

Beleid Pijnzorg ZGV

Multidisciplinaire richtlijn 'Pijn bij kwetsbare ouderen'

Beleidsnotie Pijnzorg

INHOUDSOPGAVE

1. DOELSTELLING	3
2. VAN TOEPASSING OP DE ORGANISATIEONDERDELEN	3
3. INHOUD	3
3.1. CLASSIFICATIE VAN PIJN	3
3.2. CRITERIA DOORVERWIJZEN AAN CONSULTATIETEAM	3
3.3. METEN EN REGISTREREN VAN PIJN	3
3.4. INZET VAN NIET MEDICAMENTEUZE BEHANDELING.....	5
4. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN BEVOEGDHEDEN	5
5. MIDDELEN	6
6. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN BEVOEGDHEDEN	6
7. REFERENTIES.....	6
8. WORKFLOW CLIËNT MET PIJN	7
9. WORKFLOW INSCHAKELN PIJNTEAM	8
BIJLAGE 1	9
MEETINSTRUMENTEN	9
PACSLAC-D	9
REPOS.....	10
PAINAID.....	11
NPRS/NRS.....	12
DOLOPLUS-2.....	13
BIJLAGE 2	14
INZET NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELINTERVENTIES.....	14
FYSIOTHERAPIE	14
PSYCHOLOGIE.....	15
ERGOTHERAPIE	16
ZORG EN WELZIJN.....	16
BIJLAGE 3	20
PIJNZORGPLAN ANAMNESE.....	20

Beleidsnotie Pijnzorg

1. Doelstelling

Het pijnbeleid is gericht op de behandeling bij pijn. Pijn beperkt het functioneren van ouderen. Meestal is er iets tegen die pijn te doen. Dat zorgt ervoor dat ouderen zich beter voelen en beter functioneren. Daarnaast is het doel om het gebruik van pijnmedicatie en niet-medicamenteuze behandelingen bij cliënten met pijn te optimaliseren

2. Van toepassing op de organisatieonderdelen

Cliënten met een indicatie voor behandeling in de intramurale zorg met een chronische pijnvraag.

3. Inhoud

Bij pijn treedt een pijnprikkel op. Die pijnprikkel gaat via de zenuwbanen naar de hersenen. Dat geeft pijn die brandend, stekend, bonkend of schrijnend kan aanvoelen. Soms verdwijnt pijn na genezing, maar bepaalde vormen van pijn kunnen nog maanden tot jaren aanhouden. Sommige ziekten veroorzaken veel pijn of gevoeligheid voor pijn. Ook zijn er ziekten waardoor mensen minder pijn ervaren. Naast lichamelijke reacties geeft pijn vaak emotionele reacties. Zo kan iemand huilen, verdrietig of boos worden. Iedereen ervaart pijn verschillend en reageert daar anders op. Duidelijk is wel dat pijn de kwaliteit van leven en het functioneren vermindert (Verenso, 2011).

3.1. Classificatie van pijn

Wanneer er sprake is van pijn bij een cliënt, wordt er gekeken naar de ernst van de pijn. De volgende onderverdeling wordt gemaakt:

Acute pijn:	Acute pijn is de pijn die direct na een trauma ontstaat.
Chronisch pijn:	Als er geen aanwijzingen zijn dat er weefschade bestaat en er is toch nog steeds sprake van pijn, na drie maanden, dan spreekt men over chronische pijn.

3.2. Criteria doorverwijzen aan consultatieteam

- Pijn is chronisch
- Casus overstijgt kennis en vaardigheid afdelingsniveau
- Casus heeft nieuwe of andere inzichten nodig

3.3. Meten en registreren van pijn

Registratie geeft inzicht in de grootte van het probleem pijn en in de vraag of de toegepaste maatregelen werken. Met dit inzicht kan een instelling op basis van gefundeerde gegevens, het pijnbeleid sturen en evalueren.

Het meten van pijn start met het scoren of het observeren van cliënten met pijn. Dit gebeurt door de afname van passend pijninstrument.

Wanneer de conditie van de cliënt sterk verandert, zowel bij verslechtering als verbetering, is het raadzaam om een pijninstrument af te nemen. Zie volgende pagina.

Registratie kan op verschillende manieren, beschreven in de richtlijn. ZGV heeft hierin een keuze gemaakt, om tot een kleinere test batterij leidt. Dit houdt niet in dat de andere testen

Beleidsnotie Pijnzorg

niet mogen worden ingezet, maar de onderstaande zijn wel eerste keus. De keuze voor het passend meetinstrument is genomen op passend bij de doelgroep, handzaamheid (liefst 1 a4) en zo min mogelijk administratielast voor de medewerker. Daarnaast dient de test gevalideerd te zijn:

- NPRS
- PAINAD (Pain assessment in advanced dementia)
- REPOS (The Rotterdam elderly pain observation scale)
- DOLOPLUS 2
- PACSLAC-D (Pain assessment scale for seniors with severe dementia)

** De testen staan als voorbeeld in bijlage 1*

PG cliënten

Voor de pg cliënten en cliënten met een cognitieve problematiek ligt de voorkeur op de **PACSLAC-D**. Deze bevat 24 items, die zowel de subtiele als de gebruikelijke pijngedragingen betreffen. De items zijn onderverdeeld in gezicht, verzet/afweer en sociaal emotioneel/stemming. Van ieder item wordt gescoord of deze af- of aanwezig is. Een evaluatie bij Nederlandse verpleeghuiscliënten liet een goede validiteit en betrouwbaarheid zien, terwijl verpleegkundigen het eenvoudig in gebruik vonden bij ouderen (Zwakhalen 2006b). De PACSLAC-D is onderdeel van de vragenlijst in ONS, NEDAP.

