

# Interventies bij het signaleren van pijn bij verpleeghuisbewoners met dementie: de pilot implementatie van een pijnbeoordelingsinstrument (PACSLAC-D)

C.E. van 't Hof<sup>a</sup>, S.M.G Zwakhalen<sup>b</sup>, J.P.H. Hamers<sup>c</sup>

## **Interventions after diagnosing pain in nursing home residents with dementia: the pilot implementation of an observational pain scale (PACSLAC-D)**

Pain occurs regularly among nursing home residents with dementia. There are indications that appliance of structural pain assessment can contribute to the adequate diagnosis of pain. The aim of this study is to gain insight into applied interventions after diagnosing pain with an observational pain scale (PACSLAC-D) among nursing home resident with dementia.

During a six week period pain was measured twice a week, among 22 residents of a psychogeriatric nursing home ward, using the PACSLAC-D. Interventions undertaken as a result of a pain score were inventoried on a datasheet. After the third and sixth week implementation of pain assessment was evaluated.

In total 264 pain assessments using the PACSLAC-D were conducted. Of all scheduled standardized measurements 90% was completed. Sixty observations resulted in a pain score. Completed datasheets (N=39) showed that a pain score often (N=17) did not result in any intervention. The majority of interventions that were undertaken consisted of a non pharmacological approach (N=19). Evaluation meetings indicated that the PACSLAC-D was considered useful, though the chosen procedure of standardized measurements twice a week was not yet ideal.

This study demonstrates that although there was a high compliance rate, pain relieving interventions were not frequently applied.

Keywords: pain assessment, pain treatment, dementia, nursing home, PACSLAC-D

Tijdschr Gerontol Geriatr 2011; 42: 67-78

<sup>a</sup> Specialist Ouderengeneeskunde in opleiding. Werkzaam bij Proteion Thuis

<sup>b</sup> Universitair docent. School for Public Health and Primary Care (CAPHRI) Maastricht University

<sup>c</sup> Professor Care of Older People. School for Public Health

## Samenvatting

Pijn bij dementerende verpleeghuisbewoners komt veelvuldig voor. Er zijn aanwijzingen dat de inzet van structurele pijnbeoordeling kan bijdragen aan adequate signalering van pijn. Dit onderzoek heeft als doel inzicht te krijgen in de toegepaste interventies na het vaststellen van pijn met een observationele pijnschaal (PACSLAC-D) bij verpleeghuisbewoners met dementie.

Gedurende zes weken werd bij 22 bewoners van een psychogeriatrische verpleeghuisafdeling op twee vaste dagen in de week pijn gemeten met behulp van de PACSLAC-D. Interventies naar aanleiding van een pijnscore werden geïnventariseerd op een datasheet. Na drie en zes weken vond er een evaluatie plaats naar de invoering van de pijnmeting. In totaal werden er 264 pijnmetingen met behulp van de PACSLAC-D uitgevoerd. Van de geplande standaardmetingen werden er 90% verricht. Zestig maal bleek er sprake van een pijnscore. Uit volledig ingevulde datasheets (N=39) kwam naar voren dat er naar aanleiding van een pijnscore veelal (N=17) geen interventie werd verricht. Wanneer er wel een interventie volgde (N=22) bestond deze voornamelijk uit een niet-medicamenteuze behandeling (N=19). Uit de evaluatiebijeenkomsten bleek dat pijnbeoordeling bruikbaar was, maar de gekozen onderzoeksopzet met twee standaard meetmomenten per week niet optimaal.

Op basis van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat, ondanks dat de verpleging systematisch pijn mat, er weinig gebruik werd gemaakt van pijnverlichtende interventies.

Trefwoorden: pijnbeoordeling; pijnbehandeling; dementie; verpleeghuis; PACSLAC-D

## Inleiding

Pijn is een veel voorkomend probleem bij ouderen met dementie.<sup>1-3</sup> Ondanks hoge pijnprevalentiecijfers, variërend van 45% tot 80%,<sup>4</sup> vindt er bij deze meest kwetsbare groep van verpleeghuisbewoners veelal geen optimaal

therapieaanbod plaats.<sup>4-6</sup> Onderbehandeling met aanhoudende pijnklachten tot gevolg, verlaagt de kwaliteit van leven en kan leiden tot een toename van cognitieve, sociale en gedragsproblemen.<sup>7-9</sup>

Als een van de voornaamste redenen voor onderbehandeling wordt onderdetectie genoemd.<sup>5,6</sup> Systematische observatie, signalering, registratie en evaluatie zijn dan ook essentiële elementen bij de bestrijding van pijn. Voor het signaleren en objectiveren van pijn zijn verschillende methodes beschikbaar.<sup>10</sup> Zelfrapportage, waarbij de persoon zelf de pijn weergeeft, wordt beschouwd als de gouden standaard in pijnbeoordeling. Zelfrapportage is echter minder geschikt voor patiënten die verkeren in een later stadium van dementie dat gekenmerkt wordt door ernstige geheugenproblemen en beperkte verbale communicatiemogelijkheden.<sup>11</sup> Voor patiënten in een later stadium van dementie zijn er gedragsobservatie-instrumenten ontwikkeld om pijn te meten.<sup>7,12</sup> Bij deze meetmethode wordt gebruik gemaakt van non-verbale, gedragsmatige tekenen van pijn die onwillekeurig en niet bewust zijn. Deze gedragingen staan niet onder invloed van de achteruitgang van de hogere mentale functies en blijven veelal gespaard.<sup>13</sup>

De laatste jaren is er een toenemende onderzoeksinteresse in de ontwikkeling en verbetering van observationele pijnschalen.<sup>6,7,12</sup> Registratie van pijn door middel van een pijnschaal vergroot de uniformiteit en objectiviteit bij het beschrijven van de pijn. De pijnscore maakt inzichtelijk voor de verpleegkundigen en verzorgenden of er sprake is van pijn, hetgeen hen kan ondersteunen in de communicatie met de arts. Tevens kan de geregistreerde pijnscore een belangrijke rol spelen bij de evaluatie van een behandeling.<sup>5</sup>

