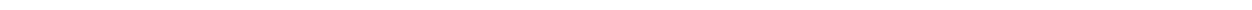




# Beleid Pijn in beeld en behandeld

Multidisciplinaire richtlijn  
Thebe Elisabeth Goirle



## INHOUDSOPGAVE

<b>1. DOELSTELLING</b> .....	<b>3</b>
<b>2. VAN TOEPASSING OP DE ORGANISATIEONDERDELEN</b> .....	<b>3</b>
<b>3. INHOUD</b> .....	<b>3</b>
3.1. CLASSIFICATIE VAN PIJN .....	3
3.2. CRITERIA DOORVERWIJZEN AAN CONSULTATIETEAM .....	3
3.3. METEN EN REGISTREREN VAN PIJN .....	3
<b>3.4 BEHANDELING</b> .....	<b>5</b>
3.4.2 NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING .....	5
3.4.2.1 <i>Reguliere behandeling</i> .....	5
3.4.2.2 <i>Complementaire zorg</i> .....	5
<b>4. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN BEVOEGDHEDEN</b> .....	<b>6</b>
<b>5. MIDDELEN</b> .....	<b>7</b>
<b>6. VERANTWOORDELIJKHEDEN EN BEVOEGDHEDEN</b> .....	<b>7</b>
<b>7. REFERENTIES</b> .....	<b>7</b>
<b>8. WORKFLOW CLIËNT MET PIJN</b> .....	<b>8</b>
<b>9. WORKFLOW INSCHAKELEN PIJNTEAM</b> .....	<b>9</b>
<b>BIJLAGE 1</b> .....	<b>10</b>
<b>MEETINSTRUMENTEN</b> .....	<b>10</b>
PACSLAC-D .....	10
NPRS/NRS.....	11
DOLOPLUS-2.....	12
<b>BIJLAGE 2</b> .....	<b>13</b>
<b>INZET NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELINTERVENTIES</b> .....	<b>13</b>
FYSIOTHERAPIE .....	13
PSYCHOLOGIE.....	15
ERGOTHERAPIE .....	15
ZORG EN WELZIJN.....	20
<b>BIJLAGE 3</b> .....	<b>21</b>
PIJNZORGPLAN ANAMNESE.....	21

## 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 en (tijdelijk) woonachtig op een van de afdelingen Coudenberch-B, Elzenbosch of Huysacker.

## 3. Inhoud

Bij pijn treedt een pijnprikkel op. Die pijnprikkel gaat via de zenuwbanen naar de hersenen. Dat geeft pijn die brandend, stekend, bonkend, zeurend 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 somber, angstig, 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 een 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 Verenso, 2011. ZGV heeft hierin een keuze gemaakt, wat tot een kleinere test batterij leidt. Dit houdt niet in dat de andere testen 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:

- Numering Pain Rating Scale (NPRS)
- Visuele pijnschaal
- DOLOPLUS 2
- Assessment scale for seniors with severe dementia (PACSLAC-D)

*\* De testen staan als voorbeeld in bijlage 1*

### **Cliënten met ernstige cognitieve/ communicatie stoornissen**

Voor de pg cliënten en cliënten met een cognitieve/communicatieve problematiek ligt de voorkeur bij de PACSLAC-D. Deze bevat 24 onderwerpen, die zowel de subtiele als de gebruikelijke pijngedragingen betreffen. De onderwerpen zijn onderverdeeld in gezicht, verzet/afweer en sociaal emotioneel/stemming. Van ieder onderwerp 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) en Ysis (Gerimedica).

### **Cliënten met een redelijk intacte cognitie die succesvol kunnen communiceren**

Voor deze 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 cliënt 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 NPRS minder gevoelig om kleine veranderingen aan te tonen. (NPRS is onderdeel van ONS-dossier-pijn)

### **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 onderwerpen die somatische, psychomotorische en psychosociale reacties op pijn betreffen (Lefebvre-Chapiro 2001). De cliënt wordt geobserveerd met behulp van 10 onderwerpen: 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 Behandeling**

Behandeling valt onder te verdelen in twee vormen, namelijk medicamenteus en niet-medicamenteus.

#### **3.4.1 Niet-medicamenteuze behandeling**

Een behandeling van pijn zonder medicijnen heet een niet-medicamenteuze behandeling. Niet-medicamenteuze behandeling valt onder te verdelen in twee vormen, namelijk reguliere behandeling en complementaire zorg.

##### **3.4.1.1 Reguliere behandeling**

Ergotherapie, fysiotherapie en psychologie vallen onder niet-medicamenteuze behandelingen. Deze interventies kunnen de gevolgen van pijn minimaliseren.