De **PAINAD** (Pain assessment in advanced dementia) is een eenvoudige uit 5 items bestaande observationele schaal, ontwikkeld voor mensen met gevorderde dementie (Warden 2003). De PAINAD beschrijft een beperkt aantal non-verbale pijngedragingen en is kort en gemakkelijk te gebruiken. De pijn wordt beoordeeld aan de hand van 5 items: ademhaling, onrustgeluiden, gezichtsuitdrukking, lichaamstaal en troostbaarheid. De items worden beoordeeld met behulp van een 3-punts schaal.

PG en somatiek cliënten

Voor cliënten met een uitingsproblematiek gaat de voorkeur uit naar de Repos. Bij patiënten met een uitingsbeperking is de **REPOS** te gebruiken (The Rotterdam elderly pain observation scale). Voor het werken met observatieschalen is een scholing vereist. Het Erasmus MC heeft een instructie CD-ROM ontwikkeld voor het werken met de REPOS. De schaal kent 10 items waarvan er 5 de gezichtsuitdrukking betreft. De andere 5 items zijn: bewegen lichaamsdeel, paniecreactie, kreunen/jammeren, verbale uitingen en inhouden adem. Van ieder item wordt gescoord of dit af- of aanwezig is (proefschrift van Herk 2008).

Voor somatiek cliënten

Voor somatiek cliënten ligt de voorkeur op de **NPRS** (Numeric Pain Rating Scale). De NPRS is een specifieke meetschaal, bestaande uit 11 nummers van 0-10, daarbij betekent 0 geen enkele pijn en 10 is de meest voorspelbare pijn. Aan de linker kant staat de minimumscore, aan de rechter kant staat de maximumscore. De cliënt dient het getal te omcirkelen welke het best de ernst van zijn/haar pijn weergeeft, die de patiënt de afgelopen week/dag gehad heeft. Een verschil van ten minste 2 punten is vereist om een verbetering of verslechtering te kunnen vaststellen. Doordat alleen een geheel punt kan worden toegekend aan de sensatie is de NRS minder gevoelig om kleine veranderingen aan te tonen. (NPRS is onderdeel van ONS-dossier-pijn)

Beleidsnotie Pijnzorg

Extra in te zetten op verzoek arts/pijnteam

DOLOPLUS-2 is een Frans instrument, dat is ontwikkeld voor de integrale beoordeling van pijn en bevat items die somatische, psychomotorische en psychosociale reacties op pijn betreffen (Lefebvre-Chapiro 2001). De patiënt wordt geobserveerd met behulp van 10 items: lichamelijke klachten, pijnvermijdende lichaamshouding in rust, afscherming van pijnlijke plaatsen, gezichtsuitdrukking, slaappatroon, verzorgen en aankleden, bewegingen, communicatie, sociale activiteiten en gedragsproblemen. Ieder item krijgt een score op de 4-punts schaal.

3.4. Inzet van niet medicamenteuze behandeling

Een behandeling van pijn zonder medicijnen heet een niet-medicamenteuze behandeling. Ook wel complementaire zorg genoemd. Vaak is hier een aparte cursus/scholing voor nodig en kan niet altijd door iedere hulpverlener toegepast worden. Daarnaast is er vaak niet of weinig wetenschappelijk bewijs dat de gegeven zorg ook daadwerkelijk de pijn wegneemt of verminderd bij de doelgroep kwetsbare ouderen. Wel kan het leiden tot verlichting of afleiding. In de bijlagen staat per discipline beschreven welke complementaire zorg verleend kan worden binnen ZGV.

4. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Het pijnteam

Het pijnteam geeft het pijnbeleid van de organisatie vorm en daarnaast adviseert zij de zorgverleners over individuele patiënten met pijn. Het beschikbaar maken van pijnmeetinstrumenten, het geven van voorlichting, deskundigheidsbevordering en het implementeren van een registratiesysteem t.b.v. onderzoek horen ook tot de taken van dit team. Met name adviezen aan de patiënt voor het omgaan met chronische pijn en omgangsadviezen voor het multidisciplinaire team bij gedragsaspecten, die gerelateerd kunnen zijn aan pijn, kunnen een belangrijke rol spelen bij het zorgen voor een optimaal kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn. Belangrijk is dat kwetsbare ouderen met chronische pijn in een multidisciplinair overleg worden besproken met inbreng vanuit de patiënt en/of naasten.

Alle leden van het pijnteam hebben extra scholing gehad over pijn bij (kwetsbare) ouderen. Deze scholing omvat: kennis over te gebruiken pijnmeetinstrumenten, kennis over werking en bijwerking van geneesmiddelen, kennis van de protocollen evenals de implementatie en evaluatie daarvan en kennis over de mogelijke inbreng van andere leden van het pijnteam, veranderingen in de hersenen bij het ouder worden en invloed daarvan op pijnbeleving. Jaarlijks volgen de teamleden en de aandachtsvelders een bijscholing op het gebied van pijn.

De meerwaarde van het pijnteam ligt vooral in het multidisciplinair bekijken en analyseren van de casus. De cliënt wordt aangemeld via de behandelend arts d.m.v. een verwijzing. De verwijzer beschrijft in het kort het probleem en de tot nu toe ingezette behandeling. De casus wordt verder opgepakt door het pijnteam.

Beleidsnotie Pijnzorg

De aandachtsvelder pijn

De aandachtsvelder pijn is een verpleegkundige of verzorgende met het aandachtsgebied pijn. De aandachtsvelder doet jaarlijks de e-learning pijn bij kwetsbare ouderen en behaalt minimaal een 7. Eenmaal per maand komen de aandachtsvelders bij elkaar voor kennisvergaring, kennisdeling en intervisie. Dit onderleiding van de neuroverpleegkundige uit het pijnteam. De aandachtsvelder pijn zorgt voor kennisdeling op de werkvloer, geeft klinische lessen en coacht de medewerkers op het gebruik van de meetschalen en het maken van doelen, rapportage en evaluatie rondom pijn. Je geeft de folder pijnbestrijding aan cliënt of zijn naaste, indien deze nog niet is verstrekt.

