cliënt beïnvloedt, 5) observatie van de prestaties van de cliënt en 6) evaluatie van huidige ingrepen en beoordeling van hun doeltreffendheid en eventuele neveneffecten.

- Ga er niet vanuit dat veranderingen in het pijnpatroon of nieuwe pijnen veroorzaakt worden door reeds geïdentificeerde aandoeningen. De cliënt moet telkens opnieuw grondig geëvalueerd worden.
- Aangezien ouderen en personen met een chronische aandoening vaak pijn lijden, zou pijn als de vijfde vitale functie beschouwd moeten worden en bijgevolg op regelmatige en geplande basis gecontroleerd moeten worden.
- Na de beoordeling met een interRAI-instrument wordt de cliënt gevraagd de ernst van zijn/haar pijnen te beoordelen aan de hand van een hulpmiddel die hij/zij makkelijk te gebruiken vindt (zie hieronder vermelde voorbeelden). Pols ook naar de intensiteit van zijn/haar lichtste en hevigste pijnen. Vragen moeten simpel en concreet zijn en de antwoorden moeten als dusdanig worden bekeken. Als de cliënt een vraag niet begrijpt, gebruik dan andere en eenvoudigere woorden. Gebruik regelmatig de interRAI-vragen over pijn en om het even welke supplementair hulpmiddel om de symptomen van pijn op te volgen. Noteer de bevindingen op een pijnflowchart om zo de doeltreffendheid van de ingrepen beter te kunnen beoordelen. Voorbeelden van supplementaire hulpmiddelen om pijn te beoordelen zijn: VAS-schaal (Visual Analogue Scale) (de cliënt moet op een lijn van 10 cm de intensiteit van de pijn aanduiden); Numerical Rating Scale [de cliënt moet een score van 0 (geen pijn) tot 10 (hevigste pijn) geven]; VDS-schaal (Verbal Descriptive Scale) (pijn is licht, gematigd, hevig, vreselijk of onverdraaglijk); FPS-schaal (Faces Pain Scale) (de schaal gaat van een lachend gezichtje tot een gezichtje dat ondraaglijke pijnen uitdrukt). Er bestaan eveneens gespecialiseerde pijnbeoordelingshulpmiddelen voor personen met verbalisatiemoeilijkheden.
- Een routine pijnherbeoordeling wordt geadviseerd bij cliënten onder een analgesiebehandeling. Dit helpt het analgeticum indien nodig te titreren.

T ***Observatie van frequentie en intensiteit van pijn.*** Om pijn op een adequate manier te behandelen is het belangrijk om de prestaties van de cliënt te blijven observeren. Als de cliënt

niet in staat is verbaal te communiceren, de symptomen te beschrijven of de neiging heeft om nooit te klagen, is observatie de enige manier om pijn te beoordelen.

Wees gevoelig voor culturele factoren/aspecten die het uiten van pijn kunnen beïnvloeden. In sommige culturele groepen kan de bereidheid van de cliënt om pijn uit te drukken belemmerd worden door de aanwezigheid van een tendens tot gelatenheid. Anderzijds kunnen verzorgenden of informele zorgverleners de pijnindicatoren niet serieus nemen bij cliënten die expressiever zijn in het uiten van gezondheidszorgen dan verwacht op basis van culturele normen.

Observeer de cliënt tijdens het uitvoeren van gewone activiteiten (bv. ochtendverzorging, kinesitherapie) om zijn/haar klachten of symptomen van pijn bevestigd te zien. Breng die klachten of symptomen vervolgens op één lijn met veranderingen in de fysieke functioneringsstatus van de cliënt. Bespreek met directe zorgverleners, inclusief familieleden, wat hun bevindingen zijn.

Niet-verbale tekenen van pijn:

- Gelaatsuitdrukkingen (bv. Fronsens, grimassen)
- vocaal gedrag (bv. zuchten, kreunen)
- lichaamshouding (bv. afwerende of verwrongen lichaamshouding, minder bewegen van de ledematen, meer rusten)
- verandering in routine (bv. in bed blijven liggen, trager of in mindere mate ADL-activiteiten uitvoeren, minder eten en drinken)
- verandering in mentale status (bv. prikkelbaarheid en verwardheid)
- tekenen van agressie

T *Plaats van de pijn, soort pijn en reactie op externe factoren.* Bepaal zo precies mogelijk waar de cliënt pijn heeft. De plaats waar de pijn gelokaliseerd is kan van belang zijn voor het opstellen van een zorgplan. Bijvoorbeeld, pijn omwille van perifere vasculaire aandoeningen en artritis zal de geplande interventie beïnvloeden.