Een van de instrumenten die in diverse onderzoeken wordt bestempeld als een schaal van psychometrische goede kwaliteit,<sup>5,7,14</sup> is de Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) ontwikkeld door Fuchs-Lacelle en Hadjistavropoulos.<sup>14</sup> Van de PACSLAC is een Nederlandstalige versie ontwikkeld door Zwakhalen et al.: de PACSLAC-D. Zwakhalen et al. verkortten de oorspronkelijke 60 pijnuitingen tellende PACSLAC naar 24 items.<sup>15</sup> Deze 24 items kwamen tot stand op basis van betrouwbaarheids- en factoranalyses. Op basis van dit onderzoek werd de schaal ingedeeld in drie categorieën (gelaat, verzet/afweer en sociaal emotioneel/stemming).<sup>15</sup> Zie appendix A voor het onderdeel gelaat uit de PACSLAC-D.

Onderzoek laat zien dat de inzet van structurele pijnbeoordeling kan bijdragen aan de adequate signalering van pijn.<sup>16</sup> Onduidelijk is echter in hoeverre het gebruik van een pijnbeoordelingschaal in de dagelijkse praktijk resulteert in de behandeling van pijn door het toepassen van pijnverlichtende interventies. Deze studie is

and Primary Care (CAPHR) Maastricht University  
Correspondentie: Sandra MG Zwakhalen. School for Public Health and Primary Care (CAPHR), Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. T: 0031 43 3884083, F: 0031 43 3884162. Email: s.zwakhalen@maastrichtuniversity.nl

erop gericht om inzicht te krijgen in de toegepaste interventies nadat pijn wordt vastgesteld met een observationele pijnschaal (PACSLAC-D) bij ouderen met dementie die verblijven op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis.

De specifieke vraagstellingen in dit onderzoek zijn als volgt:

- Welke interventies worden gerapporteerd bij signalering van mogelijke pijn (PACSLAC-D  $\geq 4$ ) bij verpleeghuisbewoners met dementie die verblijven op een psychogeriatrische afdeling?
- Wat is de prevalentie van pijn gemeten met behulp van de PACSLAC-D binnen deze populatie in deze pilotstudie?
- Wat is de bereidheid (compliance) van de verzorgenden tot het toepassen van het observationele pijnbeoordelingsinstrument PACSLAC-D gedurende de pilotstudie?
- Hoe ervaren de betrokken verpleegkundigen/verzorgenden het tweemaal per week scoren van pijn met behulp van de PACSLAC-D en het bijbehorend algoritme?
- Welke factoren hebben het meten gedurende de pilotstudie bevorderd of belemmerd?

## Methode

### Onderzoeksdesign

In deze pilotstudie werd gebruik gemaakt van een observationeel design waarbij de toegepaste pijnverlichtende interventies na pijnregistratie met behulp van de PACSLAC-D werden geïnventariseerd.

### Onderzoekspopulatie

Veertig bewoners van een psychogeriatrische verpleeghuisafdeling in Noord-Brabant werden benaderd voor deelname aan dit onderzoek. Bewoners kwamen voor inclusie in aanmerking als ze voldeden aan de DSM-IV criteria van dementie,<sup>17</sup> ten minste 65 jaar oud waren en er schriftelijke toestemming was verkregen van de wettelijke vertegenwoordiger. Tevens diende de bewoner minimaal vier weken op de afdeling te verblijven en mochten er binnen deze vier weken geen grote omgevingsveranderingen hebben plaats gevonden. Ouderen met een zuivere psychiatrische aandoening volgens de DSM-IV of de diagnose syndroom van Korsakov werden geëxcludeerd.

### Procedure van de pilot-implementatie

Gedurende een periode van zes weken werd tweemaal per week (dinsdag en vrijdag), tijdens de ochtendverzorging pijn geregistreerd met behulp van de PACSLAC-D. Het is bekend dat onderliggende pijn eerder optreedt bij actieve beweging en de ochtendverzorging een geschikt moment is voor observatie.<sup>18</sup>

Om een mogelijke differentiatie te kunnen maken tussen enerzijds aanhoudende pijn en anderzijds eenmalig afwijkend gedrag, werden de verzorgenden verzocht om bij een PACSLAC-D score  $\geq 4$  tijdens de standaardmetingen de daarop volgende dag nogmaals te scoren (vervolgmeting). Het scoren werd dagelijks herhaald tot er een PACSLAC-D score lager dan vier bereikt werd.

Voorafgaande aan de pilot implementatie vond er een instructiebijeenkomst plaats over het gebruik van de PACSLAC-D met de daarbij behorende datasheet en algoritme. Het toepassen van de PACSLAC-D werd door middel van videofragmenten geoefend.

Tijdens de standaardmetingen was een van de onderzoekers aanwezig voor aansturing van de interventie en ter ondersteuning bij het volbrengen van de metingen. Een van de onderzoekers controleerde wekelijks de verpleegkundige en medische status van de bewoners op veranderingen in de toegepaste pijnverlichtende interventies en inventariseerde medicatiegebruik en wijzigingen hierin.