##### **3.4.1.2 Complementaire zorg**

Ongeveer tien jaar geleden werd complementaire zorg nog aangeduid als alternatieve genees- of behandelwijze en werd ervan uitgegaan dat het in plaats van de reguliere behandeling werd toegepast. Recent onderzoek toont echter aan dat wanneer bij een deel van de cliënten verschillende zorgvormen en behandelwijzen worden gecombineerd, dit ondersteunend is aan de reguliere behandeling (Busch, Jong & Baars, 2015). De term alternatief is gewijzigd in complementair, de aanvullende zorg aan de reguliere behandeling. Complementaire zorg waarin wordt vastgesteld dat het een maatschappelijk gegeven is, maar dat er nog weinig bekend is over het aanbod in zorginstellingen (Busch et al., 2015). Maar het blijkt dat 86% van de cliënten met chronische gewrichtsklachten gebruik maakt van complementaire zorg (Busch et al., 2015). Dit past in de huidige trend van benadering van de gezondheid, waarbij de zorgvraag van de cliënt centraal staat. Dit vraagt om meer aandacht voor keuzevrijheid, en meer informatie waarop cliënten hun keuzes kunnen baseren. Het gaat om interventies zoals voedingssupplementen, muziektherapie, acupunctuur en yoga. Deze interventies kunnen ingezet worden ter vermindering van- of als aanvulling op- reguliere medische behandeling. Tevens is het een efficiënte manier van pijnverlichting om de kwaliteit van het leven van de cliënt te verbeteren.

#### **3.4.2 Medicamenteuze behandeling**

De arts is verantwoordelijk voor de pijnmedicatie conform de richtlijn Verenso en WHO standaarden.

#### **4. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden**

##### **Het pijnteam**

Het pijnteam bestaat uit de projectleider tevens SO, verpleegkundig specialist, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, contactpersonen teams en de betrokken apotheker.

Het pijnteam geeft het pijnbeleid van de organisatie vorm en daarnaast adviseert zij de zorgverleners over individuele cliënten 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 cliënt 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 optimale kwaliteit van leven van cliënten met chronische pijn. Belangrijk is dat kwetsbare ouderen met chronische pijn in een multidisciplinair overleg worden besproken met inbreng vanuit de cliënt en/of naasten.

De meerwaarde van het pijnteam ligt vooral in het multidisciplinair bekijken en analyseren van de casus. Eenmaal per maand komt het pijnteam bij elkaar.

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.

Alle leden van het pijnteam hebben indien beschikbaar en gewenst 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. Bij veranderingen of aanpassingen wordt er door de leden van het pijnteam een bijscholing op het gebied van pijn gevolgd.

##### **Contactpersonen teams**

Elke betrokken afdeling heeft een contactpersoon namens het team die zitting heeft in het pijnteam. Dit zijn de HBO-kwaliteitsverpleegkundigen. De contactpersoon zorgt voor kennisdeling op de werkvloer en coacht de medewerkers op het gebruik van de meetschalen en het maken van doelen, rapportage en evaluatie rondom pijn. Hij/zij zorgt dat de folder pijnbestrijding beschikbaar is voor de bewoner 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.

## **5. Middelen**

- Eventuele e-Learning voor zorg medewerkers, leden pijnteam en artsen
- Tijd pijnteam (2 uur per maand, per persoon voor pijnteamleden)  
Voor bovengenoemde werkzaamheden is er een subsidie vanuit ZONMW ter compensatie (met een urenregistratie, ter verantwoording inzet).
- Tijd vanuit de professionele betrokkenheid bij cliënten van Elisabeth (reguliere Thebe budget).

