



Aanbeveling voor goede verpleegkundige praktijkvoering:

**« De rol van de verpleegkundige bij de aanpak van
chronische pijn thuis bij volwassen patiënten ».**

Project E-BN.

Subsidie :

Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Project gesubsidieerd door de FOD Volksgezondheid

Directoraat-generaal basisgezondheidszorg:

KB 28 november 2008.

BS 2 januari 2009

Projectcoördinator : Putzeys Dominique

Onderzoeksmedewerkers: Collins Sabine - Heirstrate Luc – Lambert Véronique

Project Management Team (PMT):

Bossuyt C.: Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid : Algemene Directie Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer DG2.

Collins S. : MSc-RN ,Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Glorieux M.: MSc-RN, Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid : Algemene Directie Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer DG2.

Heirstrate L. : RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA) en lid van CIPIQ-S.

Labalue J.: RN, Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Lambert V : MSc-RN, Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S)

Putzeys D. : MSc-RN, Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Quinet M. : Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid : Algemene Directie Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer DG2.

Telemans M. : Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid : Algemene Directie Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer DG2.

Thirifay D. : Strategische Cel Kabinet Minister Onkelinx.

Van Loon H. : RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA) en lid van CIPIQ-S.

Begeleidingscomité van CIPIQ-S :

Heirstrate L. : RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA) en lid van CIPIQ-S.

Jacquery A. : PhD-MSc-RN, Expert CIPIQ-S (Université Libre de Bruxelles (ULB) - België).

Labalue J. : RN, projectcoördinator voor België (CHR Citadelle Luik - België).

Lair ML : MSc-RN, Expert CIPIQ-S (Centre de Recherche Public (CRP) - Luxemburg).

Leruth S. MSc-RN, Expert – CIPIQ-S (Clinique et maternité Sainte-Elisabeth – Namen).

Morlot D. : MSc-RN, Expert CIPIQ-S (Centre Hospitalier Luxembourgeois - Luxemburg)

Mullender D. : MSc-RN, Expert CIPIQ-S (Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz (IFAC) - België).

Pechon S. : MSc, RN,Voorzitter van CIPIQ-S - expert (Centre Hospitalier Luxembourgeois - Luxemburg).

Putzeys D. : MSc-RN, Onderzoeksverantwoordelijke voor CIPIQ-S en redacteur (CHR Citadelle Liège - België).

Rae A.C. : RN, Verantwoordelijke onderzoek en kwaliteit, Expert CIPIQ-S (Hôpital Universitaire de Genève - Zwitserland).

Van Loon H. : RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA) en lid van CIPIQ-S.

Expertengroep voor de richtlijn

Broekmans S. : PhD-MSc-RN, Katholieke Universiteit Leuven (BPS)

Chard'homme N. : RN, paramedisch kaderlid, vormingscel pijnbestrijding, Clinique Universitaire de St Luc – Brussel (BPS)

Gilbert C. : RN, kaderlid, coördinator chronische pijn, vorming palliatieve zorgen. Hôpital Universitaire ERASME - Brussel (BPS)

Dr Hans Guy : PhD-MD, [Universitair Ziekenhuis Antwerpen](#)

Maes P. : RN, zelfstandig thuisverpleegkundige - NVKVV

Expertengroep voor het valideren van de hulpmiddelen

Pr Berquin Anne : PhD-MD, Pijncentrum, Cliniques Universitaires Saint-Luc – Bruxelles (BPS)

Chard'homme N. : RN, paramedisch kaderlid, vormingscel pijnbestrijding, Clinique Universitaire de St Luc – Brussel (BPS)

Pr Faymonville M-E : PhD-MD, Pijnkliniek, Centre Hospitalier Universitaire (CHU)- Liège

Gilbert C. : RN, kaderlid, coördinator chronische pijn, vorming palliatieve zorgen. Hôpital Universitaire ERASME - Brussel (BPS)

Maes P. : RN, Thuisverpleegkundige - NVKVV (BPS)

Resonantiegroep:

Dr. Avonts M. : Domus Medica

Bodeux S. : Aide et Soins à Domicile (ASD) – Verviers

De Busser T. : Wit-Gele Kruis – Antwerpen

Claessen H. : Wit-Gele Kruis – Antwerpen

Clinckx K. : Wit-Gele Kruis – Vlaams-Brabant

Cordyn S. : Wit-Gele Kruis - Vlaanderen

Delcroix L. : SISD de Montigny s Marchienne.

Deltour G.: Présidente de l'association des infirmières indépendantes de Belgique (met de medewerking van de leden van A.I.I.B.).

Emonts Myriam : Gelb-Weisses Kreuz – Eupen Amel

Fernandez E.: Mederi

Dr. Leysen P.: Domus Medica

Mercenier Cl. : Infi-service – Namur

Ori Ch. : Aide et Soins à Domicile (ASD) – Liège

Van Ende S. : Wit-Gele Kruis - Limburg

Van Laere F. : Wit-Gele Kruis – West-Vlaanderen

Contactpersonen :

Labalue J. : RN, projectleider - Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000.

Putzeys D. : MSc-RN , projectcoördinator - Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000.

Projectcoördinator :

Putzeys D. : MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000.

Onderzoeksmedewerkers en redacteurs van de richtlijn :

Collins S. : MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000.

Heirstrate L. : RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA) en lid van CIPIQ-S.

Lambert V. : MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000.

Putzeys D. : MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000.

Belangenconflicten :

None declared – non déclarés – geen opgegeven .

Doelgroep :

Thuisverpleegkundigen en huisartsen.

Verspreiding :

Onder verantwoordelijkheid van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid Algemene Directie Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer DG2.

Sleutelwoorden :

Chronische pijn, nociceptief, neuropatisch, idiopatisch, evaluatie, anamnese, rol van de verpleegkundige, gezondheidszorg, onderzoek, kost, doeltreffendheid, kwaliteit.

INHOUDSTAFEL

SAMENVATTING.....	7
--------------------------	----------

A. METHODOLOGIE VOOR DE OPMAAK VAN DE RICHTLIJN	13
--	-----------

I. KEUZE VAN HET ONDERWERP	13
II. OPMAAK VAN DE RICHTLIJN	13
1. <i>Fase 1: Nagaan welke aanbevelingen er nodig zijn voor de thuisverpleging.....</i>	<i>14</i>
1.1. Doelstelling.....	14
1.2. Methode.....	14
1.3. Vragenlijst.....	14
1.4. Verspreiding van de vragenlijst.....	14
1.5. Analyse van de resultaten.....	16
1.5.1. Analysemethode.....	16
1.5.2. Resultaten.....	23
1.6. Discussie.....	23
2. <i>Fase 2: Literatuuronderzoek en opstellen van de richtlijn.....</i>	<i>25</i>
2.1. Literatuuronderzoek.....	25
2.1.1. Internationale richtlijnen.....	25
2.1.2. Wetenschappelijke literatuur.....	27
2.2. Classificatie van AGP.....	32
2.3. Expertise van de AGP.....	34
2.3.1. Begeleidingscomité van CIPIQ-S.....	34
2.3.2. Expertengroep.....	34
2.3.3. Resonantiegroep.....	35
2.3.4. CEBAM.....	36
3. <i>Fase 3: Verspreiding van de AGP.....</i>	<i>36</i>

B. DE RICHTLIJN CHRONISCHE PIJN IN DE THUISVERPLEGING	38
--	-----------

I. INLEIDING	38
II. ONDERZOEKSVRAGEN	39
III. DEFINITIE	40
IV. EPIDEMIOLOGIE	43
V. SOORTEN CHRONISCHE PIJN	45

VI.	FYSIOPATHOLOGIE VAN CHRONISCHE PIJN	46
1.	Nociceptieve pijn.....	46
2.	Neuropathische pijn.....	47
3.	Idiopathische pijn.....	47
VII.	PIJNEVALUATIE	49
1.	Verpleegkundige gedragslijn.....	51
2.	Argumentatie en aanbevelingen.....	52
2.1.	Stap 1: Pijn herkennen en een anamnese uitvoeren.....	52
2.2.	Stap 2: Naar de oorzaken van chronische pijn zoeken.....	53
2.3.	Stap 3: Pijn evalueren.....	54
2.3.1.	Beschrijving van pijn.....	54
2.3.2.	Patiënten met weinig of geen cognitieve problemen.....	56
a.	Unidimensionele schalen – kwantitatieve evaluatie.....	57
b.	Multidimensionele schalen – kwalitatieve evaluatie.....	57
2.3.3.	Patiënten met cognitieve problemen.....	63
2.4.	Stap 4: Regelmatig herevaluëren van pijn.....	67
2.5.	Stap 5: De doeltreffendheid van de behandeling evalueren.....	67
3.	Overzicht van de aanbevelingen.....	70
VIII.	HOLISTISCHE VISIE OP DE AANPAK VAN CHRONISCHE PIJN	72
IX.	PIJNBEHANDELING	74
X.	BIBLIOGRAFIE	77
XI.	BIJLAGEN	81
	<i>Bijlage 1: Trapsgewijze pijnbehandeling en co-analgetica.....</i>	<i>81</i>
	<i>Bijlage 2: Methodologie voor het opstellen van de richtlijn.....</i>	<i>90</i>
	<i>Bijlage 3: Pijnschalen.....</i>	<i>98</i>
	<i>Bijlage 4: Vergelijkingstabellen voor pijnschalen.....</i>	<i>108</i>
	<i>Bijlage 5: evidentietabellen en analyse van de richtlijnen d.m.v. GRADE.....</i>	<i>112</i>
	<i>Bijlage 6: Enquête in de thuisverpleging.....</i>	<i>154</i>
	<i>Bijlage 7: Analyse van de resultaten van de enquête in de thuisverpleging.....</i>	<i>162</i>
	<i>Bijlage 8: Beoordeling van de AGP door de resonantiegroep d.m.v. AGREE.....</i>	<i>198</i>

SAMENVATTING

In het kader van de subsidie uitgevaardigd door de FOD Volksgezondheid (KB 28 november 2008 – BS 2 januari 2009) en op initiatief van Mevrouw Laurette Onkelinx, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, stelde de v.z.w. van Luxemburgs recht CIPIQ-S een aanbeveling voor goede verpleegkundige praktijkvoering op met betrekking tot « ***De rol van de verpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn thuis bij volwassen patiënten*** ».

De definities die men terugvindt in de literatuur (OMS⁽¹¹⁾, International Association for the Study of Pain (IASP)⁽¹⁰⁾) beschrijven chronische pijn als een multidimensionele ervaring (zintuigelijk en gevoelsmatig), subjectief en niet noodzakelijk gebonden aan een letsel, die sedert 3 à 6 maanden aanwezig is. Chronische pijn wordt beschouwd als een klinisch syndroom op zich dat fysieke/biologische, psychologische en sociale verschijnselen induceert die een grote impact kunnen hebben op de dagelijkse activiteiten van de patiënt.

De pijn kan worden uitgelokt door drie verschillende fysiologische processen die elk afzonderlijk of tegelijkertijd kunnen optreden. Zo kan pijn worden ingedeeld in drie categorieën : nociceptieve, neuropathische en ideopathische pijn.

Volgens een onderzoek van Breivik et al.⁽¹⁸⁾ bedraagt de gewogen gemiddelde prevalentie van chronische pijn in België 23% (n=2351) bij een gemiddelde leeftijd van 48,4 jaar en voor 54% bij vrouwen. In België duurt chronische pijn gemiddeld 7,5 jaar.

Vanaf het moment dat de diagnose bij de patiënt is gesteld, wordt er aanbevolen om de chronische pijn globaal en multidisciplinair aan te pakken (HAS 2000 et 2008, Mc Lennon 2005, NHS 2006, BPS 2007). Dit vergt een nauwe samenwerking tussen de huisarts, de thuisverpleegkundige, de apotheker, de kinesist enz. De doelstelling hierbij is niet zozeer de pijn volledig terug te dringen (vaak is dit moeilijk of zelfs onmogelijk), dan wel de patiënt te leren omgaan met de pijn en zijn levenskwaliteit te verbeteren.

De richtlijn behandelt de rol van de thuisverpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn en richt zich voornamelijk op 5 punten :

1. de aanwezigheid van pijn herkennen : anamnese
2. naar de oorzaken van chronische pijn zoeken
3. het evalueren van de pijn
4. het regelmatig herevalueren van de pijn
5. het nagaan van de doeltreffendheid van de behandeling

eerste pijler: de aanwezigheid van pijn herkennen / anamnese

De anamnese van de patiënt gebeurt aan de hand van simpele vragen en door het opsporen, door observatie, van andere indicatoren die wijzen op chronische pijn.

De verpleegkundige vraagt aan de patiënt of hij/zij pijn heeft en/of herkent pijnsignalen. Indien de patiënt zich niet kan uitdrukken dient de verpleegkundige alert te zijn voor de aanwezigheid van pijn en pijn te herkennen wanneer de patiënt die uit, zelfs indien de oorzaak onbekend blijft.

tweede pijler: naar de oorzaken van chronische pijn zoeken

Nadat er is vastgesteld dat de patiënt pijn heeft, dient de verpleegkundige de behandelende arts in te lichten. Deze gaat met het oog op de aangewezen behandeling na wat de oorzaak van de pijn kan zijn en tevens welke pathologische processen de pijn kunnen verklaren (Mc Lennon 2005, NHS 2006).

De verpleegkundige herkent de factoren die de pijn verergeren zodat hij de patiënt kan helpen de pijn te verzachten en er mee om te gaan in het dagelijks leven.

Derde pijler : het evalueren van de pijn

Vervolgens voert de verpleegkundige een globale pijnevaluatie uit. De British Pain Society (BPS) stelt voor om te evalueren op drie vlakken : fysiek, psychologisch en sociaal.

De eerste pijnevaluatie is uitgebreider en wordt idealiter uitgevoerd aan de hand van een **multidimensionele schaal** om zo de pijn in haar verschillende dimensies te kunnen evalueren en niet enkel in termen van pijnintensiteit. De Brief Pain inventory (BPI) en de Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) zijn gevalideerde multidimensionele schalen voor de evaluatie van chronische pijn in haar globaliteit.

Vervolgens wordt op regelmatige basis een **unidimensionele schaal** gehanteerd waarmee een zelfevaluatie van de pijnintensiteit kan worden gedaan. De visueel- analoge schaal (VAS), de numerieke schaal (NRS), de eenvoudige verbale schaal (VDS) en de gezichtenschaal (FPS) zijn hiervoor de gevalideerde unidimensionele schalen. Men dient evenwel een nauwkeurige keuze te maken rekening houdend met de cognitieve mogelijkheden en de capaciteiten van de patiënt. De AGP voorziet een procedure voor de keuze van een schaal in functie van de toestand van de patiënt. Eens de keuze werd gemaakt, dient de verpleegkundige bij de patiënt steeds hetzelfde instrument te gebruiken indien deze op cognitief vlak stabiel blijft en moet de patiënt indien nodig worden bijgestaan bij het gebruik ervan.

Patiënten met ernstige cognitieve stoornissen en/of belangrijke communicatieproblemen zijn vaak niet in staat een zelfevaluatie door te voeren. In zulk geval raadt men aan de pijnevaluatie te doen aan de hand van een observationele schaal in samenwerking met de naasten of de familie. Onderzoekers die zulke schalen testen en vergelijken hebben echter nog geen volledig afdoend instrument gevonden. Enkel de PACSLAC-schaal (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) lijkt momenteel te worden beschouwd als de meest bruikbare en praktische methode, ondanks de nog beperkte homogeniteit (63).

Vierde pijler : het regelmatig herevalueren van de pijn

Nadat de meest aangewezen evaluatieschaal werd gekozen, dient de verpleegkundige op regelmatige tijdstippen de doeltreffendheid van de behandeling na te gaan (BPS 2007, HAS 2008, NHS 2006), evenals de eventuele nevenwerkingen ervan.

Vijfde pijler : het nagaan van de doeltreffendheid van de behandeling

Het nagaan van de doeltreffendheid van een behandeling is niet enkel gefocust op wijzigingen van de pijnintensiteit maar dient ook rekening te houden met de verschillende dimensies zoals de verbetering van de levenskwaliteit en de dagelijkse activiteiten van de patiënt.

Het is niet de bedoeling van deze richtlijn om pijnbehandeling in al zijn dimensies uit te werken. Nochtans is het, naast deze vijf pijlers waarop de verpleegkundige zorg voor een chronische patiënt gericht is, eveneens de rol van de verpleegkundige om samen te werken met de huisarts in het kader van de behandeling, met name bij de adequate toediening ervan, bij het nagaan van de doeltreffendheid en bij het waken over ongewenste nevenwerkingen.

RESUME

Dans le cadre du subside octroyé par le SPF Santé publique (AR 28 novembre 2008 – MB 2 janvier 2009) et à l'initiative de Madame Laurette Onkelinx, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, l'ASBL de droit luxembourgeois CIPIQ-S a rédigé une recommandation de bonnes pratiques en art infirmier axée sur le **« Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients adultes souffrant de douleur chronique »**.

Selon les définitions retrouvées dans la littérature (OMS⁽¹¹⁾, International Association for the Study of Pain⁽¹⁰⁾ (IASP)), la douleur chronique est une expérience multidimensionnelle (sensorielle et émotionnelle), subjective, qui n'est pas nécessairement liée à une lésion et qui évolue depuis 3 à 6 mois. La douleur chronique est reconnue comme étant un syndrome clinique, induisant des phénomènes physiques/biologiques, psychologiques et sociaux pouvant avoir un retentissement majeur sur l'activité quotidienne des patients.

La douleur peut être provoquée par trois processus physiologiques différents, pouvant agir seuls ou de façon concomitante. Ces trois processus physiologiques permettent de classer la douleur en trois catégories : la douleur nociceptive, la douleur neuropathique et la douleur idiopathique.

Selon l'étude de Breivik et al. (18) la prévalence moyenne pondérée de la douleur chronique en Belgique est de 23% (n=2451) avec une moyenne d'âge de 48,4 ans et touchant pour 54% des femmes. La durée moyenne de la douleur chronique en Belgique est de 7,5 années.

Dès que le diagnostic de douleur chronique est posé, il est recommandé de faire bénéficier ce type de patient d'une prise en charge globale, de type multidisciplinaire (HAS 2000 et 2008, Mc Lennon 2005, NHS 2006, BPS 2007). Ce type de prise en charge implique une collaboration étroite entre le médecin généraliste, l'infirmier(e) en soins à domicile, le pharmacien, le kinésithérapeute etc. dont l'objectif ne sera pas

de supprimer totalement la douleur (souvent très difficile voire impossible) mais de permettre au patient de vivre avec cette douleur et d'améliorer sa qualité de vie.

Cette recommandation s'oriente sur le rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients souffrant de douleurs chroniques. Cette prise en charge va être axée sur cinq points :

1. Reconnaître la présence de douleur / Anamnèse
2. Recherche des causes de douleurs chroniques
3. Evaluation de la douleur
4. Réévaluation régulière de la douleur
5. Evaluation de l'efficacité du traitement.

Premier axe : Reconnaître la présence de douleur / Anamnèse

L'anamnèse du patient est réalisée en employant des termes simples et en recherchant, par l'observation, des indicateurs alternatifs de la présence de douleur chronique.

L'infirmier(e) demande au patient s'il souffre de douleur et/ou reconnaît les signes de la douleur. Si le patient se trouve dans l'incapacité de s'exprimer. L'infirmier(e) est alerté(e) par la présence de douleur et reconnaît la douleur quand le patient l'exprime, même si la cause reste inconnue.

Deuxième axe : Recherche des causes de douleurs chroniques

Après avoir diagnostiqué la présence de douleur, l'infirmier(e) doit en informer le médecin responsable du patient. Celui-ci recherchera les causes de la douleur, en vue de la mise en œuvre d'un traitement approprié, ainsi que les processus pathologiques pouvant expliquer les symptômes (Mc Lennon 2005, NHS 2006).

L'infirmier(e) identifie les facteurs contribuant à l'exacerbation de cette douleur afin d'aider le patient à la soulager et de lui permettre de vivre avec la douleur au quotidien.

Troisième axe : Évaluation de la douleur

L'infirmier(e) doit ensuite réaliser une évaluation globale de la douleur. La British Pain Society (BPS) propose d'évaluer la douleur sur trois plans : physique, psychologique et social.

La première évaluation de la douleur est plus large et doit idéalement faire appel à une **échelle multidimensionnelle** afin d'évaluer la douleur dans ces différentes dimensions et pas uniquement en terme d'intensité. La Brief Pain inventory (BPI) et le Questionnaire Mc Gill Pain (MPQ) sont des échelles multidimensionnelles validées pour l'évaluation de la douleur chronique dans sa globalité.

Ensuite, une **échelle unidimensionnelle**, permettant une auto-évaluation de l'intensité de la douleur pourra être utilisée régulièrement. L'échelle visuelle analogique (VAS), l'échelle numérique (NRS), l'échelle verbale simple (VDS) et l'échelle des visages (FPS) sont des échelles unidimensionnelles validées. Cependant, le choix de l'échelle doit être judicieux et celle-ci doit être adaptée à l'état cognitif du patient ainsi qu'à ces capacités. La description d'une procédure concernant le choix de l'échelle en fonction de l'état du patient se trouve dans la RBP. Une fois choisi, l'infirmier(e) doit toujours utiliser le même instrument de mesure chez le patient, si celui-ci reste stable sur le plan cognitif, et doit aider le patient à l'utiliser si nécessaire.

Pour les patients présentant des troubles cognitifs sévères et/ou des problèmes majeurs de communication, une auto-évaluation de la douleur est souvent impossible à réaliser. Dans ce cas, il est recommandé d'évaluer la douleur au moyen d'échelles d'observation en collaboration avec les proches ou la famille. Cependant, parmi ces échelles, aucune ne satisfait complètement les auteurs les ayant testées, comparées. Seule l'échelle PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) semble être considérée comme la méthode de mesure la plus utilisable en pratique même si elle manque encore d'homogénéité (63).

Quatrième axe : Réévaluation régulière de la douleur

Après avoir choisi l'échelle d'évaluation de la douleur la plus appropriée, l'infirmier(e) doit réévaluer de façon régulière la douleur afin de mesurer l'efficacité du traitement (BPS 2007, HAS 2008, NHS 2006) . Les effets secondaires éventuels de la thérapie doivent également être recherchés.

Cinquième axe : Évaluation de l'efficacité du traitement

L'évaluation de l'efficacité d'un traitement ne doit pas se focaliser uniquement sur les modifications de l'intensité douloureuse mais doit aussi tenir compte des différentes dimensions de la prise en charge comme l'amélioration de la qualité de vie et de l'activité quotidienne du patient.

L'objet de cette recommandation n'est pas d'aborder les différentes dimensions du traitement de la douleur chronique. Cependant, au-delà des cinq axes autour desquels s'articule la prise en charge infirmière d'un patient douloureux, le rôle de l'infirmier(e) consiste également à collaborer avec le médecin lors des phases du traitement. Cette collaboration consiste en l'administration adéquate du traitement, à l'évaluation de son efficacité et à la surveillance des effets indésirables.

SUMMARY

Under the amount granted by the Federal Service of Public Health (RD November 17th 2009 – BS December 17th 2009) and initiated by Mrs. Laurette Onkelinx, Minister of Social Affairs and Public Health, the Luxembourg non-profit organisation CIPIQ-S has drafted a new evidence-based guideline concerning ***“The nursing approach of chronic pain for adults in Home Care”***.

According to literature references, (WHO (11), International Association for the Study of Pain (IASP)(10)) chronic pain is a subjective, multidimensional experience (both sensorial and sensitive) that has been present for 3 to 6 months and is not necessarily injury-related. Chronic pain is considered a clinical syndrome inducing physiological/biological and social phenomena having a great impact on the patient's daily life.

This pain can be induced by three different physiological processes each appearing separately or simultaneously. Thus pain can be classified in three categories : nociceptive pain, neuropathic pain and ideopathic pain.

According to research by Breivik et al. (18) the weighted average chronic pain prevalence in Belgium is 23% (n=2351), the average age being 48,4 years and 54% being females. In Belgium chronic pain persists for an average of 7,5 years.

Once diagnosticated, it is recommended to develop a global and multidisciplinary approach towards chronic pain. A tight collaboration between the GP, the home care nurse, the pharmacist, the physiotherapist, etc. is required. The main objective as such is not to reduce the patient's pain completely (often this is hard or even impossible), but to teach him how to cope with this pain and to improve his quality of life.

The guideline tackles the nurse's role in chronic pain treatment and mainly focuses on 5 objectives:

1. to recognize pain: history
2. to search for causes of chronic pain
3. to evaluate the pain
4. to regularly re-evaluate the pain
5. to examine the effectiveness of the treatment

First objective: to recognize pain/history

Examining the patient's history by asking simple questions and by detecting and observing alternative signs indicating chronic pain.

The nurse asks the patient whether he's in pain and recognizes pain signals. When the patient isn't able to express himself, the nurse has to be alert to the existence of pain and has to recognize pain when expressed by the patient, even if it is of unknown origin.

Second objective: to search for causes of chronic pain

After having detected that the patient is in pain, the nurse has to report to the GP. The GP examines the potential causes and the pathological processes explaining this pain in view of a proper treatment.

The nurse recognizes the elements worsening the pain and in this way helps the patient in soothing the pain and coping with it in daily life.

Third objective : to evaluate the pain

Next the nurse carries out a global pain assessment. The British Pain Society (BPS) proposes to evaluate the physical, the psychological and the social aspects of pain.

The first assessment is a comprehensive one carried out ideally by means of a **multidimensional scale** allowing the assessor to evaluate different pain dimensions, not only in terms of pain intensity. The Brief Pain inventory (BPI) and the Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) are known as validated multidimensional pain scales used for global assessment of chronic pain.

Subsequently pain intensity self-evaluation by means of a **unidimensional scale** is carried out on a regular basis. The visual analogue scale (VAS), the numeric rating scale (NRS), the verbal descriptive scale (VDS) and the faces pain scale (FPS) are validated scales for this purpose. A precise choice has to be made considering the patient's cognitive potentials and capacities. The guideline provides a procedure by which a choice of scale can be made according to the patient's condition. After the selection being made, the nurse has to adhere to this instrument for the same patient provided the fact that his cognitive condition is stabilized. Also the nurse has to assist when necessary.

Patients who suffer from severe cognitive disorders and/or show serious communication problems are often not able to self-evaluate. In that case it is recommended to perform pain assessment by means of an observational scale assisted by relatives. At this point no valid instrument has been revealed by researchers testing and comparing such scales, except for the PACSLAC-scale (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate), which seems to be promising as a useful and practical method of measurement, even when lacking homogeneity (63).

Fourth objective: to regularly re-evaluate the pain

After having chosen the most appropriate assessment scale, the nurse regularly has to re-evaluate the effectiveness of the treatment and to check for harmful side effects.

Fifth objective: to examine the effectiveness of the treatment

This examination does not only focus on changes of pain intensity but also has to take other dimensions into account such as improvement of quality of life and increase of the patient's daily activities.

This guideline can not elaborate the matter of pain management in all its aspects. However, apart from these five objectives on which the care for chronic pain patients is based, it is the nurse's role to establish a tight collaboration with the GP concerning the treatment and particularly to administer the medication properly, to examine its effectiveness and to monitor harmful side effects.

A. METHODOLOGIE VOOR HET OPSTELLEN VAN DE RICHTLIJN

I. KEUZE VAN HET ONDERWERP

Alvorens een onderwerp voor een nieuwe richtlijn te kunnen voorstellen was het nodig een inschatting te maken welke aanbevelingen er nodig waren voor de thuisverpleging. Deze evaluatie nam drie maanden in beslag in de loop van 2008.

De evaluatie had als doel :

- Een onderwerp voor een nieuwe richtlijn voorstellen ;
- Een gevalideerde en herbruikbare methode beschrijven voor de inschatting van de noden op het vlak van aanbevelingen voor goede praktijkvoering voor de thuisverpleging.

In mei 2008 stelde CIPIQ-S aan de FOD Volksgezondheid (DG2) en aan het Kabinet van de Minister van Volksgezondheid (Mw. Onkelinx L.) voor een nieuwe richtlijn uit te werken met betrekking tot :

« Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients adultes souffrant de douleurs chroniques »

« Rol van de thuisverpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn bij volwassen patiënten ».

In 2004 stelde SSMG¹ een aanbeveling voor goede praktijkvoering op in het kader van de behandeling van chronische pijn door de huisarts. Deze richtlijn zou kunnen worden aangevuld met de verpleegkundige inbreng bij patiënten met chronische pijn.

II. OPMAAK VAN DE RICHTLIJN

De uitwerking van deze richtlijn is gebaseerd op de methodologie in bijlage 2, onderverdeeld in drie fasen. Deze methodologie is een aan de thuisverpleging aangepaste versie van het door Domus Medica² en SSMG gezamenlijk uitgewerkte sjabloon voor het opstellen van een AGP.

De drie fasen voor de uitwerking van deze richtlijn zijn:

Fase 1 : Nagaan welke aanbevelingen er nodig zijn voor de thuisverpleging

Fase 2 : Literatuuronderzoek en redactie van de AGP

Fase 3 : Verspreiding van de AGP (d.m.v. diverse hulpmiddelen ter ondersteuning : website, folder, poster)

¹ Société scientifique de médecine générale

² Wetenschappelijke vereniging van Vlaamse huisartsen

1. Fase 1 : Nagaan welke aanbevelingen er nodig zijn voor de thuisverpleging

1.1. Doelstelling

De noden en verwachtingen van de thuisverpleegkundigen wat betreft de inhoud van de richtlijn “chronische pijn in de thuisverpleging” nagaan.

1.2. Methode

De enquête werd gerealiseerd aan de hand van een vragenlijst die op voorhand werd getest door een dertigtal referentiepersonen EBN.

1.3. De vragenlijst (zie bijlage 6)

De vragenlijst bestaat uit 3 delen:

- socio-demografische gegevens
- open vragen die het mogelijk maken om een kwalitatieve inschatting te maken van de noden en verwachtingen van de verpleegkundigen wat betreft de inhoud van de AGP, maar eveneens om informatie te zoeken over hun werkwijzen
- twee reeksen gesloten vragen met waardenschaal waarmee de verpleegkundige praktijk op het vlak van pijn kan getoetst worden aan wat de verpleegkundigen belangrijk vinden en/of al dan niet beheersen

1.4. verspreiding van de vragenlijst

Het netwerk van thuisverpleegkundigen

De bevraging kon niet plaatsvinden zonder de betrokkenheid van de referentiepersonen EBN (*waarvan sommigen hebben meegewerkt aan het opstellen van de AGP als lid van de resonantiegroep*). Zij hebben immers elk hun eigen distributie- en informatiekanalen. Aan elk van hen werd gevraagd de vragenlijst te bezorgen aan een tiental collega's.

De andere thuisverpleegkundigen

Bij een dergelijke enquête is het belangrijk alle thuisverpleegkundigen te bereiken, ook zij die tot op heden niet in aanraking kwamen met het project.

Dank zij het RIZIV kon het profiel en het aantal zorgverstrekkers dat konden worden bereikt via deze enquête worden vastgelegd.

De vragenlijst werd per post verstuurd aan een reeks zelfstandig werkende thuisverpleegkundigen en aan thuisverpleegkundigen verbonden aan een vereniging (zie tabel hieronder).

De werkgevers werden telefonisch gecontacteerd of er werd tijdens een onderhoud om hun medewerking gevraagd bij de verspreiding. Eén vereniging van nederlandstalige thuisverpleegkundigen verspreidde de vragenlijst via haar website en een elektronische nieuwsbrief..

Verdeling:

Werkomgeving van de bevroagde thuisverpleegkundigen		Aantal gecontacteerde tvpl.	Totaal
loontrekkenden	Croix jaune et blanche	150	750
	Central des soins à domicile (CSD)	150	
	Wit-Gele Kruis	300	
	Socialistische Mutualiteit	100	
	Andere verenigingen voor thuisverpleging	50	
zelfstandigen	Franstalige verenigingen van zelfstandig verpleegkundigen	150	950
	Nederlandstalige verenigingen van zelfstandig verpleegkundigen	150	
	Verzending per post aan franstalige zelfstandig verpleegkundigen	300	
	Verzending per post aan nederlandstalige zelfstandig verpleegkundigen	350	
totaal			1700

Samenstelling van de groep

Er werden 1700 thuisverpleegkundigen bevestigd nadat ze in clusters waren opgedeeld. Het aantal respondenten bedroeg 665 zijnde een participatiegraad van 39,1% met een foutmarge van 7,5%.

Het aantal te bevestigen personen was voorheen vastgesteld op basis van de wet van Bernoulli :

$$n = (1,96)^2 \times N / [(1,96)^2 + I^2 \times (N-1)]$$

N = de onderzoeksgroep : verpleegkundigen actief in de thuisverpleging, zijnde ongeveer 20.000 verstrekkers

I = de aanvaardbare foutenmarge

n = het aantal respondenten

1.5. Resultatenanalyse

1.5.1. Analysemethode

De analyse van de vragenlijsten werd doorgevoerd op 3 vlakken:

- de kwantitatieve analyse van de socio-demografische gegevens
- de kwalitatieve analyse op basis van 5 open vragen over de dagelijkse praktijk
- 2 gesloten vragen om na te gaan welke zaken thuisverpleegkundigen bij de verzorging van pijnpatiënten belangrijk vinden in hun praktijk en in welke mate ze deze zaken kennen, onder de knie hebben en kunnen integreren in hun verpleegkundig handelen.

De verschillende elementen uit het kwantitatieve gedeelte van de vragenlijst werden verwerkt in histogrammen waarbij telkens per vraag het verband tussen de variabele in kwestie en het aantal respondenten werd onderzocht (aan de hand van een χ^2 -test van Pearson).

In de kwalitatieve analyse werden per vraag de gevonden onderwerpen, categorieën en subcategorieën op de voorgrond geplaatst die tijdens de verwerking van de vragenlijsten verschenen (coaxiale structuur van het analyseschema). Voor de vragen 4b (welke problemen ervaart u het meest bij patiënten met chronische pijn?) , 5b (hoe pakt u dergelijke situatie aan?) en 5c (waarom denkt u dat u bij een patiënt met chronische pijn de situatie niet altijd goed aanpakt?) werd een Excel®-werkblad opgemaakt waar in de betiteling de vraag, de verschillende onderwerpen, categorieën en subcategorieën werden hernomen. In deze tabel werden de gegeven antwoorden nogmaals in drieën verdeeld:

- het (de) sleutelwoord (en) die uit de tekst naar voren kwamen
- indien mogelijk, een korte samenvatting van het antwoord op de vraag
- de letterlijke bewoordingen gegeven door de invuller van de vragenlijst

Voor de vragen 4a (welke prestaties verricht u meestal bij patiënten met chronische pijn?) en 5a (welke hulp (middelen) hebt u ter beschikking?) werd er een overzicht gegeven van de frequentie waarmee de verschillende prestaties of hulpmiddelen voorkwamen. Voor de duidelijkheid werden de verschillende classificatiesystemen in bijlage

gevoegd. De codering gebeurde in de eigen landstaal in hetzelfde Excel®-werkblad. Voor de analyse van de gegevens werd er geteld hoeveel keer een bepaald antwoord per onderwerp, per categorie en per subcategorie werd gegeven, en daarnaast tevens het aantal antwoorden gegeven per respondent. Op basis hiervan werden taartdiagrammen ontwikkeld met betrekking tot de verhouding respondenten/niet-respondenten, het percentage antwoorden per respondent en tenslotte ook het percentage antwoorden per onderwerp, categorie en subcategorie.

Vraag 4a: welke prestaties verricht u meestal bij patiënten met chronische pijn?

CATHEGORIEËN
Hygiënische zorgen
Behandeling
Wondzorg
Pijnevaluatie
Comfort/welzijn van de patiënt
Nagaan van vitale parameters
Een beroep doen op andere hulpverleners

Vraag 4b: welke problemen ervaart u het meest bij patiënten met chronische pijn?

ONDERWERP	CATHEGORIE	SUBCATHEGORIE
Hulpverlener/verpleegkundige	Pluridisciplinariteit	Samenwerking met de arts
		Samenwerking met andere verpleegkundigen
		Samenwerking met andere personen
	hulpverlener	Sociaal isolement
		tijd
		angst
Patiënt	Patient	Perceptie/aanvoelen
		Financiële middelen
		tijd
		Geen compliance
	pijncomplicatie	vermoeidheid
		voedingsstoornissen
		Psychische problemen
		Wijziging algemene toestand/wijziging fysieke toestand
		Sociaal isolement
Aanpak van de pijn	Pijn	pijnevaluatie

		pijnbeheersing
		pijn
	Behandeling	nevenwerkingen
		Ondoeltreffendheid van de behandeling
		Onaangepaste behandelingen
		pijnmanagement

Vraag 5a: welke hulp (middelen) hebt u ter beschikking?

CATHEGORIEËN
pijnevaluatie
Alternatieve technieken
Verwijzing naar een multidisciplinaire equipe
behandeling
Verpleegkundige kennis
Communicatie/luisterbereidheid
Materialen
Overleg

Vraag 5b: hoe pakt u dergelijke situatie aan?

ONDERWERPEN	CATHEGORIEËN	SUBCATHEGORIEËN
Verzorger	Pluridisciplinariteit	Samenwerking met de arts
		Samenwerking met andere verpleegkundigen
		Samenwerking met andere hulpverleners
		Samenwerking met patiënt en familie
Patiënt	Patiënt	Luisterbereidheid/empathie
		informatie
		Algemeen benadering/welzijn
Aanpak van de pijn	behandeling	Aanpassing van de behandelingen
		pijnmanagement
		pijnevaluatie
		begrip

Vraag 5c: waarom denkt u dat u bij een patiënt met chronische pijn de situatie niet altijd goed aanpakt?

ONDERWERPEN	CATHEGORIEËN	SUBCATHEGORIEËN
Verzorger	Pluridisciplinariteit	Samenwerking met de arts
		Samenwerking met andere verpleegkundigen
		Samenwerking met andere hulpverleners
		Samenwerking met patiënt en familie
		Beperkte bekwaamheden
	verpleegkundige	Gevoelens van onmacht
		Gebrek aan kennis
Aanpak van de pijn	Niet-optimale aanpak van de pijn	Te weinig fysiek vermogen
		Gebrek aan financiële middelen
		Te weinig psychisch vermogen
		Te weinig pijnevaluatie
Patiënt	patiënt	Psychologie van de patiënt
		Type patiënt

Tenslotte werden de vragen nr. 6 (Hoe belangrijk vindt u de volgende zaken voor uw dagelijkse klinische praktijk ?) en nr. 7 (In welke mate vindt u dat U in staat bent deze beweringen in uw dagelijkse praktijk te integreren?) met elkaar vergeleken.

De bedoeling van deze gekruiste test was het verband bloot te leggen tussen het belang dat door de thuisverpleegkundigen werd geschonken aan de zaken die ze verrichten in de dagelijkse praktijk en de mate waarin ze deze acten onder de knie hebben. Voor elk van de in de gesloten vragen vernoemde handelingen

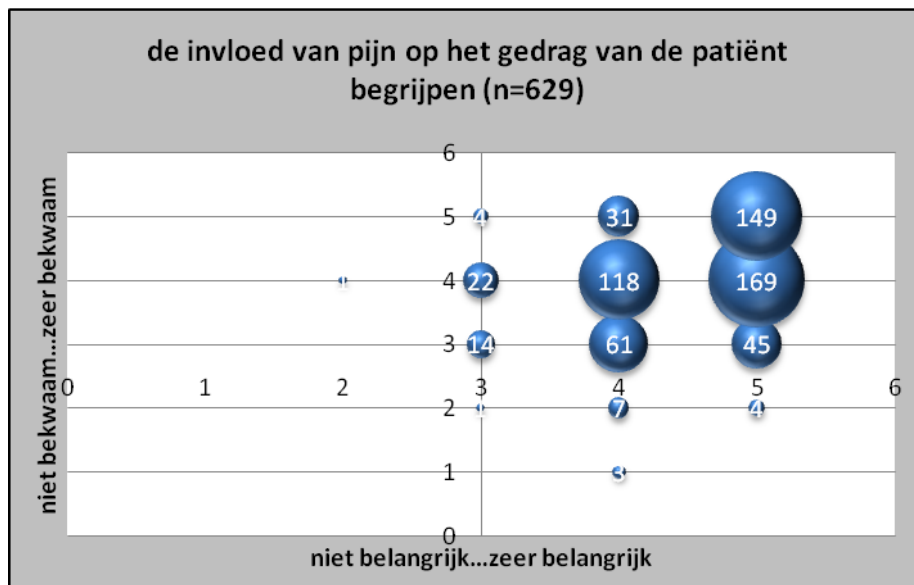
werd een zgn. “bubbelgrafiek” opgesteld (zie ook volgende pagina). Door gebruik te maken van 2 loodrechte assen wordt het verband getoond tussen het belang dat men aan die handeling schenkt en het ingeschatte kennisniveau desbetreffend.

In de vragen nr. 6 en nr. 7 werden precies dezelfde 15 thema’s in dezelfde volgorde voorgelegd. Dit werd zo gedaan om het parallelisme aan te geven tussen het belang dat werd toegekend aan een item en de bekwaamheid om ze uit te voeren of er een antwoord op te kunnen bieden.

In elke bubbelgrafiek is de meest interessante zone deze waarin de verpleegkundigen veel belang hechten aan de handeling maar zich maar gematigd of weinig bekwaam voelen om ze uit te voeren of onder de knie te hebben. In numerieke termen uitgedrukt gaat het over niveau 3, 4, 5 (niveau 6 wordt nooit aangeduid) wat betreft het belang toegekend aan het item (X-as) en het niveau 1, 2 en 3 (niveau 0 wordt nooit aangeduid) wat betreft het onder de knie hebben van hetzelfde item (Y-as). Ter verduidelijking hierbij een schematisch voorbeeld. Het meest interessante gedeelte bevindt zich rechtsonder (gele kleur).

Niet bekwaam > zeer bekwaam	Voelt zich zeer bekwaam om de handeling uit te voeren maar vindt ze niet belangrijk voor de praktijk			6	Voelt zich zeer bekwaam om de handeling uit te voeren en vindt ze zeer belangrijk voor de praktijk		
				5			
				4			
	0	1	2	3	4	5	6
	Voelt zich weinig of niet bekwaam om de handeling uit te voeren en vindt ze niet belangrijk voor de praktijk			2	Voelt zich weinig of niet bekwaam om de handeling uit te voeren maar vindt ze belangrijk voor de praktijk		
				1			
				0			
Niet belangrijk > zeer belangrijk							

Voorbeeld:



Belangrijk : in de linkerkant van de grafiek komen weinig antwoorden op de 15 elementen uit de vragen nr. 7 en nr. 8. Deze zone werd niet verder becommentarieerd omdat ze verwaarloosbaar is (maximum 3% van de steekproef) en teneinde het werk niet te verzwaren. Met andere woorden: 97% van de ondervraagde thuisverpleegkundigen beschouwen alle elementen als belangrijk voor hun praktijk.

1.5.2. Resultaten

Zie bijlage 7.

1.6. Discussie

In dit deel worden de meest in het oog springende elementen samengebracht. De analyse van alle resultaten is terug te vinden in bijlage 7.

De kwantitatieve analyse bracht aan het licht dat er bijna twee maal zoveel zelfstandig verpleegkundigen deelnamen dan loontrekkenden. Wat betreft de verdeling over de beide landsgedeelten valt het op dat de Nederlandstalige respondenten (84%) duidelijk in de meerderheid waren (meer dan 5 maal zoveel) in vergelijking met de Franstalige (14%).

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen (60,1%) verzorgt 1 tot 5 pijnpatiënten per week.

De kwalitatieve analyse bracht verschillende interessante elementen aan het licht. De door thuisverpleegkundigen meest uitgevoerde prestaties bij patiënten met chronische pijn zijn hygiënische zorgen (41,5%), een behandeling (33,1%) – zijnde controle en toezicht – en wondzorg (22,4%). De andere prestaties die horen onder de categorieën “pijnevaluatie, comfort/welzijn, nemen van parameters en een beroep doen op andere hulpverleners” worden zeer weinig aangehaald (<3%).

De problemen waarmee men het meest geconfronteerd wordt bij de verzorging van patiënten met chronische pijn hebben in 60,7% van de gevallen te maken met de patiënt zelf. Het gaat meer bepaald over psychische

problemen (19%), wijziging van de algemene toestand of fysieke achteruitgang (15,2%), hoe de patiënt aankijkt tegen zijn eigen situatie of hoe hij de pijn aanvoelt (8,4%), allen complicaties voorkomend als een direct gevolg van de chronische pijn bij de verzorgde patiënten.

Op het vlak van de hulp (middelen) die de thuisverpleegkundigen ter beschikking hebben kwamen er enkele relatief interessante zaken naar voren in dit onderzoek. De door de thuisverpleegkundigen meest gehanteerde zijn de medicamenteuze behandeling (37,7%), het aanwenden van bepaalde materialen (enkel aangebracht door de nederlandstaligen – 15%), pijnevaluatie (10,9%) en overleg (10,3%). Alternatieve technieken, meer bepaald massages, het gebruik van esoterische oliën, wellness-technieken, het aannemen van een pijnontlastende houding, kussens, alternatieve geneeswijzen, het gebruik van cold/hot packs, enz. worden aangewend door/bij 8,5% van de onderzoeksgroep.

Wanneer ze instaan voor de verzorging van een patiënt met chronische pijn nemen thuisverpleegkundigen voornamelijk 3 houdingen aan, meer bepaald samenwerken met de huisarts/behandelende arts (31%), luisterbereidheid/empathie voor de patiënt (15,6%) en een algemene benadering van de patiënt (10,4%).

Nochtans vindt een aantal verpleegkundigen (37,3% van de ondervraagden) dat ze het niet steeds op de goede manier aanpakt. De voornaamste redenen die men aanhaalt zijn een “slechte” samenwerking met de huisarts (21,6%), het gevoel van onmacht ten aanzien van de patiënt (16,9%) en een gebrek aan kennis (11%). Andere - minder aangehaalde - argumenten zijn ondermeer de psyche van de patiënt, fysiek onvermogen, een niet-doeltreffende behandeling en de moeilijke samenwerking met de patiënt en zijn familie.

In de vergelijkende analyse worden sommige domeinen door de ondervraagde verpleegkundigen ervaren als belangrijk voor de praktijk en/of hebben ze een goed bekwaamheidsniveau. Het gaat hier meer bepaald over het kunnen begrijpen van de impact van de pijn op het gedrag en de levenskwaliteit van de patiënt, en tevens over de samenwerking met de huisarts bij de verzorging van dit type patiënt.

Voor heel wat meer elementen verklaren de ondervraagde verpleegkundigen nochtans dat ze belangrijk zijn voor de praktijk, maar dat ze vinden dat ze deze niet goed genoeg onder de knie hebben. Deze elementen zijn:

1. de fysiologie van pijn begrijpen
2. verschillende soorten pijn herkennen
3. in staat zijn de geschikte evaluatieschalen te gebruiken
4. begrijpen hoe pijnevaluatie verloopt
5. de verschillende instrumenten kennen voor het meten van pijnintensiteit
6. de verschillende instrumenten kennen voor het meten van pijnverzachting
7. de verschillende pijnbehandelingen kennen
8. nevenwerkingen van pijnbehandelingen kunnen herkennen
9. in staat zijn bijkomende voorstellen te doen ter aanvulling van de medicamenteuze behandeling
10. de patiënt naar de juiste zorgvoorziening kunnen toeleiden

De richtlijn chronische pijn heeft bijgevolg als doelstelling het aanbrenge van antwoorden op deze verschillende elementen waarvan de thuisverpleegkundigen zeggen dat zij ze niet genoeg beheersen. Het uitwerken van een hulpmiddel voor de verspreiding van deze richtlijn als praktijkgids zal zich eveneens toespitsen op deze competenties. Het is inderdaad zo dat deze elementen nogmaals terugkomen in de kleinere enquête per mail m.b.t. de wenselijkheden op inhoudelijk vlak uitgedrukt door de mensen uit het werkveld.

Vanuit bepaalde gegevens uit de kwalitatieve en vergelijkende analyse kunnen nog andere vaststellingen worden gedaan. De thuisverpleegkundigen erkennen dat hun bekwaamheidsniveau weinig bevredigend is op het vlak van de verschillende pijnbehandelingen en het herkennen van de nevenwerkingen ervan. Ze houden zich nochtans veel bezig met de toediening van en de controle op een behandeling, namelijk ten belope van

31,1% bij patiënten met chronische pijn, net na de hygiënische zorgen. Dit punt is dus zeker prioritair uit te werken in de richtlijn.

De meeste ondervraagden voelen zich in staat om samen te werken met de huisarts (66,1%) bij de verzorging van patiënten met chronische pijn. Toch vermelden de verpleegkundigen ook de "slechte" samenwerking met de huisarts als zijnde hetgeen ze meestal het minst goed aanpakken (21,6% van de respondenten). In die zin is het belang van het ter beschikking stellen van een richtlijn over chronische pijn gericht aan thuisverpleegkundigen en huisartsen niet te onderschatten in het licht van de afstemming van de activiteiten van beide groepen hulpverleners bij de hulp aan mensen met chronische pijn..

2. Fase 2 : Literatuuronderzoek en redactie van de AGP

Deze richtlijn heeft als doel aanbevelingen ter beschikking te stellen van verpleegkundigen en huisartsen bij de behandeling van volwassen patiënten met chronische pijn.

De richtlijn houdt rekening met doeltreffendheid, economische en praktische aspecten van modaliteiten ter evaluatie van pijn en de globale benadering van dit type patiënt, hierbij steunend op het bio-psycho-sociaal model.

Deze AGP is gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke kennis wat betreft de aanpak en de evaluatie van chronische pijn op datum van 30 juni 2009.

De gebruikte manier van werken voor het opstellen van deze AGP is enerzijds het systematisch nazicht van de wetenschappelijke literatuur en daarnaast de zogenaamde « snowball » methode.

De wetenschappelijke -, de professionele³ – en de grijze literatuur wordt nagekeken. Er werd een onderscheid gemaakt tussen bestaande richtlijnen en wetenschappelijke studies in de strikte zin.

We beperken ons tot de Engelstalige, Franstalige en Nederlandstalige literatuur.

2.1. Literatuuronderzoek

2.1.1. Internationale richtlijnen

Na doorgedreven en volledig nazicht werden internationale AGP op het vlak van chronische pijn geanalyseerd en geëvalueerd door middel van het AGREE-instrument, The AGREE Collaboration (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) (www.agreecollaboration.org).

De volgende bronnen werden geraadpleegd :

³ De wetenschappelijke literatuur onderscheidt zich van de professionele literatuur door peer review voor publicatie.