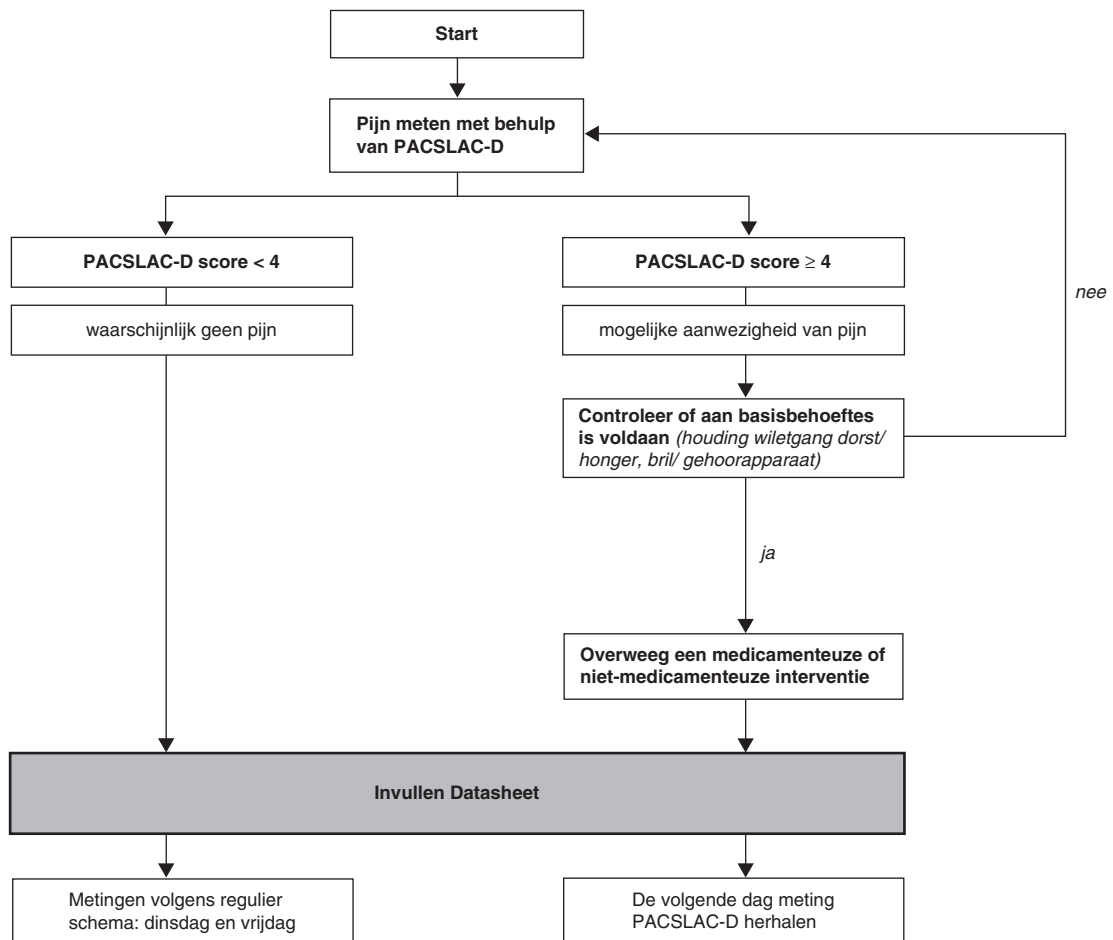
In week drie en na beëindiging van de studie (week zes) vond er aan de hand van vooraf opgestelde vragen een evaluatie van het algoritme, datasheet en het implementatieproces plaats met de verzorging.

### Meetinstrumenten

De PACSLAC-D werd gebruikt om tweemaal per week pijn te meten tijdens de ochtendverzorging. Goede psychometrische eigenschappen en bruikbaarheid betreffende de PACSLAC-D werden reeds beschreven.<sup>5,7,14</sup> Eerder onderzoek heeft een voorlopige afkapwaarde van de PACSLAC-D van mogelijke pijn vastgesteld op vier.<sup>1</sup>

De PACSLAC-D was voorzien van een speciaal voor deze studie ontwikkeld algoritme. Dit algoritme voorzag in de connectie tussen het meten van pijn met de PACSLAC-D en een voorstel tot behandeling bij een PACSLAC-D score  $\geq 4$  (Figuur 1). Onderdeel van dit algoritme vormde de voor deze studie ontwikkelde datasheet (Appendix B). Deze datasheet was bestemd voor de registratie van de PACSLAC-D score en de daaraan eventueel gerelateerde interventie (antwoordmogelijkheden: geen interventie toegepast, specialist ouderengeneeskunde waarschuwen, niet-medicamenteuze en/of medicamenteuze interventie). De toegepaste interventie diende op de datasheet te worden gespecificeerd en voorzien te worden van een motivatie.

Het gebruik van analgetica en psychofarmaca werd geïnventariseerd door controle van de medicatiedeelijst en geregistreerd aan de hand van de ATC/DDD-classificatie van de WHO.<sup>19</sup> Geslacht, leeftijd en co-morbiditeit werden geïnventariseerd op basis van het dossier. De Minimum Data Set (MDS) Cognitive Performance Scale (CPS) werd gebruikt om de cognitieve sta-



Figuur 1  
Algoritme

tus van de bewoners te objectiveren.<sup>20</sup> De MDS-CPS combineert vijf geselecteerde MDS-items tot een hiërarchische observatie-schaal met zeven categorieën welke loopt van geen cognitieve beperkingen (score 0) tot zeer ernstige cognitieve beperkingen (score 6).<sup>20</sup>

Pijnklachten werden geïnventariseerd aan de hand van een kort interview met de zorgcoördinator van een bewoner. De interviewvragen waren gebaseerd op vragen uit de Minimum Data Set (MDS),<sup>21</sup> sectie pijn (sectie J). Het pijnbeleid op de afdeling werd in kaart gebracht door een kort interview, gebaseerd op interviewvragen uit onderzoek van Keeney et al.,<sup>22</sup> met de zorgmanager en de specialist ouderengeneeskunde van de afdeling. Uit dit interview kwam naar voren dat er bij aanvang van de studie geen formeel pijnbeleid op de afdeling van kracht was en er geen procedure bestond omtrent het routinematig meten van pijn.

Tijdens twee geplande evaluatiebijeenkomsten werd aan de hand van gestructureerde vragen geïnventariseerd hoe het twee maal per week meten van pijn en de daaraan gekoppelde registratie werd ervaren. De vragen waren onder andere gericht op bruikbaarheid ("Zijn de gebruikte materialen, zoals PACSLAC-D, algoritme en datasheet duidelijk en bruikbaar?"), het inventa-

reren van ervaringen ("Hoe wordt het meten twee maal in de week ervaren door de verzorging?") en het implementatieproces ("Verloopt het meten zoals vooraf gepland?"; "In hoeverre verschilt de geplande interventie van de uitgevoerde interventie").