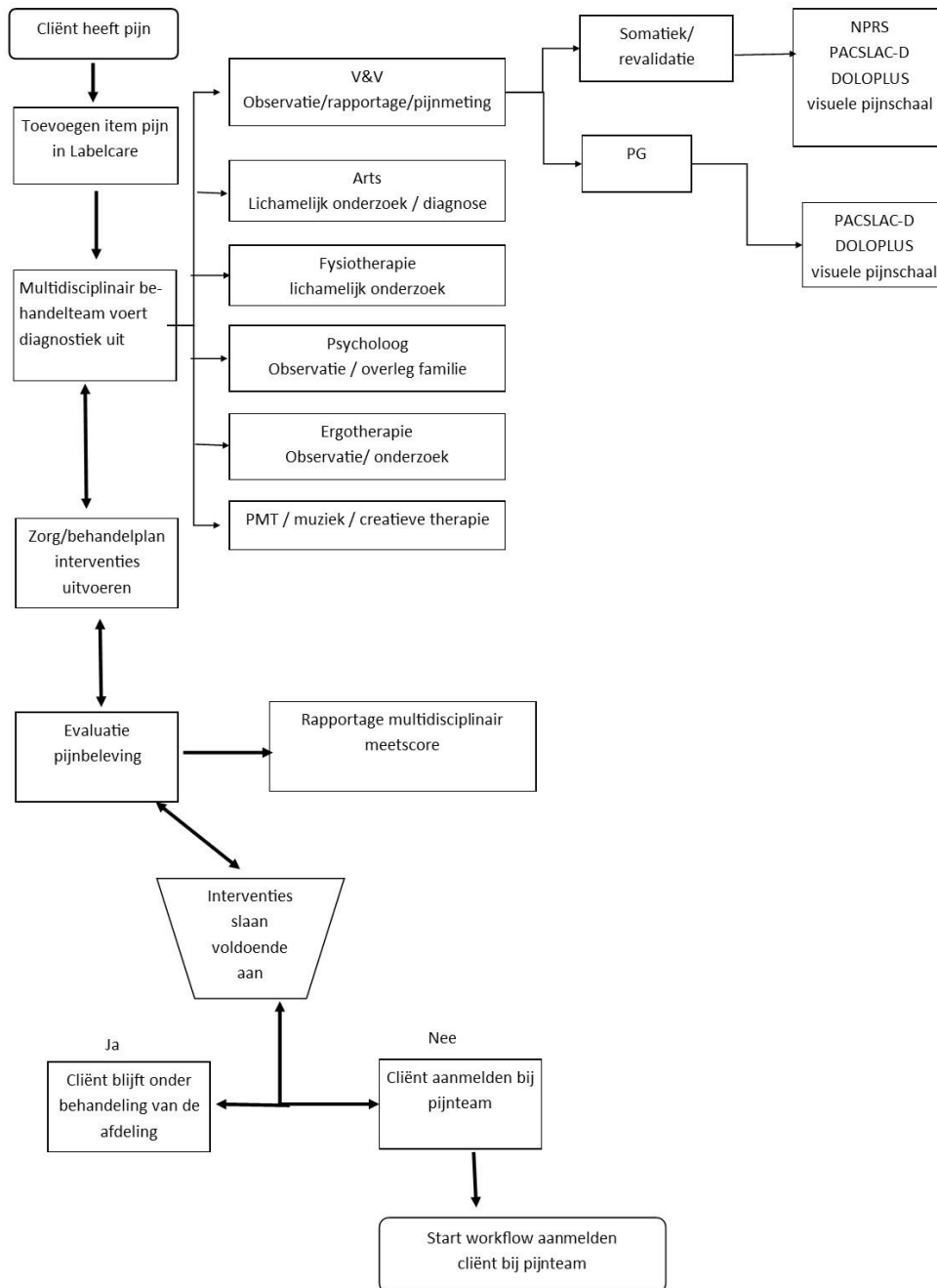
## **6. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden**

Medische en paramedische dienst, zorgdienst, PSA.

## **7. Referenties**

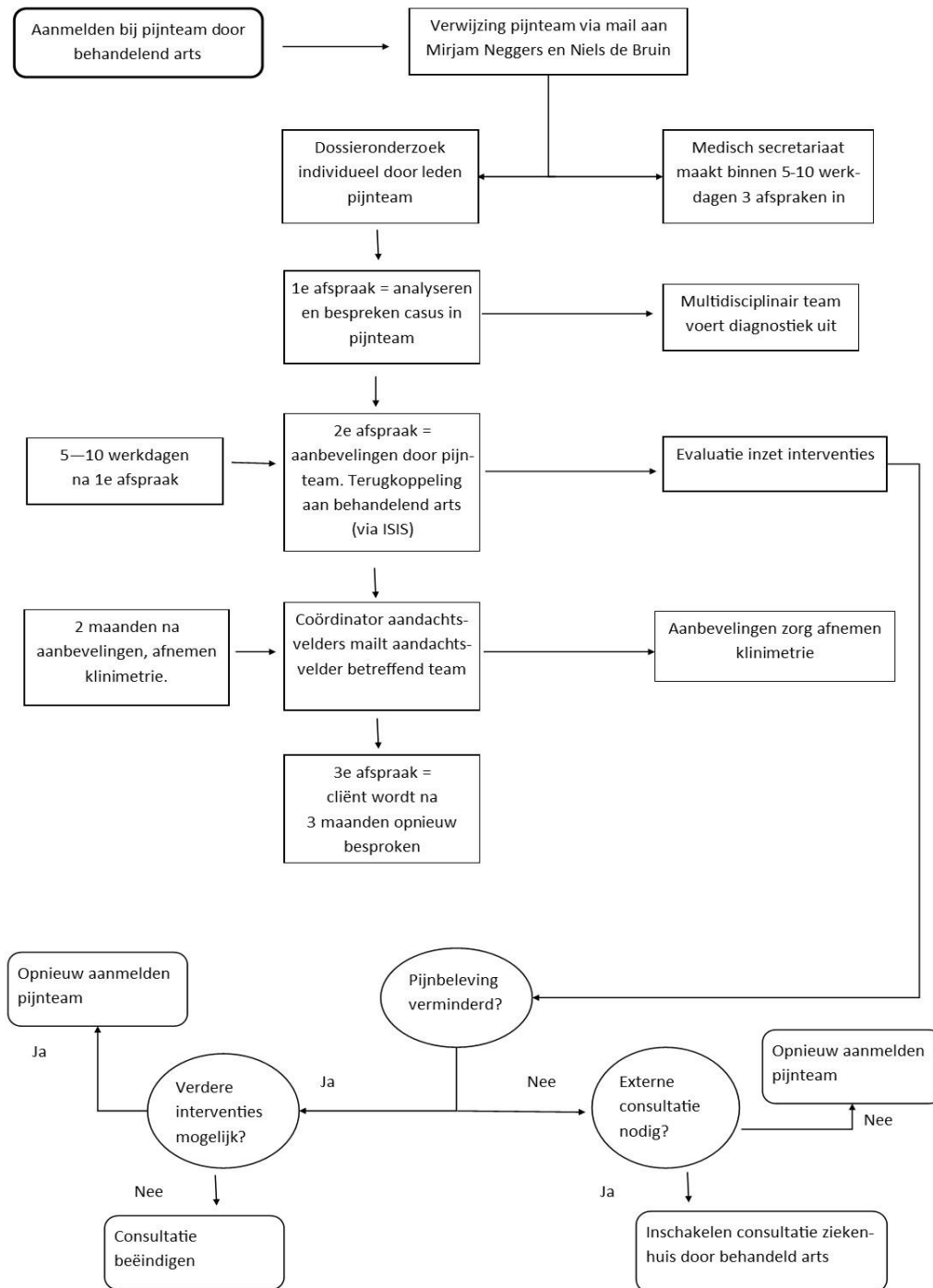
- Projectplan Pijn in beeld en behandeld
- <https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijnendatabase/pijn>
- Bijlage
  1. Pijnschalen ( PACSLAC-D, REPOS, NPRS)
  2. Niet- medicamenteuze behandelinterventies (fysiotherapie, psycholoog, V&V)
  3. Pijnzorgplan en anamnese