De verzorgende en verpleegkundige

Jouw rol is heel belangrijk omdat jij:

- ouderen kan stimuleren te vertellen over pijn. Vraag in je contacten altijd naar pijn, zeker als je (mogelijke) symptomen ziet. Neem er de tijd voor op een rustig moment.
- pijn kan herkennen bij ouderen. Gebruik daarvoor de pijnmeetlijst die hier boven staat benoemd, passend bij de doelgroep/cliëntbehoefte of verzoek arts. De NPRS en PACSLAC staan standaard in ONS)
- kan helpen een zit-/lithouding te vinden die minder pijn doet, afleiding kunt bieden. Bij problemen schakel je een behandelaar of dagbestedingscoach in.
- in contact met familie naar het verschil met eerder (pijn) gedrag kunt vragen.
Het maken van zorgdoelen pijn, rapporteren en evalueren (bijlage 3)
- voorgeschreven medicatie kan geven op de juiste manier.
- kan rapporteren over het effect en de bijwerkingen van de behandeling. ernstige bijwerkingen direct aan de dienstdoende arts doorgeeft.
- scholing over pijn (bij ouderen) kan volgen.

Alle betrokken medewerkers

Er wordt gerapporteerd op de gestelde pijn-doelen (bijlage3)

5. Middelen

- E-Learning zorg medewerkers, artsen
- Scholing therapeuten
- Tijd pijnteam (2 uur pw per persoon voor pijnteamleden)
- Tijd aandachtsvelders

6. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Medische en paramedische dienst, zorgdienst, PSA.

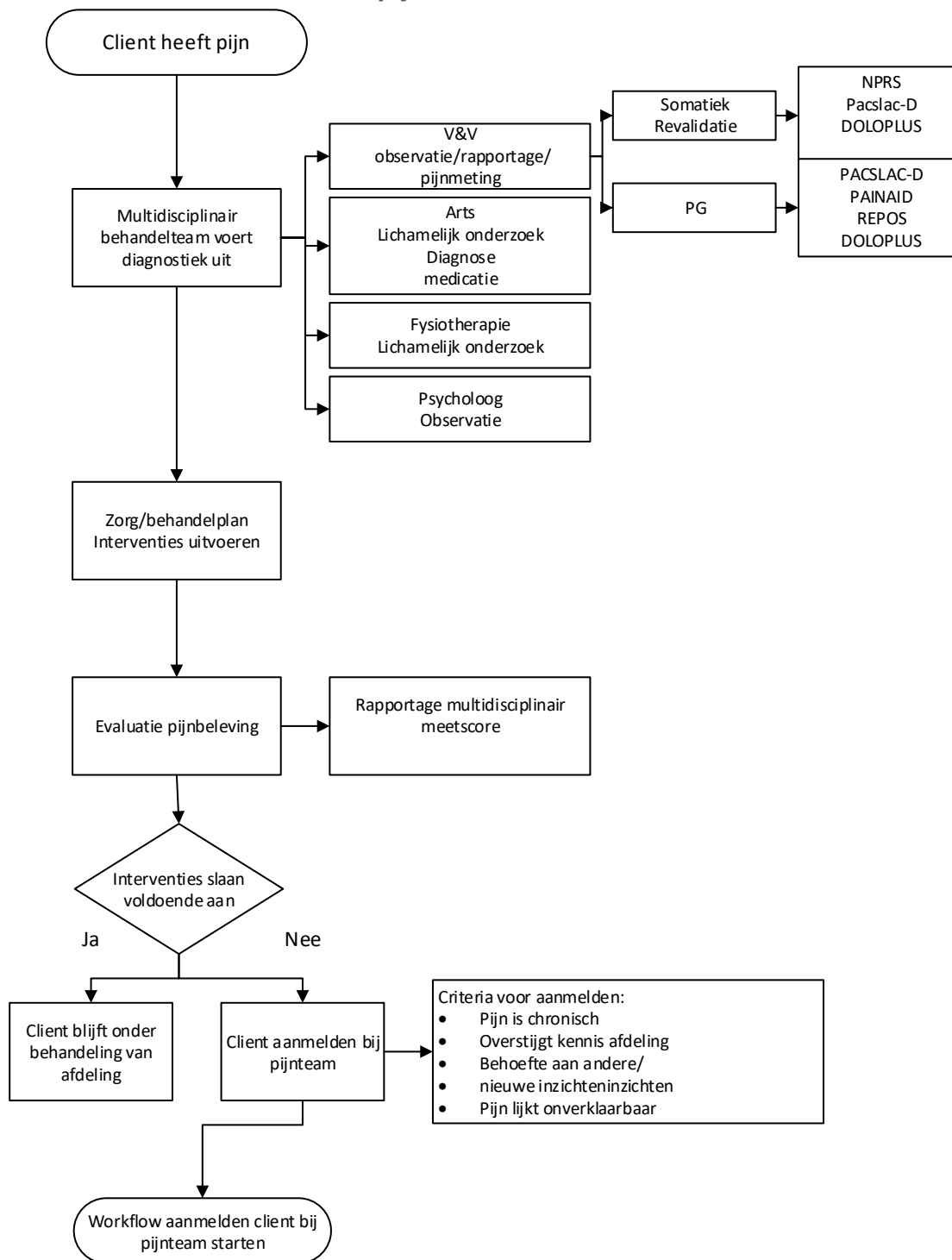
7. Referenties

- Projectplan Pijn in beeld en behandeld
- <https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijnendatabase/pijn>
- Bijlage
 1. Pijnschalen (PACSLAC-D, REPOS, PAINAID, NPRS)