#### Ethische overwegingen

Goedkeuring voor de studie werd verkregen van de Medisch Ethische Commissie van het academisch ziekenhuis Maastricht. Daarnaast gaf de directie van de deelnemende instelling toestemming. De interne Medisch Ethische Commissie en de Wetenschapscommissie van het verpleeghuis stemde in met deelname aan de studie. Door middel van een informatiebrief werden de wettelijke vertegenwoordigers van de bewoners geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd om schriftelijke toestemming voor deelname.

#### Data analyse

De gegevens werden geanalyseerd met behulp van SPSS versie 15.0. Beschrijvende statistiek werd toegepast voor demografische gegevens, de kenmerken van de metingen en het berekenen van de bereidheid tot scores.

Tabel 1	Demografische gegevens bewoners (N=22) psychogeriatrische afdeling.
Kenmerken	
Leeftijd in jaren; N (SD)	80 (8,6)
Man/Vrouw; N (%)	7/15 (32%/68%)
Cognitie; MDS-CPS score (SD)	5 (1,2)
Aantal co-morbiditeiten; N (SD)	4 (2,7)
Bekend met pijnklachten ja/nee; N (%)	6/16 (27%/73%)
Analgetica gebruik; N (%)	9 (41%)
Psychofarmaca gebruik; N (%)	15 (68%)

## Resultaten

### Steekproef

Van de veertig psychogeriatrische bewoners die werden benaderd, hebben 23 bewoners toestemming verleend tot deelname aan het onderzoek. Uiteindelijk werden 22 (55%) bewoners geïncludeerd; één bewoner was jonger dan 65 jaar en werd daarom geëxcludeerd. Voor een overzicht van de demografische gegevens wordt verwezen naar Tabel 1.

### Mogelijke aanwezigheid van pijn en gerapporteerde interventies

Gedurende zes weken werden er in totaal 264 metingen met de PACSLAC-D verricht. Deze betroffen zowel standaardmetingen op dinsdag en vrijdag (N=237) als eventuele vervolgmetingen bij een PACSLAC-D score  $\geq 4$  (N=27). De gemiddelde PACSLAC-D score over al deze metingen was 2,2 (SD 2,8; spreiding 0–17). Zestig maal was er sprake van een PACSLAC-D score  $\geq 4$  met een gemiddelde pijnscore van 6,3 (SD 3,1; spreiding 4–17). De zestig pijnscores hadden betrekking op 16 bewoners. Binnen deze groep van zestig pijnscore waren drie bewoners samen verantwoordelijk voor 48% van de pijnscores. Bij zes bewoners werd gedurende het onderzoek op geen enkel meetmoment pijn gemeten.

Naar aanleiding van een PACSLAC-D score  $\geq 4$  dienden de pijnscore, de toegepaste interventie en de bijbehorende motivatie op de datasheet te worden ingevuld. Van de zestig maal dat er sprake was een PACSLAC-D score  $\geq 4$  waren 39 (65%) volledig ingevulde datasheets beschikbaar voor analyse. De overige datasheets waren niet bruikbaar voor analyse wegens ontbrekende informatie. Het percentage volledige ingevulde datasheets bij een PACSLAC-D score  $\geq 4$  (65%) staat in contrast met het aantal volledig ingevulde datasheets bij een PACSLAC-D score  $< 4$ , waarbij al-

leen de score ingevuld hoefde te worden; namelijk 90%.

Een overzicht van de gerapporteerde interventies bij een PACSLAC-D score  $\geq 4$  is weergegeven in Tabel 2. In bijna de helft van de metingen (N=17) werd er bij een PACSLAC-D score  $\geq 4$  geen interventie toegepast. Wanneer er wel een interventie (N=22) plaats vond, bestond deze voornamelijk uit een niet-medicamenteuze interventie (N=19), waarbij afleiding en/of geruststellen/ troosten het meest werden toegepast. Eenmaal is op eigen initiatief door de verzorging een gedragsverpleegkundige ingeschakeld om te beoordelen in hoeverre de benadering mogelijk een rol speelde in de aanhoudende hoge PACSLAC-D score. De specialist ouderengeneeskunde werd driemaal gewaarschuwd en dit resulteerde tweemaal in het voorschrijven en toedienen van medicatie. Van het toepassen van uitsluitend een medicamenteuze interventie, zoals het verstrekken van medicatie die als zo nodig was voorgeschreven, werd geen gebruik gemaakt.