- Bepaal of de pijn constant, veranderlijk of intermitterend aanwezig is. Als de pijn intermitterend is, vraag de cliënt dan naar de frequentie en de duur ervan en in welke omstandigheden de pijn zich voordoet. De cliënt kan pijn anders ervaren naargelang de plaats waar hij/zij zich bevindt, het tijdstip van de dag en de activiteit die hij/zij uitvoert.
- Vraag de cliënt te beschrijven hoe de pijn aanvoelt. Vraag met welke woorden hij/zij de pijn het best kan omschrijven. Beschrijvingen kunnen nuttig zijn bij de therapie en kunnen ook gebruikt worden om uit te zoeken of de pijn eerder neuropathisch (brandend gevoel, tintelend gevoel, pijnscheuten, verlamd), musculoskeletaal (krampen, in elkaar gedrukt, kloppingen, stekende pijn) of visceraal (krampen, strakgespannen gevoel) is.
- Vraag wat de pijn verlicht of versterkt (bv. bewegen, stilzitten, dezelfde positie aanhouden, medicatietoediening, medicatieschema strikt opvolgen, medicatie nemen wanneer de pijn opkomt). Is de pijn door het starten van de pijnstillende medicatiekuur

zoals gehoopt verminderd? Stel vast welk gedrag de pijn lijkt te verlichten en te verergeren.

Alle informatie die uit dit gesprek met de cliënt naar boven komt moet naast de bevindingen van het lichamelijk onderzoek en de laboratoriumgegevens gelegd worden.

T *Beoordeel behandelingsvoorkeuren.* Bespreek de behandelingskeuzes met de cliënt (en familie) en vraag wat zijn/haar voorkeuren en verwachtingen zijn. Als een cliënt zijn/haar voorkeuren gerespecteerd ziet, gaat hij/zij zich ook gemotiveerder voelen om de therapie vol te houden en om de therapeutische doelstellingen te bereiken. Het komt bijvoorbeeld niet zelden voor dat terminaal zieke cliënten op het einde van hun leven liever wat pijn hebben dan minder alert te zijn.

BEHANDELING VAN PIJN

1. Farmacologische pijnbestrijding

T *De behandelende arts schrijft bijna altijd een geneesmiddelentherapie voor* nadat een nieuwe pijn of een acute opflakking van de chronische pijn vastgesteld werd. Voordat de cliënt een nieuw geneesmiddel begint te nemen, overloopt u best alle geneesmiddelen (ook geneesmiddelen die niet door de arts voorgeschreven werden, vrij verkrijgbare geneesmiddelen en alternatieve geneesmiddelen/kruiden) die de cliënt momenteel neemt. Het is voor de cliënt belangrijk een specifieke doelstelling met betrekking tot het verbeteren van de pijn voorop te stellen, dewelke binnen een bepaalde tijdsperiode beantwoord aan zijn/haar gewenst comfortniveau.

Voor de arts is het niet altijd mogelijk om net zoals andere zorgverleners (bv. verpleegkundigen) of familieleden de resultaten van de behandeling op de voet op te volgen. Het verplegend personeel en de familieleden bevinden zich daarom in een sleutelpositie om de cliënt te bevragen en om de impact van de nieuwe medicatie te observeren. De cliënt en zijn of haar naaste zorgverlener zouden moeten weten welke pijnmedicatie opgestart werd en wat de sterkte van die medicatie is [waar het geneesmiddel staat op de analgetische ladder die door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) geïntroduceerd werd], hoe snel er resultaat verwacht mag worden en welke ongunstige effecten het geneesmiddel eventueel kan hebben [zie 'juist en verantwoord medicatiegebruik'-CAP].

Geneesmiddelentherapie (farmacotherapie) is de manier bij uitstek om zowel kwaadaardige als goedaardige pijn te behandelen. Houd je aan de volgende basisprincipes van pijnbestrijding:

1) Orale toediening (de handigste en meest rendabele toedieningsvorm).

2) De klok rond [wanneer medicatie op vaste tijdstippen toegediend wordt (beter dan pro re nata (zo nodig)), wordt met elke analgetische dosis constante pijnbestrijding bereikt].

Voor de bestrijding van hevige pijn resulteert zelftoegediende pijnmedicatie (bv. via een morfinepomp die de cliënt zelf kan bedienen) in combinatie met een lagere dosis analgetica vaak in draaglijkere vormen van pijn.

3) Volgens de ladder (gebaseerd op de analgetische driestappenladder van het WHO – zie kader). Merk op dat er naast de traditionele analgetica nog verscheidene andere soorten geneesmiddelen met pijnstillende effecten bestaan. Overweeg de arts te raadplegen over de manier waarop de behandeling van pijn verbeterd kan worden door de pijndrempel (het punt waarop pijn als storend ervaren wordt) te verhogen (bv. via het gebruik van antidepressiva) of door neuropathische pijn te behandelen.