Beleidsnotie Pijnzorg

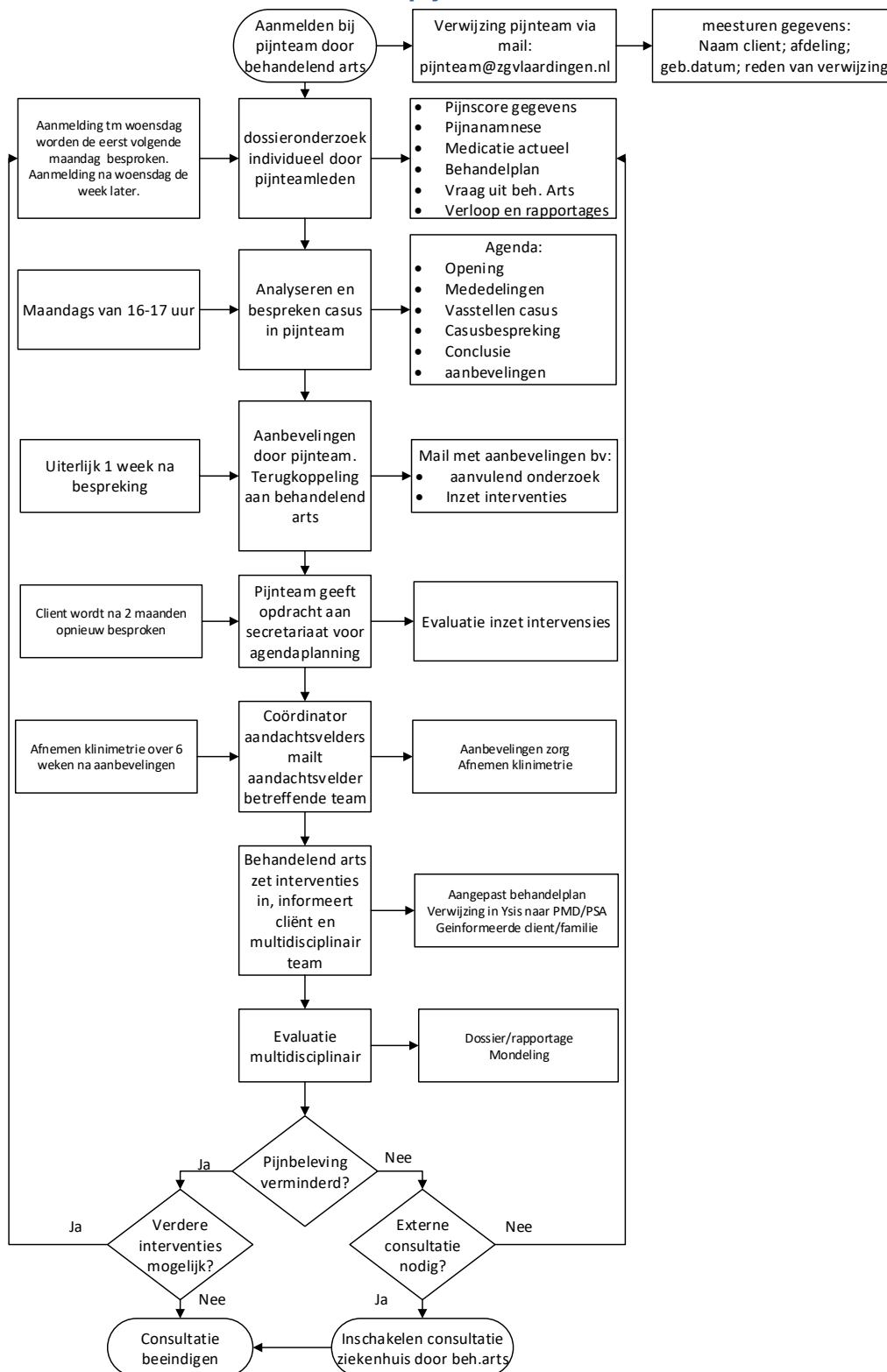
2. Niet- medicamenteuze behandelinterventies (fysiotherapie, psycholoog, V&V)
3. Pijnzorgplan en anamnese

8. Workflow Cliënt met pijn



Beleidsnotie Pijnzorg

9. Workflow inschakelen pijnteam



Beleidsnotie Pijnzorg

Bijlage 1 Meetinstrumenten PACSLAC-D

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate, NL versie (PACSLAC-D)*

Datum: _____ Tijdstip beoordeling: _____

Naam patiënt/ bewoner: _____

Doel:

Deze checklijst 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 geïntereiseerd 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)	
Pijnlijke plek aanraken en vasthouden	
Pijnlijke plek beschemen	
Terugtrekken	
Verzet/ afweer	
Verbale agressie	
Fysieke agressie (bijv. mensen en/of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen)	
Geërgerd (geagiteerd)	
Achteruitdeinzen	
Niet aangeraakt willen worden	
Niet-coöperatief/weerstand tegen zorgverlening	
Sociaal emotioneel/stemming	
Nors/prikkelbaar	
Schreeuwen/krijzen	
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 _____

PAINAID

Pain Assessment IN Advanced Dementia - PAINAD

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

PAINAD (Warden, Hurley, Volicer, 2001) Dutch version (translation) by the University of Maastricht (Zuakhalen et al., 2004)

NPRS/NRS

Numeric Pain Rating Scale

Selecteer het cijfer dat het best de ernst van uw pijn weergeeft.

Hoe hevig was uw pijn (gemiddeld) de afgelopen week (7 dagen)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

geen
enkele
pijn

meest
voorstelbare
pijn

Selecteer het cijfer dat het best de ernst van uw pijn weergeeft.