## 8. Workflow Cliënt met pijn





## 9. Workflow inschakelen pijnteam



**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 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)	
Pijnlijke plek aanraken en vasthouden	
Pijnlijke plek bescheemen	
Terugtrekken	
<b>Verzet/ afweer</b>	
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	
<b>Sociaal emotioneel/stemming</b>	
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** \_\_\_\_\_

## 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**

**Toevoegen visuele pijnschaal**

---

DOLOPLUS-2

DOLOPLUS SCHAAL-2		gedragmatige pijnbeoordeling bij ouderen
NAAM:	Voornaam:	Afdeling: Datum:
<b>LICHAMELIJKE REACTIES:</b>		Score
1. • Lichamelijke klachten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen klachten</li> <li>• Klachten alleen bij navraag</li> <li>• Spontane klachten die af en toe voorkomen</li> <li>• Spontane klachten die voortdurend aanhouden</li> </ul>	0 1 2 3
2. • Pijnvermijdende lichaamshouding in rust	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen pijnvermijdende lichaamshouding</li> <li>• Patiënt vermijdt af en toe bepaalde lichaamshoudingen</li> <li>• Permanente doeltreffende pijnvermijdende lichaamshouding</li> <li>• Permanente niet doeltreffende pijnvermijdende lichaamshouding</li> </ul>	0 1 2 3
3. • Afscherming van pijnlijke plaatsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen afscherming</li> <li>• Afscherming bij toenadering, zonder dat voortzetting van het onderzoek of verzorging wordt belemmerd</li> <li>• Afscherming bij toenadering met belemmering van het onderzoek of verzorging</li> <li>• Afscherming in rust, ook wanneer er geen toenadering plaats vindt</li> </ul>	0 1 2 3
4. • Gelaatsuitdrukking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normale gelaatsuitdrukking</li> <li>• Pijnlijke gelaatsuitdrukking bij toenadering</li> <li>• Pijnlijke gelaatsuitdrukking ook zonder toenadering</li> <li>• Voortdurend ongebruikelijke uitdrukingsloze gelaatsuitdrukking (stil, verstart, lege blik)</li> </ul>	0 1 2 3
5. • Slaappatroon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normaal slaappatroon</li> <li>• Problemen met inslapen</li> <li>• Vaak wakker worden (onrust)</li> <li>• Slapeloosheid met als gevolg slaperigheid overdag</li> </ul>	0 1 2 3
<b>PSYCHOMOTORISCHE REACTIES:</b>		
6. • Verzorgen en aankleden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen verandering in gebruikelijke mogelijkheden</li> <li>• Gebruikelijke mogelijkheden zijn beperkt (verzorgen en/of aankleden is moeilijk maar wel volledig mogelijk)</li> <li>• Gebruikelijke mogelijkheden zijn zeer beperkt, verzorgen en/of aankleden is moeilijk en maar gedeeltelijk mogelijk)</li> <li>• Verzorgen en/of aankleden is onmogelijk, de patiënt verzet zich bij elke poging</li> </ul>	0 1 2 3
7. • Bewegingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen verandering in gebruikelijke mogelijkheden</li> <li>• Gebruikelijke actieve mogelijkheden zijn beperkt (patiënt vermijdt bepaalde bewegingen en vermindert loopafstanden)</li> <li>• Gebruikelijke actieve en passieve mogelijkheden zijn beperkt (zelfs met hulp vermindert de patiënt zijn bewegingen)</li> <li>• Iedere beweging onmogelijk, verzet zich tegen elke poging tot mobilisatie</li> </ul>	0 1 2 3
<b>PSYCHOSOCIALE REACTIES:</b>		
8. • Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onveranderd</li> <li>• Toegenomen (de patiënt trekt de aandacht op een ongebruikelijke manier)</li> <li>• Verminderd (de patiënt isoleert zich, zondert zich af)</li> <li>• Afwezigheid van of weigering van elke vorm van communicatie</li> </ul>	0 1 2 3
9. • Sociale activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruikelijke deelname aan verschillende activiteiten (maaltijden, ontspanning, therapeutische activiteiten, etc.)</li> <li>• Deelname aan verschillende activiteiten alleen als men erom vraagt</li> <li>• Gedeeltelijke weigering om aan verschillende activiteiten deel te nemen</li> <li>• Alle sociale contacten worden geweigerd</li> </ul>	0 1 2 3
10. • Gedragsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normaal gedrag</li> <li>• Herhaalde gedragsproblemen bij toenadering</li> <li>• Permanente gedragsproblemen bij toenadering</li> <li>• Permanente gedragsproblemen (zonder aanleiding/ externe stimulus)</li> </ul>	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