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) ou Haute Autorité de Santé (HAS) (<http://www.anaes.fr>)
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (<http://www.cbo.nl/>)
- Royal College of Nursing / NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (<http://www.nice.org.uk/>)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (<http://www.sign.ac.uk>)
- National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/>)
- Canadian Medical Association (CMA) (<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs>)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (<http://www.ahrq.gov/>)
- Guidelines International Network (<http://www.g-i-n.net/>)
- New Zealand Guidelines Group (<http://www.nzgg.org.nz>)

De analyse werd gezamenlijk uitgevoerd door 2 onderzoeksmedewerkers.

CIPIQ-S vond 29 AGP waarvan 23 in het Engels, 5 in het Frans en 1 in het Nederlands – 4 weken sterk af van het onderzoekstopic. CIPIQ-S weerhield vanaf dan 25 internationale AGP.

Een eerste analyse werd verricht met focus op het onderzoeksonderwerp. Documenten en hulpmiddelen voor verspreiding, die geen betrekking hadden op een gestructureerde AGP, werden geëxcludeerd.

Vervolgens werden 22 AGP geanalyseerd met behulp van het AGREE-instrument.

De AGP moesten beantwoorden aan volgende criteria :

- recent gepubliceerd of herzien/geüpdatet zijn, uiterlijk in 1998,
- opgesteld zijn op basis van een volledig literatuuronderzoek,
- de methodologie van het literatuuronderzoek moet duidelijk beschreven zijn,
- de valideringsprocedure met duidelijk uitgelegd zijn,
- handelen over verpleegkundige zorgen en een multidisciplinair team moet meegewerkt hebben aan de redactie
- het onderzoeksonderwerp moet overeenkomen met onze onderzoeksvragen
- de haalbaarheidscriteria moeten zijn behandeld,
- een herzieningsprocedure is voorzien,
- patiënten zijn betrokken geweest tijdens het ontwikkelingsproces.

De volgende AGP werden weerhouden (althoewel de meeste AGP niet direct betrekking hebben op de thuisverpleging). Deze AGP zijn bruikbaar bij het uitwerken van bepaalde hoofdstukken.

Het gaat over de volgende richtlijnen:

1. British Pain Society, *The assessment of pain in older people*; october 2007.
2. Haute Autorité de Santé, *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire* ; Février 1999.
3. Haute Autorité de Santé, *Thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale* ; Octobre 2000.
4. McLennon SM. *Persistent pain management*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug. 58 p. [174 references].
5. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, *Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 Richtlijn*; 2006.
6. National Health Service (NHS). *Management of Chronic Pain in Adult – Best Practice Statement*. NHS Quality Improvement Scotland Feb. 2006.

Deze richtlijnen werden geanalyseerd met behulp van GRADE (systeem ontwikkeld door Domus Medica en SMMG, gevalideerd door CEBAM) voor wat betreft de hoofdstukken over pijnevaluatie (-instrumenten) en de fysiologie van pijn. Op deze manier krijgt men een synoptische kijk op de hoofdstukken in de verschillende richtlijnen.

2.1.2. Wetenschappelijke literatuur

Een systematisch onderzoek van de wetenschappelijke literatuur werd doorgevoerd tot 20 februari 2009.

De volgende gegevensbanken werden geraadpleegd :

- Medline
- COCHRANE: Cochrane DSR, DARE en CCTR
- Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL)
- British Nursing Index (BNI)

In deze onderzoeksfase werden de zoekfilters beperkt tot clinical evidence, systematische reviews en meta-analyses, en literatuur in het Engels, Nederlands en Frans.

De evidentietabellen bevinden zich in alfabetische volgorde in bijlage 5.

Gebruikte MeSH termen :

OR
Pain
Chronic pain

AND

OR
epidemiology
prevalence
incidence
general population
primary care

AND

OR
Randomized
controlled trial
Controlled clinical trial
Random allocation or
Intervention studies
Pretest or posttest
Longitudinal studies
Prospective studies
Meta-analysis or
Metanalysis

AND

OR
Cost
Cost effectiveness
Cost utility
Cost quality
Economic burden

AND

AND

OR
Assessment tool\$
Pain scale
Pain tool\$
Scale\$
Measurement
Behavioral measure\$
Holistic assessment
Functional
assessment
Spiritual assessment
Management

AND

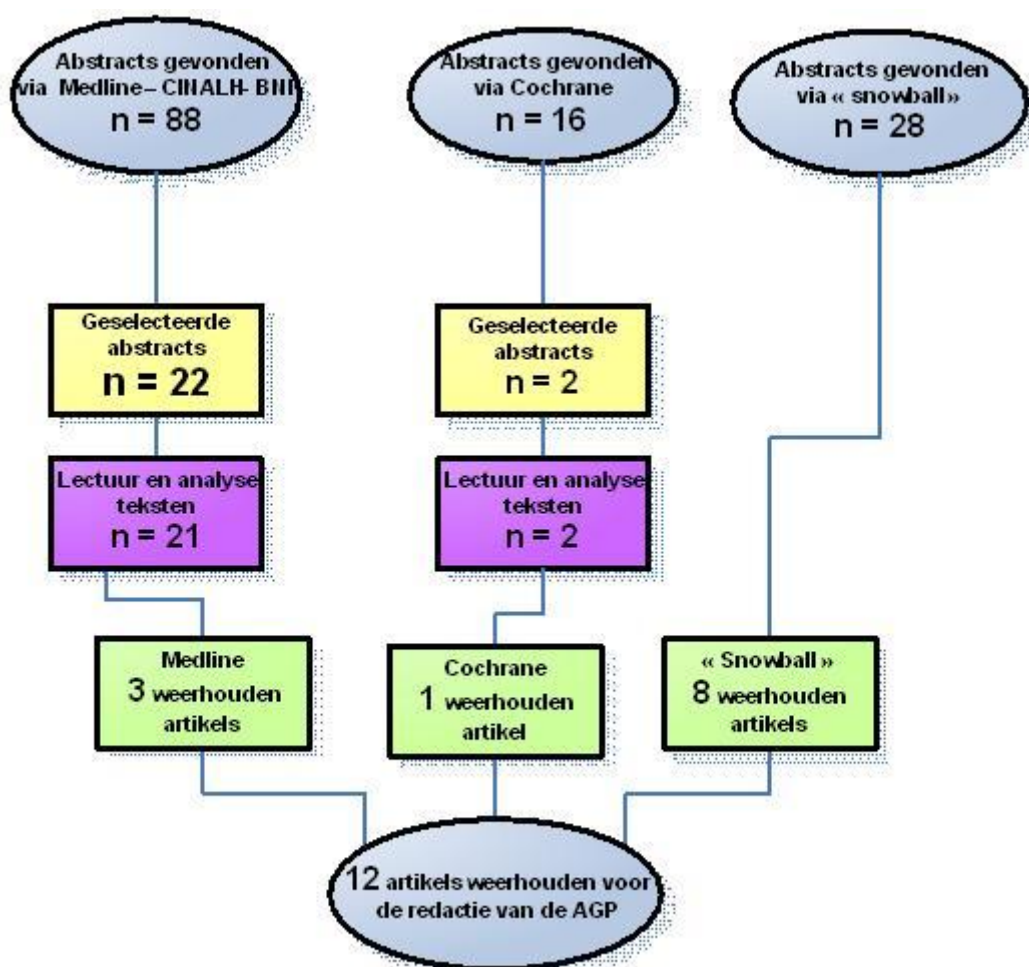
AND

OR
Biopsychosocial
model
Psychological
management
Depression
Coping
Psychological
distress
Social well-being
Co-morbidity
Quality of life

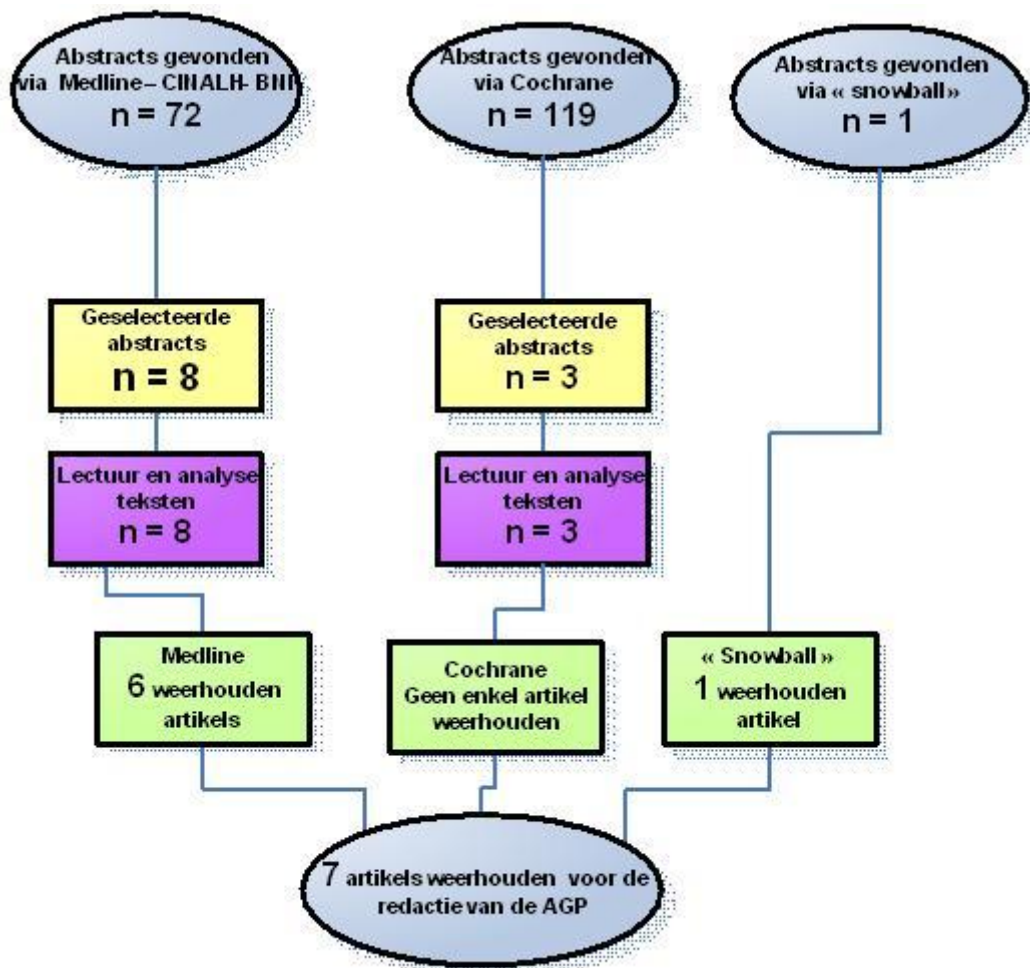
AND

Hieronder is het aantal abstracts en geconsulteerde weerhouden artikels weergegeven onder de vorm van flow-charts. De artikels zijn afkomstig uit de diverse databanken of zijn gevonden via de “snowball”-methode. Deze wetenschappelijke literatuur is gericht op 3 grote onderwerpen : epidemiologische gegevens over chronische pijn, kostenanalyse bij chronische pijn en pijnevaluatie bij chronische pijn. Voor het gedeelte “behandeling van chronische pijn” werd de richtlijn opgesteld door SMMG gebruikt, dit na validering door de expertengroep en na te zijn vervolledigd aan de hand van een instrument ter beschikking gesteld door het Erasmusziekenhuis (Brussel).

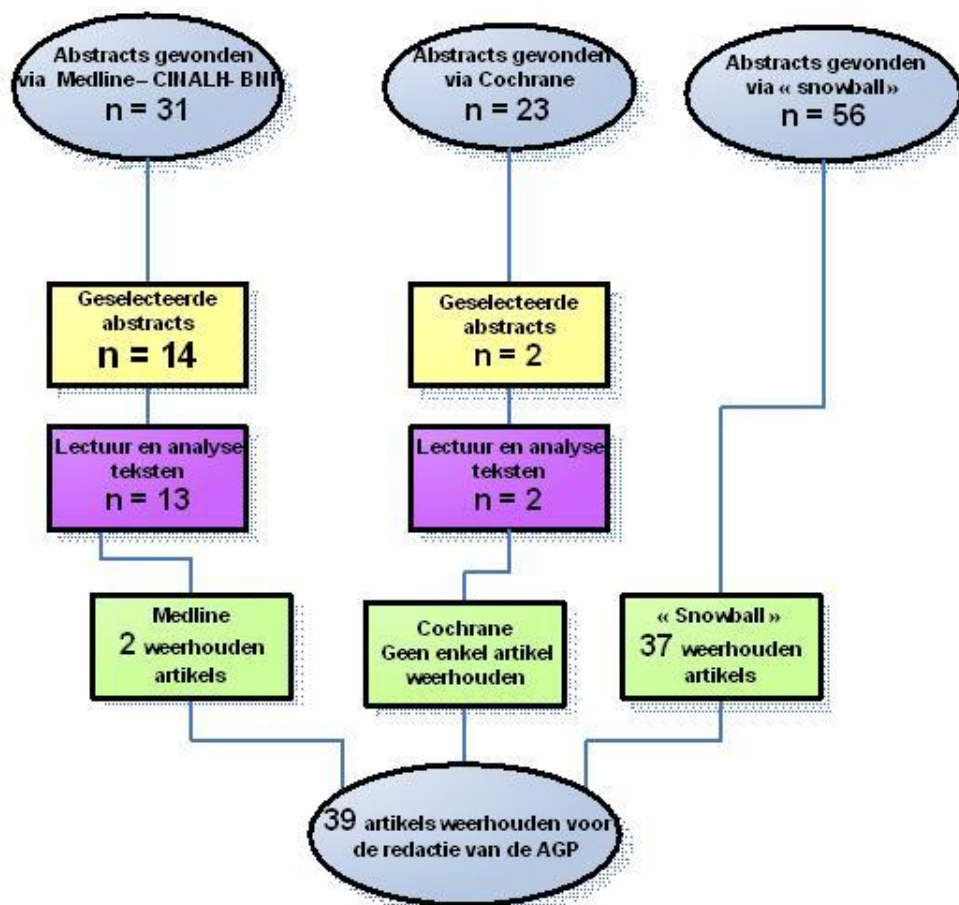
Epidemiologische gegevens met betrekking tot chronische pijn



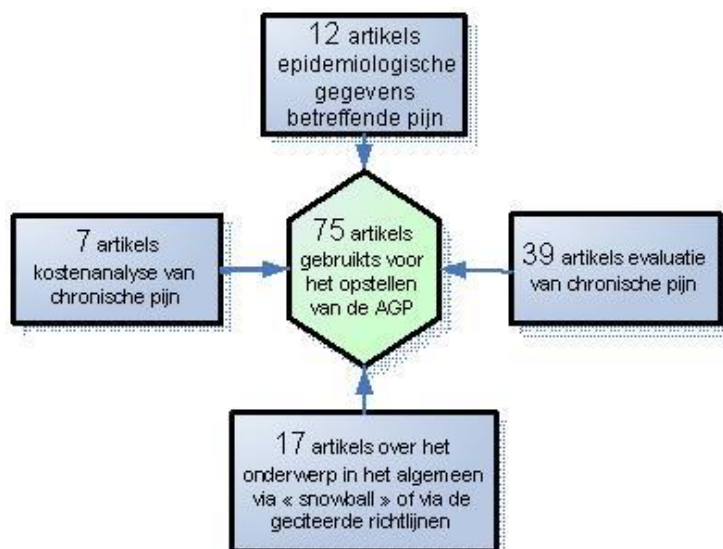
Kostenanalyse bij chronische pijn



Evaluatie van chronische pijn



Het literatuuronderzoek kan als volgt worden samengevat:



2.2. Classificatie van AGP

Er werd gebruik gemaakt van het classificatiesysteem GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*)(76) met de bedoeling het niveau van bewijs en de graad van aanbeveling toe te kennen aan de kernaanbevelingen, aangebracht vanuit de wetenschappelijke literatuur. De onderzoekers hebben deelgenomen aan vergaderingen georganiseerd door Domus Medica teneinde een beter inzicht te krijgen in de methodologie en het gebruik van het classificatiesysteem GRADE.

In dit type classificatiesysteem wordt een onderscheid gemaakt tussen het bewijsniveau en de sterkte van de aanbeveling. In functie van verschillende elementen zoals het type onderzoek of design (meta-analyse, RCT, klinisch essai, cohortestudie, observationeel onderzoek), methodologische kwaliteit, samenhang en directheid van bewijs wordt een bewijsniveau (level of evidence) toegekend aan het wetenschappelijk onderzoek.

Er worden drie **bewijsniveaus** onderscheiden (A, B, C). Op deze manier kunnen de aanbevelingen ingedeeld worden op het vlak van validiteit en nauwkeurigheid, op basis van de kwaliteit van het bewijs, waarbij niveau A het hoogste bewijsniveau weergeeft. De **sterkte of graad van aanbeveling** (1=sterk aanbevolen en 2=zwak aanbevolen) stelt de mate voor waarin er meer voordelen of nadelen (risico's) zijn om de aanbeveling op te volgen. Het classificatiesysteem GRADE steunt dus op een samenhang tussen de bewijsniveaus ende graad van aanbeveling om een combinatie cijfer-letter te geven.

In de volgende twee tabellen (76) worden de toekenningscriteria weergegeven voor de bewijsniveaus en de graden van aanbeveling.

Toekenningscriteria voor de bewijsniveaus (76)

Onderzoekstype :

- RCT's zonder beperkingen of sterke overtuigende observationele studies = HOOG (A) ;
- RCT's met beperkingen of sterke observationele studies = MATIG (B) ;
- Observationele studies of casestudies en RCT met majeure beperkingen = ZWAK (C).

Factoren die de methodologische kwaliteit naar onder toe beïnvloeden :

- kwalitatieve beperkingen van het onderzoek,
- insamenhangende resultaten,
- indirecte bewijsvoering (indirecte populatie, interventie en criteria),
- onnauwkeurige of onvolledige gegevens (grote betrouwbaarheidsintervallen),
- risico op publicatiebias.

Factoren die de methodologische kwaliteit naar boven toe beïnvloeden :

- grootte van het effect of sterk aangetoond verband (direct bewijs, $RR > 2$ of $RR < 0,5$) zonder risico op confounders, of zeer sterk aangetoond verband (direct bewijs, $RR > 5$ of $RR < 0,2$, niet bedreigde validiteit) ;
- elke mogelijke confounder zou een verminderd effect hebben geïnduceerd ;
- bewijs van een verband (*gradient*) dosis – effect.

Graden van aanbeveling (76)

Graden van aanbeveling		Voordelen versus nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1 A	Sterke aanbeveling, hoge graad van evidentie.	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1 B	Sterke aanbeveling, matige graad van evidentie.	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1 C	Sterke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie.	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	Observationele studies of casestudies.	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere evidentie beschikbaar wordt.
2 A	Zwakke aanbeveling, hoge graad van evidentie.	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2 B	Zwakke aanbeveling, matige graad van evidentie.	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2 C	Zwakke aanbeveling, lage of zeer lagegraad van evidentie.	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk.	Observationele studies of casestudies of RCT's met majeure beperkingen.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn.

Een vierde bewijsniveau (die niet is opgenomen in de classificatie GRADE) wordt **“opinie van experts”** (expert opinion) genoemd en wordt in deze richtlijn gebruikt. Het gaat hierbij om aanbevelingen van deskundigen naar aanleiding van consensusvergaderingen, die zeer nuttig kunnen blijken voor de praktijk in het werkveld. Het bewijsniveau hiervan is zwak en situeert zich na niveau C.

Met de GRADE classificatie kan men de sterkte van de wetenschappelijke bronnen bepalen die worden gebruikt voor de opmaak van deze richtlijn. Bewijsniveaus evolueren waarschijnlijk naarmate het onderzoek voortschrijdt.

Professionelen worden geacht op regelmatige basis hun werkwijzen te toetsen aan richtlijnen die bij hun ontwikkeling een weergave zijn van de beste beschikbare wetenschappelijke informatie.

2.3. Expertise van de AGP

2.3.1. Begeleidingscomité van CIPIQ-S

Het begeleidingscomité van CIPIQ-S bestaat uit kwaliteitsexperten en projectbeheerders omringd met pijnspecialisten. Het comité begeleidt de onderzoeksmedewerkers in hun opdracht en valideert hun werk alvorens het wordt verspreid naar andere groepen

2.3.2. Expertengroep

CIPIQ-S stelde zijn expertengroep samen met actieve leden van de Belgian Pain Society (BPS) (verpleegkundigen en artsen).

Deze groep bestaat uit 1 arts (anesthesist/pijnspecialist) en 4 klinisch verpleegkundigen – gespecialiseerd in pijnbestrijding.

In eerste instantie valideerde de expertengroep het topic, de methodologie van het literatuuronderzoek en de onderzoeksvragen voorgesteld in de AGP.

In tweede instantie werd een expertvisie gegeven over de AGP in haar geheel d.m.v. de Delphi-methode en een consensusvergadering.

De groep ontving ontwerpversies tijdens de verschillende fases van het redactieproces (drie maal – zie kalender in bijlage 2) waarbij hen de gelegenheid werd gegeven bemerkingen door te sturen door via een discussieforum op de CIPIQ-S-website voorbehouden aan de onderzoekers en de experts. Zij gaven er de voorkeur aan hun bemerkingen per mail bezorgen.

In augustus 2009 valideerde de expertengroep de volledige afgewerkte versie van de AGP tijdens een consensusvergadering.

Tijdens deze vergadering werden verschillende opmerkingen gegeven op de inhoud van de richtlijn. Hieronder een synthese van deze opmerkingen, die werden verwerkt in de richtlijn:

- mogelijke nevenwerkingen van de behandeling moeten worden nagegaan
- de experts noteerden dat tijdens de fase van de readaptatie van de patiënt de professionals de evaluatie van de pijnintensiteit meer moesten spreiden teneinde de patiënt gaandeweg van zijn pijn te dissociëren
- in de context van een holistische aanpak zijn de verzorgers educatoren die de patiënt helpen anders aan te kijken tegen zijn pijnprobleem
- het actief luisteren is onontbeerlijk bij de begeleiding van een patiënt met chronische pijn. De behandelaars helpen de patiënt zijn pijn beter te beheersen
- de moeilijkheid om multidimensionele schalen te gebruiken in de thuisverpleging (een uitgebreid document om in te vullen, vraagt tijd, geen terugbetaling,...)
- Bij neuropathische pijn dient de patiënt snel naar een specialist te worden verwezen
- Voorstel om ook inflammatoire pijn op te nemen in de richtlijn, cfr. Woolf (69). Dit werd bediscussieerd maar er werd gekozen om de indeling gegeven in de richtlijn van SSMG te behouden.
- Voorstel vanwege een expert om de methode PQRST aan te bieden (75) waarmee men op regelmatige basis de pijn kan evalueren of voor het uitvoeren van een anamnese.
- Diverse opmerkingen handelden over medicamenteuze behandelingen en het gebruik ervan (aanpassingen doorgevoerd in de richtlijn)

2.3.3. Resonantiegroep

Deze bestaat uit referentiepersonen EBN 2007 – 2008 – 2009 en huisartsen van Domus Medica en SSMG. De referentiepersonen werden aangezocht via ons netwerk en via de directies van organisaties van loontrekkenden.

In eerste instantie (februari 2009) valideerde deze resonantiegroep de uitgewerkte thema's en de contouren van deze AGP voor de thuisverpleging.

Daarna (september 2009) analyseerde ze de AGP op het vlak van bruikbaarheid en haalbaarheid op het werkveld.

Om een consensus te kunnen bereiken over de diverse punten in de richtlijn werden de diverse adviezen bijeengebracht d.m.v. de eenvoudige Delphi-methode (via een forum voorbehouden aan de referentiepersonen op de website van CIPIQ-S en/of via mails), langsheen de ledenzone van de website van CIPIQ-S. De eindanalyse van de AGP gebeurde d.m.v. het AGREE-instrument (details: bijlage 8).

De resonantiegroep kwam vervolgens tot het besluit dat de gebruikte methodologie voor het opstellen van de AGP « De rol van de verpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn thuis bij volwassen patiënten » solide is. De richtlijn is goed gedocumenteerd en gebaseerd op afdoende bewijskracht.

Kijkend naar de toepassing op het werkveld ontbreekt er nochtans een beschrijving van wat de verpleegkundige precies zou moeten doen in het kader van de pijnevaluatie. De werkelijke opdracht van de thuisverpleegkundige bij de verzorging van een patiënt met chronische pijn in samenwerking met de huisarts is niet altijd zo duidelijk en de cruciale informatie is niet zo goed zichtbaar.

Aan de hand van deze opmerkingen heeft CIPIQ-S de AGP herwerkt met meer klaarheid en doorzichtigheid van de cruciale informatie als oogpunt.

2.3.4. CEBAM

De opdracht van CEBAM is het valideren van de inhoud en de uitwerkmethode van de AGP.

Deze validering gebeurt in 2 stappen :

Validering van de zoekstrategie van de literatuur tijdens de eerste trimester van 2009

Validering van de ontwerpversie van de richtlijn tijdens de eerste trimester van 2010

De nieuwe richtlijn is eigendom van de FOD Volksgezondheid. Het begeleidingscomité van de FOD volgt het project ter implementatie van de Evidence-Based Nursing in de thuisverpleging in zijn totaliteit op.

Deze aanbeveling wordt vergezeld door verspreidingsmiddelen (type folder, poster) en wordt verspreid via onze website middels een volgende subsidie.

3. Fase 3 : Verspreiding van de AGP

Een revisie van de AGP « De rol van de verpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn thuis bij volwassen patiënten » is voorzien in de loop van 2013. Ze zal gebeuren aan de hand van GRADE en volgens de methode gebruikt door de wetenschappelijke huisartsenverenigingen, gevalideerd door de FOD Volksgezondheid.

De ontwikkeling van hulpmiddelen voor de verspreiding van de AGP werd gerealiseerd in samenwerking met de referentiepersonen uit het werkveld teneinde zo goed mogelijk tegemoet te komen aan hun verwachtingen en een optimale toepasbaarheid van deze richtlijn toe te laten. Hiervoor werd een elektronische vragenlijst verstuurd via het netwerk (35 franstaligen en 44 nederlandstaligen) betreffende hun wensen op het vlak van soort hulpmiddel en de inhoud ervan. De respons hierop bedroeg 18,9% (6 franstaligen en 9 nederlandstaligen). Deze enquête bracht het volgende aan het licht:

- vraag naar een hulpmiddel type boekje of folder, handig zakformaat, bestendig en gemakkelijk mee te nemen
- vraag om in de centra een poster te kunnen ophangen die zou verwijzen naar de wijze van aanpak van de pijn en verwijzend naar de praktijkgids
- wat betreft de inhoud, in volgorde van belang: werkwijze voor de aanpak van pijn, pijnbehandeling, evaluatieschalen, theoretische aspecten
- vraag om aanbevolen instrumenten downloadbaar ter beschikking te stellen

Rekening houdend met de resultaten van de enquête werd een ontwerpversie gemaakt en bij wijze van test verspreid (vragenlijst ter beoordeling werd bijgevoegd) bij medische pijnspecialisten, de resonantiegroep en verpleegkundigen uit het werkveld. Discussiegroepen of focusgroepen werden voorzien aan Franstalige en nederlandstalige kant zodat deze personen konden reageren en debatteren over deze verspreidingsmiddelen. Jammer genoeg konden deze niet doorgaan wegens een gebrek aan deelnemers. Een focusgroep met experts

ging echter wel door in juni. De hulpmiddelen (praktijkgids en poster) zullen vervolgens worden herwerkt in functie van de opmerkingen na de testperiode en van de focusgroepen van experts.

In de praktijkgids vindt men de verschillende aanbevolen unidimensionele evaluatieschalen. De multidimensionele schalen (M.P.Q. et B.P.I) werden er niet in opgenomen omdat het relatief lange invulformulieren zijn die in deze vorm niet geschikt zijn om aan het bed van de patiënt te gebruiken. Ze zijn evenwel terug te vinden in bijlage 3. Het onderzoekwerk m.b.t. deze schalen en de auteurs ervan werd verricht in samenwerking met de medewerkers van het project BeST (Belgian Screening Tools), gerealiseerd door de Universiteit van Gent op initiatief van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (www.best.ugent.be).

Tenslotte zal een evaluatie van de kennis van de AGP door verpleegkundigen en huisartsen worden doorgevoerd evenals een evaluatie van de impact van de AGP op de praktijk in het werkveld, dit alles op basis van de verklaringen van mensen uit de praktijk over hun werkwijze. De methodologie voor deze evaluaties moet nog worden vastgelegd. zij zullen in de loop van 2011 plaatsvinden.

B. DE RICHTLIJN CHRONISCHE PIJN IN DE THUISVERPLEGING

I. INLEIDING

Patiënt: (Lat. *patiens*, lijdend): hij die lijdt

Pijn is een probleem waarmee de samenleving / de bevolking geconfronteerd wordt, ongeacht maatschappelijke en/of culturele achtergrond. Een goede pijnbehandeling wordt vandaag beschouwd als één van de fundamentele rechten van de mens⁴. Het recht op een goede pijnbehandeling vertaalt zich in België o.m. in de Wet op de Patiëntenrechten door het “recht op kwaliteitsvolle dienstverlening”⁵.

Ondanks alle beschikbare kennis blijkt de aanpak van pijn door professionele gezondheidswerkers voor verbetering vatbaar. Of beschouwen we pijn nog steeds als onvermijdelijk en deel uitmakend van de *condition humaine*?

Acute pijn kan evolueren naar chronische pijn met soms dramatische gevolgen zoals angst, depressie, eet- en slaapstoornissen, functieverlies, verminderde sociale contacten enzovoort.

Daarnaast blijken er ook belangrijke sociaal-economische gevolgen te zijn: chronische pijn wordt vaak in verband gebracht met werkonbekwaamheid, verhoogde gezondheidsconsumptie en het ontvangen van uitkeringen. Chronische pijn kan de levenskwaliteit ernstig aantasten.

Toch wordt algemeen aangenomen dat een adequate en vroegtijdige behandeling een gunstige invloed kan hebben op de levenskwaliteit, het functiebehoud en de sociale interacties (2). Vanuit de wetenschappelijke en professionele literatuur staat het vast dat de benadering van pijn moet worden doorgevoerd vanuit een holistische en multidisciplinaire visie om volledig doeltreffend te zijn (1,5).

Niet alle pijnbehandelingen zijn altijd even doeltreffend (7). Meer en meer richt het onderzoek zich op resultaten op het vlak van functionaliteit of het herwinnen van fysieke mogelijkheden eerder dan op verminderde pijnintensiteit.

Diverse onderzoeken hebben aan het licht gebracht dat de behandeling van chronische pijn de gemeenschap enorm veel geld kost. In rapporten van de Amerikaanse Overheid wordt de all-in cost voor de behandeling van chronische pijn geraamd op 100 à 150 miljard dollar (7). Turk haalt een Brits rapport aan (2000, Maniadakis et al.) waarin hij dat de klassieke behandelingskosten in het Verenigd Koninkrijk voor rugpijn alleen jaarlijks op 11 à 20,6 miljard dollar inschat (4). Ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, productieverlies, minder belastinginkomsten, enz. dragen in hoge mate bij aan de kosten van chronische pijn voor de maatschappij.

⁴ Dit thema stond in 2004 centraal op de “Global Day Against Pain” van de European Federation of International Association for the Study of Pain (IASP) Chapters (EFIC), ondersteund door de WGO

⁵ K.B. 22/08/2002, B.S. 26/09/2002, Art.5.

Chronische pijn kan bv. voor werkgevers ernstige bijkomende kosten met zich meebrengen vooral wegens ziekte-afwezigheden, tijdelijke werkonbekwaamheid en rendementsverlies (9).

Recente onderzoeken hebben aangetoond dat het effect van medicamenteuze behandelingen ondanks de hoge kost minder groot is dan men ervan zou mogen verwachten en men suggereert om gecombineerde behandelingen te overwegen (4). Zo zouden programma's waarbij de patiënt globaal wordt benaderd samen met een vroegtijdige diagnose niet alleen doeltreffender zijn, maar ook minder kosten (5,6,8). De auteurs wijzen tegelijk op een vermindering van de jaarlijkse medische kosten met 68% na het volgen van een dergelijk programma (6).

CIPIQ-S voerde in 2008 een enquête door onder thuisverpleegkundigen (n = 433) waarbij werd gevraagd 7 mogelijke onderwerpen voor een richtlijn voor de thuisverpleging te rangschikken. Het onderwerp "pijnbehandeling" genoot duidelijk de voorkeur van de thuisverpleegkundigen. Dit toont wellicht dat thuisverpleegkundigen door hun dagelijks contact en nabijheid tot de patiënt zeer gevoelig zijn voor de pijnproblematiek. Verpleegkundigen zijn niet gemachtigd om zelf een behandeling voor te schrijven, maar ze kunnen wel een belangrijke bijdrage leveren bij de medische diagnose, het herkennen van patiënten met chronische pijn en het uitvoeren van de behandeling⁶.

In die zin is de verpleegkundige een bevoorrechte partner in de driehoeksverhouding tussen de patiënt, de arts en de zorgverstrekker, en wordt pijn gemakkelijker herkend, besproken en geëvalueerd door de professionelen. De verpleegkundige kan zo de pleitbezorger zijn van de patiënt: door samen de pijn bespreekbaar te maken, goed in te schatten, te streven naar realistische behandelingen en resultaten en alzo een belangrijke "go-between" zijn tussen de huisarts, de gezondheidswerkers en de patiënt (3).

II. ONDERZOEKSVRAGEN

- Wat is de prevalentie van chronische pijn in België/in Europa ?
- Welke zijn de fysiologische processen van pijn ?
- Hoe kunnen verschillende types pijn herkend worden ?
- Waardoor wordt chronische pijn veroorzaakt?
- Wat is de impact van chronische pijn op de levenskwaliteit ?
- Hoe kan een werkwijze voor evaluatie van chronische pijn worden toegepast ?
- Welke rol speelt de thuisverpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn ?
- Wat zijn de voornaamste behandelingen?

De richtlijn zal worden vergezeld van hulpmiddelen voor de verspreiding ervan (zoals een folder, een poster, enz.) en zal op de website van CIPIQ-S te vinden zijn

⁶ A.R. n°.78, Art. 21 quinquies, §1, a.

III. DEFINITIE

Pijn

De meest gebruikte definitie in de literatuur is deze van de International Association for the Study of Pain (IASP) :

«Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring, geassocieerd met (potentiële) weefselschade of beschreven in termen van dergelijke schade» (10).

In deze definitie vinden we een beschrijving van de verschillende kenmerken van pijn :

Enerzijds is pijn multidimensioneel (zintuiglijk en emotioneel), subjectief en niet noodzakelijk gebonden aan een letsel.

Anderzijds staat de pijnintensiteit niet in verhouding tot de ernst van het letsel.

Chronische pijn

De IASP definieert chronische pijn als pijn die voortduurt na de normale genezingstijd van een ziekte. Maar wat betekent dat, de normale genezingstijd (10) ?

Het merendeel van de definities met betrekking tot chronische pijn refereert hoofdzakelijk naar een tijdselement : pijn die meer dan 3 à 6 maanden aanhoudt.

Nemen we als voorbeeld de definitie van de WGO (Wereld Gezondheids Organisatie) :

« Chronische pijn is voortdurende of terugkerende pijn die aanwezig is sedert meer dan 6 maanden » (11).

Pijn werd lang beschouwd als een symptoom of een verwikkeling van een andere ziekte, eerder dan een medisch probleem op zich, maar **chronische pijn wordt wel degelijk beschouwd als een klinisch syndroom.**

Verschillend van acute pijn⁷, die voornamelijk gebonden is aan een fysiologische dysfunctie, is chronische pijn permanent en multidimensioneel, induceert ze fysieke/biologische verschijnselen (weefselbeschadiging (ontsteking)) en centrale sensibilisatie (dysfunctie van het zenuwstelsel, maar ook van spieren en hersenen), maar evenzeer psychologische (angst, depressie, gevoeligheden, gedachten, geloof, gedrag) en sociale (familiale, culturele en professionele context, problemen van financiële en medicolegale aard).

Zo wordt het een syndroom.

Indien chronische pijn niet juist wordt aangepakt, kan ze een ernstige weerslag hebben op het dagelijks leven van de patiënt (slaapstoornissen, concentratieproblemen, niet meer kunnen voldoen aan sociale en/of

⁷ Acute pijn is ook multidimensioneel met psychosociale componenten, maar evolueert meestal niet tot een probleem.

professionele verplichtingen, werk verliezen,...enz.), met als gevolg depressie, verslechtering van de levenskwaliteit en uiteindelijk een groter wordend onvermogen om met pijn om te gaan (coping)⁸. De gevolgen kunnen individueel verschillen, maar het grootste risico dat een patiënt die zich niet kan aanpassen loopt is dat hij een chronisch pijnsyndroom ontwikkelt (12-14,18).

In de richtlijn van SSMG (2000) (27) wordt het model van Gatchel en Weisberg gebruikt.

Hierin wordt de evolutie van acute pijn naar een chronisch pijnsyndroom uitgelegd. Volgens de auteurs verloopt dit proces in drie stadia.

Een eerste stadium waarbij acute pijn samengaat met emotionele reacties zoals benauwdheid, angst, ongerustheid ten opzichte van de redenen en gevolgen ervan. De mate waarin de ernst van de letsels die de pijn teweegbrengen overeenkomen met deze emotionele reacties is een goede waardemeter voor de evolutie naar het tweede stadium.

Indien pijn voortduurt kan de patiënt evolueren naar een **tweede stadium**.

Hier komen onaangepaste emotionele reacties op de voorgrond zoals gevoelens van onmacht, depressie, opstandigheid, woede, somatisatie. Hoe zich dit manifesteert is volgens de auteurs afhankelijk per individu, zijn capaciteiten om er mee om te gaan en zijn levensmilieu.

In dit stadium gaat de patiënt trachten om te gaan met chronische pijn (begrip **coping**). Hij moet er mee leren leven. Indien hij hier niet in lukt evolueert zijn gedrag in de richting van het derde stadium.

In het **derde stadium** van berusting neemt de patiënt zijn rol van zieke aan (sick role). Hij is ziek en gaat een gedeelte van zijn verantwoordelijkheden en sociale verplichtingen ontvluchten. In dit stadium bouwt de patiënt vaak zijn fysieke activiteiten af zodat zijn gevoelens van onvermogen nog toeneemt. In het derde stadium ontwikkelt de patiënt een **chronisch pijnsyndroom**.

Met dit model begrijpen we beter dat een holistische benadering van chronische pijn essentieel is.

De diagnose van chronische pijn moet vroegtijdig worden gesteld. Het instellen van een pijnbehandeling en het vaststellen van waar de pijn oorspronkelijk vandaan komt zijn vaak niet voldoende (12).

De thuisverpleegkundige moet de arts kunnen helpen bij het herkennen van een patiënt met chronische pijn om zo vroeg mogelijk te kunnen ingrijpen. Vermeldenswaard: nadat de pijnvaluatie is gebeurd en er een geschikte behandeling is gestart, moeten de professionals nagaan of het nodig is de patiënt te verwijzen naar een multidisciplinair centrum (zie hoofdstuk hierover).

Het conceptmodel van de vlaggen:

Om de impact toe te lichten van chronische pijn op de verschillende dimensies van een patiënt ontwikkelden Main CJ et Spanswick CC (2000)(28) een model met **vlaggen**. Het vindt zijn oorsprong in een onderzoek uit

⁸ Coping is het proces waardoor een individu een oplossing tracht te vinden om zich aan te passen aan een problematische situatie

Nieuw-Zeeland⁹ over chronische pijn ten gevolge van dorso-lumbaire aandoeningen en werd nadien veralgemeend voor alle types chronische pijn.

Het model hanteert vlaggen met een verschillende kleur in functie van de impact van de pijn op de organische, psychologische, socio-economische en werkgerelateerde dimensies van de patiënt.

De classificatie van de pijn berust op 4 vlaggen met een rode, gele, blauwe en zwarte kleur. Deze worden verder verklaard in de tabel hieronder.

Rode vlag - klinisch	organische pathologie	biomedische factoren
	gelijktijdige medische problematiek	
Gele vlag - klinisch	iatrogene factoren	psychologische - en gedragsfactoren
	geloof	
	"coping" strategie ("het hoofd bieden aan...")	
	ontreddeering	
	gedrag van ziek-zijn	
	goede wil om te veranderen	
	familiale steun	sociaal-economische factoren
Blauwe vlag (arbeid)	werkstatuut	
Zwarte vlag (arbeid)	gezondheidsvoordeel- en verzekering	
	betwisting	bedrijfsfactoren
	voldoening van het werk	
	werkomstandigheden	
	kenmerken van het werk	
	politiek - sociaal	

De **rode** vlaggen spitsen zich enkel toe op de biomedische dimensie van chronische pijn. Wanneer ze aan het licht komen is een dringende medische interventie vereist.

⁹ Bron : http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0072/acc1038_col.pdf

Dit model legt de nadruk op de gele vlaggen die op chronische pijn wijzen met een impact op de psychosociale dimensie van de patiënt. Deze problemen kunnen op lange termijn het risico op functieverlies en werkverlies verhogen.

Wanneer gele vlaggen duidelijk op de voorgrond komen vereist dit een globale evaluatie van de patient en moet er worden gezocht naar de factoren die dit teweegbrengen, zodat men beter kan bepalen welke interventies er specifiek moeten gebeuren. Een klinische evaluatie samen met een volledige anamnese of een gestructureerde vragenlijst (multidimensionele evaluatie) zijn 2 methodes die gebruikt worden om de gele vlaggen aan het licht kan brengen. De keuze hangt af van de staat waarin de patiënt zich bevindt (zie hoofdstuk dat hierover handelt).

Bepaalde gedragingen van de patiënt kunnen duidelijk geassocieerd worden met een gele vlag, zoals bv. :

- het geloof dat de pijn noodlottig is of mogelijk leidt tot ernstig functieverlies
- het geloof dat passieve behandelingen beter zijn dan actieve participatie
- ontwijkingsgedrag uit angst voor pijn (bewegingen of activiteiten vermijden uit angst pijn op te wekken) en een vermindering van het activiteitsniveau
- neiging tot demoralisering en/of sociale interacties uit de weg gaan

De blauwe vlaggen reflecteren de perceptie van de patiënt betreffende de impact van de pijn op zijn beroepsactiviteiten– en omgeving. Het waarnemen van blauwe vlaggen gebeurt op individueel en persoonlijk gegeven.

Wanneer de zwarte vlakken zich tonen worden, in tegenstelling tot de blauwe vlaggen, alle arbeiders op gelijke wijze in beschouwing genomen. Zij hangen samen met de nationale tewerkstellingspolitiek , op welke manier men de zieken ter harte neemt en de arbeidsomstandigheden die eigen zijn aan een bepaalde organisatie.

Het arbeidsmodel met de gekleurde vlaggen heeft als voordeel dat de klinische aspecten kunnen worden onderscheiden van bedrijfsfactoren, het onderscheidt interne van externe factoren bij de patiënt zodat van hem een volledige bio-psycho-sociale evaluatie kan worden gemaakt. Iedere patiënt is uniek en de gevonden kleur(en) kan (kunnen) sterk verschillen bij elke patiënt. Zo komt er een mozaïek van kleuren tevoorschijn eigen aan elke individuele persoon die leidt tot een preciezere aanpak.

IV. EPIDEMIOLOGIE

Volgens verschillende systematische reviews met betrekking tot prevalentieonderzoeken kan chronische pijn voorkomen bij 10,1% tot 55,2% van de bevolking, variërend naargelang het land, de gehanteerde definitie van chronische pijn en de onderzoeksmethode (15-17).

Volgens een recent prevalentieonderzoek (18) uitgevoerd door Breivik et al. (2006) bij 46394 volwassenen (> 18 jaar) in 15 Europese landen en in Israël, wordt de gewogen gemiddelde prevalentie van chronische pijn bij de ruime bevolking geraamd op 19% (van 12 tot 30% volgens land).

Bijna twee op 10 personen verklaren dat ze matige tot ernstige pijn hadden (tussen 5 en 10 op de numerieke pijnschaal (NS)) tijdens de laatste zes maanden, dat ze pijn hadden ervaren tijdens de voorbije maand en dat ze minstens twee keer per week pijn hadden gehad.

Pijn komt iets meer voor bij vrouwen dan bij mannen (52% vs. 48%). Chronische pijn ziet men vaker bij personen van middelbare leeftijd (tussen 41 en 60 jaar). Anders dan bij andere prevalentieonderzoeken werd hier geen vermeerdering van pijn vastgesteld bij bejaarde personen (>75 jaar).

De verhoging van de prevalentie met de leeftijd, aangetoond in andere onderzoeken, dient evenwel genuanceerd te worden in functie van de plaats en de oorsprong van de pijn alsook van de pijnintensiteit (19-22). Er zouden aanwijzingen zijn dat bejaarde personen een afgezwakte pijngewaarwording vertonen en/of een verhoogd weerstandsvermogen hebben (22). In elk geval duiden de auteurs erop dat ouderen meer aan pijnlijke aandoeningen lijden en ze gemakkelijker een chronisch pijnsyndroom ontwikkelen.

Op dit prevalentieonderzoek werd in elk deelnemend land een diepgaandere analyse uitgevoerd met betrekking tot chronische pijn, dit bij een steekproef van 300 personen die hadden verklaard aan chronische pijn te lijden.

De auteurs geven aan dat chronische pijn een aanzienlijke impact heeft op de levenskwaliteit van patiënten (depressie, slaapstoornissen, verminderd libido, humeurigheid,...enz.) en op sociale rollenpatronen (verlies van werk, verminderde professionele activiteiten, moeilijkheden bij het opnemen van de rol binnen de familie,...enz.).

Bijna 70% van de mensen met chronische pijn wordt enkel door de huisarts opgevolgd en 40% verklaart dat hun pijn niet adequaat wordt aangepakt.

De behandelingen verschillen sterk van land tot land.

In België :

Het onderzoek van Breivik et al. (18) toont dat de gewogen gemiddelde prevalentie van chronische pijn 23% bedraagt voor de Belgische populatie (n=2451) bij een gemiddelde leeftijd van 48,4 jaar en in 54% voorkomt bij vrouwen. De gemiddelde duur van chronische pijn bedraagt in België 7,5 jaar.

In de Belgische steekproef van mensen met chronische pijn (n=300) komen de volgende soorten pijn het meeste voor:

- articulaire / osteo-articulaire in 48% van de gevallen (*Europa 34%*),
- hernia en/of beschadiging van de tussenwervelschijven in 25% van de gevallen (*Europa 15%*),
- in verband met een traumatisch letsel in 13% van de gevallen (*Europa 12%*),

en 37% van deze patiënten verklaarde dat de hun laatste pijnervaring intensief was (tussen 8 en 10 op de NRS). Ongeveer vijftien personen op honderd verklaren dat ze hun werk hebben verloren ten gevolge van de pijn. Bijna twee mensen op tien hebben van werk moeten veranderen of hebben hun beroepsactiviteiten moeten afbouwen. Bij 19% van de Belgen met chronische pijn werd een depressie geconstateerd (*Europa 21%*). Onder de 300 Belgen bij wie de aanpak van de pijn diepgaander werd onderzocht verklaart 68% dat ze hun pijn niet goed onder controle krijgen met de behandeling die ze krijgen en 61% geeft aan dat de aanpak niet adequaat is. Slechts 10% kan aangeven dat bij hen op een of ander moment de pijnintensiteit werd nagegaan aan de hand van een pijnschaal.

V. SOORTEN CHRONISCHE PIJN

Diverse aandoeningen of ziektebeelden liggen aan de oorsprong van de meestal uitzichtloze chronische pijn (18). Zoals eerder gesteld zijn de individuele gevolgen van chronische pijn dikwijls specifiek en divers.

Deze richtlijn behandelt het onderwerp chronische pijn globaal zonder de focus te richten op een bepaalde aandoening.

Nochtans lijkt het nuttig een overzicht te geven van aandoeningen of ziektebeelden die mogelijk chronische pijn kunnen teweegbrengen¹⁰ (18, 23-25).

- Locomotorische dysfuncties die
 - Articulare of osteo-articulare,
 - Reumatische pijn
 - teweegbrengen,
 - Verband houden met pijn van hernia's en/of beschadiging van de tussenwervelschijven (lumbalgie, cervicodynie) (25).
- Letsels ten gevolge van traumata
- Hoofdpijn
- Neurologische pijn van centrale of perifere oorsprong
- Fybromyalgie
- Algoneurodystrofie¹¹
- Bepaalde viscerale pathologieën (gastro-intestinaal, gynaecologisch)
- Pijn ten gevolge van kanker
- Pijn na een chirurgische ingreep (23).

¹⁰ deze opsomming is limitatief

¹¹ de term "algoneurodystrofie « wordt meer en meer vervangen door « Complex Regional Pain Syndrome »

VI. FYSIOPATHOLOGIE VAN CHRONISCHE PIJN

Drie types pijnprocessen :

Pijn kan worden opgewekt door drie verschillende fysiologische processen die tevens tegelijkertijd kunnen optreden.

Bij het begin van dit hoofdstuk onderscheiden we voor alle duidelijkheid een aantal klinische tekens die kunnen samengaan met verschillende soorten pijn:

Allodynie : pijn teweeggebracht door een prikkel die normaal geen pijn veroorzaakt, bv. door simpel contact of wrijving ter hoogte van de inflammatoire zone

Hyperalgesie : wordt veroorzaakt door versterking van de pijnprikkels. De pijn wordt bij het contact versterkt waargenomen.

Spontane pijn : wanneer pijn zich voordoet zonder enige stimulus.

1. NOCICEPTIEVE PIJN (10,26,31)

Dit is een reactie op overmatige nociceptieve stimuli, d.w.z. een pijnlijke prikkeling die acuut kan zijn (trauma, brandwonde) of chronisch (artritis, reuma, enz.).

Een intens contact (*thermisch, chemisch, mechanisch*) brengt een stimulering van de pijnreceptoren teweeg, ook « nociceptoren » genoemd. Deze nociceptoren zijn vrije zenuwuiteinden die wijd vertakt en verspreid zijn in alle organen behalve de hersenen. Zij zijn in staat pijnprikkels op te wekken. Deze pijnprikkels worden via de zenuwvezels naar de achterhoorn van het ruggemerg geleid. De impuls wordt onmiddellijk naar de thalamus geleid langsheen de ventrale en laterale spinothalamicus. Van de thalamus gaat de pijnimpuls naar de cortex waar de pijn vervolgens wordt waargenomen.

Er bestaan twee types zenuwvezels die verschillende pijngewaarwordingen met zich meebrengen.

De A delta zenuwvezels (deze zijn gemyeliniseerd, daardoor is er een snellere geleiding van de pijnprikkels) geven stekende lokale pijngewaarwordingen terwijl de C zenuwvezels (niet gemyeliniseerd waardoor een tragere geleiding) een branderige, diffuse en diepe pijnsensatie weergeven.