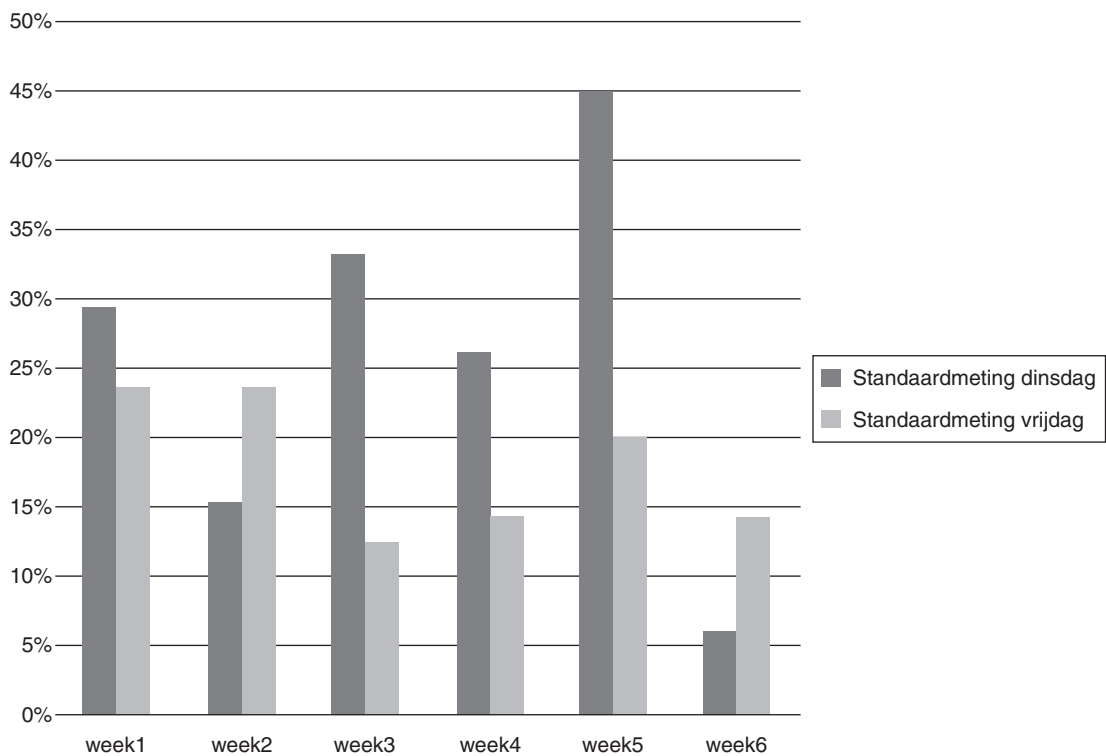
### Prevalentie van pijn

In Figuur 2 wordt de prevalentie van pijn weergegeven. De pijnprevalentie is het aantal PACSLAC-D scores  $\geq 4$  (N= 50) binnen de standaardmetingen. Vervolgmetingen worden niet meegenomen in de berekening, aangezien dit metingen betreft bij een kleine, reeds suspecte groep. Gemiddeld was de pijnprevalentie van over de gehele studie 22%.

### Bereidheid tot scoren (compliance)

De bereidheid tot het uitvoeren van de metingen met de PACSLAC-D (compliance) door de verpleegkundigen/verzorgenden werd gemeten door het aantal daadwerkelijk uitgevoerde metingen te delen door het aantal verwachte metingen (zowel standaard- als vervolgmetingen).

<b>Tabel 2</b> Gerapporteerde interventies (N=39) bij een PACSLAC-D score $\geq 4$ .	
Gerapporteerde interventie	
Geen interventie toegepast	17 (44%)
Niet-medicamenteuze interventie	19 (49%)
-Geruststellen/troosten	6 (15%)
-Afleiding + geruststellen/troosten + massage	5 (13%)
-Afleiding + geruststellen/troosten	2 (5%)
-Afleiding	2 (5%)
-Geruststellen/troosten + ontspanningsoefeningen	1 (3%)
-Massage pijnlijk gebied	1 (3%)
-Ontspanningsoefeningen	1 (3%)
-Inschakelen gedragsverpleegkundige	1 (3%)
Specialist ouderengeneeskunde waarschuwen	1 (3%)
Specialist ouderengeneeskunde waarschuwen en medicamenteuze interventie	2 (5%)
Medicamenteuze interventie	0 (0%)



**Figuur 2**  
Prevalentie van pijn (PACSLAC-D  $\geq 4$ ) gemeten tijdens standaardmetingen

Van de 264 geplande standaardmetingen zijn in totaal 237 (90%) metingen daadwerkelijk uitgevoerd en op correcte wijze geregistreerd. Op beide dagen waarop de standaardmetingen werden verricht, was de scorebereidheid vrijwel even groot (88% op dinsdag, versus 92% op vrijdag). Van de 57 geplande vervolgmetingen werden er 27 (47,4%) uitgevoerd. Het scorebeloop van zowel de standaard- als de vervolgmetingen is weergegeven in Figuur 3. In deze grafiek is waarneembaar dat het percentage uitgevoerde standaardmetingen een stijgende lijn vertoonde tot en met week 4 waarin 100% van de standaardmetingen werd uitgevoerd. Het beloop van de uitgevoerde vervolgmetingen is zeer grillig, met een grote spreiding (spreiding 0% - 77%). In week 5 werd er geen enkele van de 11 (0%) geplande vervolgmetingen uitgevoerd.

#### *Ervaringen van de deelnemers met het scoren van pijn*

Tijdens de evaluatiebijeenkomsten waren de verzorgenden (N=6) overwegend positief over de bruikbaarheid van de PACSLAC-D, het algoritme en de bijbehorende datasheet. Het invullen van de PACSLAC-D en de datasheet werd als eenvoudig en niet tijdrovend beschouwd. Het algoritme en de datasheet waren duidelijk en uitvoerbaar in de praktijk. Het algoritme werd als geheugensteun gewaardeerd.

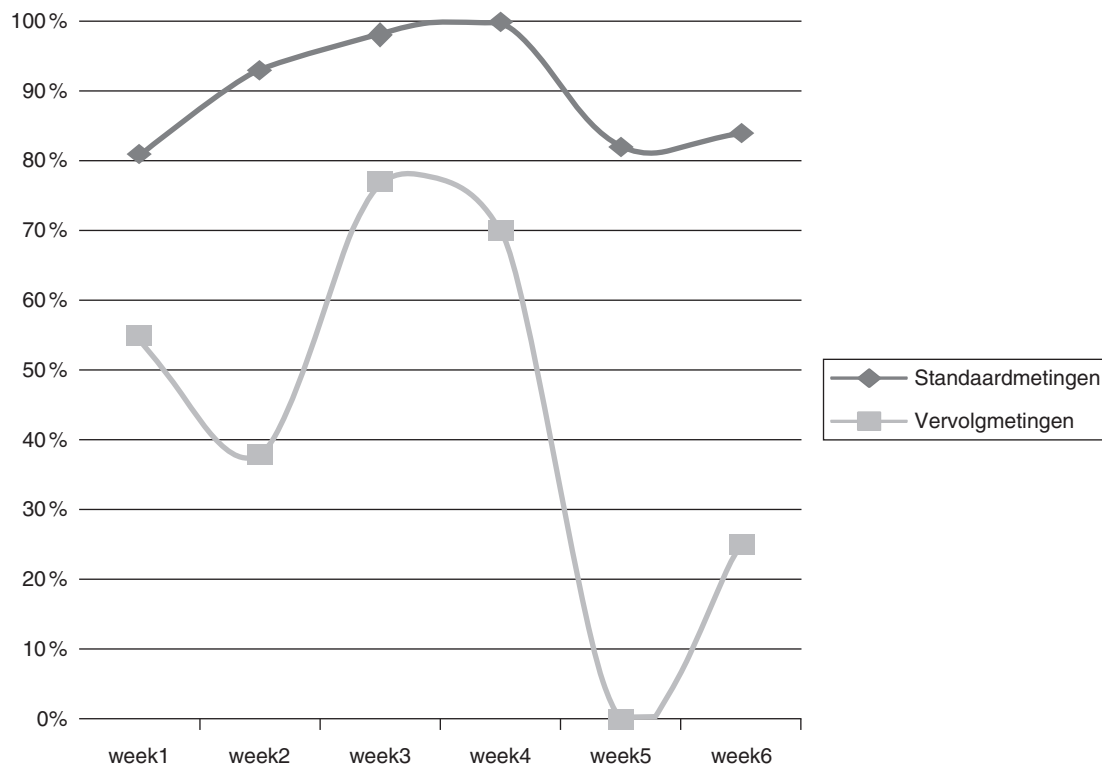
De vooraf opgestelde doelstellingen van de studie waren voor alle deelnemers duidelijk en het