## **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 cliënt zich in het functioneren niet door de pijn te laten leiden. Met het toenemen van de activiteiten tijdens de behandeling, moet de cliënt ook in zijn eigen omgeving stapsgewijs meer activiteiten gaan ontplooiën. Hiermee vindt overdracht plaats van de behandelresultaten naar het dagelijks leven van de cliënt (KNGF richtlijn lage rugpijn, wordt ook aangeraden in de KNGF richtlijn artrose).

Wie: alle fysiotherapeuten binnen Thebe Elisabeth.

##### 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 cliënten met heup- of knieartrose.

Massage is geen behandeling op zich, wetenschappelijk geeft het betere resultaten om massage te koppelen aan passieve of (geleid) actieve mobilisatie.

Wie: alle fysiotherapeuten binnen Thebe Elisabeth.

##### Thermotherapie (warmte- en koudetherapie)

Hot- en coldpacks via de fysiotherapeut.

Wie: alle fysiotherapeuten binnen Thebe Elisabeth.

##### 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 Thebe Elisabeth.

##### Cliënteneducatie

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 Thebe Elisabeth.

##### Cognitieve gedragstherapie

Wie: Fysiotherapeut met cursus Cognitief gedrag georiënteerde aanpak bij chronische pijn.

##### Medical taping

Wie: Fysiotherapeut met cursus medical taping

Dry-needling

Wie: Fysiotherapeut met cursus dry-needling.

Ontspannings therapie:

Indicatie: Ontspanningstechnieken bewerkstelligen een afname van spierspanning en/of geestelijke spanning.

Ze worden toegepast indien er sprake is van pijnklachten in relatie met een continu verhoogde spierspanning en/of geestelijke gespannenheid.

Ontspanningsoefeningen worden ook vaak met succes gebruikt om het inslapen te vergemakkelijken.

Uitvoeringswijze: Om ontspanning te bereiken worden de volgende methoden veel gebruikt:

- progressieve spierontspanning (methode Jacobson). Kenmerkend is hierbij het bewust afwisselen van aan- en ontspannen van spieren.
- autogene training (methode Schulz). Kenmerkend is hierbij dat de cliënt niets hoeft te doen, maar zich m.b.v. instructie op zijn lichaam concentreert om tot ontspanning te komen

Voor beide methoden is een rustige ruimte gewenst.

Ontspanningsoefeningen kunnen worden gecombineerd met gerichte visualisatieoefeningen en meditatie. Er zijn bandjes/cd's met relaxatieoefeningen verkrijgbaar. Oefening gericht op de specifieke klachten van cliënt biedt veelal meer resultaat.

Frequentie: De cliënt past ontspanning toe naar eigen inzicht.

Wie: het aanleren van ontspanningoefeningen kan door verpleegkundigen, fysiotherapeuten of psychologen worden uitgevoerd.