Voorbeelden van nociceptieve pijn zijn : artritis, (pijn na traumata), beschadiging van de tussenwervelschijven,...enz.

In haar richtlijn onderscheidt SSMG eveneens inflammatoire pijn als een variant van nociceptieve pijn.

Volgens Woolf (2004) is inflammatoire pijn een pijnsoort op zich en is ze het resultaat van een reactie van het immuunsysteem (macrofagen, granulocyten, neutrofielen,...) op gang gebracht door de schadelijke prikkel (aantasting). Het inflammatoire proces (chemisch en cytologisch) verergert het nociceptieve mechanisme en wijzigt de kenmerken ervan (27,69). De natuurlijke reactie van het lichaam op zulke aanval brengt een spontane pijn teweeg met als voornaamse kenmerken hyperalgesie en allodynie.

2. NEUROPATHISCHE PIJN (10,26,31)

Wordt veroorzaakt door een primair letsel aan of een dysfunctie van het perifere of centrale zenuwstelsel. Deze pijn uit zich dikwijls verscheidene weken na een voorval. Neuropathische pijn vertoont een ander klinisch beeld dan nociceptieve pijn. De pijn is te lokaliseren maar wordt veeleer beschreven als branderig, krampachtig trekken of als elektrische ontladingen. Ze kan voorkomen op plaatsen waar geen weefschade is, zonder bepaalde stimuli, spontaan en met een permanent karakter.

Neuropathische pijnen worden vaak geassocieerd met klinische tekens als allodynie en hyperalgie.

Neuropathische pijn wordt frequent geassocieerd met werkingsstoornissen van het sympathisch stelsel die vasomotorische en trofische problemen teweegbrengen.

Bij vele patiënten komen inflammatoire en neuropathische pijn samen voor.

In elk geval zijn het invaliderende soorten pijn.

Voorbeelden van chronische pijn van neuropathische aard: diabetische neuropathie, post-herpetische neuralgie, traumata ter hoogte van het ruggemerg,...enz.

3. IDIOPATHISCHE PIJN

Alle soorten pijn die niet kunnen worden ondergebracht in de vorige twee categorieën worden in het algemeen idiopathische pijn genoemd. Het lijkt er op dat deze pijnen te maken hebben met tot op heden niet verklaarbare fenomenen.

In haar richtlijn over de behandeling van chronische pijn bij volwassenen geeft de NHS (2006) (28) een vergelijkende tabel m.b.t. nociceptieve en neuropathische pijn. Dit overzicht is overgenomen uit het onderzoek uitgevoerd door Nicholson (2003) en van de DN4-schaal voor neuropathische pijn (26)

Nociceptieve pijn	Neuropatische pijn
- Zeer gelokaliseerd (kan meer diffuus zijn indien van viscerale oorsprong), - electief - als een dolksteek, - prikkend, - knellend, drukkend	- kan aanhoudend, hardnekkig zijn - paroxystisch (plots en intermitterend), - spontaan (zonder trauma aan de oorsprong ervan), - branderig, - gevoel van koude pijn, - zoals elektrische schokken, - allodynie, - hyperalgesie of hypoësthesie, - dysesthesie (onaangename, abnormale gewaarwording) - gevoel van kriebels, prikkels, gevoelloosheid, jeuk
Bv.	
- Artritis, - traumapijn, - postoperatieve pijn, - dorsolumbale pijn.	- diabetische neuropathie, - post-herpetische neuralgie - traumata aan het ruggemerg, - trigeminusneuralgie
	Bv.
	...

Chronische pijn kan ontstaan vanuit een bepaald type pijn, maar is vaak een combinatie van diverse pijnsoorten.

Het is belangrijk om snel het type pijn te herkennen waaraan de patiënt lijdt en de juiste behandeling te starten. Om die reden is de pijnevaluatie (zowel kwantitatief als kwalitatief) een essentiële stap bij de aanpak van pijnproblemen. (29,30)

De pijnexperts wijzen er op om extra waakzaam te zijn voor neuropathische pijn. Wanneer ze voorkomt is een snelle en gespecialiseerde aanpak noodzakelijk.

In de dagelijkse praktijk worden verpleegkundigen vaak geconfronteerd met pijnklachten van patiënten. Ze zijn dus goed geplaatst om deze te detecteren en te evalueren. Toch blijkt uit verschillende studies dat gezondheidswerkers pijn niet als een prioriteit beschouwen of dat minstens een aantal onder hen denken dat pijn meestal verdraagbaar en dus aanvaardbaar is (32-35). Studies tonen vaak het gebrek aan kennis van evaluatiemethodes, een te weinig holistische en een te intuïtieve benadering van de pijn die vaak als subjectief wordt beschouwd (32-34).

Ter herinnering: chronische pijn is niet noodzakelijk gekoppeld aan een letsel, het is een klinisch syndroom op zich. De pijnervaring is uniek, individueel en multidimensioneel, en wordt bepaald door verschillende vervlochten componenten: fysiek, gedragsmatig, gevoelsmatig, cognitief, sociocultureel en spiritueel. De holistische benadering is dus cruciaal voor een effectieve aanpak. Zelfs wetende dat verpleegkundigen een beperkte impact hebben op het voorschrijven van pijnstillende middelen, toch spelen zij een belangrijke rol bij de pijnevaluatie, de dagelijkse opvolging, het zoeken naar factoren waaraan iets kan worden verholpen om de pijn te verlichten, het informeren van patiënten en het participeren aan een holistische pijnbehandeling¹², kortom: alles wat ertoe bijdraagt de patiënt te leren omgaan met de pijn. Dewar (2005) stelt in haar onderzoek bij gezondheidswerkers in de thuiszorg dat patiënten in de thuiszorg van verpleegkundigen verwachten dat ze hun pijnklachten bepleiten bij de huisarts (36).

Het is belangrijk te weten dat oudere patiënten dikwijls de neiging hebben hun pijnklachten in mindere mate te uiten dan jongere. Bovendien onderschatten verpleegkundigen vaak de ernst van hun klachten (36,37). Blijkbaar varieert dit naargelang het verpleegkundig beroepsprofiel en neemt het onderschatten toe met de anciënniteit binnen het beroep en met de klinische ervaring (36). Volgens Dewar (2006) lijkt de langdurige zorgrelatie in de thuiszorg een optimale inschatting van de pijn niet gunstig te beïnvloeden (36). de Rond et al. (2000) bestudeerden de problematiek van de communicatie over pijn tussen patiënten en verzorgend personeel in het ziekenhuismilieu. Zij stelden vast dat de inschatting van de pijnintensiteit door verpleegkundigen verschilde met die van de patiënt (overschatting van lichte tot milde pijn en onderschatting van ernstige pijn door de verpleegkundigen), en dat bijgevolg ook het registreren en de aanpak van de pijn te wensen overlieten. Het besluit was dat de evaluatie dient te gebeuren met gevalideerde instrumenten (37).

Eveneens de Rond et al. toonden aan dat vorming over pijnevaluatie en dagelijkse registratie de perceptie en de communicatie tussen pijnpatiënten en het verzorgend personeel verbeteren. Het documenteren van verschillende aspecten van pijn (intensiteit, lokatie, duur, beïnvloedende factoren,...) in het verpleegdossier gebeurde accurater. Het is duidelijk dat dagelijkse pijnmeting bijdraagt tot de diagnosestelling en de evaluatie van de pijnbehandeling. Meer nog, dit onderzoek toonde aan dat de patiënten die werden begeleid door verzorgend personeel dat een opleiding had gekregen een effectievere pijnbehandeling kregen (38). Ook Alexander et al. (2004) komen tot dergelijke vaststellingen bij patiënten in een verzorgingstehuis (39).

¹² Enquête uitgevoerd door CIPIQ-S bij Belgische thuisverpleegkundigen 03-04/2009. (bijlage 8).

Het gedrag van verzorgend personeel, hun ideeën en hun kennis over pijnprocessen heeft een invloed op de kwaliteit van de aanpak van pijnpatiënten (36). Verpleegkundigen moeten dagelijks nagaan of hun patiënten pijn hebben. Zij moeten hiervoor gevalideerde en betrouwbare instrumenten gebruiken om de pijn zo goed mogelijk te kwantificeren. Pijn is immers subjectief en zo kan men objectiever en eenduidiger zijn bij de onderlinge communicatie tussen gezondheidswerkers, maar ook met patiënt en familie. De keuze van het beoordelingsinstrument hangt grotendeels af van het type van verzorging, het type van patiënt en de vooropgestelde doelen. Zo zal pijnmeting bv. anders verlopen bij mensen met een cognitieve achteruitgang dan bij jongere patiënten zonder cognitieve problemen. Zoals steeds zal ook de gebruiksvriendelijkheid van het instrument een rol spelen op het gebruik ervan. Een instrument dat eenvoudig is in gebruik en waarover het verzorgend personeel een passende vorming heeft gehad zal frequenter gebruikt worden (36).

Rekening houdend met deze voorwaarden moet de verpleegkundige in staat zijn om intens samen te werken met de arts bij de aanpak van pijn, om zodoende de pijn effectief te behandelen en het welbevinden en de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren.

Teneinde na te gaan welke rol verpleegkundigen kunnen spelen bij de aanpak van chronische pijn en meer bepaald bij de pijnevaluatie, werden 5 recent gepubliceerde internationale richtlijnen als referentie weerhouden voor het opstellen van deze richtlijn.

1. Haute Autorité de Santé, ***Thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*** ; Oktober 2000.
2. McLennon SM. ***Persistent pain management***. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 58 p. Augustus 2005.
3. National Health Service (NHS). ***Management of Chronic Pain in Adult - Best Practice Statement***. NHS Quality Improvement Scotland. Februari 2006.
4. British Pain Society, ***The assessment of pain in older people***; Oktober 2007.
5. Haute Autorité de Santé, ***Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*** . December 2008.

Alhoewel het aspect (chronische) pijn in deze richtlijnen telkens vanuit een licht verschillende invalshoek wordt benaderd, mogen we stellen dat de benadering van (chronische) pijn in deze richtlijnen op vele vlakken gelijklopend is.

De richtlijnen werden vergeleken door middel van GRADE, een werkwijze voorgesteld door Domus Medica om de overeenkomsten tussen de richtlijnen m.b.t. de verschillende hieronder uitgewerkte thema's te kunnen bepalen. Voor de onderwerpen waarvoor geen overeenkomsten werden gevonden, werd een uitgebreide wetenschappelijke en professionele literatuurstudie uitgevoerd (zie bijlage 5).

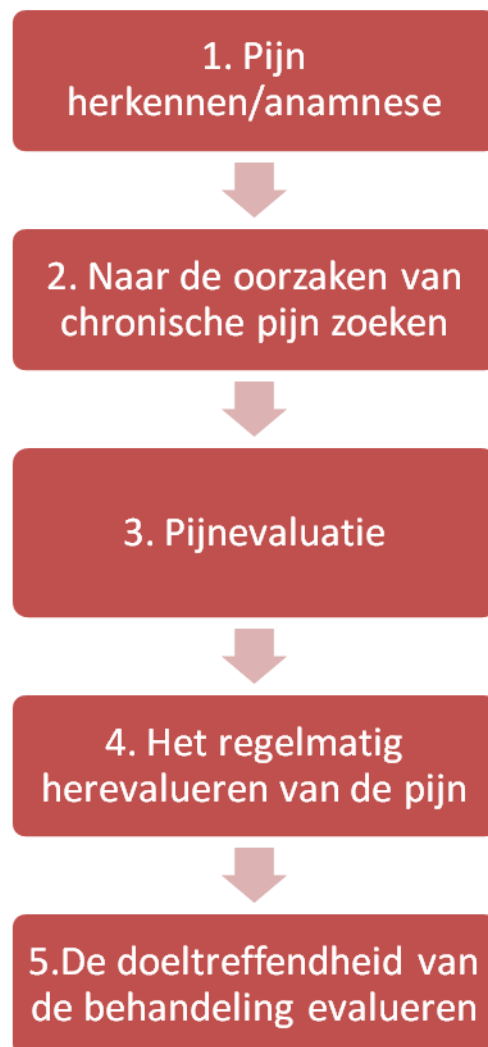
In elk van deze richtlijnen wordt gepleit voor een globale aanpak van chronische pijn.

In haar richtlijn beveelt de NHS (2006) aan dat hulpverleners in de gezondheidszorg in staat moeten zijn om de aanwezigheid van pijn bij patiënten aan het licht te brengen. De NHS legt de nadruk op de noodzaak om regelmatig de pijn te evalueren. Zo worden verpleegkundigen vooruitgeschoven als zij die instaan voor de pijnbeoordeling om zo te kunnen communiceren en samen te werken met andere gezondheidswerkers.

De rol van de verpleegkundige is de pijn te evalueren, de opvolging van de inname van de medicatie te verzekeren, de patiënten te educeren, samen te werken bij de behandeling en gegevens in verband met de pijn te vergelijken en te registreren.

1. Verpleegkundige gedragslijn

Na analyse van de verschillende richtlijnen kan de verpleegkundige aanpak van chronische pijn bij een volwassen patiënt samengevat worden in deze vijf stappen:



Elk van deze vijf stappen omvat een aantal aanbevelingen met bijgevoegd de argumentatie en de besluiten. Elke aanbeveling wordt vergezeld door haar bewijsniveau en graad van aanbeveling volgens de GRADE classificatie (*cfr. punt 2.2 Classificatie van AGP*).

2. Argumentatie en aanbevelingen

2.1. STAP 1: DE AANWEZIGHEID VAN PIJN HERKENNEN / AFNEMEN VAN EEN ANAMNESE

Argumentatie

Elke hulpverlener moet de pijn ter harte nemen vanaf het moment dat de patiënt er over klaagt, zelfs indien men de oorzaak niet kent.

Professionele gezondheidswerkers moeten bovendien in het bijzonder alert zijn voor:

- pijnklachten die samengaan met psycho-pathologische componenten (bv. angst, depressie),
- pijn die niet verbetert ondanks een aanpak conform actuele richtlijnen,
- situaties waarbij er geen overeenstemming is tussen de visie op de pijn van de behandelende arts en die van de patiënt (HAS, 2008).

Ouderen kunnen pijn verwoorden d.m.v. andere uitdrukkingen zoals “ongemak”, “hinder” of “last” (McLennon, 2005). Ze hebben vaak een verhoogde pijndrempel en/of drukken niet duidelijk uit dat ze pijn hebben. Verpleegkundigen moeten hierop letten (BPS, 2007) .

De eerste stap bij pijnevaluatie is vragen aan de patiënt of hij pijn heeft en te zoeken naar signalen indien de patiënt zich niet uitdrukt / kan uitdrukken. (opinie van experts)

Wanneer een patiënt bevestigt dat hij pijn heeft, dient de verpleegkundige zich af te vragen of het om chronische pijn gaat. (cfr. criteria en definitie van chronische pijn)(Mc Lennon, 2005). Wanneer men de patiënt hierover bevraagt tijdens het afnemen van een anamnese, is het aangeraden om eenvoudige termen te gebruiken en na te gaan of er andere pijnindicators aanwezig zijn zoals verlies van autonomie, gezichtsuitdrukkingen, lichaamsbewegingen, verbale uitingen, relationele problemen, moeite om aan activiteiten te doen, verlies van sociale rolpatronen, ...enz. Het observeren van pijnsignalen wordt belangrijker naarmate de patiënt meer blijkt geeft van cognitieve achteruitgang en/of communicatieve stoornissen. (BPS, 2007).

In haar richtlijn biedt de BPS een overzicht aan van observeerbare veranderingen/indicatoren waarmee chronische pijn gepaard kan gaan.

Aanbeveling:

De hulpverlener vraagt aan de patiënt of hij pijn heeft (**opinie van experts**) ;

De hulpverlener erkent pijn wanneer de patiënt die uit (**opinie van experts**);

De hulpverlener herkent de signalen van pijn wanneer de patiënt zich niet uitdrukt / kan uitdrukken (**opinie van experts**);

De hulpverlener is alert voor de mogelijke aanwezigheid van pijn (**opinie van experts**) .

2.2. STAP 2 : NAAR DE OORZAAK VAN DE PIJN ZOEKEN

Argumentatie

Wanneer de verpleegkundige heeft vastgesteld dat de patiënt pijn heeft, moet hij/zij de behandelende arts hierover inlichten zodat deze met het zicht op het instellen van de gepaste behandeling kan nagaan welke de onderliggende oorzaak zou kunnen zijn, (McLennon, 2005) en kan onderzoeken welke pathologie een verklaring zou kunnen bieden voor de symptomen (NHS, 2006). Gezondheidswerkers moeten de aanwezigheid van pijn erkennen zelfs indien het klinisch onderzoek normaal blijkt te zijn (BPS, 2007) (40).

Alle factoren waar de gezondheidswerker kan op inspelen (pijnverlichtende houding, manier van leven, werkgewoontes, eetgewoontes,...) moeten aan het licht komen zodat men de patiënt met chronische pijn met raad en daad kan bijstaan bij het bereiken van het einddoel : dat hij verder kan leven met chronische pijn en zijn manier van leven er kan aan aanpassen. Om dit te kunnen doen is het afnemen van een anamnese essentieel. Het is werkelijk nodig om onbevooroordeeld de soms lange voorgeschiedenis van een patiënt te beluisteren en de pijn te erkennen. Men dient de soms schijnbaar ongelooflijke verhalen te geloven. Dit is vaak zeer moeilijk wegens de soms ronduit negatieve klinische vooruitzichten. Men kan zonder deze elementen moeilijk een patiënt met chronische pijn evalueren.

Na de anamnese kan de patiënt naar zijn behandelende arts verwezen worden, die op zijn beurt de noodzaak inschat om de patiënt al dan niet te verwijzen naar een pijnkliniek.

Aanbeveling:

- De arts gaat na of de chronische pijn wordt veroorzaakt door een onderliggende pathologie. **(1C)**
- De gezondheidswerker gaat na welke factoren de pijn verergeren om zo de patiënt te kunnen helpen de pijn te verlichten en hem te leren omgaan met de pijn in het dagelijks leven. **(opinie van experts)**

2.3.1. Beschrijving van de pijn

Argumentatie

Wanneer de pijn aan het licht is gekomen, dienen de professionals te oordelen welke impact de pijn fysiek, psychologisch en sociaal heeft op de persoon (NHS, 2006). Een precieze omschrijving van de pijn is nodig en moet begrijpbaar zijn voor alle betrokken hulpverleners, ook niet-artsen. In de praktijk kunnen verpleegkundigen een belangrijke bijdrage leveren bij de pijnevaluatie en op deze manier de behandelende arts bijstaan (HAS, 2000).

Wanneer pijn wordt vastgesteld wordt een globale pijnevaluatie aanbevolen. In haar richtlijn stelt de BPS voor de pijn te evalueren op 3 vlakken:

- a. De pijngewaarwording en de aard (bv. scherp, brandend,...), de plaats en de uitstraling (d.m.v. een kaart van het menselijk lichaam), de intensiteit van de pijn (d.m.v. een pijnschaal) en de duur.

Plaats van de pijn:

- I. de patiënt wijst aan op het lichaam waar de pijn zich situeert en naar waar ze eventueel uitstraalt ;
- II. men kan ook een tekening gebruiken (topografie) waarop de patiënt de plaats van de pijn kan aanduiden en de pijnintensiteit kan beschrijven ;

Pijnintensiteit:

- III. beoordeling van de pijnintensiteit gebeurt door middel van een gestandaardiseerde pijnschaal zoals een numerieke of analoge schaal, of een eenvoudige verbale schaal (zie volgende stap).

Het meten van de pijnintensiteit in de dagelijkse klinische praktijk is een meerwaarde in de eerstelijnszorg (McLennon, 2005).

- b. De gevoelsmatige pijnervaring: bv. angst, onrust, depressie
- c. De impact die de pijn heeft: invaliderend op het vlak van functionaliteit (bv. ADL-functies) of moeilijkheden om sociale rollen te vervullen (tewerkstelling, sociale activiteiten, relaties, de arbeid..)(BPS, 2007).

De NHS onderstreept dat mensen met chronische pijn een multiple problematiek hebben. Aan de lijst van op te volgen elementen worden de volgende indicatoren toegevoegd:

- Pijnanamnese: wanneer is de pijn begonnen, sedert wanneer hebt u deze pijn, wanneer en in welke omstandigheden treedt de pijn op,...enz.
- Verlichtende /verergerende factoren – wat doet u om de pijn te verlichten of wat verergert de pijn?
- Symptomen die met de pijn gepaard gaan: bv. nausea, viscerale symptomen,..

- Slaapstoornissen: wordt u wakker van de pijn of belet het u van te slapen?
- De gevolgen voor de dagelijkse activiteiten: zijn er zaken die u niet kan doen omwille van de pijn?
- Voorgaande behandelingen: wat hebt u al geprobeerd om de pijn te verlichten, waarom bent u er mee gestopt?

De impact van chronische pijn op het fysiek en psychosociaal functioneren mag niet onderschat worden.

In de geanalyseerde richtlijnen wordt tevens het volgende vooropgesteld:

- *Het is belangrijk dat artsen en verpleegkundigen het multidimensionele karakter van chronische pijn en de verschillende aspecten hiervan begrijpen (NHS, 2006).*
- *Het is aan te raden om de pijnevaluatie te doen tijdens een anamnesegeprek en daarbij gebruik te maken van gevalideerde schalen (HAS, 2008).*
- *Voor een juiste benadering moeten artsen en verpleegkundigen het verschil kennen tussen nociceptieve en neuropathische pijn. Mogelijk is chronische pijn een combinatie van deze 2 pijntypes (NHS, 2006).*

Professionelen moeten tevens goed opletten hoe de patiënt de pijn voorstelt en hoe hij met de behandeling omgaat. (McLennon, 2005).

Samengevat zou de pijnevaluatie de volgende aspecten aan het licht moeten brengen (40):

- Medisch : welke pathologische processen, comorbiditeit, nevenwerkingen van medicatie,...
- Functioneel : welke invloed heeft de pijn op de functies van de patiënt, ..
- Sociaal : invloed van pijn op relaties en vice versa
- Cognitief : hoe denkt de patiënt over oorzaak, prognose en behandeling van de pijn
- Gevoelsmatig : gaat de pijn samen met depressie, angst of boosheid,...enz.

Breivik et al. (2008) onderstrepen in hun systematische review dat professionelen voor de juiste beoordeling van chronische pijn een gevalideerde pijnschaal dienen te gebruiken die tevens specifiek is voor die bepaalde groep patiënten waarmee ze werken.

Gezien de impact van chronische pijn op de fysieke, emotionele en sociale functies heeft men hiervoor een multidimensionele schaal nodig waarmee men de kwalitatieve dimensie van pijn kan inschatten. (49)

De experts hebben gewezen op de noodzaak om genoeg ruimte te laten tussen 2 evaluaties van de pijnintensiteit wanneer de patiënt zich terug tracht aan te passen aan het dagelijks leven. In deze "heraanpassings" fase is het de doelstelling de patiënt los te maken van zijn pijn. Te dikwijls de pijn evalueren zou deze aanpak in het gedrang kunnen brengen (de pijnevaluatie herinnert de patiënt dagelijks aan zijn pijn).

Aanbeveling:

- Om chronische pijn te beschrijven moeten professionals een gevalideerde multidimensionale schaal gebruiken **(1B)** ;
- Om de chronische pijn regelmatig opnieuw te evalueren of het effect van de pijnbehandeling op te volgen moeten professionals gebruik maken van een gevalideerde schaal voor het meten van de pijnintensiteit (zelf-evaluatie) **1B)** ;
- Artsen en verpleegkundigen kennen het verschil tussen nociceptieve en neuropathische pijn **(1B)** ;
- De pijnexperts wijzen erop dat in de fase van de readaptatie van de patiënt de professionals de pijnintensiteit slechts om de 2 à 3 dagen moeten meten om zo de patiënt langzaam van zijn pijn los te maken **(opinie van experts)** .

2.3.2. Patiënten met weinig of geen cognitieve problemen

Argumentatie

Een zelf-evaluatie levert nauwkeuriger en meer betrouwbare gegevens op dan een hetero-evaluatie (uitgevoerd door een zorgverstreker of een naaste). Om dit te kunnen realiseren moet de patiënt in staat zijn pijn te beschrijven en beschikken over de nodige cognitieve bekwaamheden. Voor patiënten met cognitieve stoornissen wordt een hetero-evaluatie aanbevolen op basis van een observatieschaal. De verpleegkundige moet inschatten of een patiënt in staat is een schaal te gebruiken voor zelfevaluatie – indien ja dient men hieraan de voorkeur te geven (McLennon, 2005).

Zelfevaluatie dient te gebeuren in optimale omstandigheden (gebruik bril en hoorapparaat, aangepaste grootte en dikte van letters en cijfers, belichting,...). Eens de geschikte zelfevaluatieschaal is gekozen moet men er geen andere meer nemen zodat de patiënt er aan kan wennen.

Deze elementen zijn zeer belangrijk voor een optimale communicatie tussen de gezondheidswerkers en de patiënt. Vooral met het oog op de inschatting van de effectiviteit van een pijnbehandeling is de betrouwbaarheid van de evaluatie zeer belangrijk. (BPS 2007)(McLennon, 2005)(NHS, 2006) (41,42,52).

In de geselecteerde richtlijnen wordt de aandacht gevestigd op het feit dat er een bepaald aantal schalen bestaat gevalideerd na verschillende onderzoeken op grote schaal in diverse landen. Aan deze schalen dient men de voorkeur te geven. Toch kunnen voor bepaalde patiënten en/of voor bepaalde pathologieën meer geschikte gevalideerde pijnschalen bestaan die in deze richtlijn niet vermeld worden

In dit werkstuk kunnen bepaalde hetero-evaluatieschalen (multidimensioneel of observationeel) niet worden aanbevolen omdat ze niet werden gevalideerd in het Frans en/of het Nederlands.¹³

Voor het meten van de pijnintensiteit bij patiënten met weinig of geen cognitieve problemen zijn unidimensionele zelfevaluatieschalen zoals de eenvoudige verbale of de numerieke schaal het meest geschikt. Patiënten met spraakstoornissen en/of met taal-of rekenproblemen (bv. na een cerebro-vasculair accident) kunnen gebaat zijn met een gezichtenschaal (McLennon, 2005).

De Brief Pain Inventory (BPI) en de McGill Pain Questionnaire (MPQ) zijn algemeen gevalideerde multidimensionele pijnschalen voor chronische pijn. Zij worden aanbevolen voor een globale pijnbeoordeling en voor verschillende dimensies, maar ze zijn enkel bruikbaar bij patiënten met voldoende cognitieve en communicatieve mogelijkheden.

a. Unidimensionele schalen – kwantitatieve evaluatie

(meten van enkel de pijnintensiteit (McLennon, 2005 en BPS, 2007)(51)

I.De visueel-analoge schaal (Visual Analog Scale, VAS)

Beschrijving:

De patiënt duidt op een latje aan (bv. d.m.v. een schuifregeltje) hoeveel pijn hij heeft, gaande van “geen pijn” tot “de ergste pijn”.

(Huskisson, E. C. Details : zie bijlage 3)

II.De Numerieke schaal (Numerical Rating Scale, NRS)

Beschrijving:

De patiënt kijkt naar de schaal en kiest één cijfer van 0 tot 10 dat het best overeenkomt met zijn pijn (op dat moment of in een bepaalde context), wat gaat van 0 “geen pijn” tot 10 “de ergste pijn die je je kan voorstellen”.

(The North Dakota Health Care Review,(NDHCRI). Details : zie bijlage 3)

De meeste patiënten geven de voorkeur aan een numerieke of een visueel-analoge schaal. Personen met lichte of matige cognitieve problemen kunnen deze schalen in het algemeen gebruiken, maar indien ze moeite hebben met evaluatiemethodes wordt een eenvoudige verbale schaal ook als valide en betrouwbaar beschouwd.

¹³ Bv.. Functional Pain Scale, Abbey Scale, NOPPAIN, PAINAD, ..

III. De Verbale schaal (Verbal Description Scale, VDS)

Beschrijving:

De patiënt kiest een woord dat het best de pijn omschrijft, gaande van “geen pijn” tot “de ergste pijn die je je kan voorstellen”.

(Herr, K. Details : zie bijlage 3)

IV. De gezichtenschaal - Faces Pain Scale (FPS)

Beschrijving:

De patiënt duidt een getekend gezicht aan welk het best overeenstemt met het (aan)voelen, de pijnintensiteit die hij ervaart, gaande van een lachend gezichtje « geen pijn » tot een tot een grimas vertrokken gezichtje « ergste pijn ». De FPS werd oorspronkelijk ontwikkeld voor de zelfevaluatie van pijn bij kinderen (22).

(IASP. Details : zie bijlage 3)

De gezichtenschaal wordt algemeen beschouwd als minder accuraat ; nochtans kan ze , net zoals de VDS, in sommige omstandigheden een hulpmiddel zijn om de pijn te evalueren (bv. patiënten met cognitieve stoornissen en afasie) .

b. Multidimensionele schalen – kwalitatieve evaluatie

Deze schalen worden gebruikt voor de globale evaluatie van chronische pijn. (zelfevaluatieschalen daarentegen worden ook gebruikt voor acute pijn).

Ondanks het feit dat de pijnexperts hebben gesteld dat deze schalen in de praktijk zelden worden gebruikt, moeten deze toch worden aanbevolen omdat men er een anamnese mee kan uitvoeren, in de zin dat men de chronische pijn evalueert door de verschillende dimensies ervan na te gaan en niet enkel de pijnintensiteit.

Deze schalen dienen op zijn minst te worden gebruikt naar aanleiding van de eerste evaluatie en zijn zeer geschikt voor een doorgedreven anamnese (zie stap 3)

Uit de verschillende geanalyseerde richtlijnen werden de twee meest betrouwbare en warm aanbevolen schalen weerhouden waarmee pijn het best ingeschat kan worden.

I. De Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ)

Samen met de patiënt worden intensiteits- maar ook kwalitatieve aspecten van de chronische pijn (sensorisch – affectief – sociaal) beoordeeld. De MPQ is vrij omvangrijk en bestaat uit 4 delen:

1. een tekening voor de locatie van de pijn
2. de Pain Rating Index, bestaande uit 20 subschalen waar de patiënt d.m.v. een pijndescriptor telkens aangeeft hoe erg de pijn is (PRI)
3. de evolutie van de pijn
4. de huidige pijnintensiteit (Present Pain Intensity)

Naarmate de totaalscore op de MPQ hoger is, neemt de pijnbeleving bij de patiënt toe.

De MPQ wordt algemeen gebruikt bij volwassen patiënten. Er bestaat tevens een verkorte versie (sf-MPQ)

(Melzack, R. Details : zie bijlage 3)

II. De Brief Pain Inventory (BPI)

Samen met de patiënt evalueert de zorgverstreker de chronische pijn aan de hand van 32 items gegroepeerd in 5 categorieën:

1. De intensiteit van de pijn
2. De invloed van pijn op het dagelijkse leven van de patiënt;
3. Percepties van de patiënt aangaande de oorzaken van de pijn (oorzaken van de pijn) ;
4. Karakteristieken van de pijn;
5. ervaring wanneer de pijn wordt verlicht

(Cleeland, C. S. Details : zie bijlage 3)

Ook Breivik et al. (2008) noemen deze 2 schalen betrouwbaar en gevalideerd in verscheidene talen (49).

Ter vervollediging van de anamnese wordt tevens een aanvullende methode naar voren geschoven (**opinie van experts**) : de **PQRST-methode** (uitlokkende factoren/pijnverzachtende handelingen – kenmerken – plaats – symptomen – tijdstip/duur)(75).

De methode wordt hier beschreven omdat ze omwille van haar eenvoud en gebruiksvriendelijkheid handig en nuttig kan zijn voor thuisverpleegkundigen. Het evidentieniveau ervan daarentegen is zwak.

De PQRST-methode kan zowel voor een anamnese als voor een tussenijdse evaluatie gebruikt worden. Ze laat toe om op een systematische manier globale en pertinente informatie te verzamelen m.b.t. de pijnkenmerken om zo het pijnprobleem beter te kunnen afbakenen.

PQRST = Precipitating factors/palliatives – Quality – Region – Symptoms – Timing.

P	= Factoren die de pijn uitlokken (Precipitating factors) = Handelingen die de pijn verzachten (Palliatives)	Waardoor wordt de pijn uitgelokt ? Hoe is de pijn opgekomen? In welke omstandigheden is de pijn begonnen ? Wat verergert de pijn? enz. Zijn er houdingen, activiteiten of behandelingen die de pijn verzachten ? enz.
Q	= Kenmerken en intensiteit van de pijn (Quality)	Wat wordt u gewaar ? Hoe zou u deze pijn kunnen beschrijven ? Welk gevoelens hebt u ? enz. Warmte ? Tintelend ? Scheuten ? Verscheurend? Kloppend ? Stekend ?

		Krampen ? Dof ? Drukkend ? Op-en neer gaand ? enz.
R	= Anatomische pijn lokalisatie (Region)	Waar hebt u pijn ? Toon op uw lichaam de exacte plaats waar de pijn zich situeert. Enz. Buikstreek ? Rugstreek ? In de zij ? Lumbaal ? enz. Breidt de pijn zich ook elders uit ?
S	= Symptomen die samengaan met de pijn (Symptoms)	Wijzigingen van vitale parameters (verhoogde bloeddruk, hartritme en ademhaling) . Zwakte? Sufheid? Misselijkheid ? Braken ? Koorts? Bleekheid ? Houding ? Angst ? Wenen ? Kreunen ? Vereenzaming ? Verminderde activiteit ? Slaapstoornissen ? Aandachtsproblemen ? Geïrriteerdheid ? Apathie ? enz.
T	= Tijd (Timing)	Wanneer is de pijn begonnen ? Hoelang is ze al aanwezig? Hoe vaak treedt ze op ? Op welk tijdstip overdag/'s nachts komt de pijn het meest/het minst voor ? Met welke tussentijd voelt u de pijn ? Hoe lang hebt u pijn vanaf het moment dat ze begint ?

Op basis van dit vragenstramien kan een thuisverpleegkundige zich, met het oog het verzekeren van een optimaal aanpak, reeds een nauwkeurig idee vormen over de pijnklachten van de patient.

Argumentatie over het gebruik van pijnvaluatieschalen

De simpelste meetschalen zijn beperkter omdat ze enkel pijnintensiteit meten, terwijl met multidimensionele tools diverse pijnaspecten worden nagegaan, maar langer én moeilijker te interpreteren zijn. Enkel de BPI-sf (verkorte versies van de BPI) en de sf-MPQ (verkorte versies van de McGill vragenlijst) vormen hierop een uitzondering. Multidimensionele schalen zijn dus meer geschikt voor gebruik bij patiënten met complexe pijnsyndromen. Bij de keuze van het meest geschikte meetinstrument houdt men best rekening met het kennisniveau, taal, cultuur en voorkeuren van de patiënt. Om zo betrouwbaar mogelijke tussentijdse evaluatiegegevens te verkrijgen gebruikt men best steeds hetzelfde instrument (41,44).¹⁴

¹⁴ De keuze van de schaal hangt ook samen met doel van assessment: een eerste bevraging is meer uitgebreid, daarna gebruikt men voor de opvolging een unidimensionele schaal.

De verschillende internationale richtlijnen benadrukken dat de NRS en de VAS in een standaardpopulatie de meest betrouwbare en sensibele meetinstrumenten voor zelfevaluatie zijn.

De VAS werd reeds gebruikt voor het meten van pijnintensiteit in het kader van diverse ziektebeelden en toont een grote correlatie met andere schalen, zoals de NRS. Bovendien kan men er een fijnere inschatting mee maken wat de effecten zijn van diverse pijnbehandelingen op de pijnintensiteit (22,43).

De voorbije jaren werd een groot aantal studies doorgevoerd waarbij zelfevaluatieschalen voor het meten van pijnintensiteit bij patiënten met cognitieve problemen en/of ouderen met elkaar werden vergeleken.

Peters et al. vergeleken 5 pijnschalen (2 types VAS, 2 types NRS en 1 VDS) in een groep van 338 ambulante pijnpatiënten uit diverse leeftijdscategorieën. Zij toonden aan dat het gebruik van de VAS minder betrouwbaar was bij ouderen. Daarentegen zijn de meeste bejaarde patiënten, zelfs bij cognitieve achteruitgang, nog in staat een VDS of een NRS te gebruiken (44).

Voor een ruime, heterogene groep van patiënten van alle leeftijden stellen zij de numerieke schaal (NRS) voor als de beste keuze. Zij schuiven de VDS naar voren wanneer de groep voornamelijk bestaat uit ouderen, waarvan de meesten cognitieve problemen vertonen (44).

Mordechai et Meyer (2004) vergeleken in een dubbel geblindeerde en placebogecontroleerde RCT de VAS met een 5-punts VDS bij 98 patiënten met osteoarthritis. Zij gingen er van uit dat de pijn die gepaard gaat met osteoarthritis dezelfde gevolgen heeft voor de patiënt als chronische pijn. De auteurs besluiten dat de 2 schalen dezelfde voorspellende waarde voor pijnintensiteit weergeven (dezelfde sensibele en specificiteit). Er bleek echter heel veel variabiliteit te zijn op individueel niveau, m.a.w. per pijnomschrijving op de VDS waren er veel verschillende VAS-scores (45).

De resultaten van Mitchell (2001) bevestigen voorgaande studies (48). Hij beschouwt de VDS als de meeste betrouwbare en sensibele pijnmeter voor de evaluatie van de pijnintensiteit bij ouderen en meer bepaald voor degenen met een lichte cognitieve achteruitgang (46).

Hadjistavropoulos (2007) beklemtoont dat het belangrijk is om voor ouderen een unidimensioneel meetinstrument aan te bevelen dat door de meesten gebruikt kan worden (42). Bovendien vertoont deze groep vaak lichte cognitieve en/of sensorische problemen. Daarom kan de NRS (eerste keuze) en/of de VDS (tweede keuze) gebruikt worden, welk ook het kennisniveau is van de patiënten. Beide hebben goede psychometrische eigenschappen zelfs voor gebruik bij hoogbejaarden. Hadjistavropoulos (2007) is eerder terughoudend wat betreft het gebruik van de VAS bij ouderen, omdat heel wat antwoorden er niet mee gemeten kunnen worden en men een zeker mentaal voorstellingsvermogen dient te hebben om de VAS te gebruiken (42).

Farrar et al. (2008) hebben middels een dubbel geblindeerde en placebogecontroleerde RCT bij MS-patiënten (n=189) de validiteit en de betrouwbaarheid nagegaan van de NRS voor het meten van de mate van spasticiteit (*als symptoom van neurologische aandoeningen en als outcome-instrument voor klinisch onderzoek van medicatie tegen spasticiteit.*) Zij besluiten dat het gebruik van de NRS in verder onderzoek naar de effectiviteit

van medicatie voor spasticiteit de vergelijkbaarheid, validiteit en klinische doelmatigheid van deze onderzoeken zeker zou verbeteren (47).

Vermeldenswaard is dat de European Federation of Neurological Societies (EFNS) in haar richtlijn over neuropathische pijn (Cruccu et al. 2004) voorstelt gebruik te maken van een tekening van het lichaam om de verschillende pijnzones in kaart te brengen, en deze te koppelen aan een zelfevaluatieschaal. Alle voor- en nadelen van pijnschalen afgewogen schuiven zij de NRS naar voren als een goed compromis (aanbeveling graad C). Voor het nagaan van het effect van een behandeling bevelen zij een unidimensionele schaal aan boven een te ingewikkelde multidimensionele schaal (48).

Aanbeveling :

- De keuze van het instrument hangt af van wat men met de evaluatie wil bereiken. Een eerste evaluatie is uitgebreider en gebeurt aan de hand van een multidimensionele schaal ; daarna kan er verder een unidimensionele schaal gebruikt worden. **(2B)**

- Indien hij hiertoe in staat is beoordeelt de patiënt bij voorkeur de pijn bij zichzelf **(1B)**;
- De gebruikte beoordelingsschaal is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt en wordt gebruikt in optimale omstandigheden ; **(opinie van experts)**;
- De zorgverstreker gebruikt steeds dezelfde beoordelingsschaal **(1C)**;
- De gezondheidswerker helpt de patiënt bij de pijnevaluatie indien nodig **(opinie van experts)**.

- Bij patiënten met een lichte cognitieve achteruitgang en/of bij ouderen bij wie het gebruik van een verbale analoge schaal vaak moeilijk is, wordt aanbevolen een numerieke schaal (1^{ste} keuze) of een eenvoudige verbale schaal (2^{de} keuze) te gebruiken **(2B)**.

- Patiënten met een matige cognitieve achteruitgang en/of met communicatieve problemen moeten worden geholpen door professionelen bij het evalueren van hun pijn. Het gebruikte instrument moet aangepast zijn, maar men moet steeds de voorkeur geven aan zelfevaluatie; indien dit niet haalbaar is moet men gebruik maken van een observatieschaal **(1C)**.

2.3.3. Patiënten met cognitieve problemen

Argumentatie:

Patiënten met achteruitgang op cognitief vlak hebben het moeilijk om pijn te uiten, alhoewel er niet is aangetoond dat ze minder pijn zouden hebben. Mogelijk zijn zij door de neurologische degeneratie minder goed of niet in staat pijn in te schatten en/of te rapporteren. Het is dus moeilijk zo niet onmogelijk dat zij zelf de pijnbeoordeling doen (McLennon, 2005). Zorgverleners die zich ontfermen over ouderen met verbale communicatieproblemen worden geconfronteerd met dezelfde problemen. Voor deze patiënten dient men de

pijnevaluatie aan te passen. Alle professionelen moeten zich hiervan bewust zijn en zich aansluiten bij de handelswijze (HAS, 2000).

Indien de verbale communicatie moeilijk wordt dienen de gezondheidswerkers een aangepaste zelfevaluatieschaal te kiezen en de patiënt hierbij te helpen. In bepaalde gevallen kan zelfevaluatie onmogelijk zijn; dan moet men de voorkeur geven aan hetero-evaluatie (BPS, 2007).

Bij mensen die op cognitief en communicatief vlak sterk zijn achteruitgegaan en zich niet kunnen uitdrukken moet men zijn toevlucht zoeken tot een pijnbeoordeling met een observatieschaal. Het voornaamste gevaar hierbij is dat zorgverstrekkers pijn onderschatten of ze niet (h)erkennen (McLennon, 2005)(56).

Om goed de gedragsveranderingen in te schatten is het nodig tijdens het waarnemen de mantelzorg en/of de familieleden te betrekken. Hierbij dient men op te letten, want onderzoek heeft aan het licht gebracht dat hulpbiedende naasten de neiging hebben om de pijn te overschatten. (BPS, 2007)(HAS, 2008)(56). Recent werden verscheidene observationele methodes ontwikkeld en getest om pijn in te schatten bij mensen met verminderd cognitief vermogen (dementie, ziekte van Alzheimer,...). Alhoewel de ontwikkelingen veelbelovend zijn, zijn deze instrumenten nog niet gevalideerd en dus nog niet klaar voor dagelijks gebruik in de praktijk.

Toch worden er in de literatuur reeds een aantal indicatoren naar voren geschoven en op te volgen bij het vermoeden van pijn in het algemeen maar vooral voor patiënten bij wie omwille van hun beperkte cognitieve capaciteiten geen andere evaluatie-instrumenten gebruikt kunnen worden:

Aanbeveling:

Zoeken naar pijnsignalen

Gedragsverandering (afwijkend van het gedrag dat gewoonlijk wordt vertoond)

Elke gedragsverandering, of ze nu spontaan optreedt of tijdens een verzorging, moet aanleiding geven tot een vermoeden dat er een pijnprobleem is en dient verder onderzocht te worden.

Inactiviteit of patiënten die blijven liggen – atonie

En/of

Hinken, veranderde pas, gewichtsschommelingen, vastklampen

En/of

Zich schrap zetten, wrijven, heen en weer wiegen

En/of

Gedrag of uitdrukking van hinder (bv. geagiteerdheid, rusteloosheid, schelden, agressie, dwalen)

En/of

Zorg weigeren, afschermen van de pijnlijke omgeving

En/of

Verlies van eetlust, slapeloosheid, apathie (1C)

Deze indicatoren zijn niet specifiek voor de aanwezigheid van pijn, zij kunnen ook duiden op andere processen zoals honger, dorst, uitdrukken van problemen, tekens van infectie, enz. Alle mogelijke oorzaken moeten onderzocht en aangepakt worden (McLennon, 2005).

Argumentatie

De American Geriatrics Society (AGS) reikte een kader aan waarbinnen 6 types pijngedrag- en indicatoren worden beschreven, aangevuld met specifieke voorbeelden van observeerbare gedragingen (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons - The Management of Persistent Pain in Older Persons) (52).

American Geriatrics Society (AGS) – 2002

Gelaatsuitdrukkingen

Licht fronsen ; bedroefd, angstig gezicht
Grimas, gerimpeld voorhoofd, gesloten of toegenepen ogen
Elke verstoorde uitdrukking
Snel met de ogen knipperen

Verbale en vocale uitdrukkingen

Zuchten, zeuren, kreunen
grommen, roepen, schreeuwen
luid ademen
om hulp roepen
beledigen

lichaamsbewegingen

starre, gespannen lichaamshouding, defensief
niet stil kunnen zitten
meer en onrustig heen en weer lopen, wiegende bewegingen
bewegingsbeperking
gewijzigde gang of mobiliteit

veranderingen in de intermenselijke interacties

agressief, vechtlustig, weigert hulp
verminderde sociale interacties
sociaal onwelvoeglijk, storend
teruggetrokken

Veranderingen in het dagelijks activiteitenpatroon of van gewoontes

weigert voedsel, gewijzigde eetlust
meer rustperiodes
veranderde slaap- en rustpatronen
meer dolen

Verandering van de mentale toestand

huilen, tranen
meer verwardheid
geïrriteerd, gestresseerd

Het wordt aanbevolen deze gedragsindicatoren op een lijstje te noteren en aan te duiden, zodat men kan inschatten of er eventueel pijn aanwezig is.

Door op te tellen of door een bepaalde waarde toe te kennen aan elke indicator verkrijgt men een totaalscore.

De beperkingen van deze methode liggen bij de sensibiliteit en de specificiteit van deze optelling, en dit wegens het ontbreken van (biologische) markers en bij het feit dat deze meting geen psychometrische kenmerken heeft.

De betrouwbaarheid en de validiteit van dit type meetinstrument moeten nog verder worden onderzocht om zo de evaluatie van verschillende soorten pijn bij diverse niveau's van cognitieve achteruitgang verder te verfijnen (53).

Herr et al. evalueerden in 2006 10 bestaande instrumenten voor pijnassessment bij demente ouderen met het oog op het formuleren van aanbevelingen. De onderzoekers concludeerden dat geen enkel instrument kon worden aanbevolen (58). Zij stelden vast dat demente patiënten met pijn op zeer verschillende manieren konden reageren en dat geen enkel instrument specifiek of betrouwbaar genoeg was (58). Met de instrumenten kan slechts de aanwezigheid van pijn aangetoond worden, maar ze zeggen niets over de pijnintensiteit (54).

Herr et al. schuiven de Doloplus-2 naar voren als zijnde het meest geteste instrument, maar in de anglosaxische literatuur bestaan er geen gegevens over de evaluatie van de schaal en over vertaalde versies.

De PACSLAC (Pain assessment Checklist for Seniors with limited ability to communicate) wordt door de auteurs beschouwd als gebruikersvriendelijk en volledig. Dit instrument is echter nog niet getest op betrouwbaarheid en validiteit bij grote groepen (54).

Herr et al. doen enkele aanbevelingen met betrekking tot elementen waarvoor zorgverstrekkers aandacht moeten hebben wanneer ze op zoek zijn naar pijnsignalen bij demente patiënten (54):

- Ga ervan uit dat een patiënt pijn kan hebben als gevolg van een ziekte, verwonding, behandeling of heelkundige ingreep en speel hier snel op in ;
- Observeer de gedragingen van de oudere persoon zodat men beter kan inschatten of hij pijn heeft. Het is aanbevolen een lijst van gedragsindicatoren te gebruiken. Observeer indien mogelijk deze pijngerelateerde gedragingen tijdens bepaalde activiteiten zoals transfers, mobilisatie en herpositionering ;
- Bij elke oudere kan men niet-verbale tekens en gedragsveranderingen observeren. Vergeet echter niet dat deze niet altijd voorkomen bij ouderen met dementie of dat zij soms minder voor de hand liggend gedrag vertonen zoals agitatie of agressie ;
- Wanneer men niet zeker weet of er pijn aanwezig is, kan het gerechtvaardigd zijn dat er een analgeticum wordt toegediend om zeker te zijn. Indien hierna blijkt dat het normale gedrag terugkeert mag men er van uitgaan dat er inderdaad pijn aanwezig was en doorgaan met het pijnmiddel. *(dit is de verantwoordelijkheid van de arts)*

Zwakhalen et al. (2006) publiceerden een systematische review eveneens met betrekking tot pijninstrumenten op basis van gedrag en weerhielden er 12 . Uit deze studie komen Doloplus-2 en PACSLAC naar voren als de meest geschikte meetschalen. Bij Doloplus-2 rijzen er nog vragen over de specificiteit van het instrument. De evaluatiemethode voor sommige items is niet zo duidelijk en evenmin hoe de totaalscore kan worden

geïnterpreteerd (55). PACSLAC is een veelbelovend instrument dat vrij recent werd ontwikkeld door Fuchs-Lacelle en Hadjistavropoulos (2004) (50). Het instrument heeft een zeer gunstige inhoudelijke validiteit omdat het zeer specifieke informatie verzamelt betreffende pijn bij demente ouderen. De items worden gescoord wanneer het gedrag zich voordoet, maar de score wordt niet geïnterpreteerd. De voornaamste kritiek momenteel is dat de schaal slechts in kleinere groepen werd getest. Het instrument moet dus nog verder worden verfijnd en getest bij een grotere populatie en in meerdere settings (55).

Schofield (2008) (56) beveelt eveneens Dolopius-2 aan, vertaald in 5 talen (w.o. in het Nederlands), en waarvan momenteel ook een verkorte versie onderzocht wordt (Pautex et al., 2008) (57). De PAINAD schaal (Pain Assessment in Advanced Dementia), in Australië reeds een 10-tal jaren opgenomen in de richtlijnen van de Australian Pain Society, werd wat betreft validiteit verder onderzocht in Duitsland (58). Het lijkt een geschikt instrument om de aanwezigheid van pijn bij demente patiënten aan te tonen.