4) Kies het beste analgeticum (pijnstiller) voor de cliënt en titreer de dosis overeenkomstig de ernst van de pijn. Neveneffecten kunnen gemakkelijker geïdentificeerd worden als er aanvankelijk slechts één geneesmiddel toegediend wordt. Tegelijkertijd is het vrij moeilijk om het ‘enige beste’ analgeticum te kiezen. Vele farmaceutische middelen worden nu samengesteld om pijn beter te beheersen (de sleutel voor doorbraakpijn is het zo snel mogelijk verwerpen van beschikbare substanties).

5) Verhoog de dosis of (in het geval van opioïden) de sterkte van het geneesmiddel wanneer de pijn niet voldoende bestreden wordt, voeg een derde van de standaarddosis toe om doorbraakpijn te bestrijden.

6) Voorkom en behandel analgetische neveneffecten. Wanneer met bepaalde pijnmedicatie

gestart wordt, is het soms nodig voorzorgsmaatregelen te treffen (ladder – zie kader). Neveneffecten komen eerder voor bij oudere en zwakkere cliënten, die vaak ongunstige effecten ondervinden ten gevolge van veranderingen in het centraal zenuwstelsel (bv. delier, rusteloosheid en slaperigheid). Symptomen van gastro-intestinale aard (bv. misselijkheid en braken, maagirritaties, constipatie) komen ook geregeld voor.

T Overweeg of de cliënt verkiest doorverwezen te worden (of zou moeten doorverwezen worden) naar een pijnkliniek of pijnteam.

LADDER voor chronische pijn

Voor lichte tot gematigde pijn:

STAP 1: ‘niet-opioïden’: paracetamol, aspirine, of andere NSAID’s; start ulcus-prophylaxe op (alhoewel door het WHO voorgesteld, willen veel gerieters de NSAID’s uit dit behandelingsplan weren omwille van de mogelijke nevenwerkingen bv. nieraandoeningen, delier, ...).

Als medicatie uit stap 1 niet sterk genoeg is om gematigde pijn te verzachten

STAP 2: ‘zwakke’ opioïden: start met gebruik van laxativa (tenzij er een contra-indicatie is)

Als medicatie uit stap 2 niet sterk genoeg is om gematigde tot hevige pijn te verzachten:

STAP 3: ‘sterke’ opioïden: start met gebruik van laxativa (tenzij er een contra-indicatie is), overweeg indien nodig medicatie tegen misselijkheid. Merk op: het onderscheid tussen ‘zwakke’ en ‘sterke’ opioïden is geen ‘state of the art’, hoewel nog wijd gebruikt. ‘Sterke’ opioïden bij stap 3 worden nu algemeen geclassificeerd als stap 2 middelen, net zoals de ‘zwakke’ opioïden, omdat zij gemengd samengesteld worden met lage dosages van andere middelen.

2. Niet-farmacologische pijnbestrijding

Niet-farmacologische methodes zijn belangrijk bij het behandelen van pijn omdat ze:

- 1) de doeltreffendheid van geneesmiddelen kunnen verhogen,
- 2) meestal weinig ongunstige effecten hebben,
- 3) de cliënt en zijn/haar familie het gevoel geven dat ze zelf ook inspraak hebben en
- 4) de functionele achteruitgang, de gemoedstoestand en de sociale isolatie kunnen aanpakken.

T *Informeer de cliënt, zijn/haar familie en het directe verzorgingspersoneel*

- ❑ Ontkracht de mythe dat pijn en invaliditeit deel uitmaken van het gewone verouderingsproces.
- ❑ Bespreek de oorzaak van de pijn, bevindingen van de pijnbeoordeling, behandelingsdoelstellingen, een multidisciplinair zorgplan, de prognose, behandelingsopties en neveneffecten.

T *Overweeg de volgende methodes:*

- ❑ Kinesithérapie, ergotherapie en andere therapieën die bij de volgende zaken van nut kunnen zijn: veiligheidsbeoordeling (bv. valincidenten, verwondingen), immobilisatie van een gewricht, kracht- en duurtraining en andere technieken om pijn te behandelen.
- ❑ Fysiotherapie (bv. warmte, koude, massage)
- ❑ Relaxatietechnieken [bv. individuele of groepsactiviteiten (meditatie, muziek, conversatie, audioboeken)]
- ❑ Andere opties omvatten: acupunctuur, tia chi en andere complementaire therapieën
- ❑ Help de cliënt bij het vooropstellen van realistische en concrete doelstellingen (bv. dertig meter wandelen, drie keer per week naar een bingoavond gaan).
- ❑ Overweeg of de cliënt extra psychologische of maatschappelijke hulp nodig heeft.

3. Preventie van ongewenste consequenties van pijn

- ❑ Besteed extra aandacht aan de relatie tussen pijn en functioneringsvermogen [zie ADL-CAP].
- ❑ Besteed extra aandacht aan de relatie tussen pijn en depressie. Cliënten met chronische pijn hebben de neiging een depressie te ontwikkelen en moeten daarom altijd op aanwezigheid van dit syndroom gecontroleerd worden [zie DRS (Depressing Rating Scale) en stemmingsstoornissen-CAP].