Hoe hevig was uw pijn op de slechtste momenten in de afgelopen week (7 dagen)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

geen
enkele
pijn

meest
voorstelbare
pijn

Beleidsnotie Pijnzorg

DOLOPLUS-2

DOLOPLUS SCHAAL-2		gedragmatige pijnbeoordeling bij ouderen
NAAM:	Voornaam:	Afdeling: Datum:
LICHAMELIJKE REACTIES:		Score
1. • Lichamelijke klachten	• Geen klachten • Klachten alleen bij navraag • Spontane klachten die af en toe voorkomen • Spontane klachten die voortdurend aanhouden	0 1 2 3
2. • Pijnvermijdende lichaamshouding in rust	• Geen pijnvermijdende lichaamshouding • Patiënt vermijdt af en toe bepaalde lichaamshoudingen • Permanente doeltreffende pijnvermijdende lichaamshouding • Permanente niet doeltreffende pijnvermijdende lichaamshouding	0 1 2 3
3. • Afscherming van pijnlijke plaatsen	• Geen afscherming • Afscherming bij toenadering, zonder dat voortzetting van het onderzoek of verzorging wordt belemmerd • Afscherming bij toenadering met belemmering van het onderzoek of verzorging • Afscherming in rust, ook wanneer er geen toenadering plaats vindt	0 1 2 3
4. • Gelaatsuitdrukking	• Normale gelaatsuitdrukking • Pijnlijke gelaatsuitdrukking bij toenadering • Pijnlijke gelaatsuitdrukking ook zonder toenadering • Voortdurend ongebruikelijke uitdrukingsloze gelaatsuitdrukking (stil, verward, lege blik)	0 1 2 3
5. • Slaappatroon	• Normaal slaappatroon • Problemen met inslapen • Vaak wakker worden (onrust) • Slapeloosheid met als gevolg slaperigheid overdag	0 1 2 3
PSYCHOMOTORISCHE REACTIES:		
6. • Verzorgen en aankleden	• Geen verandering in gebruikelijke mogelijkheden • Gebruikelijke mogelijkheden zijn beperkt (verzorgen en/of aankleden is moeilijk maar wel volledig mogelijk) • Gebruikelijke mogelijkheden zijn zeer beperkt, verzorgen en/of aankleden is moeilijk en maar gedeeltelijk mogelijk • Verzorgen en/of aankleden is onmogelijk, de patiënt verzet zich bij elke poging	0 1 2 3
7. • Bewegingen	• Geen verandering in gebruikelijke mogelijkheden • Gebruikelijke actieve mogelijkheden zijn beperkt (patiënt vermijdt bepaalde bewegingen en vermindert loopafstanden) • Gebruikelijke actieve en passieve mogelijkheden zijn beperkt (zelfs met hulp vermindert de patiënt zijn bewegingen) • Iedere beweging onmogelijk, verzet zich tegen elke poging tot mobilisatie	0 1 2 3
PSYCHOSOCIALE REACTIES:		
8. • Communicatie	• Onveranderd • Toegenomen (de patiënt trekt de aandacht op een ongebruikelijke manier) • Verminderd (de patiënt isoleert zich, zondert zich af) • Afwezigheid van of weigering van elke vorm van communicatie	0 1 2 3
9. • Sociale activiteiten	• Gebruikelijke deelname aan verschillende activiteiten (maaltijden, ontspanning, therapeutische activiteiten, etc.) • Deelname aan verschillende activiteiten alleen als men erom vraagt • Gedeeltelijke weigering om aan verschillende activiteiten deel te nemen • Alle sociale contacten worden geweigerd	0 1 2 3
10. • Gedragsproblemen	• Normaal gedrag • Herhaalde gedragsproblemen bij toenadering • Permanente gedragsproblemen bij toenadering • Permanente gedragsproblemen (zonder aanleiding/ externe stimulus)	0 1 2 3
		SCORE

DOLOPLUS-2 (Wary et al., 1999), Dutch version (translation* and validation) by the University of Maastricht (Zwakhalen et al., 2004).
 Translation was conducted in cooperation with the Erasmus University of Rotterdam

Beleidsnotie Pijnzorg

Bijlage 2

Inzet niet-medicamenteuze behandelinterventies

Fysiotherapie

Oefentherapie

Oefentherapie kan variëren in frequentie, duur en intensiteit (spierkrachttraining, aerobe training en functionele training) (richtlijn artrose KNGF).

Voor het hervatten of uitbreiden van activiteiten kan een tijdcontingent oefenprogramma ('graded activity') worden opgesteld. Tijdcontingent wil zeggen: een stapsgewijze opbouw van de activiteiten op basis van een vooraf afgesproken oefenbelasting en tijdschema, en niet op basis van de pijn. Het doel van een tijdcontingente benadering is de aandacht te verleggen van de pijn naar de activiteiten. De pijn wordt hierbij door de therapeut niet genegeerd of gebagatelliseerd. De therapeut erkent de aanwezigheid van de pijn, maar leert aan de patiënt zich in het functioneren niet door de pijn te laten leiden. Met het toenemen van de activiteiten tijdens de behandeling, moet de patiënt ook in zijn eigen omgeving stapsgewijs meer activiteiten gaan ontplooiën. Hiermee vindt overdracht plaats van de behandelresultaten naar het dagelijks leven van de patiënt (KNGF richtlijn lage rugpijn, wordt ook aangeraden in de KNGF richtlijn artrose).

- Wie: alle fysiotherapeuten binnen ZGV.

Massage

Overweeg bij een afwijkend beloop zonder dominante psychosociale factoren kortdurende massage ter vermindering van de pijn (KNGF richtlijn lage rugpijn). Vanuit de richtlijn artrose KNGF wordt aanbevolen om bij voorkeur geen massagetherapie aan te bieden bij patiënten met heup- of knieartrose.

- Wie: alle fysiotherapeuten binnen ZGV.

Thermotherapie (warmte- en koudetherapie)

Hot- en coldpacks via de fysiotherapeut.

- Wie: alle fysiotherapeuten binnen ZGV.

TENS

Apparatuur nog op voorraad, maar niet meer in gebruik. Indien we hier gebruik van willen maken dan zal er nieuwe apparatuur aangeschaft moeten worden.

- Wie: alle fysiotherapeuten binnen ZGV.

Patiënteneducatie

Informatie en advies over de aandoening. Educatie vooral gericht op geruststelling, meer bewegen brengt bijv geen schade aan de rug. Geen relatie tussen artrose en de mate van pijnbeleving.

- Wie: alle fysiotherapeuten binnen ZGV.