was duidelijk welke interventies er mogelijk verricht konden worden. De ervaringen met betrekking tot de pilot-interventie waren wisselend: van negatief tot neutraal. Verzorgenden gaven te kennen de uitgevoerde interventie in deze vorm (tweemaal per week scoren) na afloop van de pilot niet meer toe te zullen passen op de afdeling. Het argument was om te beginnen de extra werkbelasting. Daarnaast gaven de deelnemers aan dat het bij een bepaalde groep onduidelijk was of er sprake was van pijn of een andere conditie die resulteerde in een hoge score op de PACSLAC-D. Hierdoor ontstond onduidelijkheid over de score-interpretatie.

#### *Bevorderende en belemmerende factoren gedurende de implementatie*

Uit de evaluatiebijeenkomsten kwam naar voren dat bewustwording een bevorderende factor in het implementatieproces was. Ook bij bewoners die niet deelnamen aan de studie werd beter pijn beter gesignaleerd.

Belemmerende factoren die verzorgenden noemden waren ten eerste dat de studie werd uitgevoerd in een vakantieperiode. Mogelijk hebben de vele personeelwisselingen het implementatieproces belemmerd. Ten tweede was de specialist ouderengeneeskunde niet gemakkelijk toegankelijk. Zij vonden de drempel om de arts te consulteren te hoog. Tevens kwam er in de evaluatiebijeenkomsten naar voren dat er belang werd gehecht aan adequate kennis van de specialist ouderengeneeskunde omtrent de (multidis-



**Figuur 3**  
Percentage uitgevoerde PACSLAC-D metingen

ciplinaire) therapeutische opties bij pijn. Ten derde werd de opzet van de interventie door een aantal medewerkers als niet ideaal beschouwd.

Eenzijds werd de interventie periode te lang gevonden. Enkele medewerkers veronderstelden dat er mogelijk een scoretendens kon ontstaan waarbij er gewinning optrad voor bepaalde gewoontes van bewoners. Bijvoorbeeld, wanneer een bewoner regelmatig kreunt of kermt, werd dit mogelijk niet als pijnsignaal gelabeld door de verpleging.

Anderzijds werden de vervolgmetingen als aanvulling op de twee standaardmetingen per week als praktisch moeilijk uitvoerbaar beschouwd. Logistiek bleek het moeilijk de vervolgmetingen te organiseren. Ondanks tussentijds door de verzorging geopperde initiatieven om het toepassen van de vervolgmetingen te bevorderen, zoals een notitie in het dossier of het klaar leggen van pijnscorelijsten op de kamer van de bewoner op de dag van vervolgmeting, bleken de vervolgmetingen tijdens de eindevaluatie toch nog als een gemakkelijk te vergeten meting te worden beschouwd.

Een laatste belemmerende factor waren de assumpties die er bestonden bij verzorgenden. Een deel van het verzorgend personeel gaf aan zelf in staat te zijn pijn te signaleren en eventueel te differentiëren tussen pijngedragingen en andere uitingen. Ten gevolge van deze aanname werd bepaald gedrag toegeschreven aan andere uitingen als angst of onrust en dientengevolge niet gescoord als gedragingen op de PACSLAC-D aanzien het volgens de verzorging geen pijngedrag betrof.

## Discussie

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat pijnmetingen zeer regelmatig (90%) werden volbracht tijdens de zes weken durende implementatieperiode. Ondanks deze hoge mate van compliance en de makkelijke toepasbaarheid van het pijnbeoordelingsinstrument werd duidelijk dat adequate registratie van pijn niet per definitie resulteert in pijnverlichtende interventies. Dit blijkt mede uit het feit dat bij een mogelijke pijnscore (PACSLAC-D score  $\geq 4$ ) in bijna de helft van de situaties geen interventie werd gerapporteerd. In tegenstelling tot de huidige studie toonde onderzoek van Fuchs-Lacelle et al. aan dat er bij interventies naar aanleiding van pijnbeoordeling veelal een toename in (zo nodig) medicatie waarneembaar is.<sup>23</sup>

De resultaten van dit onderzoek tonen tevens aan dat toegepaste interventies veelal niet-medicamenteus waren. Dat er voornamelijk werd gekozen voor een niet-medicamenteuze aanpak kan het gevolg zijn van de beperkte kennis die verzorgenden hebben over het gebruik van medicatie en de daarmee samenhangende opvattingen. Eerdere onderzoeken van Zwakhalen et al. en Jones et al. lieten kennistekorten

van verpleeghuispersoneel met name over pijnbehandeling en medicatie zien. Onderzoek van Willson benadrukt dat kennistekorten meest bepalend zijn voor het al dan niet toepassen van pijnverlichtende maatregelen.<sup>24</sup> Deze kennistekorten kunnen mogelijk de inschattingen en bestrijding van pijn beïnvloeden.<sup>25,26</sup>