Zwakhalen et al. bestudeerden de psychometrische eigenschappen en de bruikbaarheid van nederlandstalige versies van Dolopius 2, PAINAD en PACSLAC bij een beperkte groep (n=128) residenten met dementie in een gecontroleerde situatie (pijnmeting na een lichte, korte pijnprikkel) (59). Zij constateerden dat men met de drie schalen de patiënten met pijn kon onderscheiden van de patiënten zonder pijn. Van de Dolopius-2 vonden de verpleegkundigen dat deze het minst gebruikersvriendelijk was. Zij verkozen de PACSLAC schaal als de meest bruikbare en nuttige voor de patiënt. Toch besluiten de onderzoekers dat PACSLAC nog verdere verfijning heeft in functie van de verhoging van de homogeniteit (63). Een verkorte versie werd ondertussen ontwikkeld en is klaar om verder te worden onderzocht in de dagelijkse klinische praktijk (60). Ook Hadjistavropoulos verwijst in een recente review (2007) naar deze studie en vernoemt PACSLAC als zijnde het meetinstrument waarvoor het meeste bewijskracht voorhanden is (50).

Aanbeveling:

Voor patiënten met ernstige cognitieve achteruitgang en/of majeure communicatieproblemen wordt er aanbevolen pijn te evalueren aan de hand van een observationele schaal in samenwerking met de naasten of de familie **(2B)**.

Ondanks het feit dat de vernoemde schalen niet eenduidig kunnen worden aanbevolen (omdat ze tot op vandaag niet voldoende specifiek en betrouwbaar zijn, cfr. argumentatie), worden gezondheidswerkers toch aangemoedigd ze in het werkveld te gebruiken (meer bepaald Dolopius en PACSLAC worden het meest aanbevolen).

De scores opgetekend in het kader van pijnbeoordeling dienen te worden genoteerd in het verpleegdossier (HAS, 2000).

2.4. STAP 4: DE PIJN REGELMATIG HEREVALUEREN

Argumentatie

Wanneer een geschikte pijnschaal gekozen is dient er op gezette tijdstippen terug een pijnbeoordeling plaats te vinden om het effect van de pijnbehandeling na te gaan (BPS, 2007)(HAS, 2008)(NHS, 2006). Er wordt nergens vermeld hoe dikwijls dit moet gebeuren.

Aanbeveling:

- Op geregelde tijdstippen dienen de gezondheidswerkers het effect van de pijnbehandeling te evalueren aan de hand van de door de patiënt gekozen pijnschaal. **(opinie van experts)**
- Ook eventuele nevenwerkingen van de behandeling moeten worden nagegaan **(opinie van experts)**

2.5. STAP 5: DE DOELTREFFENDHEID VAN EEN BEHANDELING EVALUEREN

Argumentatie

Het is duidelijk dat er een regelmatige pijnevaluatie dient te gebeuren om de doeltreffendheid van de pijnbehandeling na te gaan. Dit zou even routinematig moeten gebeuren, net zoals het nagaan en meten van andere vitale tekens (bv. pols, bloeddruk, temperatuur,...), zodat iedereen die instaat voor patiënten ten allen tijde oog heeft voor het pijnprobleem en de verbeterde kwaliteit van de zorgverlening.

Zoals eerder reeds vermeld, bestaan er diverse nuttige en specifieke meetschalen voor welbepaalde patiëntengroepen (49).

De richtlijnen opgesteld door *The Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials* (IMMPACT) voor het meten van de outcome van onderzoeken in het kader van behandelingen voor chronische pijn zijn ook bruikbaar voor de dagdagelijkse pijnevaluatie. De voornaamste doelstelling van IMMPACT (www.immpact.org/meetings.html) is het opstellen van richtlijnen voor klinisch onderzoek teneinde de doeltreffendheid en de doelmatigheid van behandelingen voor chronische pijn te berekenen.

De deelnemers aan de consensusvergaderingen (4 sedert 2003) waren afkomstig uit universiteiten, de regering, een zelfhulpgroep en de farmaceutische industrie, allen geselecteerd omwille van hun eigen expertise op het vlak van research, klinische praktijkervaring of administratieve bekwaamheden in verband met chronische pijn (54, 51, 61)

Een recente consensusmeeting (63) had als doel aanbevelingen te formuleren met betrekking tot het bepalen van klinisch belangrijke verschillen en van de verbetering van de levenskwaliteit van de patiënt met chronische pijn. De consensusvergadering stelde een voorlopig referentiekader voor ter bepaling van wat “klinisch belangrijke” verschillen zijn op het vlak van verschillende specifieke deeldomeinen bij interventiestudies voor

chronische pijn – IMMPACT in 2005 (51): pijnintensiteit, fysiek en gevoelsmatig functioneren en globale verbetering van de levenskwaliteit.

Om te bepalen wat dit klinisch belangrijk verschil is, beveelt IMMPACT aan de mate van verandering te beschrijven die van tel is voor de patiënt.

De hulpverleners moeten eveneens kunnen bepalen welke de verschillen qua pijnintensiteit en levenskwaliteit zijn tussen de patiënt en een voldoende grote controlegroep om van voldoende wetenschappelijke en therapeutische waarde te zijn.

Bij interventiestudies voor chronische pijn wordt de doeltreffendheid van een behandeling vooreerst ingeschat door middel van het meten van de verschillen in pijnintensiteit. Om de aanbevelingen te formuleren steunden de onderzoekers voornamelijk op 3 belangrijke studies in dewelke men de pijnreductie mat na een analgetische behandeling (Farrar et al., 2001; Salaffi et al., 2004; Hanley et al., 2006). Hierin werd onderzocht hoe patiënten de evolutie van de pijn beschreven (aan de hand van de NRS) en ook wat de invloed was van deze behandeling op hun dagelijks leven (aan de hand van een 7-punts schaal genaamd **PGIC - Patient Global Impression of Change**).

PGIC is een schaal die meer en meer wordt aanbevolen in het kader van interventiestudies en wordt beschouwd als de « gold standard » waarmee naar klinisch belangrijke en statistisch significante verschillen kan worden gezocht.

De patiënten duiden op een 7-punts schaal aan welke de impact is van de pijnbehandeling op hun dagelijks leven, gaande van « geen verandering (of slechter » tot « veel verbetering » (74) :

- very much improved
- much improved
- minimally improved
- no change
- minimally worse
- much worse
- very much worse

Hurst en Bolton (2004) bepaalden de cut-off voor elk scoreverschil. Zo konden zij de patiënten met een klinisch belangrijke verbetering onderscheiden. Zij vroegen aan 165 patiënten met een dorso-lumbaire aandoening en aan 100 patiënten met nekproblemen om voor en na een behandeling door een chiropracticus de “Bournemouth Questionnaire” in te vullen (bestaande uit 7 NRS), en daarna ook een PGIC-schaal. Door middel van de gekozen statistische methode kon er gezocht worden naar het aantal en de proportie van patiënten die een klinisch belangrijke verschil ervaarden. Hiermee kon ook de NNT (“numer needed to treat” berekend worden, wat de toepassing mogelijk maakt van de resultaten van interventiestudies op individuele basis. Dit is het principe van Evidence-Based Practice (74).

Tot op heden is er echter nog geen onderzoek gebeurd met betrekking tot de validatie van de PGIC-schaal.

Ferguson et al. (2009) bestudeerden de invloed van een rehabilitatieprogramma bij 488 ambulante patiënten met chronische pijn vergeleken de scores op de PGIC voor en na de behandeling. Zij toonden aan dat de scoreverschillen – vooral wat betreft pijnintensiteit (NRS) – de waarden op de PGIC significantief bepaalden, maar dat er bijna zeker beïnvloedende factoren waren (73).

Op basis van de gebundelde resultaten van de 3 bovenstaande onderzoeken, bracht de consensusgroep een aantal criteria naar voren voor het beoordelen van de verschillen in pijnintensiteit bij behandelingen (51, 61, 62).

Tabel: criteria voor verbetering van de pijn in verhouding tot de vermindering van de pijnintensiteit uitgedrukt d.m.v. een eenvoudige numerieke schaal

Pijnintensiteit	Mate van verbetering	verschillen
0-10 NRS	Weinig of niet belangrijk	10 – 20% vermindering
	Gematigd belangrijk	>= 30% vermindering
	Substantieel belangrijk	>= 50% vermindering

In zijn rapport wijst de consensusgroep erop dat aanvullend onderzoek nodig is. Samengevat moet men stellen dat de meest significatieve pijnvermindering deze is die de patiënt en zijn hulpverleners

Verder moet er bij het nagaan van de doeltreffendheid van een behandeling ook nog worden onderzocht wat de invloed is van o.m. patiëntgerelateerde kenmerken, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. (63). Hanley et al. (2006) vonden alvast dat

Ouderen, voor dezelfde behandeling, een grotere daling van de pijnintensiteit aandaiiden als “betekenisvol” dan jongeren (2.4 t.o.v. 1.2 op de NRS) (63).¹⁵

De consensusgroep wijst er in zijn rapport op dat bijkomend onderzoek nodig is.

Aanbeveling:

- Bij de beoordeling van de doeltreffendheid van een behandeling dient men niet enkel de focus te richten op de veranderingen qua pijnintensiteit maar ook rekening houden met andere dimensies zoals de verbetering van de levenskwaliteit en van de dagdagelijkse activiteiten van de patiënt **(1B)**
- Om te beoordelen hoe doeltreffend een behandeling is op de vermindering van de pijnintensiteit gebruikt men bij voorkeur de NRS, indien de toestand van de patiënt dit toelaat **(1A)**

¹⁵ Experts benadrukken dat het moeilijk is om chronische pijn volledig weg te werken. De voornaamste doelstelling daarentegen is dat de patiënt leert omgaan met de pijn. De gezondheidswerker dient samen met de patiënt realistische doelstellingen te bepalen om zijn levenskwaliteit te verbeteren.

3. Overzicht van de aanbevelingen

1ste STAP : PIJN HERKENNEN/ANAMNESE

- De professional vraagt aan de patiënt of hij pijn heeft (**opinie van experts**)
- De professional herkent pijn wanneer de patiënt die uit (**opinie van experts**)
- De professional herkent pijnsignalen wanneer de patiënt deze niet kan uiten (**opinie van experts**)
- De professional wordt gealarmeerd wanneer pijn aanwezig is (**opinie van experts**)

2de STAP : NAAR DE OORZAAK VAN CHRONISCHE PIJN ZOEKEN

- De arts onderzoekt of de chronische pijn het gevolg is van een onderliggende pathologie. **(1C)**
- De gezondheidswerker gaat na welke factoren de pijn verergeren om zo de patiënt te kunnen helpen de pijn te verlichten en hem te leren omgaan met de pijn in het dagelijks leven. (**opinie van experts**)

3de STAP : PIJNEVALUATIE

BESCHRIJVING VAN PIJN BIJ ALLE PATIËNTEN

- Om chronische pijn te beschrijven dienen de professionals een gevalideerde multidimensionele schaal te gebruiken ; **(1B)**
- Om dagelijks de chronische pijn of om de doeltreffendheid van een behandeling te evalueren moeten de professionals een gevalideerde evaluatieschaal gebruiken voor het meten van pijnintensiteit (zelf-evaluatie) ; **(1B)**
- Artsen en verpleegkundigen kennen het verschil tussen nociceptieve en neuropathische pijn ; **(1B)**
- De pijnexperts wijzen erop dat in de fase van de readaptatie van de patiënt de professionals de pijnintensiteit slechts om de 2 à 3 dagen moeten meten om zo de patiënt langzaam van zijn pijn los te maken (**opinie van experts**)

> PATIËNTEN MET GEEN OF WEINIG COGNITIEVE PROBLEMEN

- De keuze van het instrument hangt samen met wat men met de evaluatie wil bereiken. Een eerste evaluatie is uitgebreider en gebeurt aan de hand van een multidimensionele schaal ; daarna kan er verder een unidimensionele schaal gebruikt worden. **(2B)**
- Indien de patiënt in staat is om zelf de pijnevaluatie te doen, moet hieraan de voorkeur worden gegeven; **(1B)**

- De gebruikte evaluatieschaal houdt rekening met de mogelijkheden van de patiënt en moet worden gebruikt in optimale omstandigheden ; **(opinie van experts)**
- De gezondheidswerker moet steeds hetzelfde meetinstrument gebruiken ; **(1C)**
- Indien nodig moet de gezondheidswerker de patiënt helpen bij de evaluatie ; **(opinie van experts)**
- Voor patiënten met een lichte cognitieve achteruitgang en/of oudere patiënten is het gebruik van de visueel-analoge schaal vaak moeilijk en wordt er aanbevolen om (bij voorkeur) een numerieke schaal te gebruiken of een eenvoudige verbale schaal (als 2de keuze) ; **(2B)**
- Patiënten met een matige cognitieve achteruitgang en/of met communicatieproblemen moeten worden geholpen bij de pijnevaluatie door de gezondheidswerkers. Men moet het instrument gebruiken dat het meest is aangepast aan de patiënt, maar men moet ook er ook steeds naar streven dat de patiënt zelf de evaluatie doet, en indien dit niet mogelijk zou zijn dan pas een observatieschaal aanwenden; **(1C)**

>PATIËNTEN MET COGNITIEVE PROBLEMEN

- Elke gedragsverandering, spontaan of tijdens een verzorging, kan wijzen op een pijnprobleem en moet verder worden onderzocht **(1C)** :
 - Inactiviteit of patiënten die blijven liggen – atonie
En/of
 - Hinken, veranderde pas, gewichtsschommelingen, vastklampen
En/of
 - Zich schrap zetten, wrijven, heen en weer wiegen
En/of
 - Gedrag of uitdrukking van hinder (bv. geagiteerdheid, schelden, agressie, dwalen)
En/of
 - Zorg weigeren, afschermen van de pijnlijke omgeving
En/of
 - Verlies van eetlust, slapeloosheid, apathie
- Bij patiënten met een zware cognitieve achteruitgang en/of ernstige communicatieproblemen, wordt er aanbevolen voor de pijnevaluatie gebruik te maken van een observatieschaal in samenwerking met naasten of familie. **(2B)**

Een beslissingsboom voor pijnevaluatie bij patiënten met chronische pijn is voorgesteld in bijlage 4 – “beslissingsboom voor de evaluatie van chronische pijn”.

4de STAP : HET REGELMATIG HEREVALUEREN VAN DE PIJN

- De gezondheidswerkers moeten op regelmatige basis de doeltreffendheid van een behandeling evalueren door middel van een zelf-evaluatieschaal gekozen door de patiënt. **(opinie van experts)**
- Tegelijkertijd moet er eveneens naar eventuele bijwerkingen van een behandeling worden gezocht **(opinie van experts)**

5de STAP : HET EVALUEREN VAN DE DOELTREFFENDHEID VAN EEN BEHANDELING

- De evaluatie van de doeltreffendheid van een behandeling mag niet enkel gericht zijn op veranderingen in de pijnintensiteit, maar moet ook rekening houden met andere dimensies zoals een verbetering van de levenskwaliteit of van de dagelijkse activiteiten van de patiënt. **(1B)**
- Voor het meten van de doeltreffendheid van een behandeling is de NRS de beste keuze, indien de toestand van de patiënt het toelaat **(1A)**

VIII. HOLISTISCHE VISIE OP DE AANPAK VAN CHRONISCHE PIJN

De Haute Autorité de Santé¹⁶ legt in de richtlijn voor de aanpak van chronische pijn

(2008) de nadruk op de noodzaak om de evaluatie en de behandeling van chronische pijn te baseren op een bio-psycho-sociaal model. Bij deze patiënten is de doelstelling niet alleen de pijnintensiteit te verminderen, maar tevens hun levenskwaliteit, hun fysieke, psychologische en sociale functioneren te verbeteren.

In andere internationale richtlijnen zoals die van BPS (2007), NHS (2006) en de richtlijn van Mc Lennon (Universiteit Iowa) (2005) wordt gepleit voor dezelfde aanpak.

Dit houdt in dat, vanaf de diagnose van chronische pijn, de aanpak multidisciplinair moet zijn.

Nochtans bestaat er weinig wetenschappelijk bewijs dat deze benadering doelmatig zou zijn; de richtlijnen steunen allen op een consensus van experts.

Bepaalde ziektebeelden zoals rugpijn (65), chronische nekpijn (64) en fibromyalgie (66) werden beschreven in Cochrane systematische reviews waarbij de multidisciplinaire aanpak van de revalidatie van patiënten (bio-psycho-sociaal model) werd vergeleken met een conventionele behandeling van chronische pijn.

De auteurs komen tot het besluit dat er voor de rugpijn beperkt wetenschappelijk bewijs is dat de multidisciplinaire revalidatie doeltreffender is dan de klassieke behandeling (65). In verband met de nekpijn en de fibromyalgie zijn de auteurs echter gereserveerd en beschouwen ze de voorhanden bewijzen zwak tot niet significant (64, 68).

Voor andere oorzaken van chronische pijn bestaan er op dit vlak geen literatuurreviews.

¹⁶ Haute Autorité de Santé, Recommandations professionnelles : Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, december 2008.

Zelfs indien bepaalde onderzoeken zouden aantonen dat interdisciplinair begeleide revalidatie doeltreffend is, is de doelmatigheid ervan moeilijk aan te tonen omdat er grote verschillen zijn in benadering van zulke patiënten. Bijkomend onderzoek is dus nodig (67).

Volgens Hadjistavropoulos is de grote angst en ongerustheid die samengaat met chronische pijn moeilijk te behandelen, maar een vroegtijdige multidisciplinaire aanpak kan de patiënt helpen om de pijn zelf onder controle te houden en het bevordert zijn “coping”-gedrag (68).

Het onderzoek, de evaluatie en de behandeling van chronische pijn moeten het resultaat zijn van een nauwe samenwerking tussen de huisarts en de thuisverpleegkundige, maar ook met de apotheker en de kinesist waarbij het niet de uiteindelijke betrachting is om de pijn totaal uit de wereld te helpen (wat vaak moeilijk is), maar om de patiënt te leren omgaan met de pijn en zijn levenskwaliteit te verbeteren.

Bij deze holistische benadering op basis van het bio-psycho-sociaal model speelt de patiënt een actieve rol. De therapeutische relatie berust op vertrouwen tussen de gezondheidswerker en de patiënt. Vanaf de diagnose van chronische pijn is het aanbevolen om de patiënt voor advies door te verwijzen naar een multidisciplinair centrum¹⁷ vooral wanneer de pijn voornamelijk een psycho-sociale dimensie blijkt aan te nemen.

Bij het pluridisciplinair werken wordt meer rekening gehouden met de specifieke aanpak van elke discipline en de communicatie verloopt des te beter naarmate men gezamenlijk dezelfde hulpmiddelen en bronnen gebruikt (27, 65).

Aanbeveling:

- Het onderzoek, de evaluatie en de behandeling van chronische pijn moeten het resultaat zijn van een nauwe samenwerking tussen de arts en de thuisverpleegkundige, maar ook met de apotheker en de kinesitherapeut (**opinie van experts**);
- De verschillende gezondheidswerkers moeten de patiënt leren zich terug aan te passen in zijn eigen omgeving onder begeleiding van het pluridisciplinair team met als voornaamste doelstelling de verbetering van de levenskwaliteit (**opinie van experts**);
- De experts hebben er eveneens op gewezen dat bij deze holistische benadering de verzorgers een opvoedende taak hebben om de patiënt te helpen bij het anders bekijken van zijn pijnprobleem (**opinie van experts**);
- Actief luisteren is zeer belangrijk bij dit proces. De therapeuten helpen de patiënt bij het beter beheersen van de pijn (**opinie van experts**).

¹⁷ Multidisciplinaire equipes zijn gewoonlijk samengesteld uit verschillende artsen-specialisten (bv. anesthesisten, neurologen, neurochirurgen, revalidatieartsen, psychiaters,...) en daarnaast apothekers, psychologen, verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten en maatschappelijk werkers.

IX. PIJNBEHANDELING

Het is niet de bedoeling om in deze richtlijn de verschillende aspecten van de behandeling van chronische pijn uit te werken. De Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) werkte dit onderwerp ruimschoots uit in 2004 (27). Deze richtlijn is beschikbaar via <http://www.ssmg.be/new/index.php?Page=91>.

Medicatie is slechts een deel van de behandeling. De readaptatie, met de steun van alle verzorgers, zowel thuis als van de specialisten, is essentieel. Samenwerking tussen al deze actoren is dan ook onontbeerlijk.

De thuisverpleegkundige zal de patiënt evalueren in de loop van de multidisciplinaire behandeling, wat het nodig maakt op de hoogte te blijven van de beoogde doelen.

De patiënt leert zich eraan te passen in zijn eigen omgeving onder begeleiding van het pluridisciplinair team.

Ten behoeve van de thuisverpleegkundigen wordt hierbij een overzicht gegeven van de belangrijkste principes i.v.m. de behandeling.

Verpleegkundigen werken in het kader van de behandeling samen met de arts op het vlak van

- toediening van de behandeling
- evalueren van het effect
- waakzaamheid voor nevenwerkingen

Ter ondersteuning werd in *bijlage 1* een overzichtstabel opgenomen met diverse nuttige gegevens voor de verpleegkundige praktijk.

Deze tabel geeft voor elke medicatiegroep de commerciële benaming, indicaties, contra-indicaties en nevenwerkingen van elk product.

Belangrijkste principes van medicamenteuze behandeling van chronische pijn (27)

De pijnladder van de WGO is onderverdeeld in drie eenvoudige niveau's. Ze werd opgemaakt in 1986 en was oorspronkelijk bedoeld voor de behandeling van pijn bij kankerpatiënten. Zij is nadien aangepast voor alle pijntypes en laat toe de medicamenteuze pijnbehandeling progressief aan te passen. De gradatie in kracht van pijnstilling wordt door de WGO naar voor geschoven om een rationeler gebruik van analgetica te bevorderen. Zij berust op geen enkele wetenschappelijke basis (opinie van experts).

NB : Men dient rekening te houden met het verleden en de ziektegeschiedenis van de patiënt en alvorens een pijnbehandeling voor te schrijven. Dit voorschrift valt onder de bevoegdheid van de arts.

WGO pijnladder - stap 1 :

> Niveau met weinig pijnintensiteit (1 tot 4 op de visueel-analoge schaal).

Experts benadrukken dat het bij chronische pijn onvoldoende is om enkel pijnintensiteit te evalueren. Ook het type pijn is belangrijk en tevens de nevenwerkingen van de behandeling .

Mogelijk gebruikte medicatie :

- paracetamol
- acetylsalicylzuur
- Niet-steroïdale anti-inflammatoire medicatie (NSAID)

WGO pijnladder - stap 2 :

> Meer intense pijn (4 tot 8 op de visueel-analoge schaal).

In dit stadium wordt voorgesteld om deze medicatie te gebruiken :

- Codeïne¹⁸
- Nefopam chloorhydraat
- dextropropoxyfeen
- tramadol
- tilidine
- buprenorfine

Medicatie in stap 1 en 2 hebben een « plafond dosis », dus een maximale dosis voor het verkrijgen van het juiste analgetisch effect.

+ paracetamol

WGO pijnladder - stap 3 :

> Sterke tot hevige pijnintensiteit (8 tot 10 op de visueel-analoge schaal) en/of bij een ondoeltreffende voorgaande behandeling.

Mogelijk gebruikte medicatie :

- morfine injecteerbaar of oraal
- fentanyl (transdermaal toegediend)
- hydromorfone chloorhydraat

¹⁸ Langdurig gebruik wordt afgeraden wegens gewenning

- methadon
- oxycodon

Op elk niveau kan de medicatie samen gegeven worden met een adjuvans of een co-analgeticum, maar ook met anxiolytica, antidepressiva, enz.

WGO pijnladder - stap 3 (hoger) :

> Sterke tot hevige pijnintensiteit (8 tot 10 op de visueel-analoge schaal) en/of behandeling op niveau 3 die niet volstaat. In dit geval is het noodzakelijk een pijnspecialist (arts) te raadplegen.

In acht te nemen principes:

1. De overgang van stap 1 naar stap 3 gebeurt geleidelijk.
2. Stap 1 en stap 2 of 3 kunnen gecombineerd worden
3. Men combineert best geen zwakke met sterke opioïden, dus niet stap 2+3
4. Men moet zich ervan vergewissen dat het geneesmiddel correct toegediend werd (juiste hoeveelheid en op de juiste tijdstippen) alvorens over te gaan naar een volgend niveau (de juiste dosis op regelmatige tijdstippen).

Volgens experts gebruikt men bij patiënten met chronische pijn bij voorkeur medicatie met een vertraagde (retard) werking (bv. tramadol retard, tilidine retard, enz.).

Men gebruikt bij voorkeur zo lang mogelijk orale medicatie.

GOUDEN STELREGELS BIJ HET GEBRUIK VAN MORFINE

- Kies de voor de patiënt meest geschikte toedieningswijze (zo lang mogelijk oraal)
- Nooit retard-medicatie pletten of doorbreken

GOUDEN STELREGELS BIJ HET GEBRUIK VAN TRANSDERMALE KLEVERS

- Enkel bij (langdurige) chronische pijn en niet bij acute pijn
- Aanbrengen op gezonde en zuivere huid (niet scheren maar haartjes afknippen indien nodig)
- Men mag baden en douchen
- Warmte verhoogt de absorptie van Fentanyl. Het is dus nodig de temperatuur van de patiënt op te volgen en hij mag niet in de zon gaan zitten.
- Indien de patiënt meer dan 3 maal een tussendosis vraagt op 24u : vooraleer de dosis te verhogen eerst nagaan of de tussendosis correct is en of de patch goed vastkleeft op de huid.
- Fentanyl werkt nog 12 à 18u na het verwijderen van de patch.
- Bij erg zweten en het loslaten van de patch kan de werking verminderen, is de behandeling bijgevolg ondoeltreffend en kunnen er mogelijk ontwenningsverschijnselen optreden.

X. BIBLIOGRAFIE

1. Blair H. Smith, Jane L. Hopton, W. Alistair Chambers. **Chronic Pain in primary care.** Family Practice. 1999, 16 (5): 475 – 482.
2. Frank Brennan, Daniel B. Carr, Michael Cousins. **Pain Management : A Fundamental Human Right.** Pain Medecine. 2007, 105 (1): 205 – 221.
3. Mackintosh, S. Elson. **Chronic Pain: clinical features, assessment and treatment.** Nursing Standard. 2008, 23 (5): 48 – 56.
4. Dennis C. Turk. Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Treatments for Patients with Chronic Pain. The Clinical Journal of Pain. 2002, 18 (6): 355 – 365.
5. Daisha J. Cipher, Ephrem Fernandez, P. Andrew Clifford. **Cost-effectiveness and Health Care Utilization in a Multidisciplinary Pain Center: Comparison of Three Treatment Groups.** Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2001, 8 (4): 237 – 244.
6. Robert J. Gatchel, Akiko Okifuji. **Evidence-based Scientific Data documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain.** The Journal of Pain. 2006, 7 (11): 779-793.
7. Dennis C. Turk, Tasha M. Burwinkle. **Clinical outcomes, Cost-Effectiveness, and the Role of Psychology in Treatments for Chronic Pain Sufferers.** Professional Psychology: Research and Practice. 2005, 36 (6): 602 – 610.
8. Steven E. Locke, Patricia Ford, Thomas Mc Laughlin. **A Comparative Cost Analysis of Participating versus Non-Participating Somatizing Patients Referred to a Behavioral Medicine Group in a Health Maintenance Organization.** Dis Manage Health Outcomes. 2003, 11 (5): 327 – 335.
9. Laura T. Pizzi, Chareen T. Carter, Jamie B. Howell, Susan M. Vallow, Albert G. Crawford, Evan D. Frank. **Work Loss, Healthcare Utilisation, and Costs among US Employees with Chronic Pain.** Dis Manage Health Outcomes. 2005, 13 (3): 201 – 208.
10. Merskey H, Bogduk N. **Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.** Prepared by the Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, 2nd ed. Seattle (VA): IASP Press; 1994.
11. World Health Organization. **Cancer Pain Relief.** Second edition, WHO, 1996, Geneva.
12. Smith BH., Elliott AM., Chambers WA., Smith WC., Hannaford PC., Penny K **The impact of chronic pain in the community.** Family Practice. 2001, 18 (3): 292–299
13. Gureje O. Simon GE. Von Korff M. **A cross-national study of the course of persistent pain in primary care.** Pain. May 2001,92(1-2):195-200.
14. Dysvik E., Lindstrom T.C., Eikeland O., Natvig G K. **Health related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain.** Pain Management Nursing. 2004, 5 (2): 66–74.
15. Verhaak PF. Kerssens JJ. Dekker J. Sorbi MJ. Bensing JM. **Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature.** Pain. Sept. 1998, 77(3):231-9.
16. Ospina M, Harstall C. **Prevalence of Chronic Pain: an Overview.** Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment. Edmonton, AB: 2002; Report No. 28.
17. International Association for the Study of Pain. **How Prevalent Is Chronic Pain?** June 2003 , Vol XI N°2.
18. Breivik H. Collett B. Ventafridda V. Cohen R. Gallacher D. **Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment.** European Journal of Pain: Ejp. May 2006,10(4):287-333.
19. Cook AJ, Chastain DC. **The classification of patients with chronic pain: age and sex differences.** Pain Res Manage. 2001;6:142–151.
20. Rustoen T. Wahl AK. Hanestad BR. Lerdal A. Paul S. Miaskowski C. **Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults.** Clinical Journal of Pain. Nov – Dec 2005, 21(6):513-23.
21. Dionne CE. Dunn KM. Croft PR. **Does back pain prevalence really decrease with increasing age ? A systematic review.** Age & Ageing. May 2006, 35(3):229-34.
22. Thomas E. Peat G. Harris L. Wilkie R. Croft PR. **The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP).** Pain. Jul. 2004, 110 (1-2):361-8.

23. Perkins FM, Kehlet H. **Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors.** *Anesthesiology*. Oct. 2000, 93(4):1123-33.
24. Elliott AM., Smith BBH., Penny KI., Smith WC., Chambers WA. **The epidemiology of chronic pain in the community.** *Lancet*. 1999, 354 (9186:) 1248-1253
25. Miro J. Nieto R. Huguet A. **Predictive factors of chronic pain and disability in whiplash: a Delphi poll.** *European Journal of Pain: Ejp*. Jan 2008, 12(1):30-47.
26. Nicholson BD. **Diagnosis and management of neuropathic pain: a balanced approach to treatment.** *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2003, 15 (12): 3-9.
27. Van Halewyn M., Cerexhe F. **Recommandation de bonne pratique : La douleur chronique.** Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) oct. 2004.
28. National Health Service (NHS). **Management of Chronic Pain in Adult - Best Practice Statement.** NHS Quality Improvement Scotland. Feb. 2006.
29. Mackintosh C. **Appraising pain.** In Banks C, Mackrodt K *Chronic Pain Management*. Whurr Publishers, London, 2005, 92-112.
30. Chronic Pain Policy Coalition. **A New Pain Manifesto.** Chronic Pain Policy Coalition. 2007. London.
31. Wittink H, Michel TH. **Chronic Pain Management for Physical Therapists.** Butterworth- Heinemann, Boston MA. 1997.
32. Twycross, A. **Education about pain: a neglected area?** *Nurse Education Today* . 2000, 20: 244-253.
33. Solomon, P. **Congruence between health professionals' and patients' pain ratings: a review of the literature.** *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*. 2001, 15: 174-180.
34. Ruzicka, S., Sanchez-Reilly S., Gerety, M. **Holistic Assessment of Chronic Pain Among Elders.** *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2007 (24) 4, 291-299.
35. Bourbonnais, FF., Perreault, A., Bouvette, M. **Introduction of a pain and symptom assessment tool in the clinical setting – lessons learned.** *Journal of Nursing Management*. 2004, 12, 194-200.
36. Dewar, A. **Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community.** *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2006 (24) 1, 33-38.
37. de Rond, M., de Wit, R., van Dam, F., Muller, J. **A Pain Monitoring Program for nurses: Effects on Communication, Assessment and Documentation of Patients' Pain.** *Journal of Pain and Symptom Management*. 2000 (20) 6, 424-439.
38. de Rond, M., de Wit, R., van Dam, F., Muller, J. **A Pain Monitoring Program for Nurses: effect on the administration of analgesics.** *International Association for the Study of Pain. Elsevier Science. Pain*, 2000 (89) 25-38.
39. Alexander, B.J., Blank, P., Carlson, M.B., Hanson, P., Picken, K., Schwebke, K. **Methods of Pain Assessment in Residents of Long-Term Care Facilities: A Pilot Study.** *Journal of the American Medical Directors Association*. 2005; 6: 137-143.
40. Leong, IYO., Helme, R. **Considerations in the Assessment and Management of Older People with Chronic Pain.** *Annals Academy of Medicine, Singapore*. 2003 (32) 6, 771-7.
41. Brunton, S. **Approach to assessment and diagnosis of chronic pain.** *The Journal of Family Practice*. 2004 (Oct) (53) 10, Supplement S3-S10.
42. Hadjistavropoulos, T., Fine, P. **Chronic Pain in older persons: prevalence, assessment and management.** 2007. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2006; 16, 231-241.
43. McCarberg, B., Stanos, S. **Key Patient Assessment Tools and Treatment Strategies for Pain Management.** *Pain Practice*. 2008 (8) 6, 423-432.
44. Peters, M., Patijn, J., Lamé, I. **Pain assessment in Younger and Older Patients: Psychometric Properties and Patient Preference of Five Commonly Used Measures of Pain Intensity.** *Pain Medicine*. 2007 (8) 7, 601-610.
45. Mordechai, A., Meyer, K. **Assessment of Visual Analog versus Categorical Scale for Measurement of Osteoarthritis Pain.** *Journal of Clinical Pharmacology*. 2004, 44: 368-372.
46. Mitchell, C. **Assessment and Management of Chronic Pain in Elderly People.** *British Journal of Nursing*. 2001 (10) 5, 296-304.
47. Farrar, J., Troxel, A., Scott, C. Duncombe, P., Jensen, M. **Validity, Reliability, and Clinical Importance of Change in a 0-10 Numeric Rating Scale Measure of Spasticity: A Post Hoc Analysis of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial.** *Clinical Therapeutics*. 2008 (30) 5, 974-985.
48. Crocchu, G., Anand, P., Attal, N., Garcia-Larrea, L., Haanpää, M., Jørum, E., Serra, J., Jensen, T. **EFNS guidelines on neuropathic pain assessment.** *European Journal of Neurology*. 2004, 11: 153-162.

49. Breivik, H., Borchgrevink, P., Allen, M., Rosseland, L., Romundstad, L., Breivik Hals, E., Kvarstein, G., Stubhaug, A. **Assessment of Pain.** British Journal of Anaesthesia. 2008 (101) 1, 17-24.
50. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, et al. **An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons.** Clinical Journal of Pain 2007;23:S1-S43
51. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, et al. **Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations.** Pain 2005;113:9-19.
52. American Geriatrics Society (AGS). Panel on Persistent Pain in Older Persons. **The Management of Persistent Pain in Older Persons.** Clinical Practice Guideline. JAGS 2002 (June)(50) 6, Supplement S205-S224.
53. Stolee, P., Hillier, L., Esbaugh, J., Bol, N., McKellar, L., Gauthier, N. **Instruments for the Assessment of Pain in Older Persons with Cognitive Impairment.** Journal of the American Geriatrics Society. 53(2):319-326, February 2005.
54. Herr, K., Bjoro, K., Decker, S. **Tools for assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review.** Journal of Pain and Symptom Management. 2006 (31) 2, 170-192.
55. Zwakhalen, S., Hamers, J., Abu-Saad, HH., Berger, M. **Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools.** BMC Geriatrics. 2006 (6) 3.
56. Schofield, P. **Assessment and management of pain in older adults with dementia: a review of current practice and future directions.** Current Opin in Supportive and Palliative Care. 2008, 2: 128-132.
57. Pautex, S., Herrmann, F., Michon, A., Giannakopoulos, P., Gold, G. **Psychometric Properties of the Doloplus-2 Observational Pain assessment Scale and Comparison to Self-Assessment in Hospitalized Elderly.** Clinical Journal of Pain. 2007 Nov-Dec 23(9):774-9.
58. Schuler MS. Becker S. Kaspar R. Nikolaus T. Kruse A. Basler HD. **Psychometric properties of the German "Pain Assessment in Advanced Dementia Scale" (PAINAD-G) in nursing home residents.** Journal of the American Medical Directors Association. 2007 Jul 8(6):388-95.
59. Zwakhalen, S., Hamers, J., Berger, M. **The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia.** Pain. 2006 (126) 210-220.
60. Zwakhalen, S., Hamers, J., Berger, M. **Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia.** Journal of Advanced Nursing. 2007 (58) 5, 493-502.
61. Turk, D., Dworkin, R. et al. **Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations.** Pain. 2003(106) 337-345.
62. Farrar, J., Young, J., LaMoreaux, L., Werth J., Poole, R. **Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on a 11-point numerical rating scale.** Pain. 2001; 94: 149-58.
63. Dworkin, R., Turk, D., et al. **Interpreting the Clinical Importance of Treatment Outcomes in Chronic Pain Clinical Trials: IMMPACT Recommendations.** The Journal of Pain. 2008 (9) 2, 105-121.
64. Kaija A Karjalainen, Antti Malmivaara, Maurits W van Tulder, Risto Roine, Merja Jauhiainen, Heikki Hurri, Bart W Koes . **Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults; Cochrane Review, 2003.**
65. Kaija A Karjalainen, Antti Malmivaara, Maurits W van Tulder, Risto Roine, Merja Jauhiainen, Heikki Hurri, Bart W Koes. **Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults; Cochrane Review, 2003.**
66. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. **Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults : Cochrane Review 1999.**
67. M Ospina, C Harstall. **Multidisciplinary pain programs for chronic pain: evidence from systematic reviews.** Health Technology Assessment Database 2008 Issue 3
68. Hadjistavropoulos HD. Hadjistavropoulos T. **The relevance of health anxiety to chronic pain: research findings and recommendations for assessment and treatment.** [Review] Current Pain & Headache Reports. 7(2):98-104, 2003 Apr.
69. Woolf J. Clifford MD. Pain: **Moving from Symptom Control toward Mechanism-Specific Pharmacologic Management.** Ann Intern Med. 2004 March;140 (6):441-451.
70. White S. **Assessment of chronic neuropathic pain and the use of pain tools;**[Review] [35 refs] [Journal Article. Review] British Journal of Nursing. 13(7):372-8, 2004 Apr 8-21.
71. Battista EM. **The assessment and management of chronic pain in the elderly. A guide for practice;** [Review] [20 refs] [Journal Article. Review] Advance for Nurse Practitioners. 10(11):28-32; quiz 32-3, 2002 Nov.

72. Kulich RJ, Mencher P, Bertrand C, Maciewicz R. **Comorbidity of post-traumatic stress disorder and chronic pain: implications for clinical and forensic assessment** ; [Review] [105 refs] [Journal Article. Review] Current Review of Pain. 4(1):36-48, 2000.
73. Ferguson,L., Scheman J. **Patient Global Impression of Change Scores within the Context of a Chronic Pain Rehabilitation Program**; The Journal of Pain. Volume 10, Issue 4, Supplement 1, April 2009, Page S73
74. Hurst H, Bolton J. **Assessing the Clinical Significance of Change Scores Recorded on Subjective Outcome Measures**; Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics. 27(1):26-35, 2004 Jan.
75. Krohn, B., **Using Pain Assessment tools**, Nurse Practitioner. 27(10):54-6, 2002 Oct.
76. Van Royen P., **Niveaus van bewijskracht : levels of evidence**. Huisarts Nu 2002 ; 31 :54-7

XI. BIJLAGEN

Bijlage 1: Trapsgewijze pijnbehandeling en co-analgetica (27)¹⁹

	<i>groep</i>	<i>naam molecule</i>	<i>handelsnaam</i>	<i>indicaties</i>	<i>contra-indicaties</i>	<i>bijwerkingen</i>
← eerste stap: niet-opioiden	<u>Aminofenolen</u>	Paracetamol	Dafalgan®, Panadol®, Algostase mono®, Wit Kruis mono®, Curpol®, Dolol- instant®, Dolprone®, Lemsip®, Paracetamol EG®, Paracetamol Teva®, Pe-tam®, Perdolan®,	pijnstillend, koortswerend	Voorzichtigheid geboden bij chronische leveraandoeningen, alcoholmisbruik en ondervoeding.	Voornamelijk ter hoogte van de huid: erytheem, netelroos, jeuk.

¹⁹ Aanpassingen in het document : met dank aan het ziekenhuis ERASMUS

			Sanicopryne®.			
	<u>Salicylaten</u>	Acethylsalicylzuur	Aspirine®, Alka seltzer®, Aspegic®, Cardegic®, Cardiphar®, Dispril®, Sedergine®, Acenterine®, Asaflow®, Cardioaspirine®.	pijnstillend, koortswerend, ontstekingsremmend.	Overgevoeligheid aan aspirine (astma), evolutione gastro-duodenale zweer met risico op bloeding. Verlaagde doses te gebruiken bij lever- of nierinsufficiëntie.	Bloeding.
	<u>Pyrazoolderivaten</u>	Metamizol natrium	Analgin®, novalgin®.	Sterk koortswerend, pijnstillend en tegen spasmen.	Ernstige hart-, lever- of nierinsufficiëntie. Bloedziekten. Geen gebruik bij kinderen.	Ernstige stoornissen in het bloed (agranulocytose), opstoot van porfyrie, allergische reacties (anafylactische shock), syndroom van Lyell.
	<u>Nefopam</u>	Nefopam chloxydraat	Acupan®.	Centrale pijnverdooving, anticholinergische eigenschappen	Geen gebruik bij kinderen, ATCD van stuipen, behandeling met daarbij IMAO.	nausea, braken, tachycardie. Sedatie, slaperigheid, stuipen en anticholinergische tekens (droge mond, urineretentie, visusstoornissen)

tweede stap: zwakke ← opioïden						
	<u>Codeine</u>	Codeinefosfaat of dihydrocodeïne tartare	Dafalgan codeïne®, Panadol codeïne®, Algocod®, Docparacod®, Perdolan codeïne®.	Pijnstillend, hoeststillend.	Afgeraden bij mensen met ademhalingsinsufficiëntie wegens onderdrukkend effect van de codeïne op het ademhalingscentrum, overgevoeligheid voor codeïne. Borstvoeding is een contra-indicatie.	Sedatie, euforie, somberheid, spierpijn, urineretentie, overgevoeligheidsreactie, constipatie, nausea, braken, slaperigheid, duizelingen, bronchospasmen, onderdrukking van de ademhaling, acute buiksyndroom (type gal-pancreas).
	<u>Dextropropoxyfeen</u>	dextropropoxyfeen chlorydraat	Depronal®, Algophene®. (best te vermijden omwille van toxiciteit voor de lever !!)	Pijnstillend	Alcoholgebruik.	Mogelijk ontwenningsverschijnselen na langdurig gebruik, onderdrukt het ademhalingscentrum met toxische werking op het hart, constipatie, toxiciteit voor de lever.

	<u>Tramadol</u>	Tramadol chlorydraat	Contramal®, Tramadol EG®, Doctramado®, Doc tramadol®, Dolzam®, Tradonal®, Tramadol sandoz®, Tramadol teva®, Tramium®.	Pijnstillend.	Juiste aanpassing van de dosis bij mensen van meer dan 75 jaar en bij lever- en nierinsufficiëntie.	Sedatie, nausea, onderdrukking van de ademhaling, constipatie. Verwardheid, duizeligheid en hallucinaties kunnen voorkomen. Mogelijk matige afhankelijkheid met meestal een klassieke gewenning aan het opoïde gedeelte of het samenstellende gedeelte verbonden aan de noradrenergetische werking (agitatie, paniekaanval, paresthesie aan de extremiteiten).
	<u>Tilidine</u>	tilidine chlorydraat (geassocieerd met naloxon chlorydraat)	Tinalox®, Valtran®.	Pijnstillend.		Sedatie, nausea, onderdrukking van de ademhaling, constipatie. Verwardheid, duizeligheid en hallucinaties kunnen voorkomen.
	<u>Buprenorfine</u>	Buprenorfine	Temgesic®, Transtec®, Subutex®, Suboxone®.	Gedeeltelijk agonist op receptorniveau. Munaalge tisch.	Bijzondere aandacht voor patiënten met leverstoornissen.	Nausea, jeuk, duizelen.

derde stap: sterke ← opioïden	<u>Morfine</u>	Morfine chlorydraat (oplossing of siroop); morfinesulfaat (comprimés, onmiddellijke werking); morfinesulfaat (retard).	Docmorphine®, Morphine teva®, MS contin®, MS direct®, Oramorph®, Kapanol®, Morphine HCL® (IV-IM), Stellorphone® (IV-IM).	Pijnstillend.	Respiratoire insufficiëntie, hepatocellulaire insufficiëntie, borstvoeding, epilepsie die niet onder controle is, overgevoeligheid aan morfine.	(Hardnekkige) constipatie, nausea, (tijdelijk) braken, slaperigheid, urineretentie. Bij overdosage: verwardheid, hallucinaties, plotse spiersamentrekkingen (myoclonie), overgevoeligheid voor pijn (hyperalgie).
	<u>Fentanyl</u>	Fentanyl	Durogesic®, Fentanyl sandoz®, Matrifen®.	Pijnstillend.	Respiratoire insufficiëntie, hepatocellulaire insufficiëntie, borstvoeding, epilepsie die niet onder controle is, overgevoeligheid aan morfine.	(Hardnekkige) constipatie, nausea, (tijdelijk) braken, slaperigheid, urineretentie. Bij overdosage: verwardheid, hallucinaties, plotse spiersamentrekkingen (myoclonie), overgevoeligheid voor pijn (hyperalgie).
	<u>Hydromorfone</u>	Hydromorfone chlorydrate	Palladone®. Bestaat met versnelde en vertraagde werking.	Pijnstillend.	Respiratoire insufficiëntie, hepatocellulaire insufficiëntie, borstvoeding, epilepsie die niet onder controle is, overgevoeligheid aan morfine.	(Hardnekkige) constipatie, nausea, (tijdelijk) braken, slaperigheid, urineretentie. Bij overdosage: verwardheid, hallucinaties, plotse spiersamentrekkingen (myoclonie), overgevoeligheid voor pijn (hyperalgie).

	<u>Methadon</u>	Methadon chlorydraat	Mephenon®.	Pijnstillend.	Respiratoire insufficiëntie, hepatocellulaire insufficiëntie, borstvoeding, epilepsie die niet onder controle is, overgevoeligheid aan morfine.	(Hardnekkige) constipatie, nausea, (tijdelijk) braken, slaperigheid, urineretentie. Bij overdosage: verwardheid, hallucinaties, plotse spiersamentrekkingen (myoclonie), overgevoeligheid voor pijn (hyperalgie).
--	-----------------	----------------------	------------	---------------	---	---

	<i>product</i>	<i>indicaties</i>	<i>bijwerkingen</i>	<i>voorzorgsmaatregelen</i>
Adjuvantia of co-analgetica	<u>NSAID</u> <u>Hoort bij stap 1</u>	Pijnstillend effect door ontstekingsremmende werking. Behoren tot trap 1 van de pijnladder. Gunstig effect in het geval van chronische pijn bij reumatische aandoeningen.	Risico op gastro- intestinale bloeding Vochtretentie en invloed op de nier- en hartfunctie. Toxisch ter hoogte van de lever, het bloed en de huid Kans op bronchospasme. Interactie met orale anticoagulantia.	Aandacht voor gevaar op comorbiditeit, mogelijke interacties, langdurig gebruik van NSAID's dient te worden vermeden, klinisch is het niet aangetoond dat een product beter zou zijn dan het andere.
	<u>Anxiolytica</u>	Ter ondersteuning van een pijnstillende behandeling. Bv. Clonazepam (Rivotril): nuttig bij neuropatische pijn, maar voorzichtigheid bij langdurig gebruik inz. voor depressie en leveraantasting.	Kans op afhankelijkheid en mogelijk ontwenningsverschijnselen.	
	<u>antidepressiva</u>	Ter ondersteuning van een pijnstillende behandeling. Daar het pijnstillende effect sneller optreedt dan het antidepressieve effect, is het bijgevolg interessant te starten met kleine doses en deze op te drijven indien het gewenste effect niet bereikt wordt. Basisbehandeling voor neuropatische pijn waarbij permanent branderige pijn overheerst of bij losgerukt weefsel.	Anticholinergische en adrenolytische werking (orthostatische hypotensie) en centrale werking (slaperigheid en soms verwardheid).	Dosis wordt langzaam opgedreven.

	<u>anti-epileptica</u>	Is effectief voor neuropatische pijn die slecht of onvoldoende reageert op morfine. Werking: blokkering van de natriumgeleiders ter hoogte van de celmembranen van de neurotransmitters. Gebruikt voor neuropatische pijn bij pijnlijke aanvallen zoals elektrische schokken of stekende pijn. Bv. Clonazepam (rivotril), carbamazepine (tegretol, carbamazepine), lamotrigine (lambipol, lamictal), gabapentine (neurontin, gabapentine)	Syndroom van Stevens-Johnson en syndroom van Lyell bij verschillende anti-epileptica, frequent stoornissen in het bloed, van de elektrolyten en de lever. Gastro-intestinale en anticholinergische bijwerkingen, frequent allergische reacties, mogelijk aplastische anemie, leukopenie en trombopenie. Mogelijk ontregeling van het CZS (sedatie, ataxie, of paradoxale bijwerkingen met exitatie). Soms flauw vallen.	Dosis wordt langzaam opgedreven.
	<u>lokale behandelingen</u>	Capsaïcine kan een pijnstillende werking hebben bij chronische pijn en in het bijzonder neuropatische pijn. (uitz.: hansamedic verwarmende pleister) Lidocaïnepleisters worden bij voorkeur gebruikt voor de behandeling van post-herpetische neuralgie.		
	<u>Neuroleptica</u>	Vermindering van nevenwerkingen bij het gebruik van morfineachtige producten (nausea, verwardheid, hallucinaties,..) Bv.: Haldol®, Dipiperon®, Frenactil®, Impromen®, Dominal®, Nozinan®, Clopixol®, Fluanxol®, Etumine®, Buronil®, Orap®, Semap®.	Extrapiramidaal syndroom, bewegingsstoornissen (traagheid), verlaging drempel voor epilepsie-aanvallen, hyperlactemie, slaperigheid, orthostatische hypotensie, gewichtstoename, ongewenste metabole effecten,	Zeer goed te overwegen wegens belangrijke nevenwerkingen. Niet aangewezen bij slapeloosheid en angst. Niet toe te dienen in combinatie met gastrokinetica.

			verlenging QT-interval, kwaadaardig neuroleptisch syndroom.	
	<u>Difosfonaten</u>	Hypercalcemie als gevolg van tumor (botpijn). Bv.: Aredia®, Zometa®, Actonel®, Bondronat®, Bonefos®, Bonviva®, Fosamax®, Merkalendronate®, Osteodidronel®, Skelid®	Kans op diarree, slokdarmulcera. Bij gebruik van Etidronate®, kans op verergering botpijn en fractures.	Nuchter innemen en wachten met eten of te gaan liggen gezien het risico op slokdarmulcera en de beperkte biodisponibiliteit van het product.
	<u>Glucocorticoïden</u>	Anti-inflammatoir en anti-oedemateus effect. Speelt belangrijke rol bij drukpijn door een tumor. Lokale en perifere pijnstillende werking. Bv. Médrol®, Hydrocortisone®, Celstone®, Diprophos®, Budenofalk®, Entocort®.	Vochtretentie (oedeem en arteriële hypertensie, tekens van Cushingsyndroom, spierzwakte en hartritmestoornissen, hyperglycemie, osteoporose, aseptische botnecrose, verminderde weerstand tegen infecties, euforie, agitatie, slapeloosheid, katarakt, en verhoging van de intra-oculaire druk, mogelijk nierinsufficiëntie.	Gezien de ongewenste nevenwerkingen van glucocorticoïden, beperkt men de posologie en de behandeling ermee zo veel mogelijk. Na langdurig gebruik terug langzaam af te bouwen.