Cognitieve gedragstherapie

- Wie: Fysiotherapeut met cursus Cognitief gedrag georiënteerde aanpak bij chronische pijn.(M. Moltzer)

Ontspanningstherapie

- Wie: alle fysiotherapeuten binnen ZGV.

Medical taping

- Fysiotherapeut met cursus medical taping

Aanvullende aanbevelingen vanuit de KNGF richtlijnen

Beleidsnotie Pijnzorg

Psychologie

psycho-educatie over het ontstaan van chronische pijn

- Wie: psychologen binnen het zgv

Psycho-educatie over het biopsychosociaalmodel

Uitleg over hoe deze drie factoren samenhangen met pijn en hoe dit invloed heeft op iemands pijnbeleving. Vanuit deze uitleg kan er per persoon gekeken worden waar de knelpunten zijn (sociale contacten, angst, stemming, slapen) en vervolgens kan er doelgericht aan de slag worden gegaan met het positief beïnvloeden van pijn door het aanpakken van de omgevingsfactoren.

- Wie: psychologen binnen het zgv

Progressieve ontspanning

Ontspanningsoefeningen worden toegepast in uiteenlopende stressvolle situaties en blijken effectief te zijn in het verminderen van spanningsklachten. Ze hebben een gunstig effect op het gevoel van welbevinden van de patiënt. Het is effectief bij gebrek aan energie en vermoeidheidsklachten. Daarnaast wordt ook een gunstig effect gezien bij pijn. Dit effect wordt toegeschreven aan de wisselwerking tussen pijn, angst en spierspanning. Pijn roept vaak reacties op van angst en (spier)spanning. Deze reacties versterken op hun beurt weer de pijn, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Door de verminderde spierspanning als gevolg van ontspanningsoefeningen kan deze vicieuze cirkel doorbroken worden. Daarnaast wordt de aandacht ook afgeleid van de pijn, omdat in de oefening de aandacht op de ontspanning wordt gericht.

- Wie: therapeuten in het zgv (fysiotherapeuten, verpleegkundigen, psychologen etc.)

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is een psychotherapie die je – voornamelijk door oefeningen – leert om anders tegen problematische situaties aan te kijken en om er anders mee om te gaan. In cognitieve gedragstherapie wordt het gedrag en de gedachten die de problemen in stand houden, besproken en behandeld. De effectiviteit is gebleken uit wetenschappelijk onderzoek. Behandelingen zijn klacht- of probleemgericht en duren over het algemeen kort.

Voorbeeld:

Gedachte: ik heb pijn, dus ik blijf thuis → ondanks de pijn, ga ik toch

Gedrag: inactief → actief/bewegen

Gevolg: pijn bepaalt je leven → je leven bepaalt de pijn

- Wie: psychologen binnen het zgv met cursus (AC. Keeris)

Acceptance and commitment therapie

ACT helpt ook mensen zonder specifieke klachten/pijn om: hun gedachten en gevoelens beter te kunnen accepteren en loslaten / meer aandacht te hebben voor wat zich nu feitelijk afspeelt (mindfulness) / meer zicht krijgen op wie je bent, wat je belangrijk vindt (waar je aandacht aan wilt besteden) en wat je nog wilt bereiken in dit leven (en hoe daar naar op weg te gaan)

- Wie: psychologen binnen het zgv met cursus

Mediatieve therapie

Bij mediatieve therapie gaat het om verbeteringen in welbevinden en (pijn)gedrag bij de cliënt te bereiken, via voor deze persoon belangrijke anderen zoals als teamleden en familie/vrienden.

- Wie: psychologen binnen het zgv met cursus (M. van Mourik)

Beleidsnotie Pijnzorg

Ergotherapie

Ergotherapeutische interventies ten aanzien van pijn

- Compenseren van een activiteit
- Compenseren van het handelen
- Inzet van hulpmiddelen
- Analyseren en adviseren omtrent lighouding
- Analyseren en adviseren omtrent zithouding
- Inzetten van de activiteitenweger
- PDL/ADL-analyse en advies
- Cognitieve gedragstherapie ten gevolge van chronische pijn

Zorg en welzijn

Patiënteneducatie

Informatie en advies over pijn (folder). Educatie vooral gericht op geruststelling, aandacht, ontspanning en mogelijkheden.

- Wie: alle zorgverleners, met name de aandachtvelder pijn.

Snoezelen (stimuleren van de zintuigen)

Snoezelen is een vorm van complementaire zorg die het welbevinden kan vergroten.

Snoezeltechnieken kunnen gebruikt worden om ontspanning en afleiding te bieden bij belastende symptomen.

Door: het zorgen voor een sfeervolle/prettige omgeving, het inrichten van de kamer met voor de patiënt bekende spulletjes, bijvoorbeeld foto's van familie en vrienden, het draaien van lievelingsmuziek van de patiënt zachtjes op de achtergrond, het aanbieden van knuffels.

- wie: activiteitenbegeleiding of V&V

Afleiding

De betekenis van afleiding is: *wat de aandacht op iets anders richt*. Dit is de methode die gebruikt moet worden om pijn te verminderen.

Capaciteitstheorie; een theorie die de werking van afleiding op pijn ondersteunt is de capaciteitstheorie. Deze theorie zegt dat op een gegeven moment de hoeveelheid informatie die een persoon kan verwerken bereikt is. Er is dus een maximale hoeveelheid informatie die iemand kan verwerken. Als iemand zijn volle aandacht op een bepaalde activiteit richt, dan kan andere informatie moeilijker verwerkt worden omdat de capaciteit van de informatieverwerking dan bereikt is. Daarom zou het dus helpen om mensen met pijn af te leiden.