Naast kennis blijkt ook attitude van invloed op de besluitvorming. Beide zijn nauw met elkaar verbonden daar de attitude beïnvloed kan worden door kennis en indirect door scholing. Opvattingen van de verzorgenden werden in deze studie geëvalueerd in de evaluatiebijeenkomsten door gebruik te maken van een semi gestructureerd interview. Tijdens de evaluatiebijeenkomsten lieten verzorgenden meermaals blijken in de overtuiging te verkeren dat zij zelf in staat waren pijn te signaleren zonder pijnbeoordelingsinstrument en te kunnen differentiëren tussen pijn en andere gedragingen. Deze attitude was voor hen een reden om geen interventie te ondernemen en gescoorde gedragingen op de PACSLAC-D niet toe te schrijven aan pijn, maar aan andere condities. Het strikte onderscheid dat sommige verpleegkundigen/verzorgenden maakten tussen pijn en probleemgedrag is echter niet altijd correct; onderzoek heeft aangetoond dat pijn een onderliggende oorzaak van probleemgedrag kan zijn.<sup>27,28</sup>

Uit de evaluatiebijeenkomsten kwam tevens naar voren dat niet alleen attitude maar ook communicatie een rol speelde in de besluitvorming. De verzorgenden rapporteerden dat de minder gemakkelijke toegankelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde als een belemmerende factor werd ervaren. Dit heeft er mogelijk toe geleid dat medicamenteuze interventies minder frequent werden toegepast en er eerder werd gekozen voor niet-medicamenteuze aanpak waarbij verzorgenden niet afhankelijk zijn van derden. Uit onderzoek van Kaasaleinen et al. blijkt dat het voorschrijfgedrag van de arts afhankelijk is van het vertrouwen dat hij heeft in de kennis en het handelen van een verpleegkundige/verzorgende.<sup>29</sup> Indien de arts het gevoel heeft niet op de verstrekte informatie van een verpleegkundige/verzorgende te kunnen vertrouwen, zal dit minder snel resulteren in een farmacologische interventie.<sup>29</sup> De minder gemakkelijke toegankelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde heeft er tevens mogelijk toe geleid dat er weinig paramedici zijn ingeschakeld. De specialist ouderengeneeskunde vervult immers een poortwachtersfunctie en kan andere disciplines zoals de fysiotherapeut of de gedragsverpleegkundige vragen voor medebehandeling, waardoor een multidisciplinaire benadering van het pijnprobleem ontstaat.

De studie kent enkele beperkingen. Er was gezien de pilot opzet van deze studie sprake van een kleine streekproef gedurende een relatief korte observatieperiode van zes weken. Hierdoor is de externe validiteit beperkt.



Om de belasting voor de afdeling (en arbeidskrachten) te minimaliseren en de toepasbaarheid in de toekomst te vergroten vond de beoordeling van pijn plaats door de verzorgenden zelf te laten scoren direct na de verzorging.<sup>30,31</sup> Een nadeel van directe observatie zou kunnen zijn dat er gedragingen niet worden waargenomen aangezien de verzorgende tevens ADL taken uitvoert. Aangezien de aandacht verdeeld was over zorgtaken en pijnobservaties is het mogelijk dat pijnscores en de daarmee samenhangende prevalentie lager is dan wanneer er geobserveerd wordt door externe observatoren. De gemeten prevalentie van pijn van gemiddeld 22% in deze studie was vergeleken met andere studies dan ook beduidend lager.<sup>1-4</sup> De gemiddelde PACSLAC-D score gemeten over de bewoners waarbij mogelijk sprake was van pijn was met 6,3 wel gelijk aan de gemiddelde PACSLAC-D score in andere studies.<sup>1</sup>

Opvallend was verder dat gegevens niet altijd even nauwkeurig werden gerapporteerd. Enerzijds werden slechts een zeer beperkt aantal vervolgmetingen uitgevoerd. Omdat een direct effect van een interventie veelal op lange termijn zichtbaar wordt, is de meerwaarde van een dagelijkse vervolg screening bij mensen met hoge PACSLAC-D waarden door de verpleging mogelijk in twijfel getrokken. Anderzijds bleken datasheets onvolledig ingevuld. De evaluatiebijeenkomsten toonden aan dat belasting en bruikbaarheid niet de oorzaak waren van onvolledig uitgevoerde of onvolledig geregistreerde metingen. Meer waarschijnlijk is dat het beoordelen van pijn geen onderdeel uitmaakt van dagelijkse werkzaamheden. Pijn zal echter in de toekomst van steeds groter belang worden en als kwaliteitsindicator gaan functioneren. Pijn maakt in sommige landen reeds onderdeel uit van kwaliteitsmetingen. Een voorbeeld hiervan is het RAI-MDS dat in de Verenigde Staten veelvuldig in verpleegtehuizen wordt gebruikt.<sup>32</sup>

Tot slot kunnen er een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek worden gedaan. Het is wenselijk een grotere verpleeghuispopulatie te onderzoeken met om te zien in hoeverre pijnbeoordeling daadwerkelijk resulteert in pijnverlichtende interventies. Daarnaast dient toekomstige onderzoek inzicht te geven in de verschillende vormen van toegepaste interventies na pijnbeoordeling.

Toekomstige studies dienen inzicht te geven in de inhoud van een allesomvattend pijnmanagementprogramma met als doel een betere pijnbehandeling. Ondanks de hoge mate van compliance in deze studie, lijkt adequate registratie echter niet automatisch te resulteren in een pijn verlichtende interventie. Als mogelijke oorzaken worden kennistekorten, attitudes ten opzichte van pijn en gedragsuitingen, communicatieproblemen en de hoge werkdruk genoemd. Het aanbieden van enkel een pijnbeoordelingsinstrument lijkt dus niet genoeg voor een betere behandeling van pijn. Enkele studies erkennen dat voor adequaat pijnmanagement de pijnbeoordelingsschaal ingebed dient te zijn in een pijnmanagementprogramma dat voorziet in scholing en richtlijnen met onder andere behandelopties.<sup>6,22,33</sup> Daarnaast laat literatuur zien dat er voldoende tijd beschikbaar dient te zijn voor het uitvoeren van het pijnmanagementprogramma.<sup>34</sup> Consensus over de vorm en inhoud van een pijnmanagementprogramma ontbreekt vooralsnog.