Bijlage 2 : methodologie bij het opstellen van de richtlijn

	Stappen bij het opstellen en verspreiden van een AGP	methode	bronnen
<u>Stap 1 : inschatting van de noden</u>	Inschatting van de noden/behoefte op het vlak van AGP in de thuisverpleging	Opzoeken literatuur voor een preciezere afbakening van de thema's.	• Prevalentie van de ziektebeelden behandeld in de thuisomgeving • Opzoeken publicaties of rapporten KCE • Rapport RIZIV, Audit in de thuisverpleging
	Mening van de professionelen in het werkveld wat betreft noden/behoefte op het vlak van AGP	Enquête en overleg in debatvorm en/of focusgroep	• Het netwerk van professionelen (verpleegkundigen, artsen en beroepsverenigingen van verpleegkundigen) • De referentiepersonen EBN • Technische Commissie voor Verpleegkunde (TCV) • Federale Raad voor Verpleegkunde (FRV) • SSMG en Domus Medica • RIZIV • FOD Volksgezondheid → opstellen enquête-rapport 05/2008.

			Validering door de begeleidingscomités van CIPiQ-S en de FOD.
	Precieze afbakening van het onderzoeksdomein (outcome)	Synthese van de resultaten van het behoeftenonderzoek. Gerealiseerd door de onderzoeksmedewerkers.	Enquête-rapport : zie vorige stap.
Stap 2 : literatuuronderzoek en opstellen van de AGP	Opstellen van PICO's P: population I: intervention C: comparison O: outcomes	Op basis van de resultaten in stap 1. Validering van de PICO's door CEBAM	Methodologie beschreven door CEBAM en door de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen (SSMG en Domus Medica) in hun sjabloon voor het opstellen van een richtlijn ²⁰
	Opzoeken en analyseren van internationale AGP in het onderzoeksdomein.	Analyse op basis van het AGREE-instrument Weerhouden van de 3 meest pertinente internationale AGP op	Internet. Website waarop internationale AGP verspreid worden : - Nationale Guidelines Clearinghouse, - G.I.N. Guideline resources,

²⁰ Van den Bruel A, Chevalier P, Vermeire E, Aertgeerts B, Buntinx F. EBM : otitis media in children : how to formulate a PICO question. Huisarts Nu 2003; 32(7): 331-35).

		basis van deze analyse.	• WHO, •
	Definitie van sleutelwoorden en MeSH-termen		MeSH- medical subject heading- database
	zoeken : • Clinical Evidence, • meta-analyses, • systematische reviews	opzoeken vertrekkende van de sleutelwoorden en/of MeSH-termen Analyse met behulp van gevalideerde analyseschema's.	• Cochrane Database of systematic reviews, • Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), • Medline, • Embase, • Center for Reviews and Dissemination (CRD), • Andere gegevensbronnen in functie van het thema.
	Opzoeken van artikels : • (niet-) gerandomiseerde controlled trials (RCT) • Cohortestudies (in functie van het thema)	opzoeken vertrekkende van de sleutelwoorden en/of MeSH-termen Analyse op basis van gevalideerde schema's ²¹	• Cochrane Central Register Of Controlled Trials, • Medline, • Embase, • Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL). • British Nursing Index (BNI)

²¹ Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. *Users guides to the medical literature. VI. How to use an overview. Evidence-Based Medicine Working Group.* JAMA, 1994, **272**, 1367-1371.

	In het Engels, Frans en Nederlands		Andere gegevensbronnen in functie van het thema.
	Validering van de literatuuranalyse.	Validering door het begeleidingscomité van CIPIQ-S en vervolgens CEBAM.	

Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. *Users guides to the medical literature II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid?* Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1993, **270**, 2598-2601.

Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. *Users guides to the medical literature II. How to use an article about therapy or prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients?* Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1994, **271**, 59-63.

Jaeschke R., Guyatt G., Sackett DL. *Users Guides to the medical literature III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid?* Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1994, **271**, 389-391.

Jaeschke R., Guyatt G., Sackett DL. *Users Guides to the medical literature III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients ?* The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1994, **271**, 703-707.

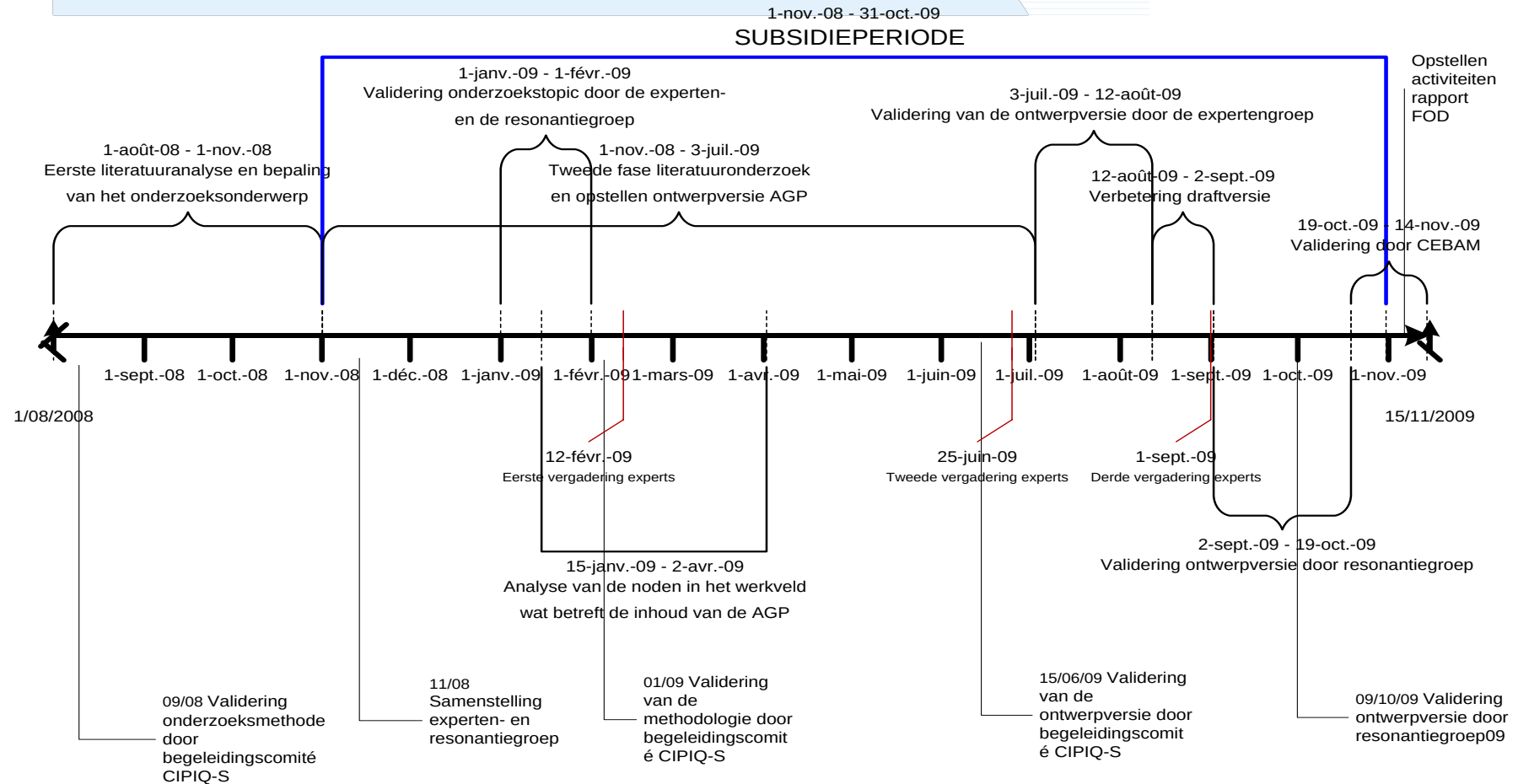
	Bepaling van de verschillende thema's die moeten worden uitgewerkt in de AGP. Advies van de professionelen uit het werkveld over het belang en de haalbaarheid van de verschillende thema's.	Focusgroep en overleg.	• Referentiepersonen EBN • Het netwerk van professionelen • SSMG en Domus Medica • Begeleidingscomité van de FOD • Andere in functie van de behoeften.
	Eerste redactiefase van de AGP ontwerpversie.	Opstellen van de verschillende hoofdstukken door de 2 onderzoeksmedewerkers op basis van de analyseschema's van de literatuur.	Literatuuranalyse.
	Validering van de AGP-ontwerpversie door het begeleidingscomité van CIPIQ-S.	Onafhankelijke meningen van de verschillende leden van het comité (beroep doen op externe experts indien nodig).	
	Overleg met de externe experts over de inhoud van de AGP (externe experts geselecteerd vanaf het begin)	Focusgroep/overleg.	• Externe experts gespecialiseerd in het onderzoeksdomein (verpleegkundigen en artsen, maar eventueel ook andere paramedici in functie van de noodzaak) • Een advies kan worden gevraagd aan CEBAM
	Aanpassing van de ontwerpversie in functie van het advies van de experts en herevaluatie door de begeleidingscomités van CIPIQ-S en de FOD	Overleg.	
	Eindvalidering van de ontwerpversie door de externe experts.	Delphi-methode (via een website)	Externe experts – specialisten in het

		+ AGREE-instrument Anoniem advies.	onderzoeksdomein.
	Aanpassing van de tekst in functie van het advies van de experts, daarna validering door de resonantiegroep. Deze groep geeft een advies over de inhoud, de haalbaarheid van de AGP. Kunnen ook de methode evalueren.	Delphi-methode (via een website) + AGREE-instrument Anoniem advies.	De resonantiegroep bestaat uit : • De referentiepersonen EBN • SSMG en Domus Medica • Het netwerk van professionals (verpleegkundigen en artsen uit het werkveld)
	Opstellen van de ontwerpversie ter validering door CEBAM (leden van CEBAM die niet hebben meegewerkt aan de begeleiding van de redactie)	AGREE-instrument	Expertise van de methode en de inhoud door 2 leden van CEBAM.
	<i>Redactie van de AGP-eindversie.</i>		
<u>Stap 3 : verspreiding</u>	De AGP-eindversie kan worden verspreid d.m.v. diverse hulpmiddelen.	<u>Hulpmiddelen :</u> • website • folder • poster •	Keuze in functie van : • het onderwerp • de internationale richtlijnen voor de verspreiding van AGP (zie hfst. 4 van het rapport) • het advies van de professionals uit het werkveld (referentiepersonen EBN en netwerk) • het advies van de begeleidingscomités van CIPIQ-S en de FOD

	Ontwerpen van de hulpmiddelen (rekening houdend met de evaluatie van de methodologie ter verspreiding van de AGP « veneuze ulcera »)	Het hulpmiddel moet een synthese zijn van de AGP. →samenwerking met specialisten terzake.	
	Hulpmiddelen worden onderworpen aan de expertise van mensen uit het werkveld.	Overleg/anoniem advies/enquête over leesbaarheid, haalbaarheid, inhoud van het hulpmiddel.	• De referentiepersonen EBN • SSMG en Domus Medica • Het netwerk van professionals (verpleegkundigen en artsen uit het werkveld)
	Herevaluatie van het hulpmiddel en de inhoud ervan. Ontwerpen van het eindproduct.	Overleg wat betreft de strategie.	Advies van de begeleidingscomités van CIPIQ-S en de FOD.

Voorstel planning : AGP Chronische Pijn

jeudi 5 mars 2009

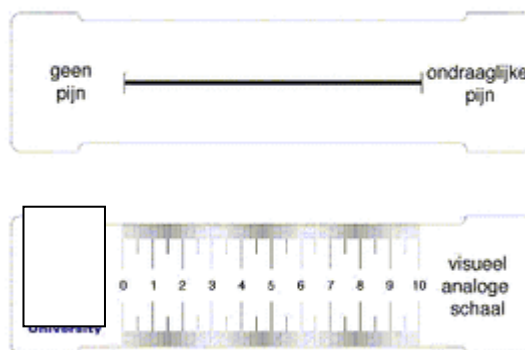


Bijlage 3 : pijschalen

Het opzoeken van de pijnvaluatieschalen die zijn opgenomen in de richtlijn en in de praktijkgids gebeurde in samenwerking met de medewerkers van het project BeST (Belgian Screening Tools), gerealiseerd door de Universiteit Gent op initiatief van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (www.best.ugent.be).

Unidimensionele schalen

- **Visueel-analoge schaal**



Toon en lees de pijnschaal voor aan de patiënt. Leg uit dat hij het huidige pijnniveau moet aanduiden op de lijn. Wacht op een mondeling antwoord of tot wanneer de patiënt effectief het pijnniveau aanduidt op de schaal. Herhaal de instructies indien de patiënt het niet begrepen lijkt te hebben ; gebruik andere termen dan « pijn » : leed, krampen, irritatie, ongerief, stijfheid, voosheid, druk, branderigheid, Indien de patiënt het nog altijd niet begrijpt of niet antwoordt, gebruik dan een andere schaal. Gebruik steeds dezelfde schaal indien u de evolutie van de patiënt wenst te volgen. Geef aan dat u de Visueel Analoge Schaal hebt gebruikt (VAS).

Met toestemming van de North Dakota Health Care Review (NDHCRI)

(Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131.)

- **Numerieke schaal**

Geen pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ergst denkbare pijn
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

Toon de pijnschaal aan de patiënt. Leg de schaal uit aan de patiënt en wacht op zijn antwoord : Op deze pijnschaal van 0 tot 10 betekent 0 « geen pijn » en 10 « de ergst denkbare pijn ». In het midden van de schaal betekent 5 « gemiddelde pijn ». 2 of 3 zou “lichte pijn” kunnen zijn, maar 7 en meer betekent “ernstige pijn”. Herhaal de instructies indien de patiënt het niet begrepen lijkt te hebben ; gebruik andere termen dan « pijn » : leed, krampen, irritatie, ongerief, stijfheid, voosheid, druk, branderigheid, Indien de patiënt het nog altijd niet begrijpt of niet antwoordt, gebruik dan een andere schaal. Gebruik steeds dezelfde schaal indien u de evolutie van de patiënt wenst te volgen. Geef aan dat u de Numerieke Schaal hebt gebruikt (NRS).

Met toestemming van de North Dakota Health Care Review (NDHCRI)

(diverse auteurs)

- **Verbale schaal**

Vraag aan de patiënt om de woorden te omcirkelen die het best de huidige pijnintensiteit weergeven. Bekijk het cijfer dat overeenkomt met de woorden die de patiënt koos. Geef voor het antwoord « geen pijn » de waarde 0, terwijl voor het antwoord « de ergst mogelijke pijn » de waarde 6. Door regelmatig de woorden die de patiënt koos te evalueren kan je nagaan of de pijnintensiteit toeneemt of afneemt in het licht van de ingestelde (niet-) medicamenteuze behandeling.

• Geen pijn	0
• Pijn van geen betekenis	1
• Lichte pijn	2
• Matige pijn	3
• Erge pijn	4
• Extreem erge pijn	5
• De ergste pijn die er is	6

Met toestemming van Dr K. Herr.

(Herr, K. A. & Mobily, P. R. (1993). Comparison of selected pain assessment tools for use with the elderly. *Appl.Nurs.Res.*, 6, 39-46.)

(Herr et al. (2007). Evaluation of the Iowa Pain Thermometer and other selected pain intensity scales in younger and older adult cohorts using controlled clinical pain : a preliminary study. *Pain medicine*, vol.8, num.7, 586-600.)

- **Gezichtenschaal**

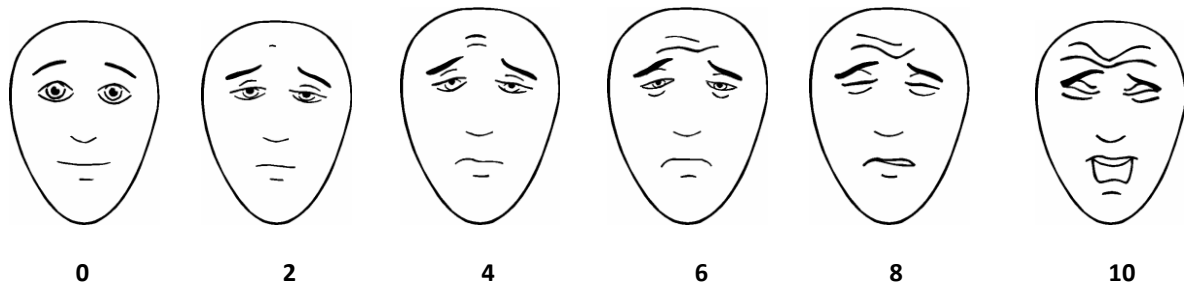
“Deze gezichten tonen hoeveel pijn je kan hebben. Dit gezicht (toon het gezicht aan de linkerkant) toont iemand die totaal geen pijn heeft. Deze gezichten (toon ze één voor één van links naar rechts) tonen iemand die meer en meer pijn heeft, tot dit hier (toon het gezicht aan de rechterkant), welk iemand toont die zeer veel pijn heeft. Toon mij het gezicht dat toont hoeveel pijn je op dit moment lijdt.”

De scores zijn van links naar rechts: 0, 2, 4, 6, 8, 10. 0 komt dus overeen met “totaal geenpijn” en 10 met “zeer veel pijn”. Geef duidelijk aan wat de uitersten zijn: “totaal geen pijn” en “zeer veel pijn”. Gebruik geen woorden zoals “droef” of “gelukkig”. Leg goed uit dat het gaat over de innerlijke gewaarwording, en niet over de weergave van hun gelaat.

(eigen vertaling)

Toestemming voor gebruik. Copyright in the FPS-R is held by the International Association for the Study of Pain (IASP) © 2001. This material may be photocopied for non-commercial clinical and research use. To request permission from IASP to reproduce the FPS-R in a publication, or for any commercial use, please e-mail iaspdesk@iasp-pain.org For all other information regarding the FPS-R contact Tiina.Jaaniste@sesiahs.health.nsw.gov.au (Pain Medicine Unit, Sydney Children’s Hospital, Randwick NSW 2031, Australia).

Bron. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001;93:173-183. Bieri D, Reeve R, Champion GD, Addicoat L, Ziegler J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990;41:139-150.



This figure has been reproduced with permission from the International Association for the Study of Pain (IASP). The figure may not be reproduced for any other purpose without permission.

Multidimensionele schalen

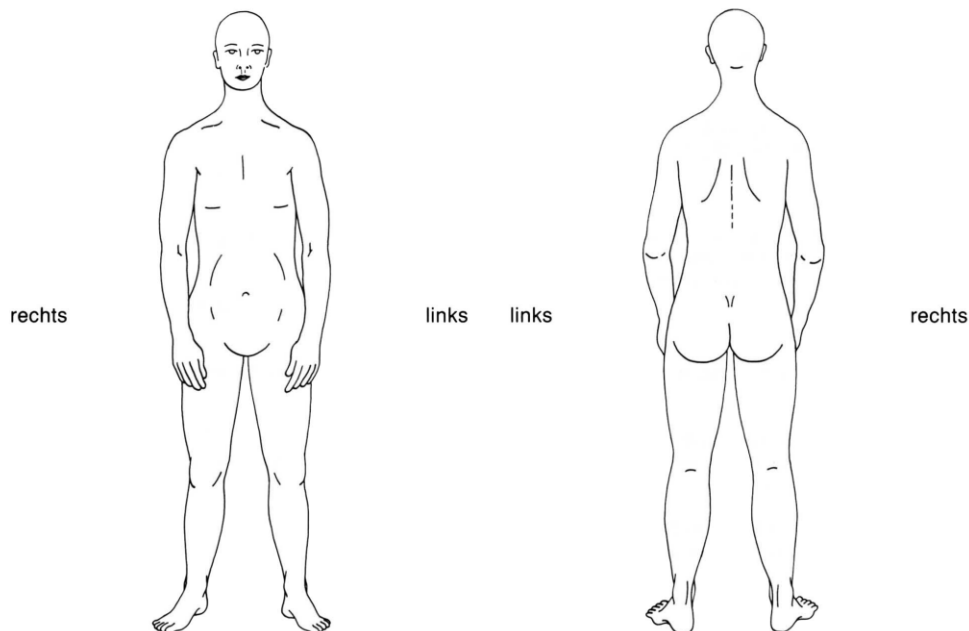
Mc Gill Pain Questionnaire:

DE MPQ-DLV

PIJNVRAGENLIJST

R. J. Verkes, K. Vanderiet, H. Vertommen, W. A. van der Kloot, J. van der Meij

Wilt U op onderstaande tekeningen aangeven waar U pijn hebt?



Hieronder en op de bladzijden hierna wordt een aantal vragen gesteld over de pijn waar U last van hebt. Als U op verschillende plaatsen pijn hebt, vult U de vragen dan in voor die pijn die het ergste is en waarvan U de meeste hinder ondervindt.

Hoelang hebt U last van deze pijn?

..... jaar
..... maanden
..... weken
..... dagen

Hoe is Uw pijn ontstaan?

plotseling / geleidelijk

Zit Uw pijn steeds op dezelfde plaats(en)?

ja / nee

Straalt Uw pijn uit naar andere plaats(en)?

ja / nee

Schiet Uw pijn van de ene naar de andere plaats?

ja / nee

Welk van de onderstaande uitspraken is het meest van toepassing op de pijn waarvan U last hebt? Kies één antwoord uit door een kruisje te zetten.

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

© 1989, 2004 wakmail@xs4all.nl

DE MPQ-DLV

QL-SCHAAL

Hoeveel uur hebt U gisteren last van pijn gehad?	 uur
Hebt U gisteren moeten rusten vanwege de pijn?	ja / nee
Als U "ja" hebt ingevuld: Hoeveel uur hebt U gisteren moeten rusten vanwege de pijn?	 uur
Hebt U vannacht wakker gelegen van de pijn?	ja / nee
Als U "ja" heeft ingevuld: Hoeveel uur hebt U vannacht wakker gelegen van de pijn?	 uur
Had U last van pijn toen U vanochtend wakker werd?	nee / een beetje / tamelijk / erg
Heeft de pijn U gisteren belemmerd bij het uitvoeren van Uw normale bezigheden en/of werkzaamheden	nee / een beetje / tamelijk / erg
Heeft de pijn U gisteren belemmerd bij het maken van normale bewegingen en/of het aannemen van normale houdingen?	nee / een beetje / tamelijk / erg
Heeft de pijn U gisteren belemmerd bij Uw hobbies, sport of ontspanning?	nee / een beetje / tamelijk / erg
Had U gisteren minder eetlust door de pijn?	nee / een beetje / tamelijk / erg
Voelde U zich gisteren futloos vanwege de pijn?	nee / een beetje / tamelijk / erg
Gebruikt U pijnstillers?	ja / nee
Als U "ja" hebt geantwoord, noteert U dan hieronder welke middelen U gebruikt en hoeveel U ervan gebruikt.	

BPI Brief Pain Inventory

ONDERZOEKSNUMMER _____

NIET BOVEN DEZE LIJN
SCHRIJVEN

ZIEKENHUIS _____
#: _____

KORTE VRAGENLIJST VOOR PIJN (Korte Vorm)

Datum: ____ / ____ / ____

Tijd: _____

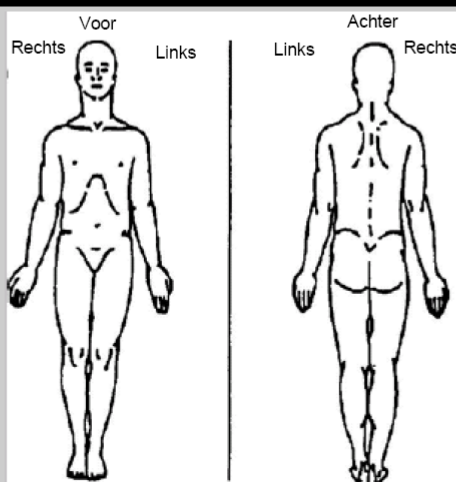
Naam: _____
Achternaam Voornaam Initialen

1. Heel hun leven hebben de meeste mensen nu en dan pijn geleden (zoals kleine hoofdpijnen, verstuikingen en tandpijn). Hebt u vandaag andere pijn gehad behalve deze alledaagse soorten pijn?

1. Ja

2. Nee

2. Arceer op de afbeelding de plaatsen waar u pijn hebt. Zet een X op de plaats waar u de meeste pijn voelt.



3. Beoordeel de mate van uw pijn door het cijfer te omcirkelen dat het beste aangeeft hoe erg uw ergste pijn in de afgelopen 24 uur was.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Geen Pijn De ergste pijn die u zich kunt voorstellen

4. Beoordeel de mate van uw pijn door het cijfer te omcirkelen dat het beste aangeeft hoe erg uw minst erge pijn in de afgelopen 24 uur was.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Geen Pijn De ergste pijn die u zich kunt voorstellen

5. Beoordeel de mate van uw pijn door het cijfer te omcirkelen dat het beste aangeeft hoe erg uw pijn gemiddeld is.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Geen Pijn De ergste pijn die u zich kunt voorstellen

6. Beoordeel de mate van uw pijn door het cijfer te omcirkelen dat aangeeft hoeveel pijn u nu voelt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Geen Pijn De ergste pijn die u zich kunt voorstellen

Pagina 1 van 2

BPI – Dutch – May 2010

ONDERZOEKSNUMMER

NIET BOVEN DEZE LIJN
SCHRIJVEN

ZIEKENHUIS

#: -----

Datum: ____ / ____ / ____

Tijd: ____

Naam: _____
Achternaam Voornaam Initialen

7. Welke behandeling of medicijnen krijgt u voor de pijn?

8. In welke mate hebben deze behandelingen of medicijnen voor uw pijn u in de afgelopen 24 uur verlichting gegeven? Omcirkel het percentage dat het beste de mate van verlichting aangeeft die u hebt gevoeld.

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
Geen Verlichting Volledige verlichting

9. Omcirkel het nummer dat beschrijft in welke mate in de afgelopen 24 uur, de pijn belemmerend is geweest voor .

A. Algemene activiteiten

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
Geen belemmering Volledige belemmering

B. Stemming

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
Geen belemmering Volledige belemmering

C. Vermogen om te lopen

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
Geen belemmering Volledige belemmering

D. Normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
Geen hinderling Volledige belemmering

E. Omgang met andere mensen

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
Geen belemmering Volledige belemmering

F. Slaap

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
Geen belemmering Volledige belemmering

G. Plezier in het leven

0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%
Geen belemmering Volledige belemmering

Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD
Pain Research Group
All rights reserved

Met toestemming van Dr Cleeland.

(Cleeland, C. S. & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore*, 23, 129-138.)

Hetero-evaluatieschalen (observationale schalen)

Doloplus

DOLOPLUS SCHAAL-2		gedragsmatige pijnbeoordeling bij ouderen
NAAM:	Voor naam:	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

(WARY B., VILLARD J.F. « Spécificités de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ». Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol.4, n°3, septembre 2006.p.171-178.). Disponible sur le site : www.doloplus.com)

PACSLAC

PACSLAC; Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (Hadjistavropoulos et al.)

Gelaatsuitdrukking	Aanwezig	Sociaal/persoonlijkheid/stemming	Aanwezig
Grimas		Fysieke agressie (bijv. mensen en/of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen)	
Verdrietige blik		Verbale agressie	
Vertrokken gezicht		Niet aangeraakt willen worden	
Gemene blik		Geen mensen in de buurt laten komen	
Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder, meer)		Kwaad/woest	
Wenkbrouwen fronsen		Met voorwerpen gooien	
Uitdrukking van pijn		Toenemende verwarring	
Donkere blik		Bezorgd (bang)	
Verbijten (kaken op elkaar klemmen)		Ontsteld (ontdaan)	
Huiveren		Geërgerd (geagiteerd)	
Mond openen		Nors/prikkelbaar	
Rimpels in het voorhoofd		Gefrustreerd	
Neus optrekken		Fysiologisch/ verandering van eet-/ slaapgedrag/ mondeling gedrag	
Activiteit/lichaamsbeweging		Bleek gelaat	
Zenuwachtig bewegen		Blozend, rood gelaat	
Terugtrekken		Tranende ogen	
Achteruitdeinzen		Transpirerend	
Rusteloos		Bevend / trillend	
Ijsberen		Koud en klam	
Rondlopen		Verandering van slaapgedrag (omcirkelen)	
Proberen te vertrekken		<i>Minder slapen of</i>	
Weigeren te bewegen		<i>Meer slapen overdag</i>	
Stampen		Verandering in eetlust (omcirkelen)	
Verminderde activiteit		<i>Minder eetlust of</i>	
Medicijnen weigeren		<i>Meer eetlust</i>	
Langzaam bewegen		Schreeuwen/krijsen	
Impulsief gedrag (bijv. herhaalde bewegingen)		Roepen (om hulp)	
Niet-coöperatief/weerstand tegen zorgverlening		Huilen	
Pijnlijke plek beschermen		Een specifiek gebied of uiting van pijn 'au' of 'oef'	
Pijnlijke plek aanraken en vasthouden		Kreunen en kermen	
Mank lopen		Mompelen	
Gebalde vuisten		Brommen	
Foetuspositie aannemen (in elkaar gedoken)			
Stijf/ verstard			

PACSLAC (Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, 2004), Dutch version (translation) by the University of Maastricht (Zwakhalen et al., 2004)

2

Met toestemming van Dhr. T. Hadjistavropoulos en Mw. M. Aubin

PACSLAC mag niet worden gereproduceerd zonder toestemming. Contacteer de houder van het copyright:

thomas.hadjistavropoulos@uregina.ca

Patients' Global Impression of Change (PGIC) scale.

Name: _____ **Date:** _____ **DOB:** _____

Chief Complaint: _____

Since beginning treatment at this clinic, how would you describe the change (if any) in **ACTIVITY LIMITATIONS, SYMPTOMS, EMOTIONS and OVERALL QUALITY OF LIFE**, related to your painful condition? (tick ONE box).

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| No change (or condition has got worse) | ☐ | 1 |
| Almost the same, hardly any change at all | ☐ | 2 |
| A little better, but no noticeable change | ☐ | 3 |
| Somewhat better, but the change has not made any real difference | ☐ | 4 |
| Moderately better, and a slight but noticeable change | ☐ | 5 |
| Better, and a definite improvement that has made a real and worthwhile difference | ☐ | 6 |
| A great deal better, and a considerable improvement that has made all the difference | ☐ | 7 |

In a similar way, please circle the number below, that matches your degree of change since beginning care at this clinic:

Much Better											Much Worse
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Patient's signature: _____ **Date:** _____

Reference: Hurst H, Bolton J. Assessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measures. *J Manipulative Physiol Ther* 2004;27:26-35.

Biilage 4: vergelijking van pijnschalen

Validiteit, betrouwbaarheid, bruikbaarheid van de pijnmeetinstrumenten (50,51)

Om de thuisverpleegkundigen te helpen een instrument te kiezen aangepast aan de patiënt en de situatie worden de gebruiksmodaliteiten en de beperkingen van de diverse schalen hier voorgesteld.

<u>Unidimensionele schalen</u>				
betrouwbaarheid			Validiteit/toepasbaarheid in de praktijk	
	<u>Interne consistentie</u>	<u>Test-retest betrouwbaarheid</u>		
NRS	Hoog (Cronbach α 0.86-0.88)	Voldoende ($r = 0.57-0.83$) verminderd bij cognitieve verzwakking	<u>getest bij thuiswonende personen</u>	- sterke positieve correlatie met andere schalen voor pijnintensiteit - sensitief voor veranderingen in pijnintensiteit - geniet de voorkeur van vele ouderen
VDS	Hoog (Cronbach α 0.85-0.86)	Voldoende ($r = 0.52-0.83$) verminderd bij cognitieve verzwakking		- sterke positieve correlatie met andere schalen voor pijnintensiteit - geniet voorkeur van ouderen - weinig foute metingen, zelfs bij cognitieve achteruitgang
VAS	Hoog (Cronbach α 0.87-0.88)	Voldoende ($r = 0.75-0.83$) verminderd bij cognitieve verzwakking		- sterke positieve correlatie met andere schalen voor pijnintensiteit - zeer sensitief voor veranderingen in pijnintensiteit
FPS	Hoog (Cronbach α 0.88-0.89)	Aanvaardbaar tot hoog ($r = 0.44-0.94$) verminderd bij cognitieve		- Minder sterke correlatie met andere schalen voor

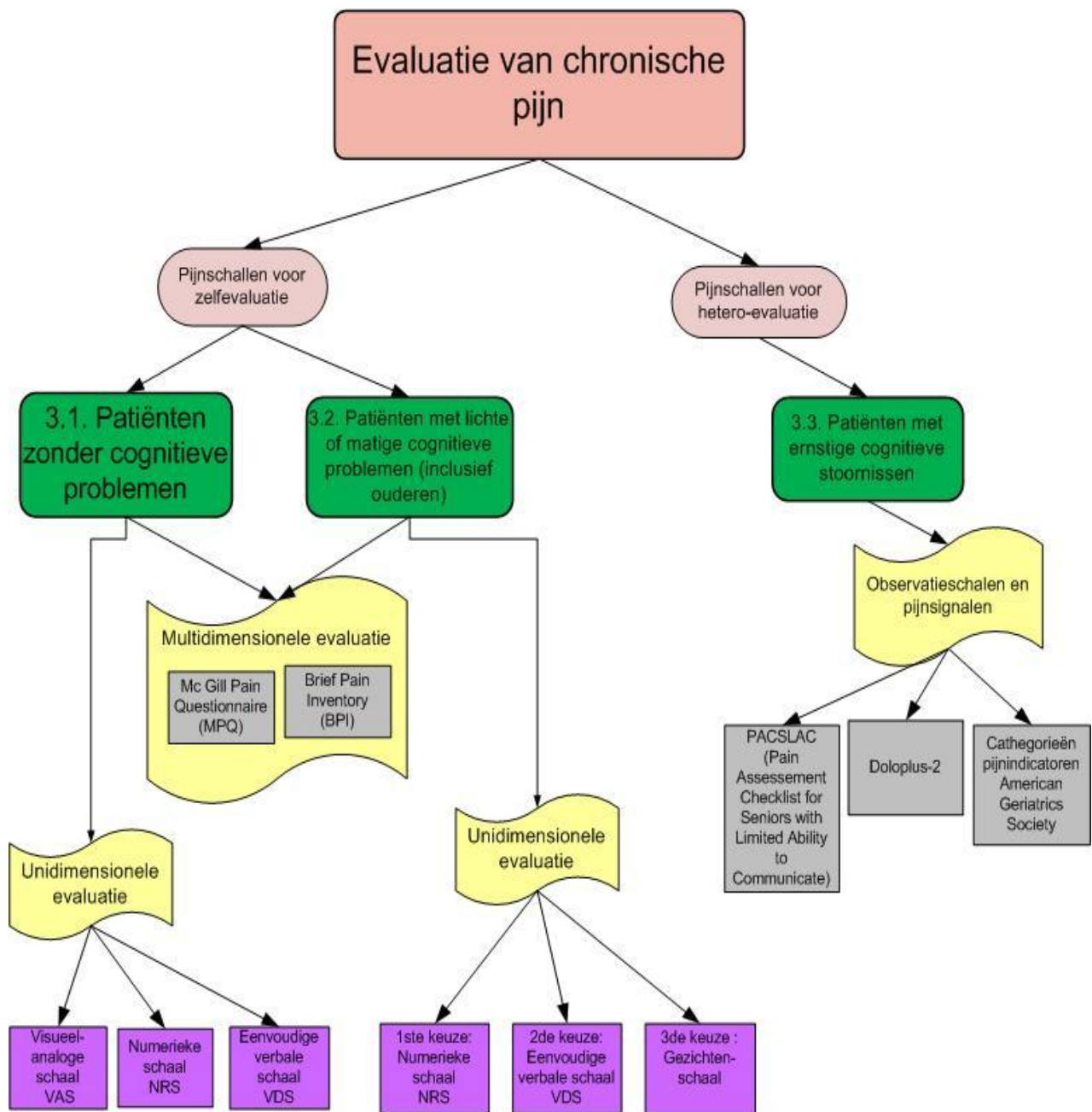
		verzwakking		pijnintensiteit - voorkeur van vele ouderen
Multidimensionele schalen				
betrouwbaarheid			Validiteit/toepasbaarheid in de praktijk	
MPQ	Onvoldoende tot voldoende (Cronbach α 0.41-0.98)	Hoog voor de meeste scores (ICC 0.88-0.96), maar lager voor huidige pijnscores (ICC 0.75)	- geschikt voor thuiswonende personen - betrouwbaar en valide voor ouderen	- aandacht voor sensorische en gevoelsmatige dimensie
BPI	Hoog (Cronbach α 0.82-0.97)	Gemiddeld tot sterk (0.58-0.95)	- veralgemeend gebruikt instrument - geschikt voor gebruik bij ouderen	- goede psychometrische eigenschappen - gevalideerd in 30 talen - sensitief voor veranderingen in de toestand

Voor- en nadelen van de pijnmeetinstrumenten (41,50)

Unidimensionele schalen – kwantitatieve evaluatie				
voordelen			bezwaren	
NRS	-simpel -reproduceerbaar		- meet enkel pijnintensiteit - richt zich uitsluitend op de pijnintensiteit, abstraheert de andere pijndimensies.	-moeilijk voor sommige ouderen inz. mensen met cognitieve problemen
VDS	-meet kleine verschillen -wordt gemakkelijk begrepen -kan mondeling	-Kan ook gebruikt worden door ouderen met cognitieve achteruitgang		- minder sensitief dan NRS of VAS - ongelijke intervallen tussen descriptoren - beperkt aantal antwoorden mogelijk - vergt taalvaardigheid - niet sensitief genoeg voor onderzoeksdoeleinden
VAS	-simpel -overall bruikbaar	-reproduceerbaar -meet kleine verschillen	- meet enkel pijnintensiteit -vergt nauwgezette instructies -moeilijk bij visusproblemen	- vele ouderen kiezen deze het minst -moeilijk voor mensen met cognitieve verzwakking - geeft aanleiding tot meer foute metingen
FPS		-meestal bruikbaar bij cognitieve stoornissen - geen taalbarrières	- richt zich uitsluitend op de pijnintensiteit, abstraheert de andere pijndimensies.	- meet eerder de gevoelsmatige aspecten dan intensiteit - ongelijke intervallen tussen descriptoren - beperkt aantal antwoorden mogelijk
Multidimensionele schalen – kwalitatieve evaluatie				
voordelen			bezwaren	
MPQ	-combineert woorden en afbeeldingen om een algemeen beeld van de pijn te krijgen	-er bestaat een beter toepasbare korte versie	- tijdrovend -vergt nauwgezette instructies - moeilijk voor mensen met cognitieve	-niet overal bruikbaar - niet aanbevolen bij ongeletterde mensen of mensen met cognitieve problemen - toont mogelijk geen onderscheid tussen types van pijn
BPI	-combineert			- evalueert niet de

	pijnintensiteit en lokatie -algemeen bruikbaar, eenvoudig		problemen	gevoelsmatige dimensie of de eigenschappen van de pijn
--	--	--	-----------	--

Beslissingsboom evaluatie chronische pijn



Bijlage 5 : Evidentietabellen en analyse van richtlijnen d.m.v. GRADE

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Breivik et al. (2006)	Cohortestudie bij volwassenen (>18 jaar) (N= 46394) in 15 Europese landen + Israël + analyse hoe pijn wordt aangepakt (<i>steekproef 300 personen met chronische pijn/land</i>). Resultaten per land.	➤ Gewogen prevalentie van chronische pijn bij de algemene bevolking wordt geschat op 19% (<i>matige tot ernstige pijn op de numerieke pijnschaal</i>) – Pijn komt niet meer voor bij ouderen (>75 jaar) ➤ impact van chronische pijn op de levenskwaliteit en het sociale leven ➤ licht hogere prevalentie bij vrouwen (52%) ➤ chronische pijn komt meer voor bij personen van de middelbare leeftijd (tussen 41 en 60 jaar) ➤ meer dan 70% van de patiënten wordt gevolgd door de huisarts ➤ ongeveer 40% verklaart dat de chronische pijn niet adequaat wordt aangepakt	➤ Het onderzoeksdesign was hetzelfde in elk land, maar veel variabiliteit tussen de landen wat betreft de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg ➤ veel verschil wat betreft prevalentie tussen de 16 landen ➤ de gemiddelde prevalentie bevestigt de resultaten van andere studies ➤ de impact op de levenskwaliteit verschilt sterk per land – beïnvloedende factoren. ➤ veel variabiliteit wat betreft behandelingen.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
De Rond et al. (2000)	Observationeel – quasi-experimenteel onderzoek met controlegroep (n=703) <u>Onderzoeksgebied:</u> houding van artsen en verpleegkundigen t.o.v. pijnmanagement. <u>Doelstelling:</u> nagaan of de implementatie van een Pain Monitoring Program (PMP) – met o.m. het dagelijks gebruik van een 0-10 NRS bij elke pijnpatiënt - een gunstige invloed heeft op de aanpak van pijn en de toediening van pijnstillende middelen door verpleegkundigen <u>Methode:</u> een controlegroep ontving de gewone zorg, de interventiegroep ontving zorg nadat verpleegkundigen (n=216) vorming hadden gekregen over pijn en er op de afdeling dagelijks pijnassessment	na implementatie van PMP: ➤ werden meer voorgeschreven pijnstillers toegediend door de verpleegkundigen ($p < 0.05$) ➤ meer patiënten kregen voorgeschreven pijnstillers op PRN-basis ($p < 0.05$)²² ➤ de doses van toegediende niet-opoïde pijnstillers (PRN incl.) steeg ($p < 0.05$) ➤ meer patiënten kregen zwakke opoïden ($p < 0.05$) ➤ toediening van sterke opoïden steeg niet ➤ tussen de controle- en de interventiegroep is er geen sign. verschil in discrepantie tussen door de artsen voorgeschreven pijnstillers en deze toegediend door de verpleegkundigen	Alles wijst erop dat Nederlandse artsen te weinig pijnstillende middelen voorschrijven en dat verpleegkundigen minder vaak deze medicatie toedienen dan er is voorgeschreven (70/100 pat. Krijgen pijnstillers voorgeschreven, bij 50/100 dienen de verpleegkundigen ze toe). De toepassing van een PMP zet verpleegkundigen aan tot een betere toediening van pijnstillers, vooral bij patiënten met matige tot ernstige pijn. De verminderde discrepantie tussen de pijnstillers voorgeschreven door de artsen en toegediend door de verpleegkundigen was echter niet het

²² Verpleegkundigen maken er meer gebruik van

	werd ingevoerd. Patiënten uit beide groepen werden bij opname en ontslag ondervraagd over hun pijn (-ervaringen) en gegevens over hun pijnbehandeling werden verzameld vanuit de medische en de verpleegkundige dossiers.		gevolg van de PMP. Het komt de patiënten ten goede wanneer verpleegkundigen actief betrokken worden bij pijnmanagement.
--	---	--	--

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Dworkin et al.(2005)	Systematische review en richtlijnen. Interdisciplinair overleg. <u>Doelstelling:</u> het verbeteren van de voordelen van het gebruik van kernuitkomstgebieden in klinisch onderzoek voor chronische pijn door het bepalen van specifieke meetmethodes voor elk van de 6 IMMPACT-kerngebieden. <u>Methode:</u> vergadering met 35 specialisten op het vlak van onderzoek, klinische praktijk of administratie. Zij werkten op basis van <u>systematische reviews</u>²³ over meetsystemen die kunnen worden gebruikt in het kader van klinische trials voor alle soorten chronische pijn en niet	Pijn ➤ voor de meeste klinische trials geeft de pijnintensiteit de belangrijkste uitkomstmeting; zowel VAS, NRS en VR(D)S geven hoge responsiviteit ➤ veel hangt echter samen met voorkeur, gegevens van patiënten die de schaal niet (goed) kunnen gebruiken, gemak waarmee gegevens kunnen worden opgetekend, enz. ➤ bijkomend (bij NRS en VAS): noteren hoeveel % de verbetering bedraagt ➤ gebruikte hoeveelheid bijkomende analgetica kan een maat zijn voor de doeltreffendheid van de geëvalueerde behandeling ➤ SF-MPQ als secundair meetinstrument voor de effecten van pijnbehandeling op sensorische en gevoelsmatige pijnaspecten fysiek functioneren: ➤ aparte meting nodig want weinig verband tussen pijnintensiteit en fysiek functioneren	Te overwegen als kernuitkomstmeting bij het opstellen van een onderzoeksdesign voor een klinische trial bij de behandeling van chronische pijn: Pijn ➤ 0-10 NRS voor pijnintensiteit ➤ gebruik van bijkomende analgetica ➤ categorische meting van pijnintensiteit wanneer numerieke problematisch is fysiek functioneren (1 van de 2) ➤ Multidimensional Pain Inventory Interference Scale ➤ Brief Pain Inventory interference items

²³ www.immpact.org/meetings.html

	voor specifieke types. Criteria (* belangrijkste)ter beoordeling van de mogelijke meetsystemen per kerngebied²⁴: 1. geschiktheid van inhoud en concept* 2. betrouwbaarheid* 3. validiteit* 4. responsiviteit* 5. interpreteerbaarheid 6. precisie van de scores 7. aanvaardbaarheid 8. inspanning* en haalbaarheid 9. beschikbaarheid en gelijkwaardigheid van alternatieven 10. beschikbaarheid en gelijkwaardigheid van versies voor verschillende culturen en in diverse talen	➤ Belangrijk: ADL en slaapstoornissen ➤ algemene meetschaal voor fysiek functioneren* of meting a.h.v. schaal gerelateerd aan een bepaalde aandoening. gevoelsmatig functioneren ➤ metingen emotioneel functioneren zijn betrouwbaar, valide en responsief in medische situaties > voor chronische pijn dezelfde versies gebruiken score deelnemer betr. globale verbetering en tevredenheid over de behandeling ➤ PGIC: direct interpreteerbare meting van de inschatting v.d. deelnemers van het klinisch belang van verbetering of verslechtering ➤ ook gebruikt als maat voor minimaal belangrijke verschillen in meting van kwaliteit van leven (QOL) symptomen en negatieve bijwerkingen ➤ in klinische trials moet men er naar peilen ➤ min.: passief opgevangen of spontaan gemeld ➤ sensitiever/informatiever: periodieke gerichte	gevoelsmatig functioneren (minstens 1 van de 2) ➤ Beck Depression Inventory ➤ Profile of Mood States score van de deelnemer betreffende de globale verbetering en tevredenheid met de behandeling ➤ Patient Global Impression of Change (P-GIC) symptomen en negatieve bijwerkingen ➤ minstens passief opgevangen of spontaan gemeld hoedanigheid en gesteldheid van de patiënt ➤ hoe patiënten werden
--	---	--	---

²⁴ meetschalen voor dewelke informatie over deze specifieke criteria ontbrak werden niet aanbevolen; wanneer de informatie voorhanden was voor 2 of meer relevante meetsystemen, werden de aanbevelingen in eerste instantie gebaseerd op vergelijkingen van deze 5 attributen. Vaak ontbreken er echter gegevens over een aantal van deze attributen. Het ontbreken van bewijskracht komt meer voor dan duidelijke evidentie over de beperkingen voor de meeste criteria voor de beoordeling van uitkomstmetingen van klinische trials voor chronische pijn.

		vragen gesteldheid van de patiënt ➤ onontbeerlijke informatie voor adequate evaluatie van resultaten en interpretatie van besluiten aangaande doeltreffendheid en veiligheid (o.m. gevaar dat aspect “dubbel-geblindeerd” gecompromitteerd is) ➤ cfr. CONSORT-guidelines, elementen van kerninformatie, incl. aantal deelnemers die zich terugtrokken en lost to follow-up, en de redenen daarvoor²⁵ * voordeel: vergelijking met andere aandoeningen mogelijk en bruikbaar in kosten-baten-analyses	gerecruteerd en hoe ze evolueren tijdens het onderzoek, incl. alle informatie cfr. CONSORT guidelines Chronische pijn patiënten hebben vaak intense pijn en vertonen stoornissen op fysiek en gevoelsmatig functioneren. Wanneer pijn verbetert, verbetert ook het functioneren. Vaak ziet men echter verbetering bij 1 of 2 kernuitkomstgebieden, maar niet allemaal. Een mogelijke verklaring is het algemeen zwak verband tussen de kernuitkomstgebieden.
--	--	---	---

²⁵ Bij voorkeur en indien haalbaar zou de volgende informatie moeten worden verzameld en gerapporteerd: 1) recruteringsproces en percentage deelnemers geïncludeerd na elk proces 2) aantal geweigerde kandidaten en de redenen 3) aantal kandidaten die weigerden en de redenen 4) gebruik van verboden geneesmiddelen tegelijkertijd 5) aantal en redenen van terugtrekking uit elke behandelingsgroep, incl. overledenen en patiënten lost to follow-up 6) types, aantallen en redenen voor het niet kunnen verdragen van de behandeling in elke groep.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Dworkin et al. (2008)	Interdisciplinaire expert consensus. <u>Doelstelling:</u> ➤ het leveren van richtlijnen voor de interpretatie van het klinisch belang van de resultaten van behandelingen in klinische trials m.b.t. doeltreffendheid en doelmatigheid van behandelingen tegen chronische pijn. ➤ hiervoor een voorlopig referentiekader voorstellen <u>Methode:</u> consensusvergadering met 40 specialisten die zich bogen over methodologische kwesties en onderzoeksresultaten (op basis van <u>systematische reviews</u>²⁶) die relevant	Pijnintensiteit: ➤ <u>0-10 NRS</u> Rekening houdend met 3 onderzoeken²⁷ is op een daling van: - 1 of 15 à 20% = geen belangrijk verschil - 2 of 30 à 36% = veel beter - >=4 of >=50% = substantieel Fysiek functioneren ➤ <u>Multidimensional Pain Inventory:</u> - psychometrische kwaliteiten aangetoond voor diverse types chronische pijn	Er is nog verder onderzoek nodig naar wat patiënten als een “belangrijk verschil” beschouwen qua pijnintensiteit, kwaliteit van leven en globale verbetering. Idem voor clinici. Onderzoek toonde aan dat scores 0 tot 3/4 op NRS minder invloed uitoefen op fysiek en gevoelsmatig functioneren. Toch geven weinig onderzoeken het percentage van patiënten weer die met de behandeling hun pijn zagen verminderen. Er wordt aangeraden om 2 of meer benaderingen toe te passen om het

²⁶ www.impact.org/meetings.html

²⁷ Farrar et al. (2001), Salaffi et al.(2004), Hanley et al.(2006)

	waren bij het bepalen van het klinisch belang van verschillen in de specifieke uitkomstmetingen voor 4 kernuitkomstgebieden voor chronische pijn, voorheen aanbevolen door IMMPACT: 1. pijnintensiteit (0-10 NRS) 2. fysiek functioneren (MPI en BPI interference scales) 3. emotioneel functioneren (Beck Depression Inventory en Profile of Mood States) 4. score deelnemer betr. globale verbetering (P-GIC)	- klinisch belang van de veranderingen op de MPI kunnen verschillen ngl. de aandoening ➤ <u>Brief Pain Inventory:</u> - psychometrische kwaliteiten aangetoond voor gebruik bij diverse types niet-cancereuze chronische pijn - verschillen op de gemiddelde score op de Interference Scale tussen patiënten die verbeteren met zij die niet tevreden zijn bedragen 1 à 2 punten Gevoelsmatig functioneren ➤ <u>Beck Depression Inventory:</u> - excellente psychometrische kwaliteiten en responsief voor veranderingen in pijn - mogelijkheden voor bepalen van klinisch belangrijk verschil: score <10, overgang naar minder ernstig niveau op de schaal (arbitrair), verschil van 5 punten. ➤ <u>Profile of Mood States:</u> - vrij goede interne consistentie (Cronbach α = 0.63-0.96), maar weinig onderzoek naar betrouwbaarheid gevoerd. - problemen: verschillende versies, weinig beschrijvende statistiek over de score(mechanisme)s, weinig onderzoek met controlegroep, weinig gebruikt door patiënten.	klinisch belang te evalueren van verbetering of verslechtering. <u>Voorlopig referentiekader ter interpretatie van meetverschillen bij klinische trials voor chronische pijn* :</u> ➤ 0-10 NRS: MiM=10-20%; Mol>=30%; S>=50% ➤ MPI: CI>=0.6 punten ➤ BPI: Mil=1 punt ➤ Beck DI: CI>= 5 punten ➤ PMS-total: CI>=10-15 punten PMS-sub: CI>=2-12 punten ➤ P-GIC: Mil=min.improved; Mol=much improved; S=very much improved
--	---	---	--

		- gemiddelde verbetering bedraagt ongeveer 18 punten voor de totaalscore en 1 tot 4 punten voor de subschalen. Globale verbetering ➤ <u>Patient Global Impression of Pain:</u> - veel gebruikt in recente klinische trials, zeer responsief, directe interpreteerbaarheid van de beoordeling van de patiënt - gebruikt als anker bij het bepalen van het klinisch belang van verbeteringen bij pijnmeting e.a., d.w.z. dat het belang van de verschillende niveau's van deze meting voor zich spreekt.	*Mil=minimally important; Mol=moderately important; S=substantial; CI=clinically important
--	--	--	---

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Farrar et al. (2001)	Systematische review. <u>Onderzoeksgebied:</u> interpreteren van het klinisch belang van scoreverschillen op een 0-10 (11-punts) NRS. <u>Doelstellingen:</u> de verschillen qua pijnintensiteit op de PI-NRS nagaan in relatie tot de 7-punts Patient Global Impression of Pain (P-GIC) <u>Gegevens/Selectiecriteria:</u> recente placebo-gecontroleerde klinische trials (effect van pregabaline bij diverse aandoeningen die gepaard gaan met chronische pijn) met hetzelfde onderzoeksdesign en dezelfde meetmethode: ➤ Dagelijkse pijnmeting met PI-NRS ➤ P-GIC op het einde	Selectie van 10 RCT's (n = 2724) Algemeen: daling ≥ 2 punten op PI-NRS komt overeen met "veel beter" op de P-GIC; daling ≥ 4 punten met "heel veel beter" op de P-GIC. Idem voor percentages (resp. 30% en 50%)²⁸. Gecombineerde gegevens: bijna alle patiënten die de pijn "veel beter" tot "heel veel beter" vonden hadden minstens een lagere NRS-score en de meesten hadden een vermindering van ≥ 2 punten. Een vermindering met 1.74 punten en met 27.9% kwamen best overeen met de definitie van "klinisch belangrijke verbetering".	Deze resultaten kunnen bijdragen tot verdere onderzoeken voor het bepalen van een standaard voor klinisch belangrijke verbetering in bij klinisch onderzoek van behandelingen tegen chronische pijn. Het gebruik van een standaard (outcome) kan de vergelijkbaarheid, validiteit en klinische toepasbaarheid fel verbeteren.