Voorbeelden van afleiding: Het afleiden van iemand die pijn heeft, kan dus goed werken om de pijn van deze persoon minder te maken. Afleiden kan op verschillende manieren worden gedaan en effectiviteit van bepaalde afleidingsmanoeuvres kan per persoon verschillen. Het gaat erom dat de persoon met pijn niet meer met zijn/haar gedachten bij de pijn is! Daarom moet deze persoon de aandacht gevangen houden bij een bepaalde taak of andere vorm van afleiding. Hieronder worden enkele voorbeelden van afleiding die effectief bleken te zijn bij pijnvermindering weergegeven.

Beleidsnotie Pijnzorg

- Muziek: het luisteren naar je favoriete muziek helpt tegen pijn
- Humor: zoals al beschreven, helpt humor om je gedachten van de pijn te houden.
- Computerspelletjes: intensieve computerspelletjes hebben veel aandacht nodig.
- Hobby's: Doe iets dat je leuk vindt! Dit stimuleert je om je aandacht erbij te houden

Wie: alle medewerkers en mantelzorgers

PDL

'Passiviteiten van het dagelijks leven' ook wel afgekort als PDL, is een methode, bestaande uit een complex van handelingen, voorzieningen en maatregelen dat bijdraagt aan optimale begeleiding, verzorging of verpleging van 'passieve' patiënten. Deze patiënten zijn niet in staat tot het verrichten van activiteiten en hebben daarmee niet meer de mogelijkheid om zelf actief mee te werken aan hun behandeling.

Omdat zelfzorgpassiviteiten veelal leiden tot voorkeurshoudingen, afweerspanning en contracturen, zijn de primaire doelen van PDL het voorkomen van decubitus en contracturen, en het teweeg brengen van ontspanning. Op deze wijze wordt gestreefd naar een optimaal leefklimaat voor passieve mensen.

Theoretische uitgangspunten

Passiviteiten in het dagelijks leven wijkt af van de traditionele benadering waarbij activering in het dagelijks leven (ADL) centraal staat. Als activerende prikkels door ADL-trainingen geen enkel gunstig effect meer teweegbrengen, dan kunnen problemen ontstaan in de dagelijkse zorg. Met name de taak van de hulpverlener wordt dan steeds zwaarder: decubitusbehandeling neemt veel tijd in beslag

- bestrijden van contracturen door middel van activering vergt veel energie en heeft nauwelijks gunstig effect
- dagelijkse verzorging zoals wassen kleden etc. vergt veel kracht van de verzorgenden doordat afweerspanning kan optreden bij passiviteit, zoals spierspanning of psychische afweer
- verzorgenden en verpleegkundigen zijn genooddaakt dagelijks te tillen, wat erg belastend is en bovendien veel risico met zich mee brengt voor zowel de verzorgende als de patiënt.

In deze benadering is niet 'activiteit', maar 'passiviteit' belangrijk: de patiënt wordt in zijn zelfzorgpassiviteit geaccepteerd en er wordt niet meer uitgegaan van de beperkingen, maar van de mogelijkheden die er nog zijn in de zorg voor de patiënt.

Doelgroep

PDL wordt toegepast bij ernstige, chronisch verpleegbehoefte patiënten bij wie ADL training en geen zelfstandige verplaatsing mogelijk is. De volgende oorzaken kunnen genoemd worden:

- loopstoornissen;
- sterk verminderde motorische vermogens
- dementie
- Pijn

'Passieve patiënten' worden zowel aangetroffen op somatische afdelingen als op psychogeriatrische afdelingen van een verpleeghuis. Passieve psychogeriatrische patiënten bij wie PDL toegepast wordt bevinden zich voornamelijk in een vegeterend stadium. Dit zijn ernstig gedementeerde mensen waarbij de fysieke functies zwaar beperkt zijn.

Beleidsnotie Pijnzorg

Wijze van toepassen

PDL is vooral een 24-uurs benadering omdat:

- PDL gepaard gaat met een empathische patiëntgerichte en rustgevende houding van de zorgverlener, en
- omdat zelfzorgpassiviteiten voorkomen in vele dagelijkse situaties zoals liggen, zitten, gewassen worden, gekleed worden, verschoond worden, en verplaatst worden.

Inhoud van de methodiek

Bij PDL worden zeven aandachtspunten onderscheiden:

- **Liggen**
Het liggen vergroot de kans op contracturen en decubitus bij de patiënt. Ter preventie van deze complicaties wordt wissellegging toegepast en bestaan er dynamische ligvoorzieningen.
- **Zitten**
Bij het zitten is het van belang dat de zitelementen aangepast worden aan het lichaam van de 'passieve' bewoner. Vaak ontstaat druk op de stuit en de ellebogen, waardoor decubitus kan ontstaan. Ook neemt de kans op contracturen toe doordat de patiënt scheef kan zakken of voorover gaat buigen.
Dynamische zitmiddelen moeten het hoofd, romp armen en benen zodanig ondersteunen dat de bewoner zich prettig voelt en zich kan ontspannen.
- **Wassen en verschonen**
De fysio- en ergotherapeuten kunnen de verpleegkundigen en verzorgenden een aantal vaardigheden en handgrepen leren die de cliënt gedurende de dagelijkse verzorging ten goede komen. Hier staan technieken centraal die ontspanning van de spastische spiergroepen teweegbrengen. Tevens is het van belang dat de benadering van de hulpverlener rustgevend is, dat de hulpverlener niet routinematig ter werk gaat, maar uit gaat van wat de patiënt het prettigst vindt en ingaat op de signalen die de patiënt geeft.
- **Kleden**
Ook bij het kleden kunnen fysio- en ergotherapeuten vaardigheden overdragen aan de verzorgenden. Daarnaast kunnen aanpassingen gemaakt worden, zoals lange ritsen, klittenbandsluiting, een grote maat of rekbare stoffen
- **Tillen**
Uitgangspunt van het tillen of verplaatsen van de passieve bewoner is dat de veiligheid van zowel tillen als getilde gewaarborgd is. Dit is mogelijk door goede beheersing van handmatige tiltechnieken, veelvuldig gebruik van tilliften en een consequent tilbeleid.
- **Voeden**
Gevoed worden is voor passieve, zorgafhankelijke mensen een enkele malen per dag terugkerende ervaring. Vaker komen problemen bij voeding voor zoals het weigeren, niet doorslikken of uitspugen van voedsel. Van belang is dat de zorgverlener zich bewust is van het plezier dat de patiënt beleeft aan eten en drinken. Tevens is bij het voeden de persoonlijke benadering van de hulpverlener van groot belang. Een dergelijke houding bevordert het contact en stimuleert de zintuiglijke activering.
- **Primaire activering**
Hoewel PDL eigenlijk gericht is op passiviteit, is primaire activering een essentieel aandachtspunt. Het primair activeren van zintuigen loopt als een rode draad door de benadering van de passiviteiten van het dagelijks leven: via de zintuigen kunnen de bewoners immers reageren of ze dingen prettig vinden of niet. Op deze wijze wordt een gevoel van veiligheid en geborgenheid van de patiënt geoptimaliseerd.