Sensorische Integratie (SI)

Multidisciplinaire benadering

Wie: fysiotherapeut met aantekening SI

## Psychologie

### Psycho-educatie en motivering

Met het biopsychosociaal model kan er een uitleg gegeven worden over hoe deze drie factoren (biologie-sociologie-psychologie) samenhangen met pijn en hoe dit invloed heeft op iemands pijnbeleving. Met het gevolgenmodel kan er geïdentificeerd worden wat de precieze gevolgen zijn die de pijn in stand houden.

Eveneens kan er uitleg gegeven worden over onder andere het stressconcept, het gebrek aan fysieke en mentale belastbaarheid en de onderliggen de emoties. Het geven van een uitleg kan bijdragen aan het motiveren tot behandeling.

- Wie: alle psychologen

### Behandelen van psychiatrische comorbiditeit

Er wordt over het algemeen veel overlap gezien tussen somatische klachten, angst en depressie. Hierdoor is een gedegen psychologisch/psychiatrisch onderzoek nodig. Indien de klachten volledig te verklaren zijn in het kader van een depressie of een angststoornis, moet de behandeling primair daarop gericht zijn.

- Wie: alle psychologen, indien nodig de psychiater

### Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

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 (Bron: VGCT).

- Wie: GZ-psychologen binnen Thebe of basispsychologen met cursus en onder supervisie

### Mindfulness-based stress reduction (MBSR)

Ook wel aandachtgerichte therapie blijkt vanuit de ervaringen in de praktijk erg positief te zijn, mogelijk bij ouderen nog beter dan bij volwassenen. Mindfulness is een doelbewust, niet-reactieve, vriendelijke aandacht voor de ervaring in het hier en nu. Het helpt personen met pijnklachten vertrouwd te raken met hun lichaam en zijn verschijnselen. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) wordt gezien als een wetenschappelijk erkende behandelwijze bij o.a. stress en chronische pijn (Bron: VMBN).

- Wie: alle psychologen met cursus

### Progressieve relaxatie

Progressieve relaxatie wordt toegepast in uiteenlopende stressvolle situaties en blijkt effectief te zijn in het verminderen van spanningsklachten en pijnklachten. Het heeft een gunstig effect op het gevoel van welbevinden van de cliënt.

- Wie: fysiotherapeuten, psychologen, verpleegkundigen, psychomotore therapeut

#### Acceptance and Commitment therapy (ACT)

Acceptance and Commitment Therapy (kortweg ACT) is een wetenschappelijk onderbouwde vorm van gedragstherapie. ACT helpt men een bewust en waardevol leven te leiden, door te leren omgaan met onaangename gevoelens, een gezonde afstand te nemen van negatieve gedachten (Acceptance), remmingen weg te nemen, en te richten op wat écht belangrijk is in het leven (Commitment) (Bron ACT-academie).

- Wie: psychologen met cursus

#### Mediatieve therapie

Bij mediatieve therapie betekent dat we de problemen van de client behandelen door inschakeling van voor de client belangrijke personen (mediatoren) uit diens onmiddellijke omgeving. Hierbij kan men denken aan een familielid, een verzorgende, een verpleegkundig team (Bron Handboek ouderenpsychologie).

- Wie: alle psychologen

#### Oplossingsgerichte psychotherapie

In psychotherapie – dus ook in cognitieve gedragstherapie – is er naast het probleemgerichte (medische) model nu een oplossingsgericht model. Niet langer staat daarin het praten over problemen centraal; het doel is niet langer het reduceren van (ongewenst) probleemgedrag. Het praten over de gewenste toekomst van de cliënt, welke oplossingen hem helpen zijn doel te bereiken en hoe het gewenste gedrag kan toenemen staat centraal (Bannink, De geboorte van oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie).

- Wie: psychologen met cursus

#### Sensorische informatieverwerking

Sensorische Informatieverwerking is de samenwerking tussen onze zintuigen en doelgericht bewegen; anders gezegd tussen onze manier van waarnemen en ons handelen. Onze zintuigen hebben twee taken: waarschuwen voor gevaar en ons van informatie voorzien. Zolang onze zintuigen vooral bezig zijn met het waarschuwen voor gevaar kunnen ze ons niet gelijktijdig van informatie voorzien. Behandelaren maken gebruik van de uitgangspunten van sensorische informatieverwerking om gerichte adviezen te kunnen geven aan teamleden, omtrent de verwerking van zintuigprikkelers in hun werk binnen de ouderenzorg. De nadruk ligt op de invloed van de verwerking van zintuigprikkelers, op het doelgericht handelen en op de manier waarop de verwerking van zintuigprikkelers te beïnvloeden is (Bron: Estasi).

- Wie: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, verpleegkundigen en psychologen



## **Geestelijke Verzorging**

### Helen

De client\* ervaart pijn sterker doordat hij iets schokkends heeft meegemaakt of een slecht nieuwsbericht heeft vernomen. Daardoor is de vanzelfsprekendheid van het dagelijks leven gebroken. De geestelijk verzorger heeft als basis een grondhouding van openheid en kwetsbaarheid en kan zich goed inleven. De geestelijk verzorger kan vanuit de diepte van ellende een tegenbeweging op gang brengen waardoor de client ook tot zijn kern kan komen en verlichting, heil kan ervaren.