²⁸ Dit verband was zichtbaar in elk van de 10 onderzoeken, onafgezien van de aandoening, duur van het onderzoek en demografische gegevens van de patiënten. Ook de controlegroep had bijna dezelfde scores in verschil van percentage overeenkomend met elk niveau op de PGIC.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Farrar et al. (2008)	Gerandomiseerde, dubbel-geblindeerde, placebo-gecontroleerde trial (n=189). <u>Doelstelling:</u> de validiteit, de betrouwbaarheid en het klinisch belang nagaan van de wijzigingen op een 0-10 numerieke spasticiteitsschaal (NRS) als maat voor de door de patiënt zelf gemeten ervaren mate van spasticiteit. <u>Methode:</u> vergelijking van de betrouwbaarheid en validiteit van meting van de ernst van spasticiteit door de patiënt met een 0-10 NRS en de Ashworth Scale and Spasm Frequency Scale . Men berekende welke mate van verandering een klinisch belangrijk verschil (CID) of een minimaal klinisch belangrijk verschil (MCID) vormde t.o.v. de PGIC.	Significante correlatie tussen verandering op de 0-10 NRS en verandering op de SFS ($r=0.63$; $p<0.001$). Matige correlatie tussen verandering op de 0-10 NRS en de PGIC ($r=0.47$; $p<0.001$) Een vermindering van 30% van de spasticiteit op de 0-10 NRS score kwam het best overeen met de CID en een wijziging met 18% de MCID.	Deze resultaten bevestigen de betrouwbaarheid en de validiteit van de 0-10 spasticiteitsschaal. Wijzigingspercentage na zelfevaluatie op een 0-10 NRS is geschikt als uitkomstmaat voor komende clinical trials voor het nagaan van de effectiviteit van medicatie tegen spasticiteit. Het gebruik van een standaard instrument voor onderzoek over spasticiteit kan de vergelijkbaarheid, validiteit en klinische toepasbaarheid van zulke onderzoeken verbeteren. Daarenboven kan de toepassing van de resultaten bijdragen tot het definiëren van wat een klinisch belangrijke verbetering is bij het nagaan van de doeltreffendheid van behandelingen tegen spasticiteit.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Ferguson, Scheman (2009) (abstract)	Niet-gerandomiseerd experimenteel onderzoek (N=488) <u>Onderzoeksgebied:</u> psychometrische eigenschappen van de PGIC <u>Doelstelling:</u> nagaan welke outcomevariabelen in welke mate de score op de PGIC beïnvloeden <u>Methode:</u> ambulante patiënten met chronische pijn die een uitgebreid interdisciplinair rehabilitatieprogramma volgden gedurende 3 à 4 weken vulden voor en na het einde van dit programma schalen in m.b.t. pijnintensiteit, gevoelens en functioneren, en erna de PGIC. Op deze resultaten werd een stapsgewijze regressieanalyse toegepast.	De score op de PGIC wordt enkel significant beïnvloed door de pijnintensiteit, de PDI (Pain Disability Index) en depressie ($p < 0.05$). R^2 voor deze variabelen samen = 0.314 ($F=30.62$, $p < 0.01$) wat betreft voorspellende waarde. Staan in voor de variantie van de PGIC: pijnintensiteit (23,8%), PDI (5,9%) en depressie (1,7%).	Blijkbaar is het grootste deel van de variantie wat betreft de indruk van de patiënten over het verschil na het volgen van het rehabilitatieprogramma geen gevolg van de wijzigingen op het vlak van pijn, gevoelens of functioneren. Mogelijk heeft het meer te maken met de diagnose, de duurtijd van de pijn en het bestaan van andere psychosociale variabelen.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Hadjistavropoulos T. et al. (2007)	Interdisciplinaire expert consensus over (o.m.) pijnassessment (zelfevaluatie en observationeel) bij ouderen gebaseerd op <u>systematische reviews</u> en bestaande richtlijnen. Consensusgroep bestaande uit 24 internationale pijnexperts uitgenodigd door de onderzoeksgroep. Volgende onderzoeksdomeinen werden vastgelegd: 1. fysiek onderzoek 2. historiek medicatie 3. pijnassessment door zelfevaluatie 4. pijnassessment bij patiënten met dementie 5. functioneel assessment 6. assessment van gevoelsmatig functioneren 7. kwesties betreffende neuropatische en nociceptieve pijn Gezien het feit dat onderzoek naar pijn bij ouderen nog in de kinderschoenen staat, zijn sommige aanbevelingen in deze consensustekst gebaseerd op klinische observaties, ervaring en inferentie, en niet op systematisch verzameld empirisch	Ouderen met geen of weinig geestelijke achteruitgang ➤ zelfevaluatie als bron van informatie over pijn wordt beschouwd als de gouden standaard; haalbaar is een gestructureerd pijninterview met simpele vragen over wel of geen pijn en ongemak, pijnintensiteit, frequentie, plaats en invloed op het dagelijks leven ➤ vele ouderen spreken niet spontaan over pijn, verzwijgen of ontkennen het ➤ vele ouderen hebben geen pijn in rust ➤ de meeste (demente) ouderen zijn in staat de plaats van de pijn aan te duiden op een tekening ➤ NRS hebben goede psychometrische eigenschappen, vereisen weinig taalvaardigheid en kunnen verbaal afgenomen worden ➤ VDS hebben goede psychometrische eigenschappen en krijgen veel de voorkeur ➤ VAS soms niet bruikbaar omdat ouderen frequent antwoorden geven die niet in de VAS passen ➤ Multidimensionele schalen zijn vollediger maar tijdrovender ➤ de (SF-) MPQ is niet leeftijdsgebonden en vele ouderen met chronische pijn kunnen deze schaal invullen op voorwaarde dat ze de adjectieven begrijpen ➤ MPQ gevalideerd voor assessment van chronische pijn bij ouderen ➤ SF-MPQ gevalideerd voor gebruik bij ouderen	Vele ouderen krijgen geen adequate pijnbehandeling als gevolg van het feit dat het assessment niet (goed) gebeurt. Het is moeilijk om de meest geschikte benadering te kiezen: voldoende alomvattend maar toch doelmatig. Er bestaan problemen aangaande de waarde en het gebruik van de bestaande pijnassessmentinstrumenten. Strategies voor de verbetering van pijnassessment bij ouderen zouden deel moeten uitmaken van kwaliteitsprocessen in alle gezondheidsinstellingen. Sommige aanbevelingen zijn te omslachtig en tijdrovend voor een aantal settings; daarentegen zal het doel en de context van het assessment bepalen welke de meest geschikte methode is.

	bewijsmateriaal.	Ouderen met dementie ➤ patiënten kunnen pijn minder goed zelf evalueren naarmate ze geestelijk achteruit gaan ➤ ouderen met MMSE $\geq 12-18$ kunnen sommige zelfevaluatiemethodes nog gebruiken ➤ Bij MMSE $< 12-13$ wordt zelfevaluatie onbetrouwbaar ➤ Observationele schalen < 10 items met aanvaardbare interne consistentie: Abbey Scale, Doloplus-2 en DS-DAT. ➤ Observationele schalen > 10 items: PACSLAC vertoont de beste psychometrische kwaliteiten en geniet de voorkeur van Nederlandse verpleegkundigen; verdere prospectieve validatie nodig ➤ Met uitgebreidere en vollediger instrumenten kunnen meer patiënten met pijn opgespoord worden	
--	------------------	---	--

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Herr et al. (2006)	Systematische review. <u>Onderzoeksgebied:</u> pijnassessmentsinstrumenten bij oudere demente patiënten die niet in staat zijn om te spreken. <u>Doelstellingen:</u> evalueren van de bestaande instrumenten (allen gebaseerd op de observatie van 6 gedragscomponenten cfr. AGS*) bij deze populatie. <u>Gegevensbronnen :</u> Medline, CINAHL, PsychINFO and Health, Psychosocial instruments, National Guideline Clearinghouse. Bijkomend: abstracts van conferenties en persoonlijke databases van de auteurs. Van 1990 tot 07/2004. <u>Selectiecriteria:</u> 1. gebaseerd op observatie van gedragskenmerken van pijn 2. ontwikkeld voor pijnassessment bij niet-verbale ouderen met ernstige dementie en geëvalueerd voor gebruik	14 instrumenten gevonden, 10 geselecteerd (Abbey, ADD, CNPI, DS-DAT, Doloplus-2, FLACC, NOPPAIN, PACSSD-PACSLAC, PADE en PAINAD). ➤ Abbey: betrouwbaarheid niet voldoende getest, te weinig evidentie, gecontroleerde tests nodig. ➤ ADD: goede benadering voor detectie van pijn, maar betrouwbaarheid moet verder getest worden. ➤ CNPI: kort, klinisch bruikbaar. verder te testen, vooral voor de chronische zorg. Mogelijk aan te vullen met andere gedragscomponenten. Betrouwbaarheid verder na te gaan, vnl. voor gebruik door verpleegkundigen. ➤ DS-DAT: betrouwbaar instrument voor opsporen van ongemak, maar is onvolledig wat betreft (subtielere) pijngerelateerde indicatoren cfr. meer recente literatuur. Vereist veel training en is dus beperkt voor dagelijks gebruik. ➤ Doloplus-2: alomvattend, bevat vele indicatoren cfr. literatuur en de AGS-richtlijn. Te weinig informatie in het Engels om het instrument grondig te evalueren. ➤ FLACC: oorspronkelijk ontwikkeld voor pijnassessment bij kinderen en niet consistent met de AGS-richtlijn. Betrouwbaarheid en validiteit niet vastgesteld. ➤ NOPPAIN: gebaseerd op rapportering door naastbestaanden en als dusdanig niet ondersteund door onderzoek. Verdere tests	Bij de ontwikkeling van pijnassessmentsinstrumenten voor nonverbale ouderen met dementie dient men met 2 zaken rekening te houden: 1. demente personen vertonen verschillend gedrag bij pijn 2. de volledigheid op het vlak van nonverbale pijngedragsindicatoren De meeste van de 10 geselecteerde schalen bevatten de belangrijkste en meest voor de hand liggende indicatoren: gezichtsuitdrukking, verwoordingen/stemgeluiden en lichaamsbewegingen. Slechts 3 instrumenten bevatten indicatoren uit de 6 gedragscategorieën. Gezien het beperkt onderzoek neemt de auteur het standpunt in dat een instrument voor het detecteren van pijn allesomvattend moet zijn. 3. Op basis van de observatie van pijngedragsindicatoren kan de aanwezigheid van pijn worden

	bij niet-verbale ouderen 3. in het Engels 4. minstens 1 gepubliceerd onderzoeksrapport met een psychometrische beoordeling beschikbaar in het Engels Elk instrument werd door de 3 auteurs onafhankelijk van mekaar beoordeeld en gekwoteerd met een 4-puntschaal (3=sterke evidentie – 0=evidentie afwezig). (*) ➤ gelaatsuitdrukkingen ➤ verbale en vocale uitdrukkingen ➤ lichaamsbewegingen ➤ veranderingen in de intermenselijke interacties ➤ veranderingen in het activiteitenpatroon of van gewoontes ➤ verandering van de mentale toestand	nodig in klinische omstandigheden. ➤ PACSSD-PACSLAC: potentiëel klinisch bruikbaar instrument, eenvoudig in gebruik. Alomvattend, bevat de 6 pijngedragscategorieën cfr. AGS-richtlijn. Prospectieve evaluatie is nog nodig bij een grote groep patiënten, om betrouwbaarheid en validiteit vast te stellen. ➤ PADE: vrij eenvoudig instrument, verdere herwerking en tests zijn nodig op vlak van constructie, opmaak, score en interpretatie. ➤ PAINAD: kort en eenvoudig in gebruik, maar niet alomvattend, meet geen subtielere gedragsveranderingen. Wenselijk gebruik door clinic van een 0-10 score (cfr. NRS bij verbale patiënten) wordt niet ondersteund door literatuur.	aangetoond, maar niet de pijnintensiteit. Momenteel is er geen gestandaardiseerd instrument gebaseerd op nonverbale pijngedragsindicatoren in het Engels dat kan worden aanbevolen voor ruime toepassing in de praktijk. Men doet wel de aanbeveling een zo volledig mogelijk assessment te doen op basis van een aantal stappen. Men kan tevens in afwachting een bestaand instrument gebruiken dat best past bij de setting en het publiek. Het belangrijkste is dat verzorgers aandacht krijgen voor de aanwezigheid van pijn en pijnindicatoren nakijken bij die patiënten die geen typisch pijngedrag vertonen.
--	---	---	--

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Hurst, Bolton (2004)	Niet-gerandomiseerd experimenteel onderzoek (N=265, resp. 165 met rugpijn en 100 met nekpijn) <u>Onderzoeksgebied:</u> bepalen van klinisch significante waarden voor verbetering. <u>Doelstelling:</u> cut-off waarden bepalen voor verschillscores waarmee patiënten die klinisch verbeterd zijn kunnen worden onderscheiden. <u>Methode:</u> de patiënten vulden voor en na een chiropractische behandeling de Bournemouth Questionnaire in en erna de PGIC. Op de individuele scores werden 3 statistische methodes toegepast.	RCI (Reliable Change Index) ➤ bij een cutoff waarde van > 1.96 gaf de RCI klinische verbetering weer bij de rugpatiënten ES (Effect Size) ➤ individuele ES van ong. 0.5 had Ruwe verschillscores (op BQ): ➤ 47% (voor rugpat.) en 34% (voor nekat.) hadden hoogste sensitiviteit en specificiteit om na te gaan welke patiënten klinisch verbeterd waren en welke niet.	Het onderzoek geeft enkele statistische drempelwaarden van verschillscores waarmee kan worden nagegaan welke patiënten een klinisch merkelijke verbetering hebben ondergaan en welke niet. Er wordt echter gebruik gemaakt van de PGIC – algemeen beschouwd als een degelijk en relevant instrument voor het bepalen van klinisch significante verschillen – maar nog niet gevalideerd. Vanuit de proportie patiënten die een klinisch belangrijk verschil ervaren kan de NNT (number needed to treat) berekend worden wat de toepassing naar de individuele patiënt mogelijk maakt.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Karjalainen et al. (1999)	Systematische review. <u>Onderzoeksdomein</u> : multidisciplinaire aanpak van werkende patiënten met fibromyalgie en/of veralgemeende spierpijn. <u>Doelstellingen</u> : doeltreffendheid evalueren van een multidisciplinaire aanpak in het betreffende onderzoeksdomein. <u>Gegevensbronnen</u> : Medline (<i>vanaf 1966</i>), Embase <i>van 1980 tot 1998</i>), PsycLit (<i>vanaf 1967</i>), the Cochrane Controlled Trials Register (CCTR).Van 1966 – april 1998.Engels, Nederlands, Duits, Frans, Fins, Noors, Zweeds en Spaans. <u>Selectiecriteria</u> : - Randomized controlled trials (RCTs) of non-randomized controlled clinical trials (CCTs) - analyse van de biopsychosociale rehabilitatie in het onderzoeksdomein - multidisciplinaire aanpak. - moet een medische interventie inhouden Analyse door 4 onafhankelijke onderzoekers +	Lectuur 1808 abstracts. 65 onderzoeken weerhouden (N = 1050) – 4 onderzoeken (4 RCT) beantwoorden aan de selectiecriteria maar hebben dikwijls een povere methodologische kwaliteit. 3RCT tonen licht het belang aan van een multidisciplinaire aanpak. Deze onderzoeken tonen dat : ➤ gedragstherapie en stressbehandeling 2 belangrijke elementen zijn bij de aanpak ➤ patiënteducatie en fysieke training van merkelijk belang zijn bij de aanpak.	➤ De auteurs blijven gereserveerd over de resultaten en vinden de bewijskracht eerder zwak, maar niettemin is ze er en bijkomend onderzoek is dus nodig. ➤ Deze multidisciplinaire aanpak wordt veel toegepast bij dit type van pijn maar is zeer kostelijk voor de maatschappij en vergt veel engagement en persoonlijke inspanningen.

	2 experts analyseren het rehabilitatieprogramma.		
--	---	--	--

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Karjalainen K et al. (2003)	Systematische review. <u>Onderzoeksdomein</u> : multidisciplinaire aanpak van werkende patiënten met nekpijn <u>Doelstellingen</u> : doeltreffendheid evalueren van een multidisciplinaire aanpak in het betreffende onderzoeksdomein. <u>Gegevensbronnen</u> : Medline, Embase, PsycLit, Central, Medic, the Science Citation Index.1978 – nov. 2002. Engels, Nederlands, Duits, Frans, Fins, Noors, Zweeds en Spaans. <u>Selectiecriteria</u> : - Randomized controlled trials (RCTs) of non-randomized controlled clinical trials (CCTs) - analyse van de biopsychosociale rehabilitatie in het onderzoeksdomein - multidisciplinaire aanpak. Analyse door 4 onderzoekers (« blind »)	Lectuur 1808 abstracts; 65 onderzoeken weerhouden – 2 onderzoeken (1 RCT – 1 CCT) beantwoorden aan de selectiecriteria maar zijn van povere methodologische kwaliteit.	Gezien de zwakke gebruikte methodologie van de 2 weerhouden onderzoeken blijven de auteurs gereserveerd en oordelen ze dat er geen bewijs is dat een multidisciplinaire aanpak doeltreffend is bij nekpijn.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Karjalainen K et al. (2003)	Systematische review. <u>Onderzoeksdomein</u> : multidisciplinaire aanpak van werkende patiënten met rugpijn <u>Doelstellingen</u> : doeltreffendheid evalueren van een multidisciplinaire aanpak in het betreffende onderzoeksdomein. <u>Gegevensbronnen</u> : Medline, Embase, PsycLit, Central, Medic, the Science Citation Index.1978 – nov. 2002. Engels, Nederlands, Duits, Frans, Fins, Noors, Zweeds en Spaans. <u>Selectiecriteria</u> : - Randomized controlled trials (RCTs) of non-randomized controlled clinical trials (CCTs) - analyse van de biopsychosociale rehabilitatie in het onderzoeksdomein - multidisciplinaire aanpak. Analyse door 4 onderzoekers (« blind »)	Lectuur 1800 abstracts. 65 onderzoeken weerhouden – 2 onderzoeken (1 RCT – 1 CCT) beantwoorden aan de selectiecriteria maar hebben een povere methodologische kwaliteit. Het klinisch belang van de 2 onderzoeken is significantief.	➤ Gezien het gering aantal belangwekkende onderzoeken en hun methodologische tekortkomingen blijven de auteurs gereserveerd en oordelen ze dat er geen bewijs is dat een multidisciplinaire aanpak doeltreffend is bij rugpijn. ➤ Toch moet men de verkregen resultaten nuanceren.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Mordechai en Meyer (2004)	Gerandomiseerde, dubbel-geblindeerde, placebo-gecontroleerde trial (n=98). <u>Doelstelling:</u> nagaan of er een verschil is in pijnmeting d.m.v. de VAS en d.m.v. cathégorische schaal in het kader van het onderzoek naar de doeltreffendheid van een nieuw geneesmiddel tegen osteoarthritis (naproxen sodium 500mg). <u>Methode:</u> Een groep van 98 niet-obese ernstige osteoarthritispatiënten met kortelings niet-behandelde pijn kregen de medicatie gedurende 12 weken en maten pijn d.m.v. de 2 schalen op 5 vasstelegde momenten. Placebogroep: 108 patiënten.	Hoge correlatie tussen VAS en CAT in de 2 groepen (>0.995). Hoge spreiding van resultaten op de VAS voor elke CAT-score, met overlapping en zelfs contradictorische scores, eveneens in de 2 groepen. Lineaire regressie-analyse van CAT-VAS metingen geeft significant resultaat ($F < 0.0001$); $R^2 = 0.504$	Pijnmeting met VAS en met CAT vertoont veel overeenkomst, maar er is veel variabiliteit als gevolg van individuele beoordelingsverschillen. Een gecombineerde schaal zou het voor de patiënt duidelijker maken en de pijnmeting accurater.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Peters et al. (2007)	Observationeel onderzoek (n=338). <u>Onderzoeksgebied:</u> gebruik van schalen voor het meten van pijnintensiteit bij ambulante volwassen patiënten met chronische pijn <u>Doelstelling:</u> Psychometrische eigenschappen en voorkeuren nagaan van 5 verschillende schalen voor het meten van pijnintensiteit (horizontale en verticale VAS, 0-10 NRS, 0-20 NRS en VDS). <u>Methode:</u> Nederlandse ambulante patiënten met chronische pijn (gem. leeftijd = 54) vulden een vragenlijst in die bestond uit: ➤ Demografische gegevens ➤ 5 verschillende pijnschalen waarmee ze 4 aspecten van pijnintensiteit moesten meten (huidige pijn, ergste pijn, lichtste pijn, gemiddelde pijn de laatste week) ➤ 3 vragen m.b.t. voorkeur van schaal	➤ Leeftijd heeft invloed op maken van fouten bij gebruik van een schaal ($z=2.36$; $p=0.018$) ➤ Deelnemers geven voorkeur aan 2 NRS (49.3%) > 2 VAS (25.7%) > VDS (25%) ➤ 75-plussers verkiezen eerder de VDS (42.9%) ➤ De meeste patiënten, zelfs met cognitieve problemen, zijn in staat een VDS of een NRS te gebruiken. ➤ Goede validiteit voor de 5 schalen, maar de 2 NRS en hor. VAS geven de onderliggende pijnintensiteit iets beter weer dan de vert. VAS en zeker de VDS.	Voor het meten van de pijnintensiteit bij een heterogene groep volwassen patiënten met chronische pijn geniet een NRS (en vooral de 20-punts) de voorkeur. Wanneer de populatie voornamelijk uit ouderen bestaat, en inz. wanneer een gedeelte onder hen mogelijk geestelijke achteruitgang vertoont, kan overwogen worden om de VDS te gebruiken. Onderzoekers raden aan voorzichtig te zijn met het gebruik van de VAS omdat een aantal mensen deze schaal niet goed begrijpen en/of foutief gebruiken.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Schofield (2008)	Systematische review. <u>Onderzoeksgebied:</u> Aanpak van pijn bij ouderen, pijnassessment- en management <u>Doelstelling:</u> Bijkomend literatuuronderzoek over pijnassessment- en management met het oog op verder onderzoek en praktijkontwikkeling. <u>Gegevensbronnen:</u> voortgaand op geannoteerde literatuurlijst van de auteur (2005).²⁹ <u>Selectiecriteria:</u> id. onderzoeksgebied, focus op volwassenen in verzorgingstehuizen. Literatuur verschenen in 2007-2008.	26 artikels weerhouden (voor alle topics). Doloplus kan gebruikt worden in meer dan 1 setting, landelijk en misschien internationaal (vertaald in 5 talen). De volgende 2 schalen werden verder onderzocht: PAINAD wordt vermeld als betrouwbare schaal voor nagaan van aanwezigheid van pijn bij personen met dementie. NOPAIN: bijkomend onderzoek versterkte de eerdere beloftevolle resultaten op het vlak van betrouwbaarheid en validiteit.	Verder onderzoek moet worden verricht wat betreft validering van een aantal bestaande schalen eerder dan er nieuwe te ontwikkelen. PAINAD, NOPAIN en Doloplus lijken de meeste evidentie in zich te dragen.

²⁹ Schofield PA, Clarke A, Faulkner m, et al. An annotated bibliography for the management of pain in the older adult. University of Sheffield; 2005. ISBN 1-902411-40-4.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Turk et al. (2003)	Interdisciplinaire expert consensus <u>Doelstelling:</u> Richtlijnen uitvaardigen betreffende de kernuitkomstgebieden waarmee onderzoekers rekening dienen te houden bij het uitvoeren van klinische trials voor doeltreffendheid en doelmatigheid van behandelingen voor chronische pijn, zodat ➤ gegevens vergeleken en samengebundeld kunnen worden ➤ er betere verslaggeving gebeurt van uitkomsten ➤ voorbereiding en review van onderzoeksvoorstellen en manuscripten vereenvoudigd worden ➤ klinici beter geïnformeerd zijn bij het nemen van beslissingen aangaande risico's en voordelen van een	Pijn ➤ pijnvermindering leidt niet automatisch tot verbeterde functies en tevredenheid met de behandeling; het is belangrijk ook andere kerngebieden te bekijken in klinische trials fysiek functioneren: ➤ effect van de behandeling op het vermogen om specifieke fysieke taken uit te voeren of de vermindering van de invloed van de pijn om gewone, dagelijkse fysieke activiteiten uit te voeren³¹ gevoelsmatig functioneren ➤ moeilijk te interpreteren, maar hangt fel samen met assessment van het welbevinden en tevredenheid score deelnemer betr. algemene verbetering en	Consensus: ➤ klinische trials zouden de uitkomst moeten nagaan voor 6 kerngebieden: 1. pijn 2. fysiek functioneren 3. gevoelsmatig functioneren 4. score van de deelnemer betreffende de algemene verbetering en tevredenheid met de behandeling 5. symptomen en negatieve bijwerkingen 6. hoedanigheid en gesteldheid van de patiënt (trouwheid aan de behandeling en redenen voor vroegtijdige terugtrekking uit het onderzoek) ➤ Uitzonderlijk kan hiervan worden afgeweken, maar de redenen voor het weglaten van 1 of meer

	behandeling <u>Methode:</u> onder de vleugels van IMMPACT³⁰ namen 27 specialisten deel aan een consensusvergadering en bepaalden kernuitkomstgebieden om rekening mee te houden in klinische trials of behandelingen voor chronische pijn	tevredenheid met de behandeling ➤ minstens 1 score betr. algemene verbetering overwegen voor alle klinische trials, maar wel zo dat relevante gegevens worden verzameld symptomen en negatieve bijwerkingen ➤ symptomen aan het begin van, en symptomen en negatieve bijwerkingen tijdens het onderzoek ➤ aanpak bij het assessment: scores includeren opgesteld door de deelnemer betr. aanwezigheid, ernst, veranderingen en belang gesteldheid van de patiënt³² ➤ nauwgezette omschrijving van de betrokken deelnemers: gedetailleerde informatie m.b.t. alles wat de resultaten zou kunnen beïnvloeden, bv. aantal patiënten die uit het onderzoek zijn genomen + de redenen ervan ➤ nagaan in welke mate nevenwerkingen of andere factoren het dubbel-geblindeerde aspect van de klinische trial mogelijk hebben beïnvloed	kerngebieden moeten worden voorzien ➤ assessment van de kerngebieden is geen eis voor het verkrijgen van goedkeuring door de bevoegde instanties om het product te gebruiken ➤ bewijs voor doeltreffendheid van een behandeling hangt niet samen met voorleggen van statistisch significante effecten voor <u>alle</u> kerngebieden
--	--	--	---

³¹ consensusgroep vond dit belangrijker dan het deelnemen aan sociale activiteiten

³⁰ Initiative on Methods, Measurement and Pain Assessment in Clinical Trials

³² volgens de richtlijnen van de CONSORT verklaring (Consolidated Standards of Reporting Trials guidelines), Begg et al. (1996), Moher et al. (2001).

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Ospina M. et al. (2008)	Systematische review. <u>Onderzoeksdomein</u>: multidisciplinaire benadering bij de aanpak van chronische pijn buiten kanker. <u>Doelstellingen</u>: Evaluatie van de doeltreffendheid, de doelmatigheid en de economische weerslag van multidisciplinaire programma's bij de behandeling van patiënten met chronische pijn buiten kanker. <u>Gegevensbronnen</u>: Medline, Embase, CINAHL, BioethicsLine, ACP Journal Club, EBM Reviews, PsycInfo, DARE, the Cochrane Library and HealthStar Van 1966 tot 2007. Engels, Nederlands, Duits, Frans en Spaans. <u>Selectiecriteria</u>: - Systematische reviews (SR's) of Randomized controlled trials (RCTs) of non-randomized controlled clinical trials (CCTs) - Analyse van de multidisciplinaire aanpak in het onderzoeksdomein.	12 SR's van goede kwaliteit tonen het belang van een multidisciplinaire aanpak aan, 5 voldoen aan alle selectiecriteria. 4 SR's tonen aan dat: - dat dit vooral het geval is bij dorsolumale pijn - dat de functionele capaciteiten verbeteren naarmate de pijn afneemt In 1 RCT uit 1 weerhouden SR wordt aangetoond : Dans 1 RCT d'une SR retenue démontre : - dat de dagelijkse activiteiten terug worden opgenomen en dat de pijnintensiteit afneemt bij chronische abdominale pijn. De overige 8 SR's zijn van een mindere methodologische kwaliteit.	➤ de auteurs konden de doeltreffendheid van een multidisciplinaire aanpak niet aantonen ➤ er zijn talrijke en verschillende soorten programma's en benaderingen in de diverse onderzoeken en SR's ➤ bijkomend onderzoek is nodig om de diverse dimensies van de multidisciplinaire benadering te evalueren.

	Analyse door 2 onafhankelijke onderzoekers.		
--	---	--	--

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Zwakhalen et al. (2006)	Observationeel onderzoek (n=144). <u>Doelstelling:</u> de psychometrische kwaliteiten en de klinische bruikbaarheid nagaan van pijnevaluatie instrumenten voor ouderen met dementie in verpleeghuizen, en meer bepaald 3 in het Nederlands vertaalde versies van PAINAD, PACSLAC en Doloplus-2. <u>Methode:</u> 12 verpleegkundigen uit verschillende verpleeghuizen gebruikten de VAS, PACSLAC en PAINAD kort na verschillende situaties (in rust, na een grieprik of in een specifieke situatie) en de Doloplus-2 achteraf, dit bij voornamelijk dementerende ouderen. Alles werd opgenomen op video. Zij beoordeelden de klinische bruikbaarheid van de verschillende instrumenten nadat ze alle deelnemende patiënten op hun eigen afdeling hadden gescreend.	Interne consistentie (Cronbach α)(tot.): ➤ PAINAD: 0.48-0.74 ➤ PACSLAC: 0.62-0.84 ➤ Doloplus-2: 0.74-0.75) Betrouwbaarheid: Inter-rater: ➤ PAINAD: 0.75-0.85 ➤ PACSLAC: 0.93-0.96 ➤ VAS: 0.69-0.86 Intra-rater: ➤ PAINAD: 0.89 ➤ PACSLAC: 0.86 ➤ VAS: 0.85 Validiteit: ➤ Hogere scores op VAS en VRS geven ook meer geobserveerd pijngerelateerd gedrag op de observationele schalen PAINAD en PACSLAC ➤ Hoge correlatie tussen PAINAD, PACSLAC en de andere pijnmetingen (range 0.69-0.89) ➤ Lagere scores in vgl. met Doloplus-2 (0.29-0.36) Klinische bruikbaarheid (score 0-10): PACSLAC: gem. 7.0; SD 0.5/PAINAD: gem. 5.89; SD 1.7/Doloplus-2: gem. 5.6; SD 2.2	De Nederlandse versie van PACSLAC werd door de verpleegkundigen als de meest bruikbare beoordeeld. Verdere verfijning (bv. verwijderen van veel niet-gebruikte items) kan de homogeniteit verhogen. PAINAD scoorde lager op klinische bruikbaarheid, maar vertoont goede psychometrische kwaliteiten (homogeniteit, betrouwbaarheid en validiteit). Doloplus-2 vond men moeilijker om te gebruiken, maar heeft aanvaardbare psychometrische kwaliteiten.

AUTEUR - JAAR	KENMERKEN VAN HET ONDERZOEK	RESULTATEN	BEMERKINGEN / BESLUITEN
Zwakhalen et al. (2006)	Systematische review. <u>Onderzoeksgebied:</u> pijnassessmentsinstrumenten voor ernstig demente ouderen. <u>Doelstellingen:</u> het opzoeken van pijnassessmentsinstrumenten voor ernstig demente ouderen en het evalueren van de psychometrische eigenschappen en de klinische bruikbaarheid van deze instrumenten. <u>Gegevensbronnen:</u> Medline, CINAHL en PsychINFO, aangevuld met citaten en referenties uit tijdschriften en niet-gepubliceerde manuscripten over het onderwerp. Abstracten van het 7^{de}, 8^{ste}, 9^{de} en 10^{de} Wereldcongres van de International Association for the Study of Pain. Focus op publicaties van 1988 tot	141 abstracts werden gelezen. 54 artikels werden weerhouden voor de review. 29 artikels refereerden naar 14 instrumenten voor gedragsobservatie. 2 van de instrumenten werden niet weerhouden (DS-DAT en PATCOA). ➤ Doloplus-2: proportie test bij nonverbale patiënten klein (5%), weinig informatie over correlatiecoëfficiënten, cut-off scores en niveau van geestelijke achteruitgang van de deelnemers. Sommige items niet goed uitgelegd. Eerder lage specificiteit. ➤ ECPA: klinische waarde moet nog verder worden onderzocht. ➤ ECS: niet getest op validiteit en betrouwbaarheid. ➤ observational pain behaviour tool: verder onderzoek op validiteit en betrouwbaarheid is noodzakelijk. ➤ CNPI: zwakke psychometrische kwaliteiten. Verdere ontwikkeling nodig in grotere populaties. ➤ PACSLAC: Score-interpretatie ontbreekt. Verdere verfijning en psychometrische testen nodig, in klinische situaties en bij grotere groepen. ➤ PAINAD: goede psychometrische eigenschappen,	Momenteel kan geen schaal worden naar voren geschoven als de meest geschikte (laat staan verkieslijke) voor pijnassessments bij ouderen met dementie. De beste psychometrische kwaliteiten worden getoond door PAINAD, PACSLAC, Doloplus-2 en ECPA, maar geen haalt een score van meer dan 12 op een maximum van 20, dus hun psychometrische kwaliteiten zijn in het algemeen matig. Het is bijgevolg te vroeg om een van deze instrumenten aan te bevelen voor de dagelijkse praktijk. Bij de verdere ontwikkeling dient men rekening te houden met 2 criteria: 1. mogelijkheid om subtielere gedragsveranderingen na te gaan 2. klinische bruikbaarheid en haalbaarheid Bijkomend rekening houdend met deze 2 criteria is de conclusie dat Doloplus-2 en PACSLAC de 2 meest geschikte schalen zijn die momenteel

	01/2005. <u>Selectiecriteria:</u> 1. beschrijving van een instrument/schaal voor ouderen met dementie of een subgroep, bv. Alzheimer 2. schaal gebruikt voor pijnmeting door zelfevaluatie of gedrag 3. Engels, Nederlands, Duits of Frans 4. geen case-reports of secundaire bronnen/reviews.	maar verder onderzoek nodig bij een grotere groep. ➤ PADE: Complex scoringsmechanisme. Validiteit verder te onderzoeken. ➤ RaPID: Psychometrische kwaliteiten weinig onderzocht, verdere ontwikkeling nodig. ➤ Abbey: huidige versie vertoont gebrekkige betrouwbaarheid en validiteit. ➤ NOPPAIN: nog niet uitgebreid getest op betrouwbaarheid en validiteit. Uitgevoerd door verpleeghulp ➤ pain assessment scale for use with cognitively impaired adults: verdere verfijning en testen op betrouwbaarheid en validiteit nodig.	bestaan. <u>Verder onderzoek:</u> ➤ psychometrische evaluatie van bestaande schalen voorrang geven op ontwikkelen van nieuwe ➤ verder onderzoek naar pijnassessment bij verschillende types dementie ➤ interactie tussen pijn en BPSDs³³ onderzoeken
--	--	---	--

³³ Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Analyse van de richtlijnen met behulp van GRADE

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:						
		McLennon SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.						
		Messages clés	Niveau de preuve *	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
			Directive	GRADE				
I Comment mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la douleur chronique ?								
1	Rechercher la présence de D+	La mesure initiale dans l'évaluation de la douleur est de s'enquérir de la présence de douleur. L'infirmier doit s'assurer qu'il s'agit d'une douleur chronique (définition de Bonica 1990) (càd douleur qui dure depuis plus d'un mois de manière continue ou intermittente). L'infirmier doit évaluer l'intensité de la douleur et la localisation (utiliser une cartographie du corps - BPI) ainsi que les facteurs de soulagement (American Geriatric Society (AGS) - 2002)	D	4	Oui	Non	Non	Oui
2	Identifier les causes fondamentales et les facteurs associés	Il est important d'identifier la cause fondamentale de la douleur afin d'adapter la stratégie de gestion de la douleur (AGS, 2002; Ferrell, 2000)	C	2c	Oui	Non	Non	Oui
3		Il est nécessaire de réaliser une anamnèse complète ainsi qu'un examen physique et une biologie standard (AGS, 2002)	D	4	Oui	Non	Non	Oui
4		Le soignant doit aussi réaliser une évaluation des attitudes et des croyances du patient vis-à-vis de sa douleur et de son traitement qui pourrait affecter le rapportage et la gestion de la douleur (AGS, 2002; Green, Wheeler, & LaPorte, 2003; Kovach et al., 2000.)	C	2c	Oui	Non	Non	Oui
5	Evaluer l'impact de la douleur sur les fonctions physiques du patient	Les patients âgés avec une expérience de douleur chronique qui augmente en intensité lors des mouvements a comme conséquence une diminution de l'activité et des mouvements qui augmente encore le processus douloureux (Davis, Hiemenz, & White, 2002; Duong et al., 2005.)	C	2c	Oui	Non	Non	Oui

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		McLennon SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.							
		Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
6		Une diminution de l'intensité douloureuse de 25% a montré une augmentation de la capacité fonctionnelle des personnes âgées de 50% (Flor, Fydrich, & Turk, 1992) - Le traitement et la réduction de l'intensité douloureuse peut améliorer, non seulement le fonctionnement physique du patient mais aussi ses capacités psychosociales	A	1a	Non	Non	Non	Oui	
7	Evaluer l'impact de la douleur sur les fonctions psychosociales du patient	En plus de l'évaluation de l'intensité de la douleur chronique, le soignant doit également évaluer les interférences de la douleur chronique sur le fonctionnement psychosocial du patient - Il a été démontré que la douleur chronique pouvait être associée à de la dépression, de la détresse et un déclin dans les activités sociales (Baker, 2005; Haythornthwaite et al., 2003; Mossey & Gallagher, 2004; Tsai, 2005) Un critère de résultat est l'amélioration du fonctionnement physique et psychosocial de l'individu	C	2b	Oui	Non	Non	Oui	
8	Les échelles d'intensité douloureuse	L'auto-évaluation de la présence et de l'intensité douloureuse par le patient fournissent les données les plus précises et les plus fiables (AGS - 2002)	C	3	Oui	Non	Non	Oui	
9		Il n'existe pas un outil optimal d'évaluation de l'intensité douloureuse adapté à tous les patients âgés, une approche individualisée a été recommandée (AGS, 2002; Weiner, Herr, & Rudy, 2002.)	D	4	Oui	Oui	Non	Oui	

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		McLennon SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.							
		Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
10		L'infirmière doit évaluer la capacité de la personne âgée à utiliser correctement une échelle d'évaluation de l'intensité douloureuse. L'infirmière doit considérer les capacités cognitives, sensorielles, perceptuelles et motrices du patient âgé afin de d'évaluer si celles-ci peuvent entraver la capacité à utiliser précisément et efficacement une échelle d'évaluation de l'intensité douloureuse - certaines adaptations de l'environnement ou de l'outil peuvent parfois être nécessaire (luminosité, éviter le bruit de fond, augmenter la taille des chiffres de l'échelle,etc.) (Burris, 2004; Hanks-Bell, Halvey, & Paice, 2004)	D	4	Oui	Oui	Non	Oui	
11		Chez le patient âgé, il est recommandé de diversifier les outils afin de trouver l'outil le mieux adapté au patient. Dans un second temps, l'infirmière doit continuer à utiliser les mêmes outils à chaque évaluation afin d'assurer la fiabilité et l'homogénéité des données récoltées dans le temps (AGS, 2002 ; Weiner et Herr, 2002)	C	2c	Oui	Oui	Non	Oui	
12		L'échelle verbale simple est la plus fiable et la plus valide chez les patients âgés y compris chez les patients avec une légère altération de la capacité cognitive (Closs et al., 2004; Feldt, "Improving assessment and treatment," 2000; Herr et al., 2004; Taylor et al., 2005.)	B	1c	Oui	Oui	Non	Oui	
13		L'échelle numérique est souvent préférée des patients parcequ'elle est plus compréhensible (Herr et autres., 2004 ; Rodriguez, McMillan, et Yarandi, 2004)	C	2b	Oui	Oui	Non	Oui	

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		McLennon SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.							
		Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
14	L'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec altération des capacités cognitives	Les patients âgés présentant une altération de leurs capacités cognitives expriment moins la douleur que les patients aux capacités cognitives intactes. Il n'a pas été prouvé que les patients avec altération cognitive ont une capacité sensorielle diminuée. Cependant, ces patients peuvent avoir une capacité réduite d'interpréter et rapporter la douleur et cela en fonction de l'ampleur et de la zone neurologique touchée (Kovach et autres., 2000 ; Werner et autres., 1998, Bachino et autres., 2001 ; Huffman et Kunik, 2000 ; Young et Young, 1997.) Pour ce type de patient l'auto-évaluation est difficile et peu fiable	C	2c	Oui	Oui	Non	Oui	
15		Si le patient présente une altération cognitive faible à modérée et qu'il a la capacité d'utiliser l'auto-évaluation - l'échelle verbale analogique car elle est la plus fiable et la plus valide (Herr et autres., 2004 ; Taylor et autres., 2005 ; Taylor et Herr, 2003.) pour ce groupe de patients	C	2b	Oui	Oui	Non	Oui	
16		Si le patient présente une altération cognitive ne permettant pas d'auto-évaluation, les soignants peuvent d'utiliser des outils d'hétéro-évaluation cependant ceux-ci présentent de nombreux biais comme le manque d'objectivité (la sous estimation de la douleur par les soignants (Cohen-Mansfield, 2005 ; Cohen-Mansfield et Lipson, 2002.) et la sur-estimation de la douleur par les proches et la famille (Horgas et Dunn, 2001 ; Shega et autres., 2004.)).	C	2b	Oui	Oui	Non	Oui	

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		McLennon SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.							
		Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
17		Cette RBP ne recommande pas un outil d'hétéro-évaluation spécifique mais elle recommande d'effectuer un bilan complet à la recherche des causes de douleurs chez les patients présentant : 1. Changement de comportement - 2. l'inactivité et/ou les patients qui restent couchés - 3. les grimaces - 4. boiter, changement de la démarche, se tenir à des appuis - 4. les frottements d'une partie du corps, les basculements - 5. agitation, agitation verbale, agressivité - 6. les résistances aux soins - 7. perte d'appétit, insomnie, apathie	C	2c	Oui	Oui	Non	Oui	

QUESTIONS CLINIQUES	Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
	Haute Autorité de Santé (HAS), Thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale : Octobre 2000							
	Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
		Directive	GRADE					
1 Comment mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la douleur chronique ?								
1	Du fait de la rareté des études réalisées spécifiquement chez les personnes âgées de plus de 75 ans et de l'absence d'étude réalisée chez celles qui ont des troubles de la communication verbale, les recommandations reposent sur un accord professionnel							
2	ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES AGÉES AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE	Les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale souffrent autant que les autres et requièrent comme les autres une évaluation et une prise en charge adaptées de la douleur.	-	-	Oui	Oui	Oui	Oui
		Tout changement de comportement, spontané ou survenant pendant un soin, chez une personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit faire évoquer la possibilité d'un état douloureux et le faire rechercher	-	-	Oui	Oui	Oui	Oui
		Une évaluation correcte de la douleur associe une échelle d'hétéro-évaluation et une analyse sémiologique et étiologique. Des échelles d'hétéro-évaluation en langue française sont en cours de validation ; elles sont décrites en annexe des recommandations	-	-	Oui	Oui	Non	Oui
3		L'hétéro-évaluation concerne tous les acteurs de soins. Elle doit être répétée. La cinétique des scores doit être suivie régulièrement et consignée sur la feuille de soins ou le cahier de liaison au domicile.	-	-	Oui	Oui	Oui	Oui

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		Haute Autorité de Santé (HAS), Thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale : Octobre 2000							
		Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
4		Il est recommandé que l'identification, l'évaluation et le traitement de la douleur physique s'accompagnent d'une prise en compte de la souffrance morale du patient. Il est recommandé d'évaluer simultanément les aspects organiques et psychologiques de la douleur sans attendre d'avoir éliminé toutes les causes organiques. Les douleurs psychogènes ne devraient pas être un diagnostic d'élimination.	-	-	Oui	Oui	Non	Oui	

QUESTIONS CLINIQUES	Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:								
	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 Richtlijn; 2006								
	Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?	
		Directive	GRADE						
I Comment mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la douleur chronique ?									
1		Dans le cadre de l'anamnèse et de l'examen physique, la douleur est un des critères pour le diagnostic clinique	D	Opinion d'experts	Non	Non	Non	Oui	Oui
2		Il y a peu de preuves concernant l'utilisation de VAS, McGill et NRS pour le diagnostic	D	Opinion d'experts	Non	Non	Non	Oui	Non
3		L'évaluation de la douleur avec VAS ou McGill contribue à la mesure de la gravité de la lésion. Cette mesure du niveau de gravité de la lésion n'a cependant pas été étudiée suffisamment,	D	Opinion d'experts	Non	Non	Non	Non	Non
II Efficacité d'un traitement médicamenteux									
1		Paracetamol: pas de preuve	D Consensus	Opinion d'experts	Non	Non	Non	Non	Non
2		AINS: pas de preuves suffisantes	C	1C	Non	Non	Non	Non	Non
3		Opioides oraux et morphine par voie parentérale: pas de preuves suffisantes	C	1C	Non	Non	Oui	Non	Non
4		Antidouleurs issus du tableau DSM jusqu'au palier 2	C	1C	Non	Non	Non	Non	Oui

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 Richtlijn; 2006							
		Messages clés	Niveau de preuve *	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?	
III Efficacité de la physiothérapie									
1		La physiothérapie est probablement utile pour les lésions des membres supérieurs	B	1B	Non	Non	Non	Non	Non
2		La physiothérapie est également importante dans les phases ultérieures du	C	1C	Non	Non	Oui	Non	Non
3		La physiothérapie est un traitement "standard"	D Consensus	Opinion d'experts	Non	Non	Oui	Non	Non

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		National Health Service (NHS). Management of Chronic Pain in Adult – Best Practice Statement. NHS Quality Improvement Scotland. Feb. 2006							
		Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
			Directive	GRADE					
I Comment mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la douleur chronique ?									
1	La prise en charge globale	Les patients souffrant de douleurs chroniques doivent avoir une évaluation médicale complète afin de s'assurer qu'il n'existe aucun processus pathologique fondamental expliquant les symptômes	Consensus	4	Oui	Non	Non	Oui	
2		Une évaluation holistique du patient et de sa douleur est nécessaire afin d'augmenter la probabilité de succès de la gestion de la douleur	Consensus	4	Oui	Non	Non	Oui	
3		La douleur chronique est un phénomène multidimensionnel et la gestion de la douleur chronique doit prendre en considération tous ses aspects (Rucker et al. 1996)	B	1C	Oui	Non	Non	Oui	
4		L'autoévaluation de la douleur (par le patient) doit être considérée comme une mesure précise de la douleur (Solomon 2001_ review)	B	1B	Oui	Oui	Non	Oui	
5	Outils d'évaluation	Les infirmiers et les médecins traitants doivent comprendre la nature multidimensionnelle de la douleur chronique ainsi que les différents processus qui composent la douleur chronique. Des outils d'évaluation validés appropriés à l'individu doivent être utilisés pour évaluer le patient et sa douleur (Bourbonnais et al. 2004_ review).	B	1B	Oui	Non	Non	Oui	
6		Une évaluation précise et une gestion individuelle du patient souffrant de douleur chronique (Twycross 2000)	C	2C	Oui	Oui	Non	Non	

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		National Health Service (NHS). Management of Chronic Pain in Adult – Best Practice Statement. NHS Quality Improvement Scotland. Feb. 2006							
		Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non)
7		Les outils multidimensionnels d'évaluation doivent être le reflet de la nature holistique de la douleur chronique (Davies et Mc Vicar 2000_review)	B	1B	Oui	Oui	Non	Non	
8		L'évaluation continue de la douleur chronique doit aider la mise en œuvre du traitement (Turk et Burwinkle 2005_review)	B	1B	Oui	Oui	Non	Oui	
9		Une fois la douleur identifiée, une évaluation globale de l'impact de la douleur sur le patient est entreprise et un programme de gestion de la douleur est mis en place. Les patients souffrant de douleurs chroniques ont de multiples besoins. Le succès du programme de gestion de la douleur dépend de la bonne compréhension et des évaluations et réévaluations précises effectuées (de Wit et al. 1999)	B	1B	Non	Non	Non	Oui	
10		Les infirmiers et les médecins traitants doivent pouvoir faire la différence entre la douleur nociceptive et neuropathique (Nicholson et al. 2003)	B	1B	Oui	Non	Non	Oui	
11									

Biilage 6 : enquête in de thuisverpleging

Gehanteerde vragenlijst voor het onderzoek betreffende de noden en verwachtingen in de thuisverpleging



Antwerpen ,

Beste collega,

De organisatie **CIPIQ-S** (www.cipiqs.org) wordt gesubsidiëerd door de *Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu* (Algemene Directie Basisgezondheidszorg) om op een duurzame wijze de Evidence-based Nursing (EBN) te implementeren in de thuisverpleging.