- Een succesvolle behandeling van pijn veronderstelt ook de actieve behandeling van onderliggende ziekten en aandoeningen die met de pijn gepaard gaan.
- Om andere negatieve gevolgen van pijn te vermijden, zie ook de gedrag-CAP en de ‘sociale omgang’-CAP.

AANVULLENDE BRONNEN

Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med* 2003; 163:2433-2445.

Finne-Soveri UH, Ljunggren G, Schroll M, Jonsson PV, Hjaltadottir I, El Kholy K, Tilvis RS. Pain and its Association with Disability in the Institutional Long-Term Care in four Nordic Countries. *The Canadian Journal on Aging* 2000 (Suppl 2); 19:S38-49.

Farrell MJ, Katz B, Helme RD. The Impact of dementia on the pain experience. *Pain* 1996; 67:7-15.

Scherder E, Oosterman J, Swaab D, Herr K, Ooms M, Ribbe M, Sergeant J, Pickering G, Benedetti F. Recent developments in pain in dementia. *BMJ* 2005; 330:461–4.

Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Bol McKellar L, Gauthier N. Instruments for the Assessment of Pain in Older Persons with Cognitive Impairment. *JAGS* 2005; 53:319–326.

American Geriatric Society Panel on Chronic Pain in Older Persons. The Management of Chronic Pain in Older Persons. *JAGS* 1998; 46(5):635-651.

Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Management of pain in elderly persons with cancer. *JAMA* 1998; 279(23):1877-1882. Deze paper beschrijft de prevalentie en de predictoren van dagelijkse pijn bij kanker en analgetische behandeling aan de hand van MDS-gegevens over pijn en medicatie van vijf staten. Bevindingen: 26% van de personen met pijn waren niet in behandeling; andere personen, vooral dan ouderen en personen die deel uitmaken van een minderheid, werden onvoldoende behandeld.

Zyzykowska J, Szczerbinska K, Jantzi MR, Hirdes JP. Pain among the oldest old in community and institutions. *Pain* 2007; 129(1-2):16776. Epub 2007, Jan 23.

Klinische praktische richtlijnen, handboeken en websites:

Griffie J, Matson S, Muchka S, Weissman D. Improving Pain in the Long Term Care Setting: A Resource Guide for Institutional Change. Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin. Division of Hematology/Oncology, 9200 W. Wisconsin Ave., Milwaukee, Wisconsin 53226. 1998, (414) 805-4605.

Griffie J, Muchka S, Weissman D. Nursing Staff Education Resource Manual: Pain Management 101: a six session in-service education program in pain management for long term care facilities. Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin. Division of Hematology/Oncology, 9200 W. Wisconsin Ave., Milwaukee, Wisconsin 53226. 2000, (414)805-4605.

McCaffery M, Pasero C. Pain: Clinical Manual. St. Louis MO: C.V. Mosby, 1999.

Rochon T, Patry G, DeSilva D. Pain Relief Resource Manual. Brown University Center for Gerontology and Health Care Research, Providence, R.I. (401-863-9628)

International Association for the Study of pain; www.iasp-pain.org

US Department of Health and Human Services. Acute Pain Management. (1992) Clinical Practice Guidelines: Acute Pain Management. (AHCPR Publication No. 92-0032). Washington, DC: US Government Printing Office. (Ook toegankelijk op www.nlm.nih.gov)

US Department of Health and Human Services. Management of cancer pain. (1994) Clinical Practice Guidelines: Management of Cancer Pain. (AHCPR Publication No. 94-0592). Washington, DC: US Government Printing Office. (Ook toegankelijk op www.nlm.nih.gov)

American Pain Society. Een multidisciplinaire educatieve en wetenschappelijke organisatie met als doel het bevorderen van pijngerelateerd onderzoek, onderwijs, behandeling en een professionele praktijkvoering (www.ampainsoc.org/).

Mayday Pain Resource Center. Doet dienst als een coördinatiecentrum dat instellingen helpt de behandeling van pijn te bevorderen (www.cityofhope.org/).

Palliative Medicine Program at the Medical College of Wisconsin. Ontwikkelt, implementeert en verspreidt innovatieve educatieve en klinische zorgprogramma's. Deze website biedt hulpmiddelen, analgetische richtlijnen en informatie over de institutionele behandeling van pijn (www.mcw.edu/display/router.asp?DocID=196).

AUTEURS

Aida Won, MD
Harriet Finne-Soveri, MD, PhD
Dinnus Frijters, PhD

Giovanni Gambassi, MD
Katharine M. Murphy, PhD, RN
John N. Morris, PhD, MSW