### Bijstaan

De client ervaart pijn sterker door de lange duur van het lijden in een situatie waarin niet (direct) verandering of verbetering te verwachten is. De geestelijk verzorger helpt de client om verder wegzakken te voorkomen. Dit doet hij door met de client te zoeken naar ervaringen die het leven nog de moeite waard maken en naar stukjes spiritualiteit en betekenisgeving die de client nog draagkracht kunnen geven. De geestelijk verzorger staat de client bij door op frequente basis kort langs te gaan. Ook kan hiervoor het groepsgesprek ingezet worden wanneer het meerdere cliënten betreft.

### Begeleiden

De client ervaart pijn sterker doordat hij voor een ingrijpende keuze of een dilemma staat. Hij heeft daarbij goede raad nodig. De geestelijk verzorger helpt de client om zichzelf te helpen. Door eigen antwoorden te zoeken komt de client meer in zijn eigen kracht te staan. Dit zoeken gebeurt onder andere door middel van morele counseling.

Ook een professioneel zorg- en behandelteam kan voor een ingrijpende keuze of een dilemma staan. De geestelijk verzorger kan middels een moreel beraad het team helpen om gezamenlijk een antwoord te vinden op de vraag: wat is goede zorg in deze situatie?

### Verzoenen

De cliënt ervaart pijn sterker doordat hij zich bewust wordt van een schuld; hij kan zichzelf, een ander, God, of de ziekte iets verwijten. In het licht van de eindigheid wordt die last extra voelbaar. De geestelijk verzorger geeft de client ruimte om dit alles te verkennen en biedt door een verzoeningsritueel opening om vrede te ervaren.

\*waar 'client' staat kan ook 'bewoner' gelezen worden, man of vrouw

## **Ergotherapie**

### **Ergotherapeutische interventies ten aanzien van pijn**

#### Inzet van hulpmiddelen of compensatie strategieën

Afhankelijk van waar de bewoner pijn ervaart kunnen er hulpmiddelen of compensatie strategieën aangereikt worden om de klachten te verminderen. Hierbij kan gedacht worden aan o.a. transfer hulpmiddelen, kussens, aangepast bestek, adl hulpmiddelen, hulpmiddelen, bijv compensatiestrategieën.

- wie; alle ergotherapeuten binnen Thebe

#### Analyseren en adviseren omtrent lighouding

Pijn tijdens het (passief) liggen vergroot de kans op contracturen en decubitus bij de bewoner. Ter preventie van deze complicaties en het vergroten van het ligcomfort kun je denken aan ligondersteuning, wisselgigging, ligvoorzieningen, ad- matras, DLM matras, draaisystemen etc.

- wie; alle ergotherapeuten binnen Thebe

#### Analyseren en adviseren omtrent zithouding

Bij het zitten is het van belang dat de zitelementen aangepast worden aan het lichaam van de bewoner. Bij een slechte zithouding kan er druk ontstaan op het zitvlak en de ellebogen, waardoor er decubitus kan ontstaan. Ook neemt de kans op contracturen toe wanneer een bewoner niet goed zit en scheef kan zakken of voorover gaat buigen.

Hierbij kan er gedacht worden aan een individuele rolstoel op maat verstrekt via het zorgkantoor of kussens en voorzieningen in een standaard stoel.

- wie; alle ergotherapeuten binnen Thebe

#### Inzetten van de activiteitenweger

De Activiteitenweger maakt de belasting voor de dag en week meetbaar. Het verdelen van energie over de dag en het voorkomen van overbelasting kunnen effect hebben op pijn. Het werken met de Activiteitenweger zet aan tot het maken van keuzes en stimuleert daarmee een actieve houding om blijvende gedragsverandering te realiseren.

- wie; alle ergotherapeuten binnen Thebe die de scholing activiteitenweger hebben gevolgd

#### PDL/ADL-analyse en advies

'Passiviteit 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' cliënten. Deze cliënten zijn niet/tot nauwelijks in staat tot het verrichten van activiteiten en hebben daarmee niet meer de mogelijkheid om zelf actief mee te werken aan hun behandeling. Waardoor ongemakken als bijv. pijn niet zelfstandig door een bewoner kunnen worden opgelost/ aangegeven/ aangepast. Daarnaast wordt er gestimuleerd om gebruik te maken van de restactiviteiten van een bewoner om zo klachten te voorkomen en of te verminderen.

- wie; alle ergotherapeuten die binnen Thebe

#### Cognitieve gedragstherapie ten gevolge van chronische pijn

Cognitieve gedragstherapie heeft bij cliënten met aanhoudende pijn een positief effect op het accepteren van de pijn, de psychologische gevolgen van de pijn, de mate van activiteit en zelfredzaamheid.