De belangrijkste opdrachten die ons werden toegewezen zijn :

- « de duurzame integratie van een « evidence-based » praktijkvoering in de thuisverpleegkundige zorg,...
- De promotie van de kwaliteit in de thuisverpleegkunde met name door de productie van « evidence-based » richtlijnen voor thuisverpleegkundigen d.m.v. :
 - het opstellen van aanbevelingen voor goede praktijkvoering in de thuisverpleegkunde waarvan het onderwerp en de modaliteiten in overleg bepaald zullen worden door de *Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en CIPIQ-S...* » (Uittreksel uit K.B. 28/11/2008, B.S. 02/01/2009)

In 2007 werkte CIPIQ-S in samenwerking met CEBAM een aanbeveling voor goede praktijkvoering (AGP) uit met betrekking tot veneuze ulcera in de thuisverpleging. Daarnaast werden ook enkele hulpmiddelen gemaakt om de aanbeveling te verspreiden zoals een website, een folder en een poster voor de verpleegkundigen en de huisartsen.

Deze richtlijn werd ontwikkeld voor de thuisverpleging in samenwerking met verpleegkundigen.

Ze is beschikbaar via onze website : <http://www.cipiqs.org/file/RBPULcereVariqueuxNL.htm>

Eind 2008 kregen wij de opdracht om een nieuwe AGP op te stellen met als thema « **Rol van de thuisverpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn bij volwassen patiënten** ».

Om deze AGP uit te werken kiest CIPIQ-S ervoor de « bottom-up » methode toe te passen, die vertrekt vanuit de actieve betrokkenheid van mensen uit het werkveld, beroepsverenigingen van verpleegkundigen en huisartsen (Domus Medica en SSMG- Société Scientifique de Médecine Générale) en de gekende Federale instanties (FOD Volksgezondheid, Federale Raad voor Verpleegkunde en Technische Commissie voor Verpleegkunde).

Het is in uw hoedanigheid van zorgverstreker in de thuisverpleging dat wij u willen uitnodigen om **deze korte vragenlijst** in te vullen; op deze manier helpt u ons een richtlijn op te stellen die maximaal tegemoet komt aan de noden en verwachtingen van de veldwerkers.

U kan deze vragenlijst invullen in ongeveer **15 minuten**. Zou u zo goed willen zijn deze vragenlijst **binnen de 14 dagen** terug te sturen d.m.v. de bijgevoegde enveloppe a.u.b.

Mogen wij u beleefd verzoeken de vragen zo juist mogelijk te beantwoorden, **uw mening is immers zeer belangrijk** voor ons met het oog op de verdere ontwikkeling.

Voor CIPIQ-S,

D. Putzeys

Coordinateur de projet pour la CIPIQ-S au SPF santé publique

Direction générale des soins de santé primaire et gestion de crise.

dominique.putzeys@chrcitadelle.be

putzeys_dominique@voo.be

L. Heirstrate

Onderzoeksmedewerker CIPIQ-S voor FOD Volksgezondheid

Algemene Directie Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer

luc.heirstrate@wgk-ant.be

luc.heirstrate@skynet.be

VRAGENLIJST – opgepast : recto/verso

In deze vragenlijst maken wij gebruik van de term « **chronische pijn** ».

Om zeker vanuit hetzelfde referentiekader te vertrekken stellen we enkele definities voor :

De **IASP** (International Association for the Study of Pain) definieert chronische pijn als volgt :

« Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring, geassocieerd met (potentiële) weefselschade of beschreven in termen van dergelijke schade »

De **WGO** (Wereld Gezondheids Organisatie) zegt :

« chronische pijn is voortdurende of terugkerende pijn die aanwezig is sedert 3 à 6 maanden ».

Sociodemografische gegevens : vul in a.u.b.

1. Ik ben ☐ Gebrevetteerd verpleegkundige ☐ Gegradueerd verpleegkundige

Hoe lang is het geleden dat u uw diploma behaalde ?

☐ Minder dan 1 jaar

☐ 15 tot 20 jaar

☐ 1 tot 5 jaar

☐ 20 tot 25 jaar

☐ 5 tot 10 jaar

☐ Meer dan 25 jaar

☐ 10 tot 15 jaar

Hebt u een functie waarbij u personeel begeleidt ?

☐ Ja

☐ Nee

2. Hoe lang werkt u reeds in de thuisverpleging ?

☐ Minder dan 1 jaar

☐ 15 tot 20 jaar

☐ 1 tot 5 jaar

☐ 20 tot 25 jaar

☐ 5 tot 10 jaar

☐ Meer dan 25 jaar

☐ 10 tot 15 jaar

Hoeveel uren werkt u per week ?

- | | |
|--|---|
| ☐ minder dan halftijds | ☐ voltijds |
| ☐ halftijds | ☐ Meer dan 40u/week |
| ☐ drie kwart | ☐ meer dan 50u/week |

Werkt u als thuisverpleegkundige

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ op zelfstandige basis | ☐ in loondienst |
|---|-------------------------------------|

3. Volgde u na uw studies een vorming op het vlak van pijn ?

- | | | |
|---------------------------|--|------|
| ☐ ja | ☐ Indien ja : hoeveel uren ? | ...u |
| ☐ nee | | |

4. Hoeveel patiënten met chronische pijn verzorgt u gemiddeld per week ?

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ geen | ☐ 0 10 à 15 |
| ☐ 0 1 à 5 | ☐ 0 meer dan 15 |
| ☐ 0 5 à10 | |

a) *Welke prestaties verricht u meestal bij deze patiënten ?*

b) *Welke problemen ervaart u het meest bij deze patiënten?*

5 Wanneer u te maken krijgt met een patiënt met chronische pijn :

a. *welke hulp(middelen) hebt u dan ter beschikking ?*

b. *Hoe pakt u dergelijke patiëntsituatie aan ?*

c. *Vindt u dat u dergelijke patiëntsituatie steeds op de goede manier aanpakt ?*

☐ ja

☐ nee Indien nee, kan u dit verder uitleggen

6 Hoe belangrijk vindt u de volgende zaken voor uw dagelijkse klinische praktijk ?



	NIET BELANGRIJK		ZEER BELANGRIJK		
a. De fysiologie van pijn kennen	1	2	3	4	5
b. De verschillende types van pijn herkennen	1	2	3	4	5
c. De invloed van pijn op het gedrag van de patiënt begrijpen	1	2	3	4	5
d. Een patiënt met chronische pijn herkennen	1	2	3	4	5
e. In staat zijn de geschikte hulpmiddelen voor evaluatie te gebruiken	1	2	3	4	5
f. Begrijpen hoe pijnevaluatie verloopt	1	2	3	4	5
g. De verschillende hulpmiddelen kennen voor het meten van pijnintensiteit	1	2	3	4	5
h. De verschillende hulpmiddelen kennen voor het meten van pijnverzachting	1	2	3	4	5
i. De verschillende behandelingen van chronische pijn kennen	1	2	3	4	5

j. De bijwerkingen van pijnbehandelingen herkennen

1

2

3

4

5

k. In staat zijn voorstellen te doen ter aanvulling van de medicamenteuze behandeling

1

2

3

4

5

l. De aanpak van pijn integreren in mijn dagelijkse klinische praktijk

1

2

3

4

5

m. De invloed van chronische pijn op de levenskwaliteit van de patiënt begrijpen

1

2

3

4

5

n. Met de huisarts samenwerken bij de behandeling van een dergelijke patiënt

1

2

3

4

5

o. Mijn patiënt naar de juiste zorgvoorziening toeleiden

1

2

3

4

5

Opmerkingen en suggesties :

7 In welke mate vindt u dat deze beweringen waar zijn voor uw dagelijkse klinische praktijk?



NIET AKKOORD

VOLLEDIG AKKOORD

	1	2	3	4	5
a. Ik ken de fysiologie van pijn					
b. Ik herken de verschillende soorten pijn	1	2	3	4	5
c. Ik begrijp de invloed van pijn op het gedrag van een patiënt	1	2	3	4	5
d. Ik herken gemakkelijk een patiënt met chronische pijn	1	2	3	4	5
e. Ik ben in staat de geëigende hulpmiddelen voor evaluatie te gebruiken	1	2	3	4	5
f. Ik begrijp het verloop van pijnevaluatie	1	2	3	4	5
g. Ik ken de verschillende hulpmiddelen voor het meten van pijnintensiteit	1	2	3	4	5
h. Ik ken de verschillende hulpmiddelen voor het meten van pijnverzachting	1	2	3	4	5
i. Ik ken de verschillende behandelingen van chronische pijn	1	2	3	4	5
j. Ik herken gemakkelijk de bijwerkingen van pijnbehandelingen	1	2	3	4	5

k. Ik ben in staat voorstellen te doen ter aanvulling van de medicamenteuze behandeling

1

2

3

4

5

l. Ik ben in staat de aanpak van pijn te integreren in mijn dagelijkse klinische praktijk

1

2

3

4

5

m. Ik begrijp dat chronische pijn invloed heeft op de levenskwaliteit van een patiënt

1

2

3

4

5

n. Ik werk samen met de huisarts bij de behandeling van een patiënt met chronische pijn

1

2

3

4

5

o. Ik ben in staat een patiënt naar de juiste zorgvoorziening toe te leiden

1

2

3

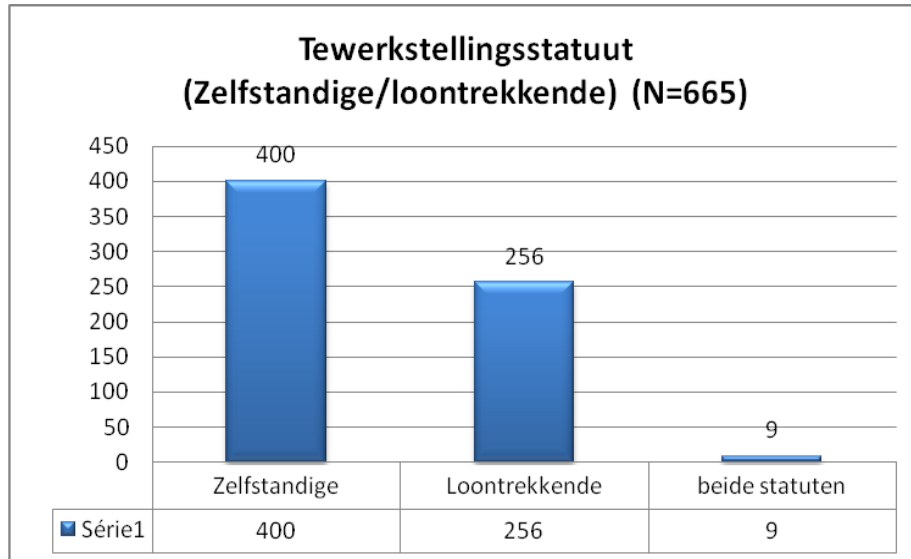
4

5

Opmerkingen en suggesties :

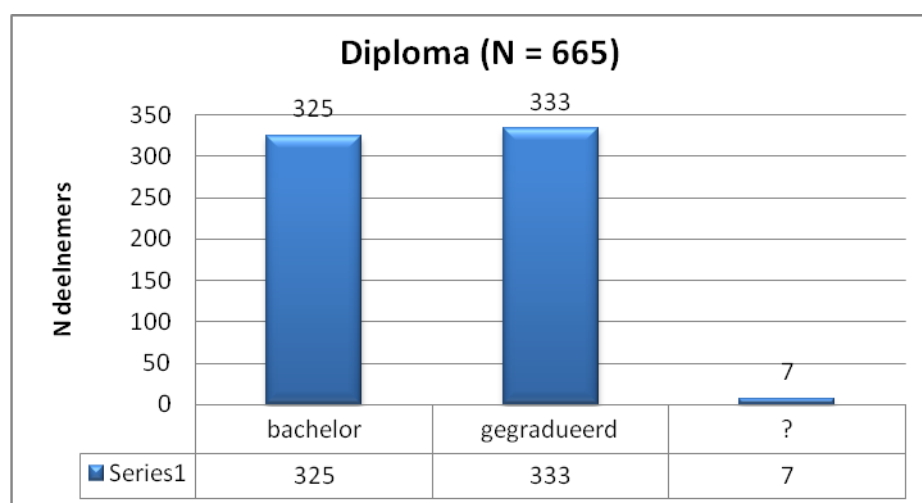
BIJLAGE 7: ANALYSE VAN DE RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE IN DE THUISVERPLEGING

Deel 1 : Kwantitatieve analyse/socio-demografische gegevens

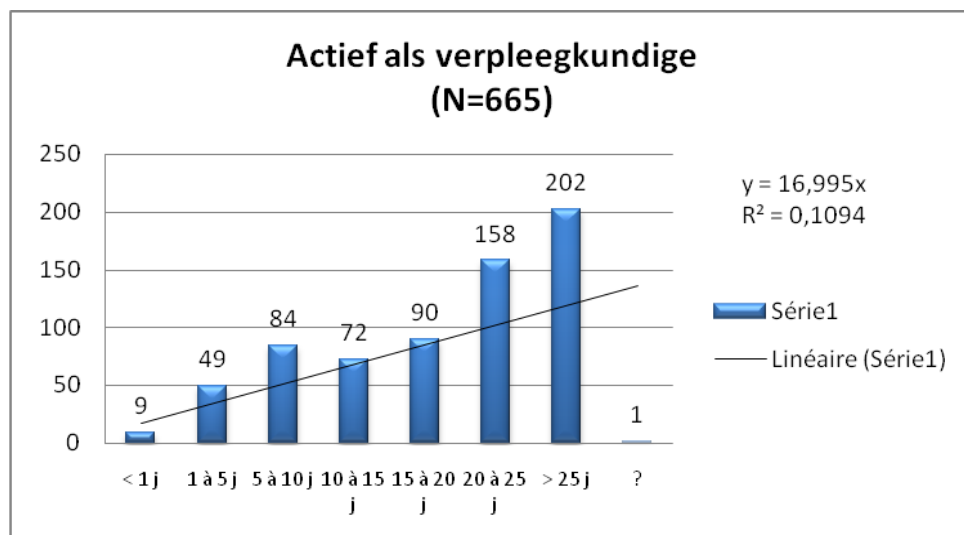


Meer dan 60% van de deelnemers aan de enquête waren zelfstandig werkende verpleegkundigen. Dit betekent een ratio van 3 zelfstandigen op 2 loontrekkenden.

De verpleegkundigen werden bevraagd over het gevolgde onderwijsniveau : diploma gegradueerd (diploma-brevet) of bachelor. De grafiek toont dat de verdeling gelijk is.

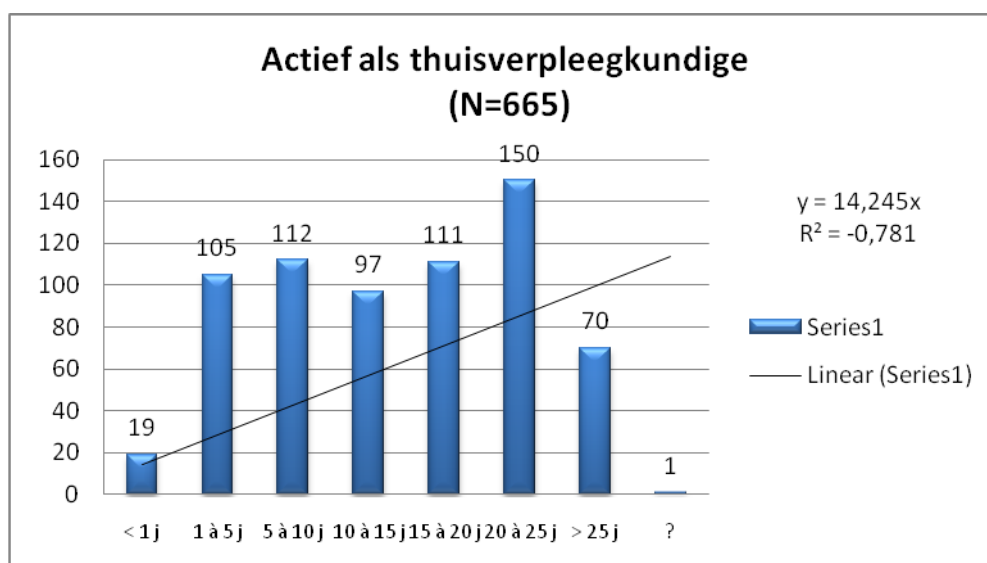


Zij werden eveneens bevraagd over hun anciënniteitsgraad in het beroep en meer bepaald in de thuisverpleging.



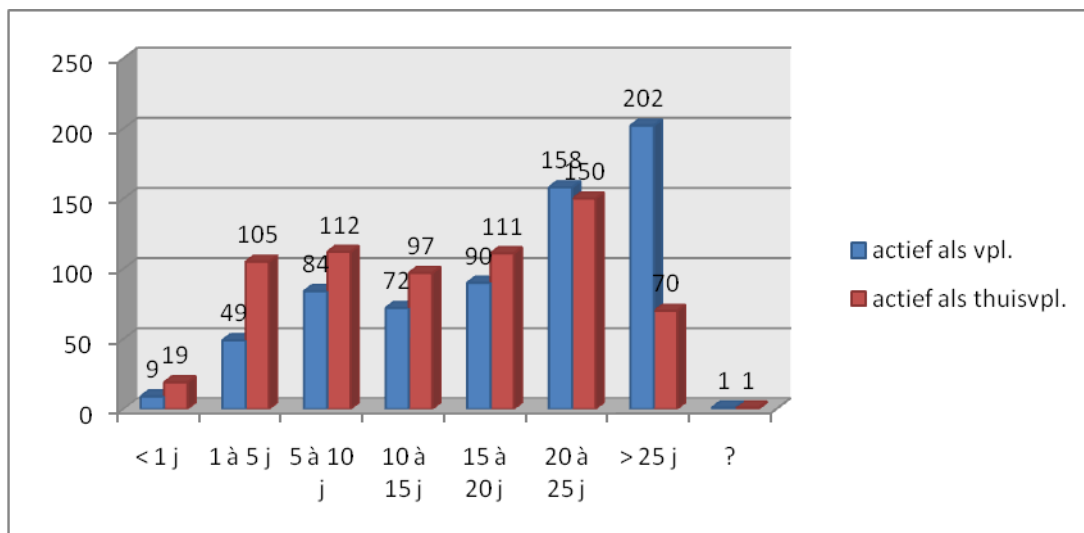
De grafiek toont dat alle anciënniteitsniveaus in het beroep zijn vertegenwoordigd. Vermeldenswaard is het feit dat ongeveer de helft van de ondervraagden (360 personen) meer dan 20 jaar anciënniteit heeft.

De anciënniteit van de verpleegkundigen in het beroep in het algemeen toont een positieve correlatie/toenemend verband, maar met een R^2 van bijna 0, wat op een zwakke en evenredige correlatie duidt tussen de 2 variabelen. Een echt verband tussen het aantal respondenten en de anciënniteitsjaren in het beroep kon niet worden aangetoond.



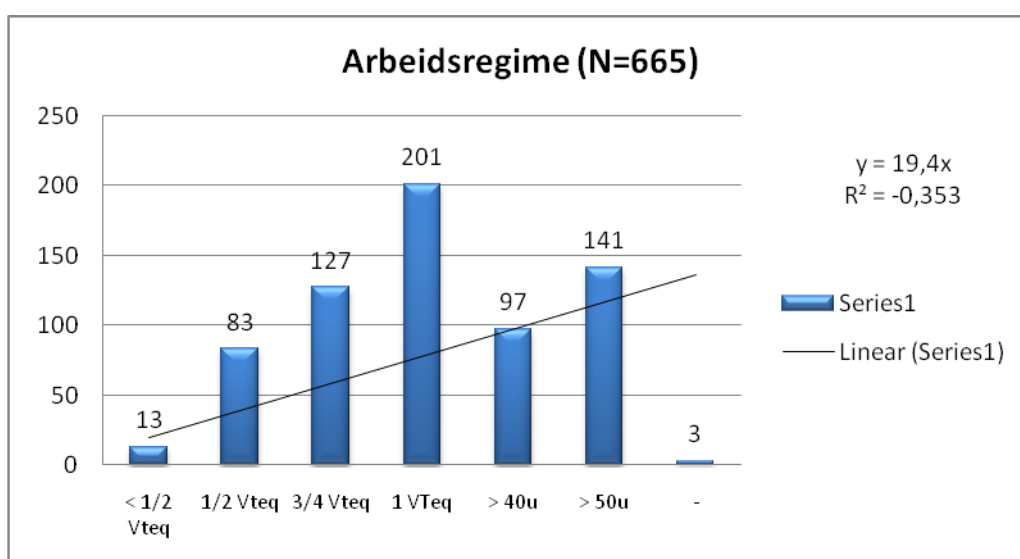
De grafiek toont een relatief evenredig aandeel van verpleegkundigen in alle anciënniteitsklassen in de thuisverpleging.

De anciënniteit van de verpleegkundigen in de thuisverpleging geeft een negatieve correlatie/afnemend verband met een R^2 dicht bij één, wat duidt op een belangrijk omgekeerd evenredig verband tussen de 2 variabelen. Een sterk verband tussen het aantal respondenten en de anciënniteitsjaren in de thuisverpleging wordt hiermee aangetoond.



Deze grafiek combineert de gegevens van de vorige 2 histogrammen.

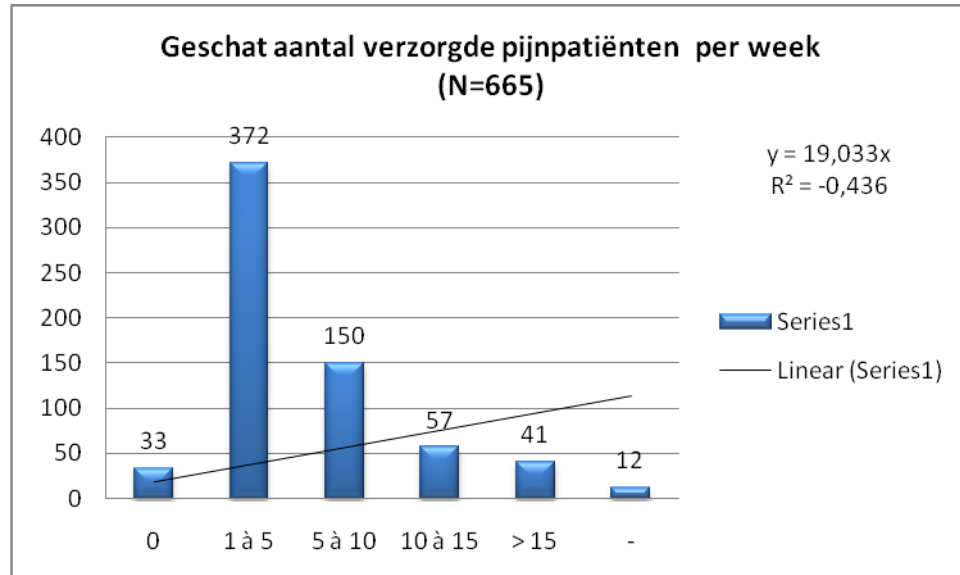
Het merendeel van de verpleegkundigen start de beroeps carrière in een zorginstelling om daarna naar de thuisverpleging over te stappen. De helft van de ondervraagden heeft meer dan 20 jaar anciënniteit (360 verpleegkundigen op een totaal van 665), waar slechts een derde onder hen meer dan 20 jaar in de thuisverpleging werkt. De 2 variabelen kruisen mekaar, wat duidt op een wijzigende tendens die zich vandaag verderzet: meer "jonge" verpleegkundigen blijken onmiddellijk in de thuisverpleging van start te gaan.



Thuisverpl

eegkundigen werken meestal voltijds, maar het is opmerkelijk dat sommigen meer dan 40 uur per week werken. Vermoedelijk gaat het hier over zelfstandig werkende verpleegkundigen.

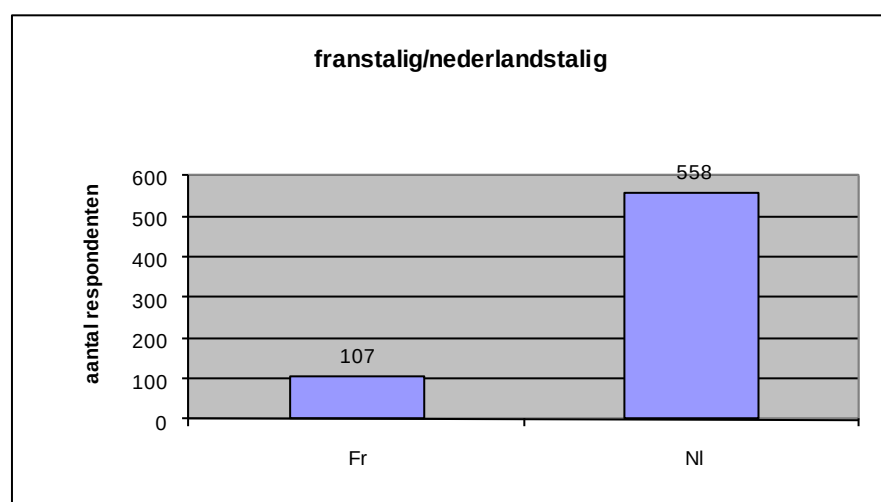
Een negatieve correlatie/afnemend verband tussen de 2 variabelen werd aangetoond. Het verband is niet zeer sterk gezien de R^2 neigend naar 0, zodat een verband tussen het aantal respondenten en de werktijd niet kan worden bevestigd.



Deze grafiek toont dat de meeste thuisverpleegkundigen 1 à 5 patiënten met pijn verzorgen per week. Er wordt een afnemend verband getoond tussen het aantal respondenten en het aantal pijnpatiënten op weekbasis. Voortgaand op de R^2 is het verband gematigd sterk.

Deel 2 : kwalitatieve analyse

Verdeling franstaligen en nederlandstaligen

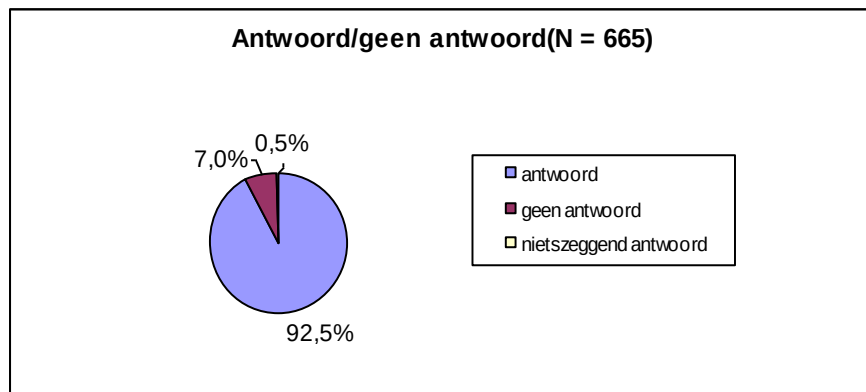


Op deze grafiek is de verdeling tussen de 2 populaties te zien. Veel meer nederlandstaligen dan franstaligen namen deel aan de bevraging (ruim 5 maal meer).

Bijgevolg worden de resultaten sterk beïnvloed door de praktijken van de nederlandstalige verpleegkundigen.

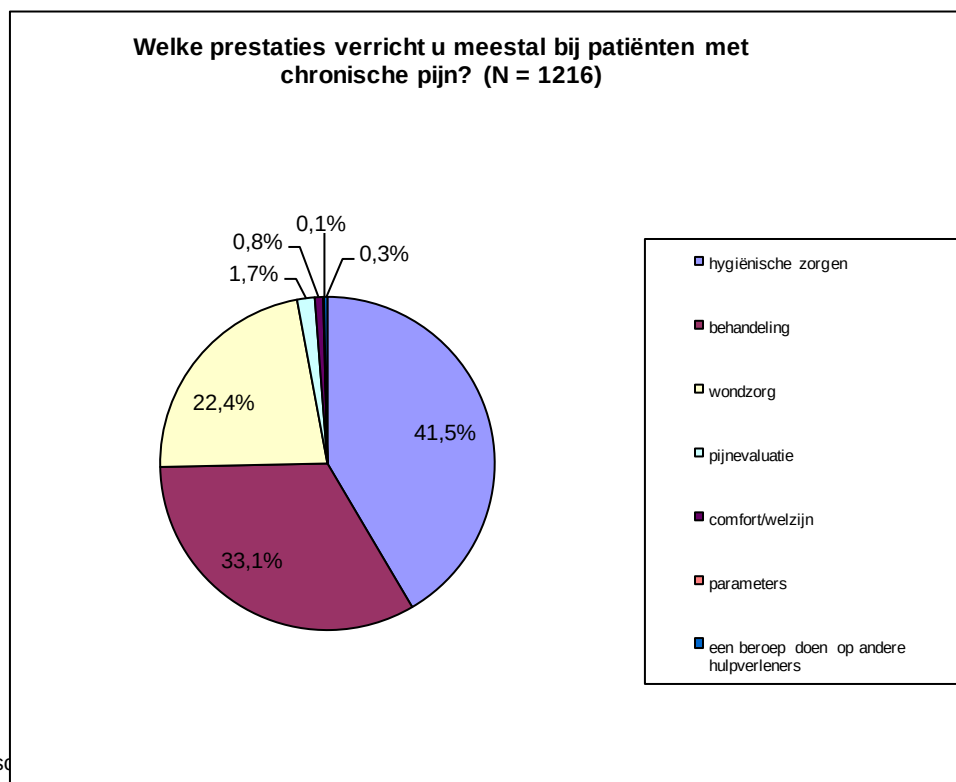
Vraag 4A : welke prestaties verricht u meestal bij patiënten met chronische pijn?

Op deze vraag hebben 615 verpleegkundigen geantwoord (92,6%) op een totaal van 665 gerecupereerde vragenlijsten. Er werden 619 commentaren op deze open vraag geteld , wat een gemiddelde betekent van 1,8 commentaren per antwoord.



In totaal werden 619 antwoorden geanalyseerd. Zoals de volgende grafiek aangeeft, hebben 188 verpleegkundigen 1 commentaar gegeven (30,4%), 263 verpleegkundigen gaven 2 commentaren (42,5%), 159 verpleegkundigen gaven 3 commentaren (25,7%). Door 9 personen werden 4 commentaren gegeven (1,4%).

De volgende grafiek geeft weer welke prestaties er meestal worden verricht bij patiënten met chronische pijn en hoe frequent.



Gegevenstabel (N=1216)

Hygiënische zorgen	41,5%
Behandeling	33,1%
Wondzorg	22,4%
Pijnevaluatie	1,7%
Comfort/welzijn	0,8%
Parameters	0,08%
Beroep doen op andere gezondheidswerkers	0,33%

Op de grafiek en in de gegevenstabel is duidelijk te zien dat er meestal hygiënische zorgen worden toegediend (41,5%), een behandeling (33,1%) en wondzorg (22,4%). Prestaties die vallen onder de categorie “pijnevaluatie, comfort/welzijn, nakijken van parameters en een beroep doen op andere professionelen” worden zeer weinig vermeld (<3%).

Onder het item « behandeling » wordt verstaan : toediening van verschillende geneesmiddelen, de controle ervan, het aanbrengen van geneeskrachtige zalven, enz. Met het item “wondzorg” wordt meestal “veneuze ulcera “en “doorligwonden” bedoeld.

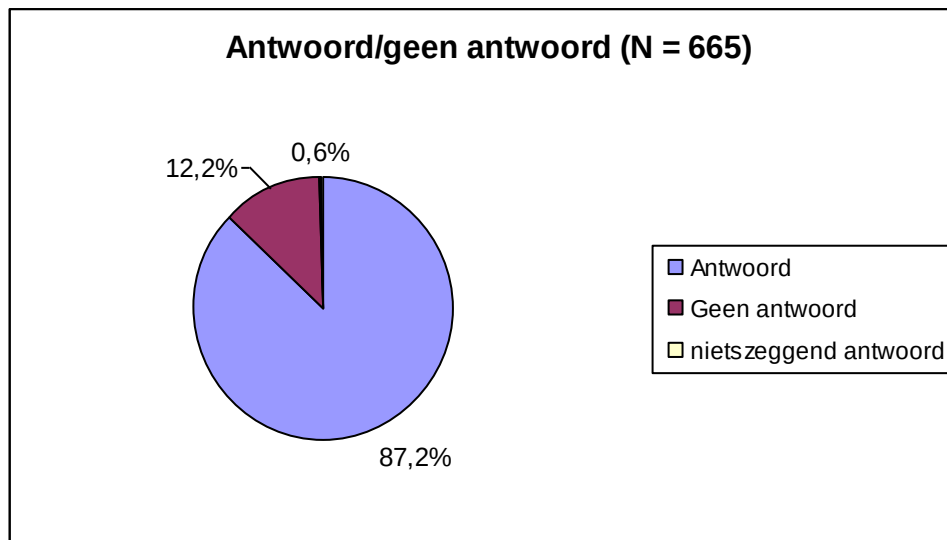
De percentages voor de verrichte prestaties werden berekend op het totaal aantal antwoorden op de vraag (n=1216).

Het item « behandeling » werd meer vermeld door de nederlandstalige verpleegkundigen (43,2%) dan door de Franstalige (33,3%).

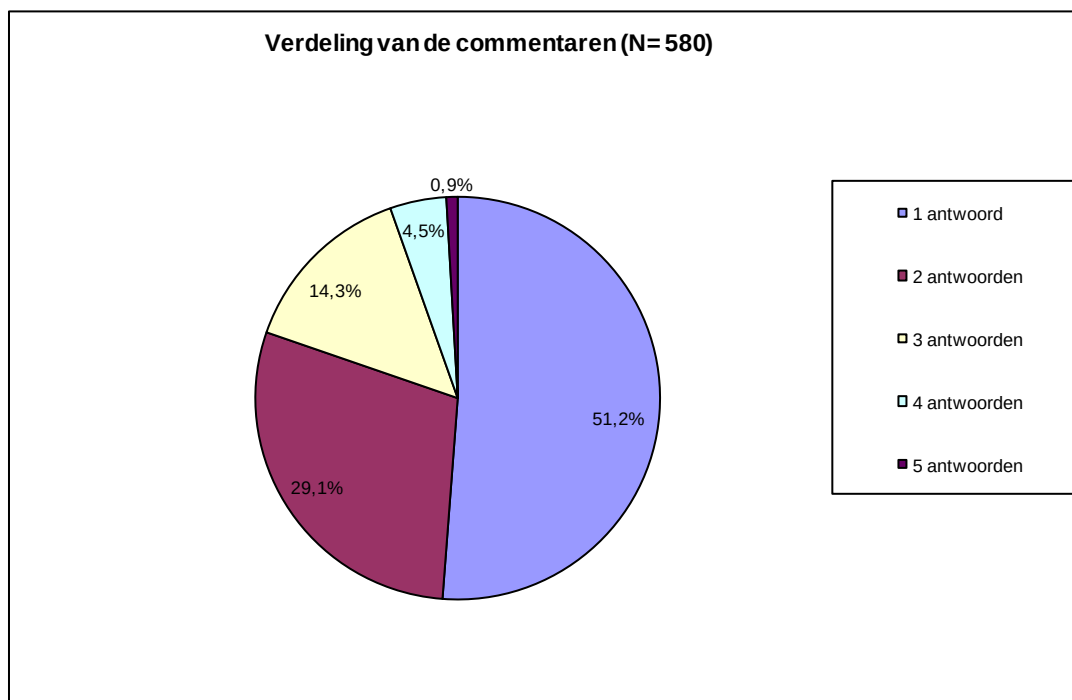
De hygiënische zorgen worden door de 2 groepen evenredig vermeld (35,3% door de franstaligen en 32,7% door de nederlandstaligen). Hetzelfde geldt voor de wondzorg (24% door de franstaligen en 22% door de nederlandstaligen).

Vraag 4b : welke problemen ervaart u het meest bij patiënten met chronische pijn?

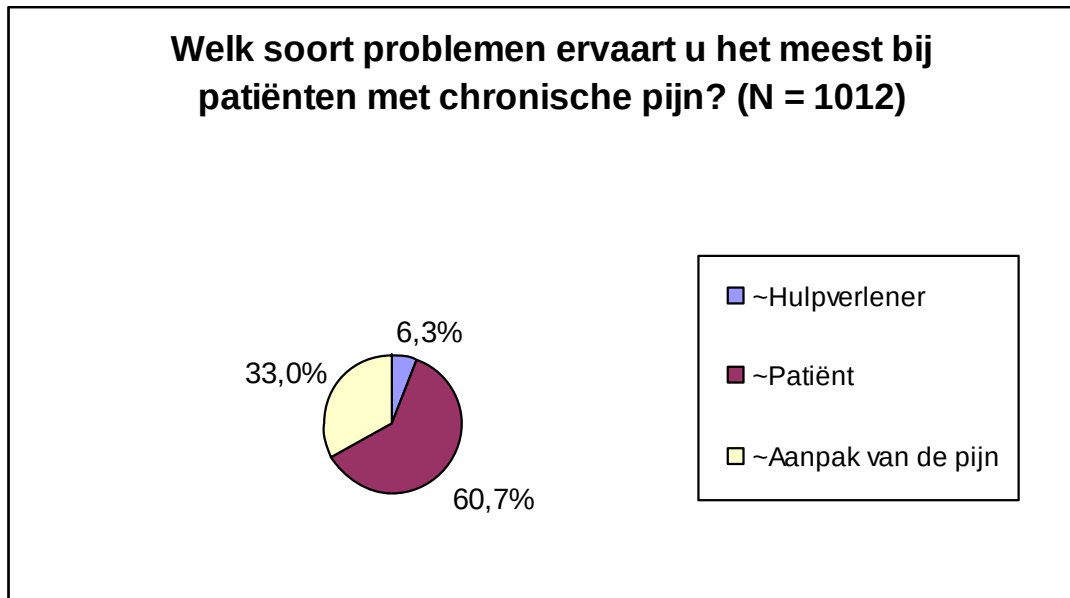
Op deze vraag werd niet geantwoord door 81 personen, 4 verpleegkundigen (2 franstaligen en 2 nederlandstaligen) gaven nietszeggende antwoorden. In totaal werden 580 commentaren gegeven, zijnde een gemiddelde van 1,5 commentaren per antwoord.



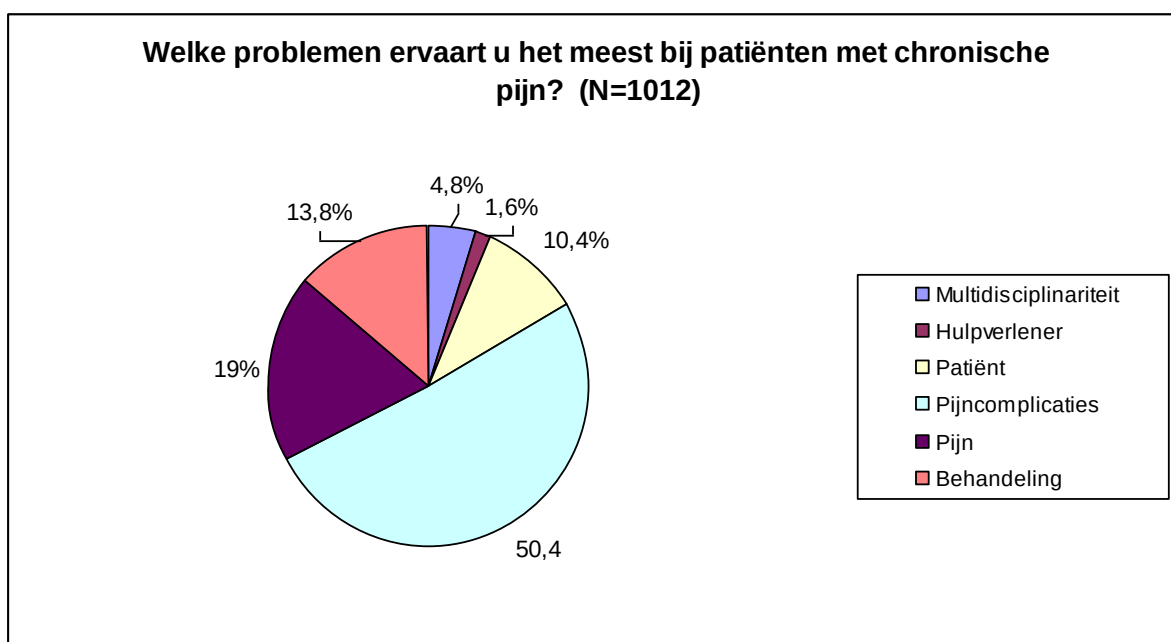
In totaal werden 580 antwoorden verwerkt. Er werd 1 commentaar gegeven door 297 personen (51,2%), 169 gaven 2 commentaren (29,1%) en 83 personen gaven 3 commentaren (14,3%). Er waren 26 personen die 4 commentaren gaven (4,5%) en 5 personen gaven zelfs 5 commentaren (0,9%).



De analyse van deze vraag bracht 3 grote antwoordcategorieën aan het licht, die in de volgende grafiek worden getoond. Het gaat over een categorie met door de hulpverleners –en voornamelijk de verpleegkundigen – ervaren problemen, een categorie met betrekking tot de patiënt zelf en tenslotte een categorie met betrekking tot de aanpak van de pijn in het algemeen. Het item “patiënt” vertegenwoordigt 60,7% van de antwoorden en het item “aanpak van de pijn” komt voor in 33% van de antwoorden.



De 3 categorieën werden nogmaals verder opgedeeld in 2 subcategorieën die worden weergegeven in de volgende grafiek. Het item “verzorgers/verpleegkundige” werd onderverdeeld in “pluridisciplinariteit” en “verzorgers” en het item “patiënt” in “patiënt zelf” en “pijncomplicaties”. Het item “aanpak van de pijn” werd tenslotte onderverdeeld in “pijn” en “behandeling”. Opmerkelijk is dat de categorie “pijncomplicaties” allen meer dan de helft van de antwoorden vertegenwoordigt.



Ter vervollediging van de analyse werden de verschillende subcategorieën nogmaals opgedeeld. Dit leverde 24 items die zijn opgenoemd in de onderstaande tabel. Bepaalde items kwamen aan de oppervlakte doordat de 2 ondervraagde groepen verschillende prioriteiten benoemden. De franstaligen citeren frequenter en in volgorde: de perceptie/het aanvoelen, psychische problemen, achteruitgang van de algemene toestand, ondoeltreffendheid van de behandeling, de pijn en het onder controle houden ervan. De nederlandstaligen citeren eerder in volgorde: psychische problemen, achteruitgang van de algemene toestand, pijn, de perceptie/het aanvoelen, sociaal isolement van de patiënt en het onder controle houden van de pijn.

Voor de beide populaties samen komen bepaalde items meer naar voren. De problemen die thuisverpleegkundigen het meest ervaren bij patiënten met chronische pijn zijn psychische problemen (19%) en de achteruitgang van de algemene toestand (15,2%). Vervolgens de pijn zelf (10,9%), de perceptie/aanvoelen door de patiënt (8,4%) en het sociaal isolement (7,1%).

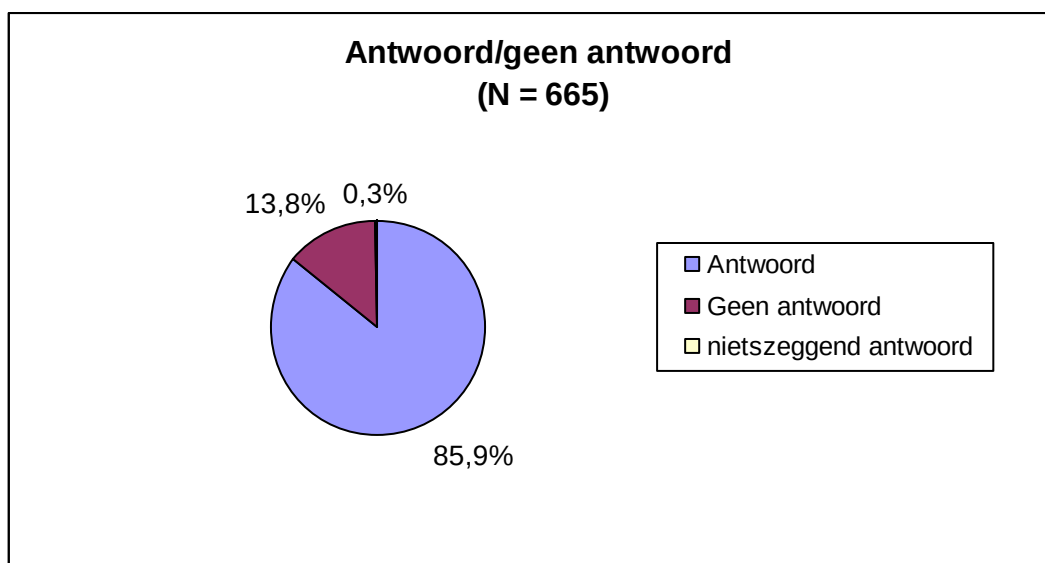
Gegevenstabel (N = 1012)

zorgverlener	Multidisciplinariteit	Samenwerking met de arts	3,9 %
		Samenwerking met andere gezondheidswerkers	1%
	zorgverlener	Sociaal isolement	0,2%
		tijd	0,2%
		angst	0,1%
		kennis	1,1%
	Patient	Patient	Perceptie/aanvoelen
Financiële problemen			1,1%
Alternatieve technieken			0,1%
tijd			0,2%
Geen therapietrouw			0,3%
pijncomplicaties		vermoeidheid	4,2%

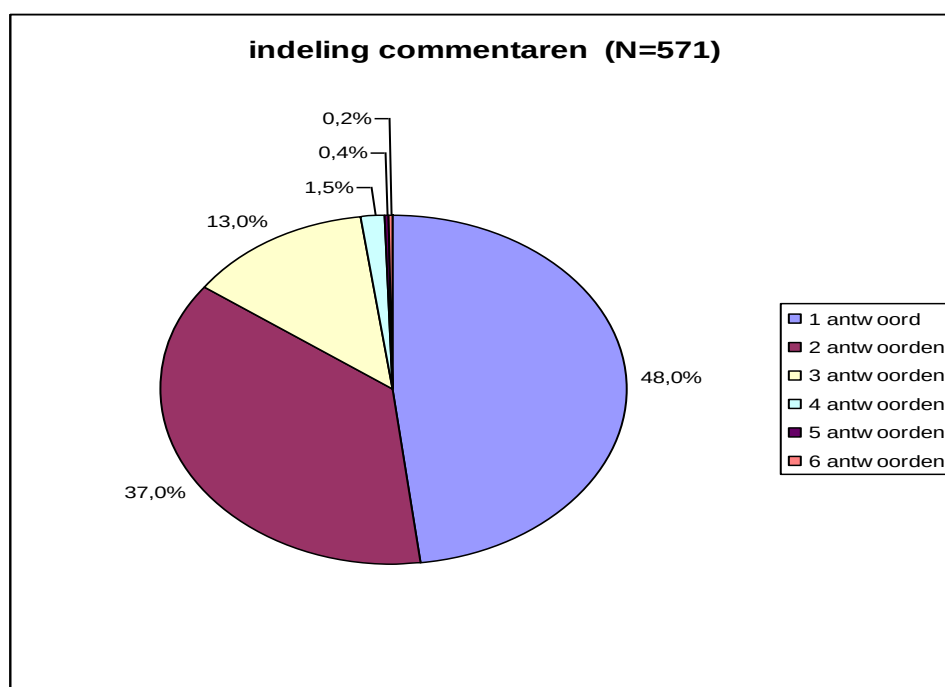
Aanpak van de pijn		voedingsstoornissen	2,2%
		Psychische problemen	19%
		Achteruitgang van de algemene toestand	15,2%
		Sociaal isolement	7,1%
		andere	2,9%
	pijn	pijnevaluatie	2,7%
		Onder controle houden van de pijn	5,4%
		PIJN	10,9%
	behandeling	nevenwerkingen	4,7%
		ondoeltreffendheid	5,5%
		Niet-aangepaste behandeling	3,1%
		Beheer van de behandeling	0,5%

Vraag 5a : over welke hulpmiddelen beschikt u wanneer u te maken krijgt met een patiënt met chronische pijn?