Adviezen die binnen de PDL gegeven worden voor het leggen van contact met de patiënt zijn gebaseerd op de haptonomie. Adviezen hierbij zijn:

- het maken van oogcontact;

Beleidsnotie Pijnzorg

- de houding van het hoofd op dezelfde hoogte als het hoofd van de patiënt;
- het vermijden van snelle bewegingen;
- het spreken niet zozeer als informatiekanaal, maar voornamelijk als rustgevend middel gebruiken;
- het beperken van fysieke handelingen tot een minimum;
- aanraken.

Wie: Medewerkers met cursus/training PDL-zorg

Beleidsnotie Pijnzorg

Bijlage 3 Pijnzorgplan anamnese

Pijnanamnese

BETREFT PATIËNT: M / V

Naam verpleegkundige:

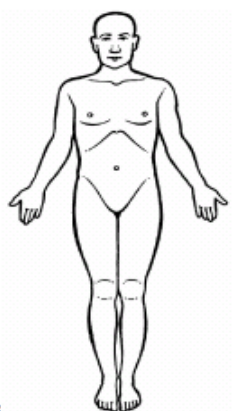
Afdeling:

Instelling:

Datum:

Probleem

1. WAAR HEEFT U PIJN? (op tekening aangeven, indien van toepassing op meerdere plaatsen)



Rechts



Links

Links

Rechts

2. SINDS WANNEER HEEFT U DEZE PIJN?

.....dagenwekenmaandenjaren

3. HOE IS UW PIJN ONTSTAAN?

☐ geleidelijk ☐ plotseling

4. WELK VERLOOP HEEFT UW PIJN?

☐ De pijn is steeds even erg aanwezig
☐ De pijn verloopt in aanval, d.w.z. tussen de aanvallen is de pijn weg
☐ De pijn is wisselend van ernst maar is nooit helemaal weg

5. HOE ZOU U DE PIJN DIE U VOELT
HET BESTE KUNNEN OMSCHRIJVEN?

1	2	3
☐ opflikkerend	☐ prikkelend	☐ drukkend
☐ flitsend	☐ stekend	☐ knellend
☐ schietend	☐ doorborend	☐ snoerend

4	5	6
☐ branderig	☐ scherp	☐ zeurend
☐ brandend	☐ snijdend	☐ knagend
☐ vlamvend	☐ messcherp	☐ hardnekkig
☐ anders, nl.		

6. ALS U UW PIJN UITDRIJKT IN EEN CIJFER TUSSEN 0 EN 10,
WAARBIJ 0 BETEKENT GEEN PIJN EN 10 BETEKENT
DE ERGSTE PIJN DIE U ZICH KUNT VOORSTELLEN,
HOEVEEL PIJN

a. heeft u op dit moment?
b. had u gemiddeld de afgelopen week?
c. heeft u als uw pijn het minst erg is?
d. heeft u als uw pijn op zijn ergst is?
e. vindt u draaglijk?

Etiologie (oorzaak + samenhangende factoren)

7. WAARDOOR DENKT U DAT UW PIJN
WORDT VEROOorzaakt?

.....
.....

Beleidsnotie Pijnzorg

1. Gegevensverzameling

Door het afnemen van een pijnanamnese bij cliënt of naaste wil je gegevens ophalen, ter voorbereiding op het maken van een zorgplan pijn of ter evaluatie van ingezette interventies.

2. Formuleer zorgdoel pijn

Formuleer een zorgdoel volgens de PES of de POG. Doelen worden in overleg met cliënt of naaste gemaakt. Zeker bij pijn, omdat het volledig wegnemen van pijn niet altijd haalbaar is.

Probleem:

Client heeft veel pijn tijdens adl activiteiten

Etiologie/ Oorzaak

Reumatoïde artritis

Symptomen/gevolg

Pijn, verdrietig, weinig bewegen, volledige hulp nodig

Doel (smart)

Specifiek, meetbaar, acceptabel, realiseerbaar tijdgebonden

Client geeft tijdens ADL activiteiten aan geen pijn te hebben of de pijn acceptabel te vinden en kan naar mogelijkheden de activiteiten uitvoeren.

3. Maak zorg/behandelplan

Het zorg/behandelplan wordt multidisciplinair opgesteld. De interventies komen dan ook van verschillende professionals.

De interventies worden aangegeven per behandelaar/discipline en hebben een termijn waarin deze worden gerealiseerd.

De interventies bij een pijnzorgdoel zullen vaak bestaan uit:

- Farmacologische interventies (pijnmedicatie)
- Non- farmacologische interventies (bijlage 2)

4. Evaluatie zorgplan pijn

De evaluatie van de interventies gebeurt op uitvoering en effect. De evaluatie vindt plaats in de rapportage op doel, tijdens artsensite en MDO. In eerste instantie is de evaluatie met cliënt of zijn naaste. Helpen de interventies afdoende? Is de pijn weg of aanvaardbaar? Hoe beleeft de cliënt zijn/haar pijn? Zijn er nog andere interventies mogelijk? Inzet pijnteam?