- Wie; Ergotherapeut en fysiotherapeut binnen Thebe met cursus Cognitief gedrag georiënteerde aanpak bij chronische pijn hebben gevolgd.

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.

- Wie; activiteitenbegeleiding en zorg

Sensorische integratie

De prikkelverwerking heeft invloed op de beleving van pijn. Bij overprikkeling kan de pijnbeleving vergoot worden en bij overprikkeling kan iemand de pijn soms minder goed hanteren. Het is bij pijnproblematiek daarom zinvol om ook naar de prikkelverwerking te kijken.

- wie; alle ergotherapeuten en fysiotherapeuten binnen Thebe die de Si-scholing hebben gevolgd

## **Zorg en welzijn**

### **Cliënteneducatie**

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

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

### **Primaire zintuigbeleving**

Primaire zintuigbeleving is een vorm van complementaire zorg die het welbevinden kan vergroten. Technieken 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 cliënt bekende spulletjes, bijvoorbeeld foto's van familie en vrienden, het draaien van lievelingsmuziek van de cliënt 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.

- 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

Bijlage 3  
Pijnzorgplan anamnese

**Pijnanamnese**

BETREFT PATIËNT: M / V

Naam verpleegkundige:

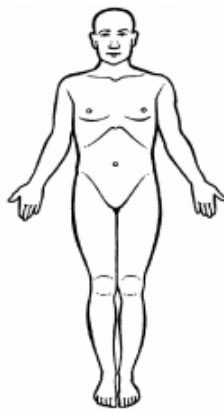
Afdeling:

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?

.....dagen .....weken .....maanden .....jaren

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 aanvallen, 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
<input type="checkbox"/> opflikkerend	<input type="checkbox"/> prikkelend	<input type="checkbox"/> drukkend
<input type="checkbox"/> fintsend	<input type="checkbox"/> stekend	<input type="checkbox"/> knellend
<input type="checkbox"/> schietend	<input type="checkbox"/> doorborend	<input type="checkbox"/> snoerend

4	5	6
<input type="checkbox"/> branderig	<input type="checkbox"/> scherp	<input type="checkbox"/> zeurend
<input type="checkbox"/> brandend	<input type="checkbox"/> snijdend	<input type="checkbox"/> knagend
<input type="checkbox"/> vlammend	<input type="checkbox"/> messcherp	<input type="checkbox"/> hardnekkig

anders, nl.....

6. ALS U UW PIJN UITDRUKT 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. WAARDOR DENKT U DAT UW PIJN WORDT VEROOORZAAKT?

.....  
 .....

**Beleidsnotie**  
**Pijn in beeld en behandeld**



8. **WAARDOOR WORDT UW PIJN ERGER?**  
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

0 Lichamelijke verzorging  
 0 Bepaalde stemmingen  
 0 Bepaalde houdingen en bewegingen

0 Behandelingen  
 0 Anders, nl .....

9. **WAARDOOR KUNT U ZELF DE PIJN VERLICHTEN?**  
*(Behalve medicijnen in nemen?)*

.....  
 .....

**Symptomen**

10. **BELEMNERDE DE PIJN U DE AFGELOPEN WEEK BIJ HET**

a. inslapen	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
b. doorslapen	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
c. werd u de afgelopen week 's morgens wakker met pijn?	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel

11. **Belemmerde de pijn u de afgelopen week**

a. bij normale houding en beweging	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
b. bij normale eetgewoonten	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
c. bij normale bezigheden en/of werkzaamheden?	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
d. in contacten met anderen	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel

12. **WAS U DE AFGELOPEN WEEK DOOR UW PIJN**

a. gespannen	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
b. somber	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
c. zenuwachtig	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
d. boos	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
e. minder geconcentreerd	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
f. angstig	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
g. futloos	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
h. anders, nl.....		0 beetje	0 tamelijk	0 veel

13. **KUNT U ZELF AANGEVEN WELKE MEDICIJEN U TEGEN DE PIJN GEBRUIKT MET TIJDEN EN DOSERINGEN?**

0 nee  
 0 ja

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

14. **HAD U DE AFGELOPEN WEEK LAST VAN BIJWERKINGEN VAN DE PIJNBEHANDELING, ZOALS:**

Hoofdpijn	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
Verwardheid	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
Sufheid	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
Duizeligheid	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
Droge mond	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
Jeuk	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
Misselijkheid/ braken	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
Maagpijn	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
Obstipatie	0 nee	0 beetje	0 tamelijk	0 veel
Anders, nl.....		0 beetje	0 tamelijk	0 veel

15. **Opmerkingen:**

.....  
 .....  
 .....

### **Gegevensverzameling**

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

In het behandelplan in Labelcare wordt een item pijn toegevoegd. Het 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)

### **Evaluatie behandelplan 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?