### Dankbetuiging

Wij danken de medewerkers van het verpleeghuis voor hun deelname aan dit onderzoek, hun inzet en medewerking.

### Literatuur

- Zwakhallen SM, Koopmans RT, Geels PJ, Berger MP, Hamers JP. The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *Eur J Pain*. 2009;13(1):89-93.
- Achterberg WP, Pot AM, Scherder EJ, Ribbe MW. Pain in the nursing home: assessment and treatment on different types of care wards. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(5):480-7.
- Scherder E, Herr K, Pickering G, Gibson S, Benedetti F, Lautenbacher S. Pain in dementia. *Pain*. 2009;145(3):276-8.
- Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1995;1123(9):681-7.
- Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain*. 2007;23(1 Suppl):S1-43.
- Herman AD, Johnson TM, 2nd, Ritchie CS, Parmelee PA. Pain management interventions in the nursing home: a structured review of the literature. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(7):1258-67.
- Zwakhallen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr*. 2006;6:3.
- Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage*. 1995;10(8):591-8.
- Sengstaken EA, King SA. The problems of pain

- and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41(5):541-4.
- 10 Hadjistavropoulos T, von Baeyer C, Craig KD. Pain assessment in persons with limited abilities to communicate. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of Pain Assessment*. 2 ed. New York - London: Guildfords Press; 2001. p. 134-53.
  - 11 Gagliese L. Assessment of pain in elderly people. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of Pain Assessment*. 2 ed. New York - London: The Guildford Press; 2001. p. 134-53.
  - 12 Schofield P. Assessment and management of pain in older adults with dementia: a review of current practice and future directions. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2008;2(2):128-32.
  - 13 Hadjistavropoulos T, Craig KD. A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model. *Behav Res Ther.* 2002;40(5):551-70.
  - 14 Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs.* 2004;5(1):37-49.
  - 15 Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *J Adv Nurs.* 2007;58(5):493-502.
  - 16 Kamel HK, Phlavan M, Malekgoudarzi B, Gogel P, Morley JE. Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *J Pain Symptom Manage.* 2001;21(6):450-5.
  - 17 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
  - 18 Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Snow AL, Ljunggren AE. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34(1):67-80.
  - 19 Williams LS, Jones WJ, Shen J, Robinson RL, Kroenke K. Outcomes of newly referred neurology outpatients with depression and pain. *Neurology.* 2004;24;63(4):674-7.
  - 20 Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, et al. MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol.* 1994;49(4):M174-82.
  - 21 InterRAI. *RAI for Nursing Home Care (RAI 2.1)*. Utrecht:: InterRAI Corporation 2002.
  - 22 Keeney CE, Scharfenberger JA, O'Brien JG, Looney S, Pfeifer MP, Hermann CP. Initiating and sustaining a standardized pain management program in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc.* 2008;9(5):347-53.
  - 23 Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T, Lix L. Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia. *Clin J Pain.* 2008;24(8):697-707.
  - 24 Willson H. Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip. *Journal of Advanced Nursing.* 2000 31;5: 1145-1154.
  - 25 Zwakhalen SM, Hamers JP, Peijnenburg RH, Berger MP. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain Res Manag.* 2007;12(3):177-84.
  - 26 Jones KR, Fink R, Pepper G, Hutt E, Vojir CP, Scott J, et al. Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. *Gerontologist.* 2004;44(4):469-78.
  - 27 Feldt KS, Warne MA, Ryden MB. Examining pain in aggressive cognitively impaired older adults. *J Gerontol Nurs.* 1998;24(11):14-22.
  - 28 Buffum MD, Miaskowski C, Sands L, Brod M. A pilot study of the relationship between discomfort and agitation in patients with dementia. *Geriatr Nurs.* 2001;22(2):80-5.
  - 29 Kaasalainen S, Coker E, Dolovich L, Papaioannou A, Hadjistavropoulos T, Emili A, et al. Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. *West J Nurs Res.* 2007;29(5):561-80; discussion 81-8.
  - 30 Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain.* 2006;15;126(1-3):210-20.
  - 31 Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15.
  - 32 Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, Murphy K, Drugovich ML, Friedlob AS. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Facilities. *The Gerontologist.* 1990 30:293-307.
  - 33 Leone AF, Standoli F, Hirth V. Implementing a pain management program in a long-term care facility using a quality improvement approach. *J Am Med Dir Assoc.* 2009;10(1):67-73.
  - 34 Hadjistavropoulos T, Marchildon GP, Fine PG, Herr K, Palley HA, Kaasalainen S, et al. Transforming long-term care pain management in north america: the policy-clinical interface. *Pain Med.* 2009;10(3):506-20.

## Appendix A Sectie gelaat uit de PACSLAC-D.

*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 berekent 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 beschermen

## Appendix B Datasheet

<input type="checkbox"/> <b>Geen</b> <i>Let op: Vul reden in*</i>	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Geen
<input type="checkbox"/> <b>Arts waarschuwen</b>	<input type="checkbox"/> Arts waarschuwen	<input type="checkbox"/> Arts waarschuwen
<b>Medicamenteus</b>	Medicamenteus	Medicamenteus
<input type="checkbox"/> Wijziging pijnmedicatie, zo ja...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pijnmedicatie gestopt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dosering pijnmedicatie aangepast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nieuwe pijnmedicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 'Zo nodig' pijnmedicatie gegeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wijziging overige medicatie, zo ja...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicatie gestopt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dosering medicatie aangepast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nieuwe medicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Niet-Medicamenteus</b>	<b>Niet-Medicamenteus</b>	<b>Niet-Medicamenteus</b>
<input type="checkbox"/> Afleiding/ Aandacht afleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Geruststellen/ Troosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toepassen warmte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toepassen koude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Massage pijnlijk gebied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ontspanningsoefeningen/technieken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichaamshouding veranderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichaamsbeweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>