Op deze vraag hebben 571 verpleegkundigen geantwoord (85,9%) op 665 gerecupereerde vragenlijsten.

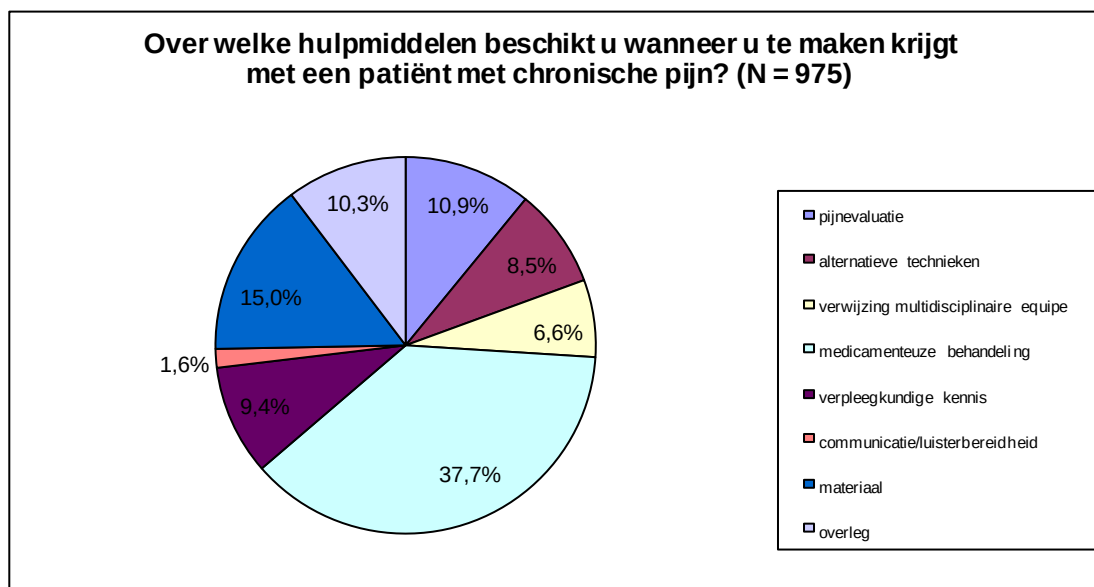


In totaal werden 571 commentaren geanalyseerd. Op de volgende grafiek is te zien dat 274 personen 1 commentaar gaven (48%), 209 personen gaven 2 commentaren (37%), 76 personen gaven 3 commentaren (13%), 9 personen gaven 4 commentaren (1,5%), 2 personen gaven 5 commentaren (0,4%) en tenslotte gaf 1 respondent 6 commentaren (0,2%). Gemiddeld werden er 1,5 commentaren verkregen per antwoord.



De volgende grafiek stelt voor hoeveel procent de verschillende voor de thuisverpleegkundigen beschikbare hulpmiddelen voorkomen, berekend in functie van het totaal aantal antwoorden gegeven door de AGP Chronische pijn in de thuisverpleging – eindversie 06/2010 LH/SC/DP

verpleegkundigen (n = 975). De categorieën “materiaal” en “overleg” werden geweerd uit de nederlandstalige vragenlijsten en de categorie “communicatie/luisteren” uit de Franstalige.



Uit
deze

grafiek blijkt dat thuisverpleegkundigen wanneer ze te maken krijgen met een patiënt met chronische pijn meestal hun toevlucht nemen tot de medicamenteuze behandeling (37,7%) en in tweede instantie tot materialen (15%). Vervolgens zoekt men een soortgelijke oplossing in het overleg (10,3%), de pijnevaluatie (10,9%) en verpleegkundige kennis (9,4%).

Alternatieve technieken zoals massages, het gebruik van etherische oliën, wellness-technieken, pijnontlastende houdingen, kussens, alternatieve geneeswijzen, het gebruik van hot/cold packs worden gebruikt in 8,5 % van de gevallen. Verwijzing naar een multidisciplinair team wordt gemeld door 6,6% van de groep. Het item “communicatie/luisteren haalt een percentage van 1,6%, maar werd enkel aangehaald langs franstalige zijde. De items “materialen” en “overleg” kwamen dan weer enkel voor bij de nederlandstaligen.

Gegevenstabel (N = 975)

pijnevaluatie	10,9%
Alternatieve technieken	8,5%
Verwijzing naar de multidisciplinaire equipe	6,6%
Medicamenteuze behandeling	37,7%
Verpleegkundige kennis	9,4%

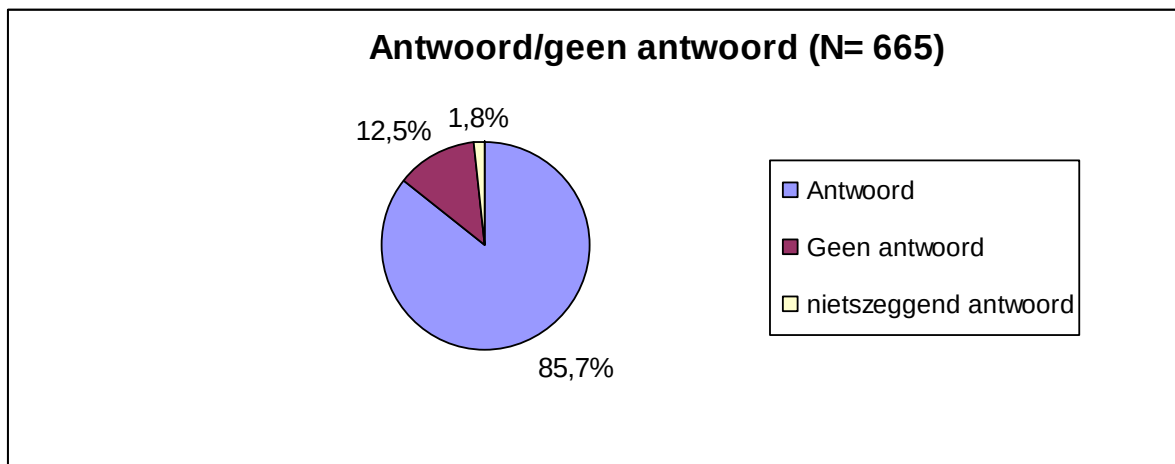
Communicatie/luisteren	1,6%
materialen	15%
overleg	10,3%

In de volgende tabel wordt getoond dat de franstalige verpleegkundigen bij de verzorging van patiënten met chronische pijn meestal hun toevlucht zoeken tot (in volgorde) medicamenteuze behandeling, verwijzing naar een multidisciplinair team, pijnevaluatie en alternatieve technieken. Ook de nederlandstaligen vernoemen eerst de medicamenteuze behandeling, daarna de materialen, het overleg en de eigen verpleegkundige kennis ; van dit laatste maken zij dus veel meer gebruik dan de franstalige collega's.

	Franstaligen	Nederlandstaligen
pijnevaluatie	18,50%	9,40%
Alternatieve technieken	15,30%	7,20%
Verwijzing naar de multidisciplinaire equipe	20,40%	4,00%
Medicamenteuze behandeling	34,40%	38,40%
Verpleegkundige kennis	1,30%	11,00%
Communicatie/luisteren	10,10%	0
materialen	0	17,70%
overleg	0	12,20%

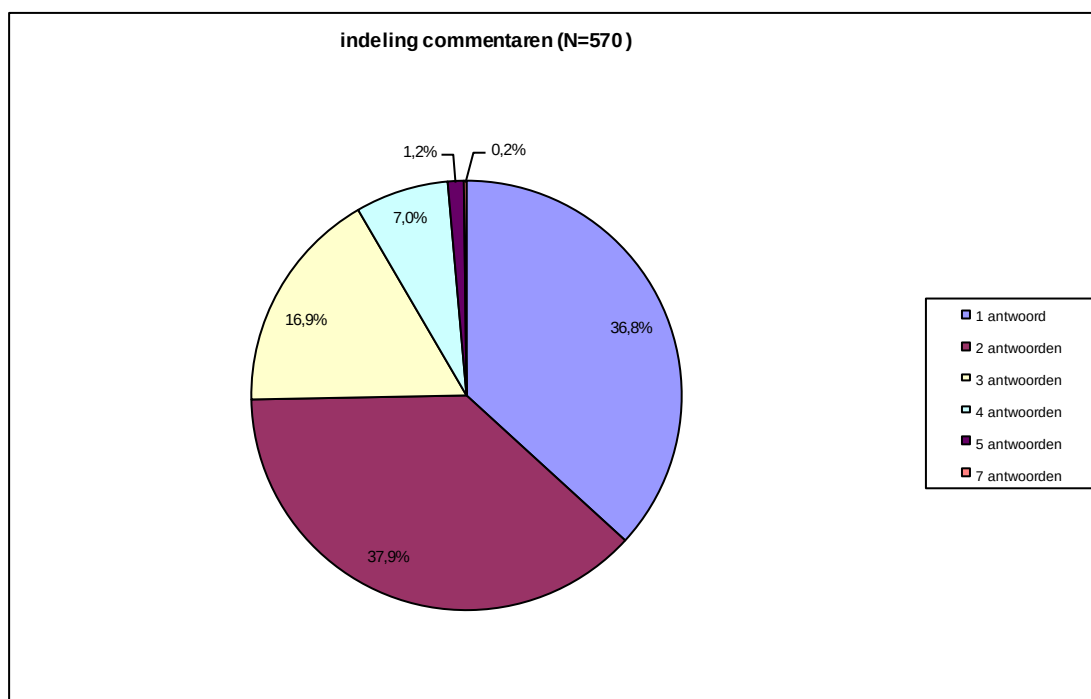
Vraag 5b : hoe pakt u dergelijke patiëntsituatie aan?

Deze vraag werd beantwoord door 570 thuisverpleegkundigen ; 83 personen hebben geen antwoord gegeven (12%) en 12 franstalige en 1 nederlandstalige persoon (1,8%) gaven een nietszeggend antwoord, vooral omwille van het persoonlijk e karakter van het commentaar (vb.: “ik trek mijn plan”). Er kwamen 570 commentaren naar voren, dit geeft 1,7 commentaren per antwoord.

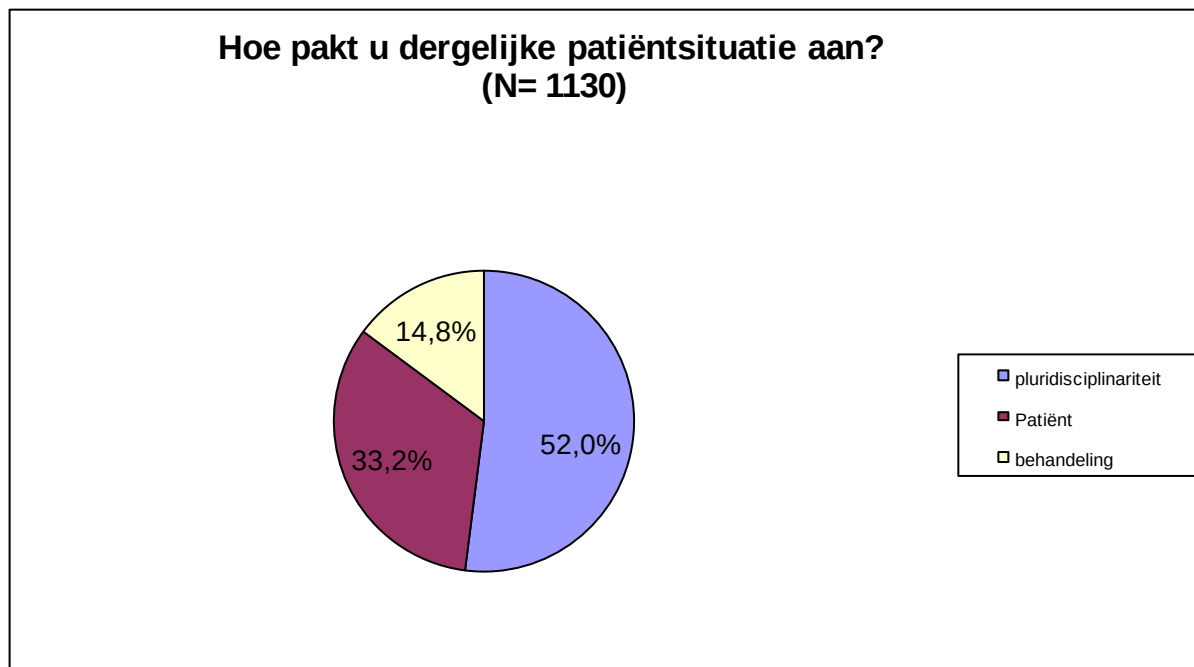


Op de volgende grafiek merken we dat 210 personen 1 commentaar gaven (36,8%), 216 personen gaven 2 commentaren (37,9%), 96 personen gaven 3 commentaren (16,9%), 4 personen noteerden 4 commentaren (7%), 2 personen gaven 5 commentaren (1,2%) en 1 persoon gaf 7 commentaren (0,2%).

De volgende grafiek toont de voornaamste 3 categorieën (pluridisciplinariteit, patiënt, behandeling) die naar voren kwamen bij de verwerking van de commentaren bij deze vraag.



Het is opmerkelijk dat multidisciplinariteit zeer vaak wordt aangeduid (52%) evenals de houding ten opzichte van de patiënt (33,2%).

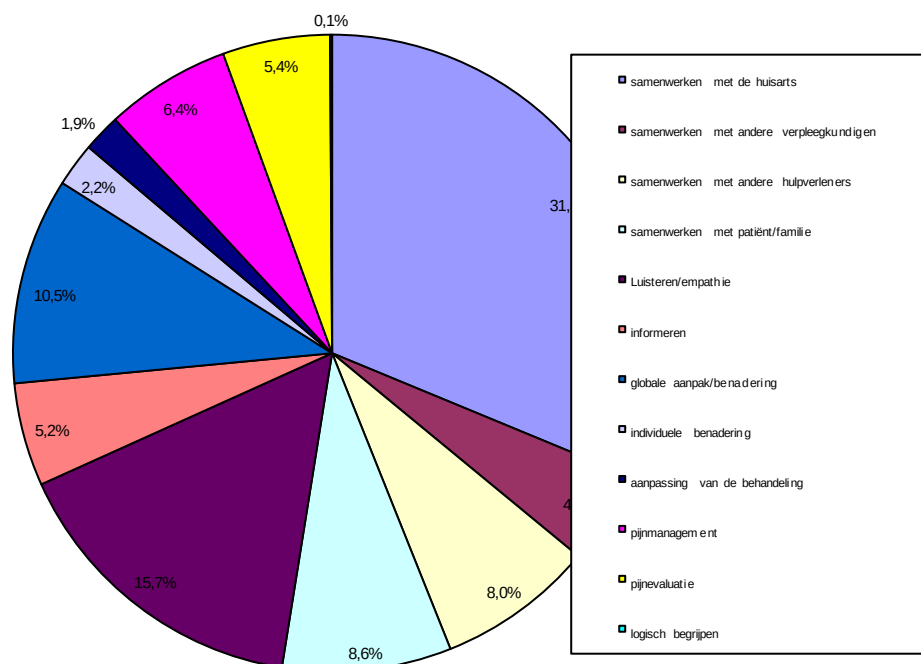


De volgende grafiek toont de 12 subcategorieën die naar voren kwamen en verder werden geanalyseerd. “Pluridisciplinariteit” is onderverdeeld in 4 punten: samenwerking met de arts, samenwerking met andere verpleegkundigen, samenwerking met andere hulpverleners e, tenslotte de patiënt en de familie. Het item “patiënt” wordt verdeeld in 4 subcategorieën: de luisterbereidheid en de empathie van de verpleegkundige ten aanzien van haar patiënt, de door te geven informatie, de globale aanpak (welzijnsattitude) en de individuele benadering van de patiënt (werd enkel genoemd door de nederlandse verpleegkundigen). Het laatste item betreffende de behandeling is verdeeld over 3 punten: de aanpassing van de behandeling, het pijnmanagement en de pijnevaluatie. Een laatste subcategorie werd aangebracht door een nederlandse verpleegkundige, nl. het vermogen om de situatie van de patiënt logisch te begrijpen.

In de categorie van de pluridisciplinariteit is de meest voorkomende houding die van het aanspreken van de behandelende geneesheer (31%), wat in de beide landsgedeelten identiek is. Er wordt eveneens aangetoond dat de luisterbereidheid en de empathie van de verpleegkundige ten aanzien van haar patiënt zeer veel voorkomt bij de antwoorden (15,6%), zij het iets meer bij de franstaligen (23,6%) dan bij de nederlandse (14,2%).

De “globale benadering van de patiënt” werd eveneens meer geciteerd door de nederlandse verpleegkundigen. De neiging om informatie te geven aan de patiënt is echter veel groter bij de franstaligen (9%) dan bij de nederlandse (0,2%)

Hoe pakt u dergelijke patiëntsituatie aan? (N=1130)



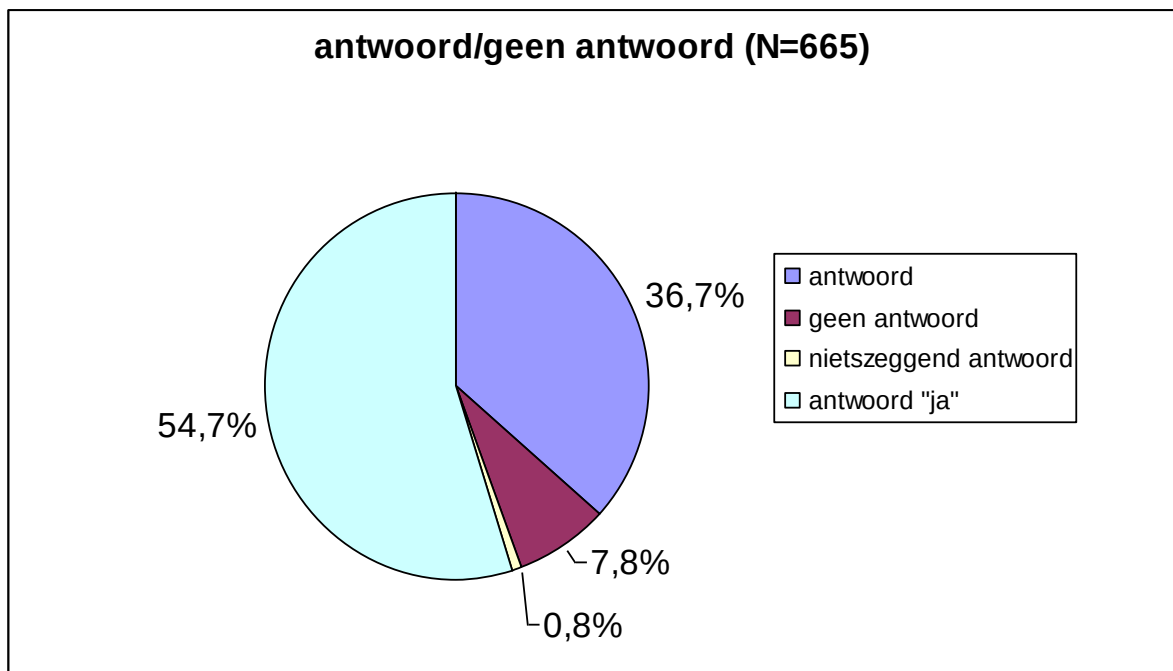
Gege
venst
abel
(N =
1130)

Samenwerking met de arts	31%
Samenwerking met andere verpleegkundigen	4,7%
Samenwerking met andere hulpverleners	7,9%
Samenwerking met patiënt en familie	8,5%
Luisterbereidheid/empathie	15,6%
informer	5,2%
Algemene benadering	10,4%
Individuele benadering	2,2%
Aanpassing van de behandelingen	1,9%

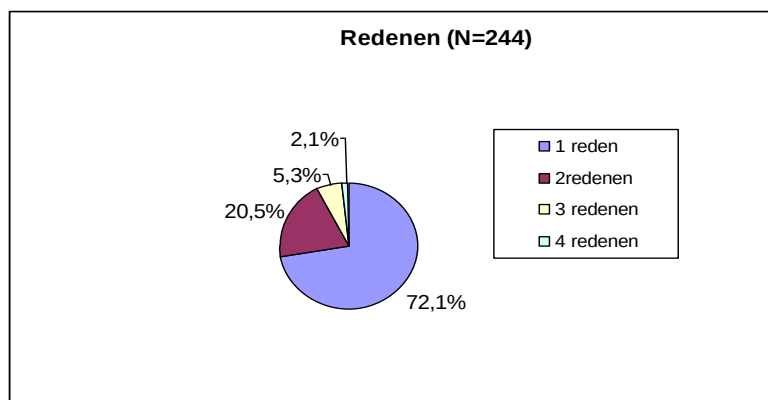
pijnmanagement	6,3%
pijnevaluatie	5,4%
Logisch begrijpen	0,1%

Vraag 5c : Vindt u dat u dergelijke patiëntsituatie steeds op de goede manier aanpakt?

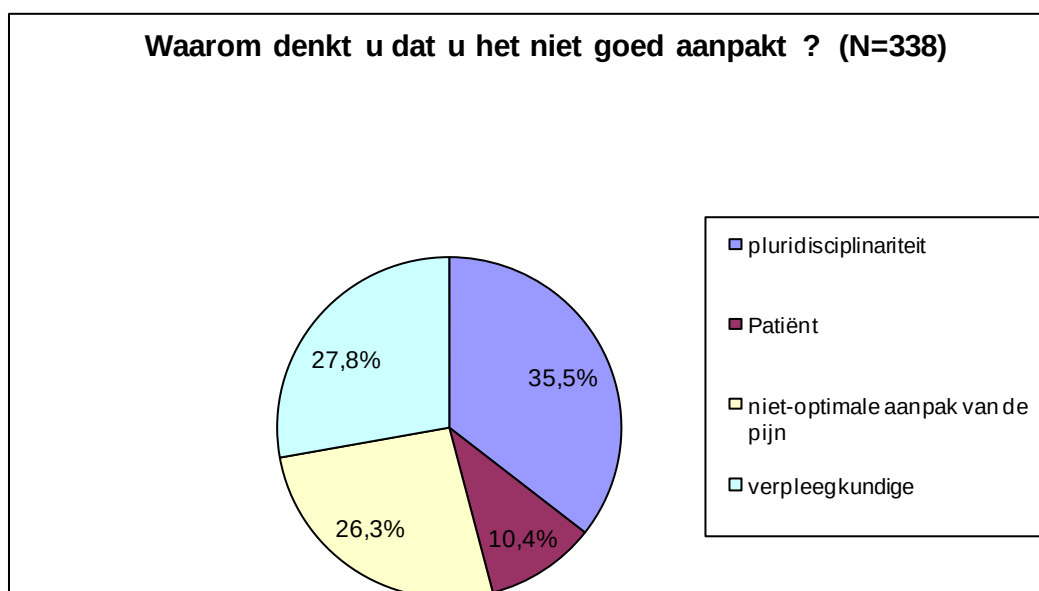
De vraag werd beantwoord door 608 thuisverpleegkundigen; 52 personen daarentegen beantwoordden ze niet en 5 gaven een nietszeggend antwoord (bv. "ik wou dat ik een toverstokje had" of nog "ik pas me al dan niet aan naargelang hoe erg de pijn is"..). Uitgaande van de bruikbare antwoorden zijn er 2 groepen: zij die vinden dat ze het niet goed aanpakken en hiervoor meestal een uitleg geven (244 personen) en zij die vinden dat ze het goed aanpakken (364 personen).



Uit de bevraging kwamen 338 commentaren naar voren, wat een gemiddelde betekent van 1,2 commentaren per antwoord. Er werden 1 tot 4 verschillende redenen opgegeven. 176 personen gaven 1 reden (72,1%), 50 personen gaven 2 redenen (20,5%), 13 personen gaven 3 redenen (5,3%) en 4 personen gaven 4 redenen op (2,1%).



Onderstaande grafiek toont de voornaamste 4 antwoordcategorieën:



Deze verschillende categorieën werden ter verduidelijking verder opgedeeld in subcategorieën.

De categorie « pluridisciplinariteit » werd verdeeld in samenwerking met de arts, met andere hulpverleners en met patiënt en familie. De categorie “patiënt” werd meer verduidelijkt in psychologie van de patiënt en type patiënt (vnl. leeftijdsklasse, bejaarden), de “niet-aangepaste aanpak van de pijn” werd verdeeld in klassen zoals fysieke beperkingen (tijd, informatie, middelen,...), financiële beperkingen, psychische beperkingen, onderschatting van de pijn en inadequate pijnbehandeling. Tenslotte werd de categorie “verpleegkundig” gepreciseerd door gevoelens van de verpleegkundige t.o.v. de situatie en kennis van de verpleegkundige over pijn.

Onderstaande tabel toont dat de voornaamste redenen van een minder goede aanpak van de situatie van een patiënt met chronische pijn zijn: de “slechte” samenwerking met de arts (21,6%), het gevoel van onmacht bij de verpleegkundige (16,9%) en het gebrek aan kennis van de verpleegkundige (11%). Andere categorieën die naar

voren komen zijn de psyche van de patiënt, fysieke beperkingen, een niet-adequate behandeling en een moeilijke samenwerking met patiënt en familie.

gegevenstabel (N = 338)

Samenwerking met de arts	21,6%	Type patiënt	0,6%	Onderschatting van de pijn	4,1%
Samenwerking met andere verpleegkundigen	3,2%	Fysieke beperkingen	7,4%	Niet-adequate behandeling	6,8%
Samenwerking met andere hulpverleners	3%	Financiële beperkingen	3,2%	Gevoel van onmacht	16,9%
Samenwerking met patiënt en familie	6,5%	Psychische beperkingen	4,7%	Gebrek aan kennis	11%
Psychologie van de patiënt	9,8%				

In de groep nederlandstaligen wordt de samenwerking met de arts vernoemd à rato van 22,3%. Daarop volgen het gevoel van onmacht bij de verpleegkundige (16,8%), haar/zijn gebrek aan kennis (12,2%) en de psyche van de patiënt (10,5%). Het type patiënt (vnl. bejaarden) dat in verschillende Franstalige vragenlijsten wordt vernoemd komt echter niet voor aan nederlandstalige kant. Tenslotte wordt de categorie “fysieke beperkingen” veel meer vernoemd door de Franstalige groep (30,9%), en is ze de meest aangehaald, voor de samenwerking met de arts en het gevoel van onmacht (beiden 16,6%).

DEEL 3 : VERGELIJKENDE ANALYSE

Dit deel van de analyse vergelijkt de vragen nr. 6 en nr. 7. De meest interessante zone is deze waarin de verpleegkundigen veel belang hechten aan de handeling maar zich maar gematigd of weinig bekwaam voelen om ze uit te voeren of onder de knie te hebben. In numerieke termen uitgedrukt gaat het over niveau 3, 4, 5 (niveau 6 wordt nooit aangeduid) wat betreft het belang toegekend aan de acte (X-as) en het niveau 1, 2 en 3 (niveau 0 wordt nooit aangeduid) wat betreft het onder de knie hebben van dezelfde acte (Y-as). Ter verduidelijking hierbij een schematisch voorbeeld. Het meest interessante gedeelte bevindt zich rechtsonder (gele kleur).

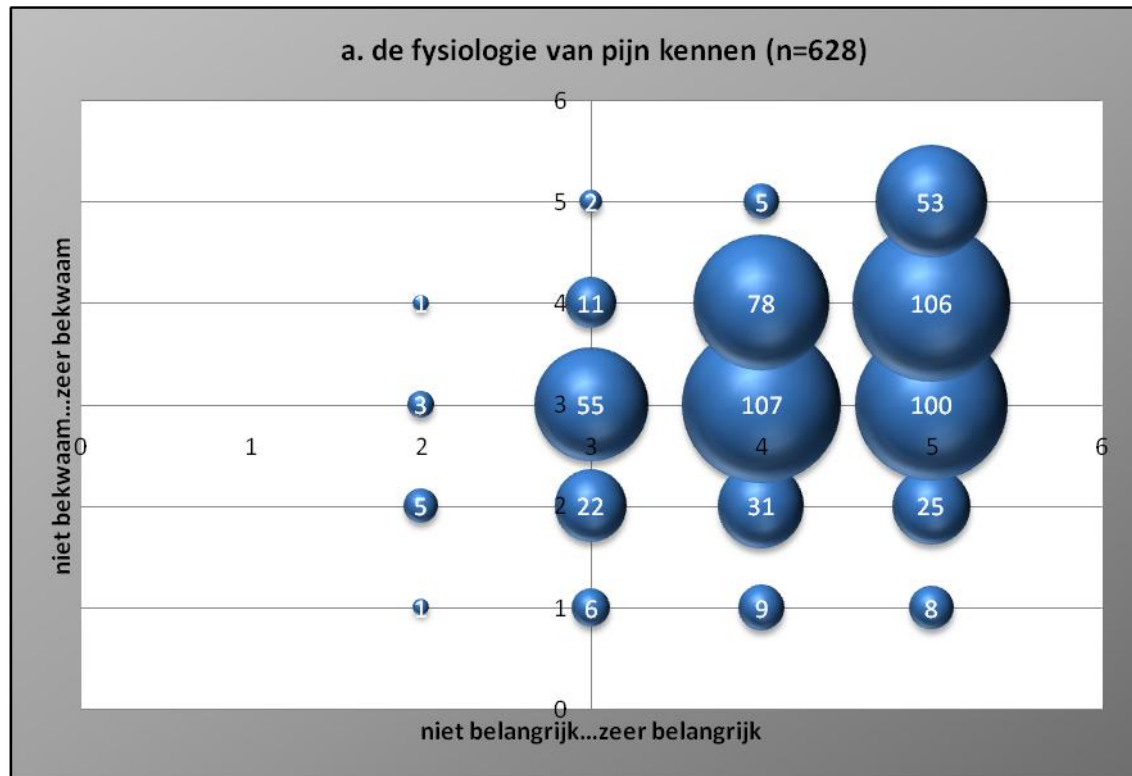
Niet bekwaam > zeer bekwaam	Voelt zich zeer bekwaam om de handeling uit te voeren maar vindt ze niet belangrijk voor de praktijk			6	Voelt zich zeer bekwaam om de handeling uit te voeren en vindt ze zeer belangrijk voor de praktijk		
				5			
				4			
	0	1	2	3	4	5	6
	Voelt zich weinig of niet bekwaam om de handeling uit te voeren en vindt ze niet belangrijk voor de praktijk			2	Voelt zich weinig of niet bekwaam om de handeling uit te voeren maar vindt ze belangrijk voor de praktijk		
				1			
				0			
	Niet belangrijk > zeer belangrijk						

De linkerkant van de grafiek groepeerde slechts een klein aantal antwoorden op de 15 uitgewerkte punten in de vragen 6 en 7. Omwille van het verwaarloosbaar aantal (max. 3%) werd deze zone niet verder uitgewerkt.

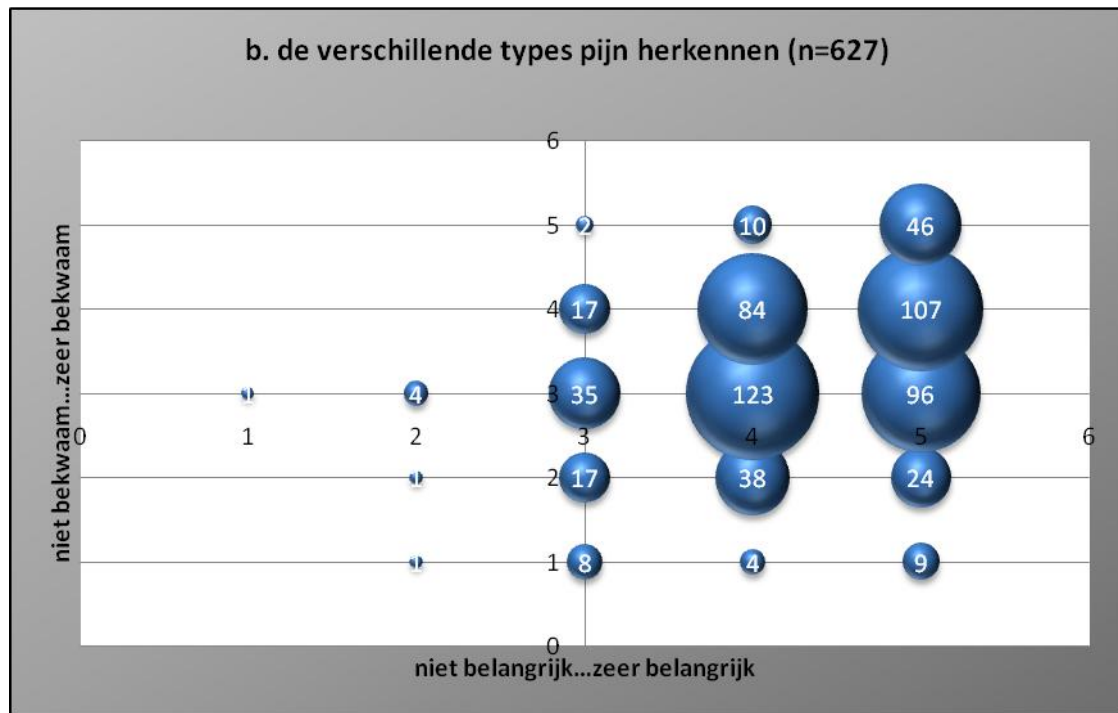
Punt a : “De fysiologie van pijn kennen”

De volgende grafiek toont dat 363 ondervraagde personen – 57,8% - zich in de meest interessante zone bevinden. Meer dan de helft vindt dat het kennen van de fysiologische processen van pijn tamelijk tot zeer interessant is (niveau 3, 4 en 5 op de x-as), maar vindt dat hun kennis ervan zwak tot gematigd is (niveau 1, 2 en 3 op de y-as).

Ook 255 personen (40,6%) vinden dat het kennen van de fysiologische processen van pijn tamelijk tot zeer interessant is en dat hun praktische kennis hierover in orde is (niveau 4 en 5 op de y-as).



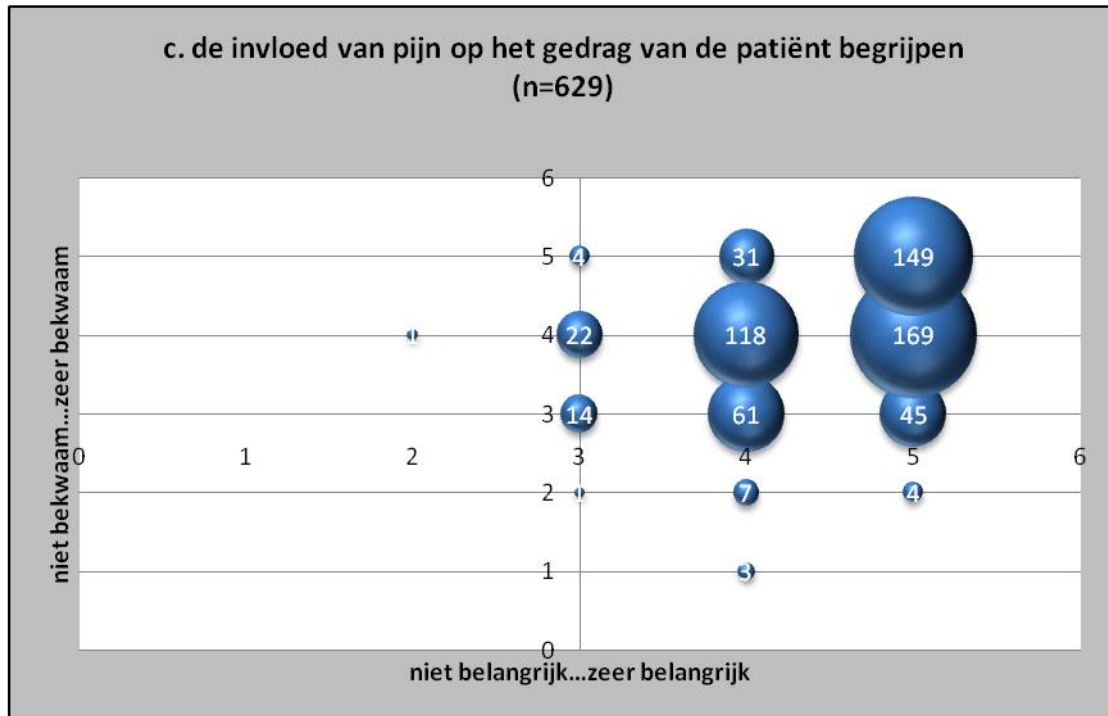
Punt b : “De verschillende types van pijn herkennen”



Deze grafiek toont dat 354 personen – 56,4% van de ondervraagde groep – zich in de interessantste zone bevinden. Meer dan de helft vindt dat het herkennen van verschillende pijntypes tamelijk tot zeer interessant is, maar vindt dat hun vermogen om ze te herkennen zwak tot matig is.

Een andere groep van 266 personen (42,4%) geeft hetzelfde belang aan het herkennen van de pijntypes, maar vindt zich er goed toe in staat.

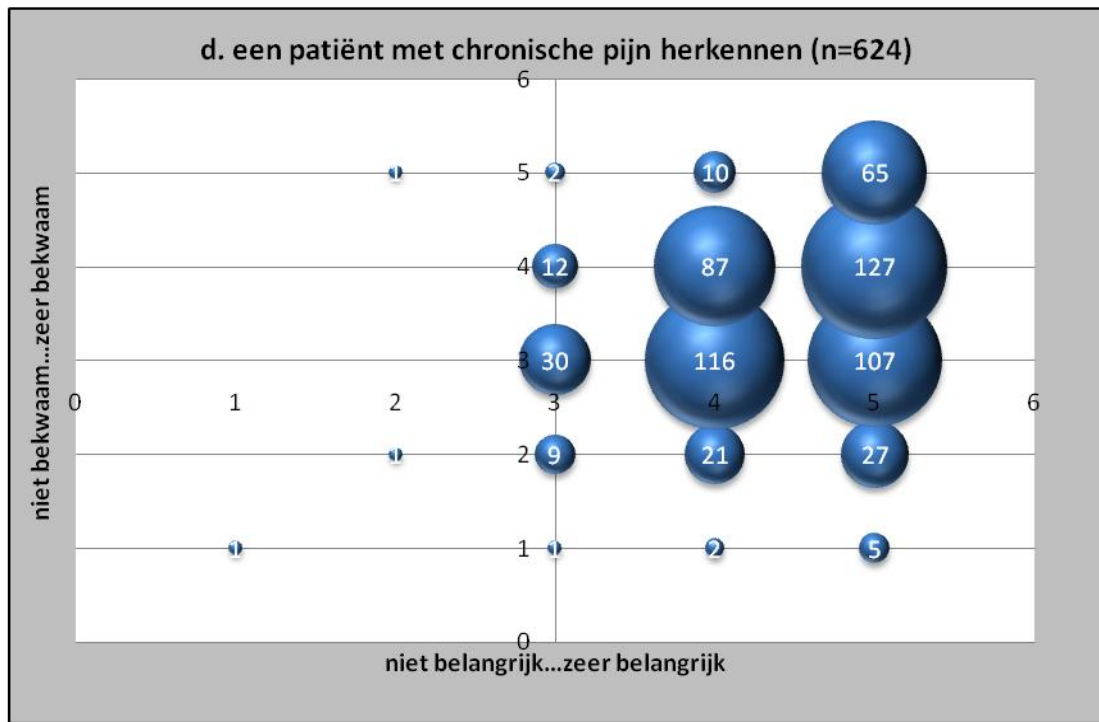
Punt c : De invloed van pijn op het gedrag van de patiënt begrijpen



Op de grafiek is te merken dat 135 personen – zijnde 21,5%– zich in de meest interessante zone bevinden. Een vijfde van de ondervraagden is van oordeel dat het begrijpen van de invloed van pijn op het gedrag van de patiënt matig tot zeer interessant is, maar vindt dat hun begripsvermogen ten opzichte van hun patiënten zwak tot matig is.

Daartegenover tonen 493 personen (78,3%) hetzelfde belang voor dit punt maar geven aan dat hun begripsvermogen goed is. Op basis van deze cijfers kan gezegd worden dat het merendeel van de bevraagde verpleegkundigen dit kan aanhoren, begrijpt welke invloed pijn kan hebben op het gedrag en in staat is zulke signalen op te vangen.

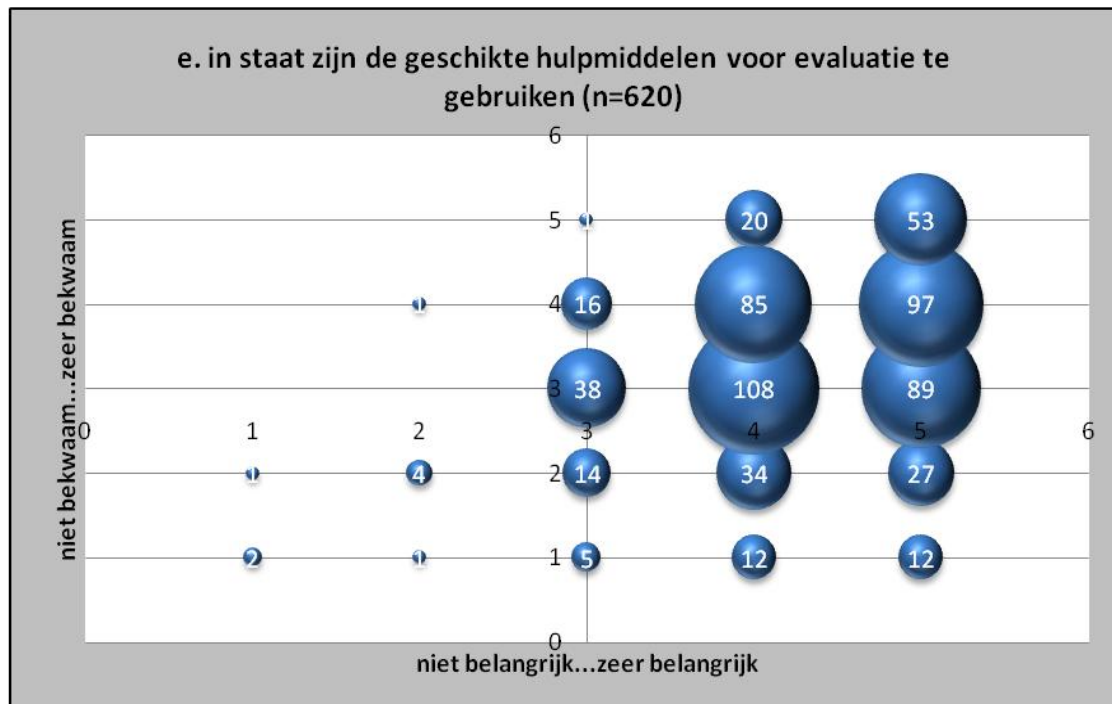
punt d : “Een patiënt met chronische pijn herkennen”



Zoals deze grafiek toont zijn er 318 personen, zijnde 50,9% van de ondervraagden, die zich in de meest interessante zone bevinden. De helft vindt dat het herkennen van een patiënt met chronische pijn matig tot zeer interessant is, maar dat ze bij het herkennen van deze patiënten soms in gebreke blijven.

Aan het herkennen van patiënten met chronische pijn wordt hetzelfde belang gehecht door 303 personen (48,5%), die zeggen wel in staat te zijn deze patiënten daadwerkelijk te kunnen herkennen.

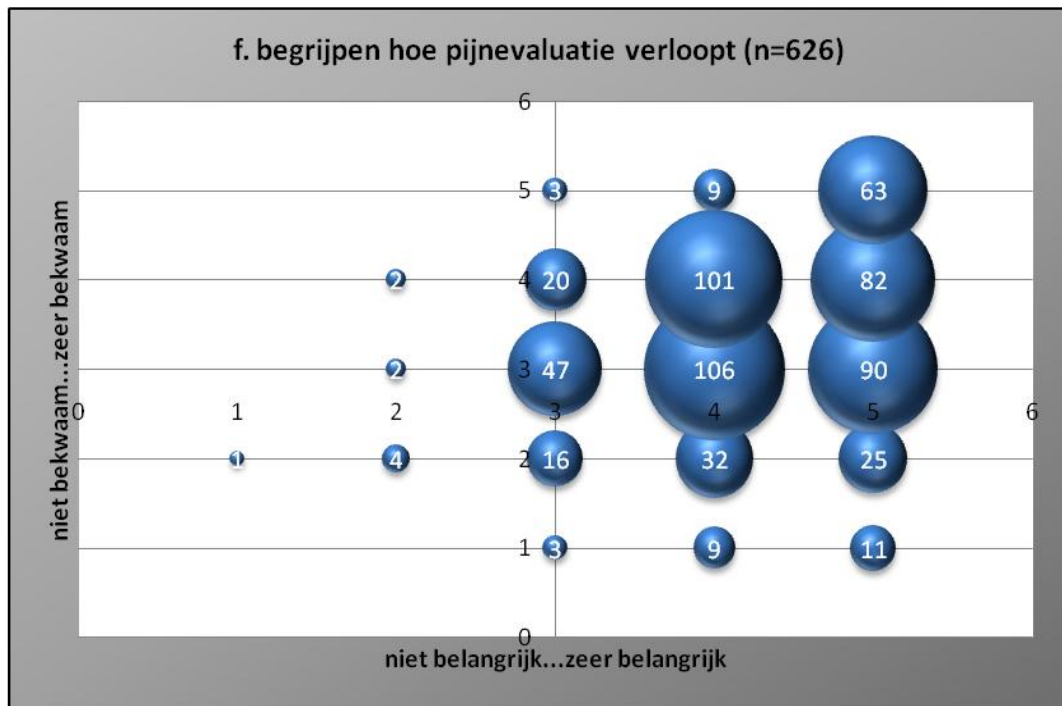
punt e : In staat zijn de geschikte hulpmiddelen voor evaluatie te gebruiken



Zoals de grafiek toont zijn er 339 personen, zijnde 54,6% van de ondervraagde groep, die zich in de interessantste zone bevinden. Iets meer dan de helft oordeelt dat het in staat zijn om een evaluatie-instrument te gebruiken ter herkenning van een patiënt met chronische pijn gematigd tot zeer interessant is, maar vindt dat ze hierbij in de dagelijkse praktijk in gebreke blijft.

272 personen (43,9%) geven hetzelfde belang aan het gebruik van evaluatie-instrumenten als de andere groep, maar voelen zich in tegenstelling tot hen wel goed in staat om deze op een correcte wijze te gebruiken.

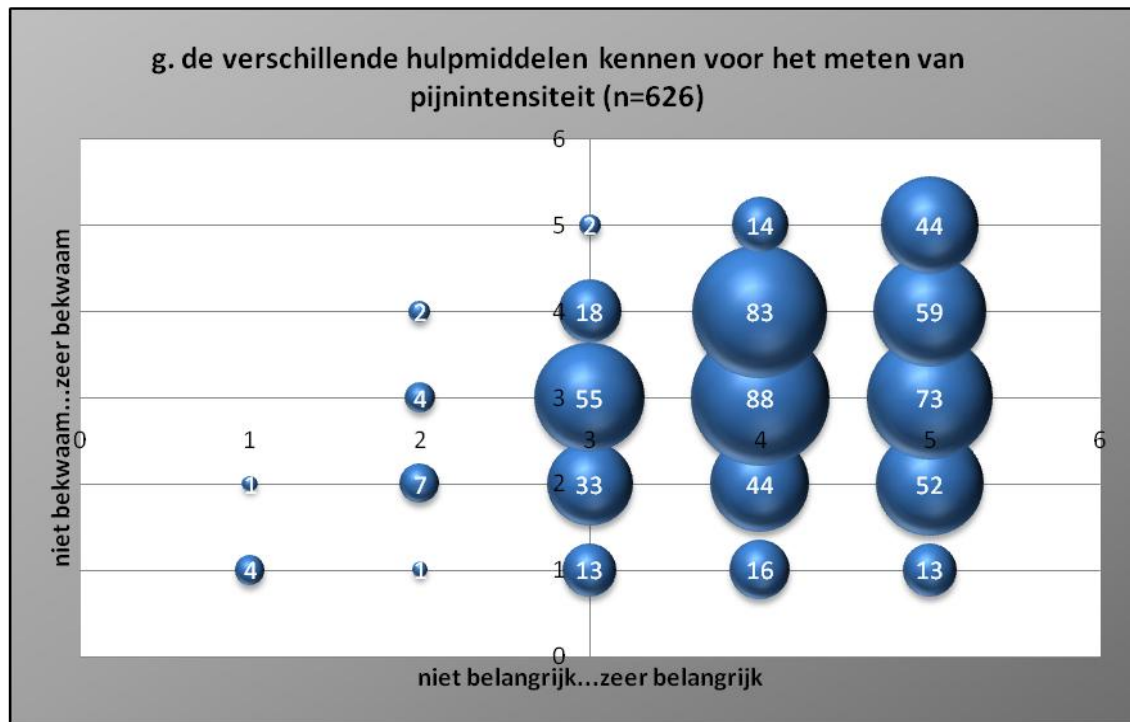
Punt f : “Begrijpen hoe pijnevaluatie verloopt”



Op deze grafiek wordt getoond dat 339 personen, zijnde 54,1% van de ondervraagden, in de meest interessante zone voorkomen. Dit betekent dat iets meer dan de helft matig tot veel belang hecht aan het begrijpen van een pijnevaluatie maar er anderzijds zelf weinig of niet veel van begrijpen.

Het begrijpen van een pijnevaluatie is voor 278 personen (44,4%) van hetzelfde belang, alleen geven zij aan deze pijnevaluatie in de dagelijkse praktijk goed te begrijpen.

Punt g : “De verschillende hulpmiddelen kennen voor het meten van pijnintensiteit”



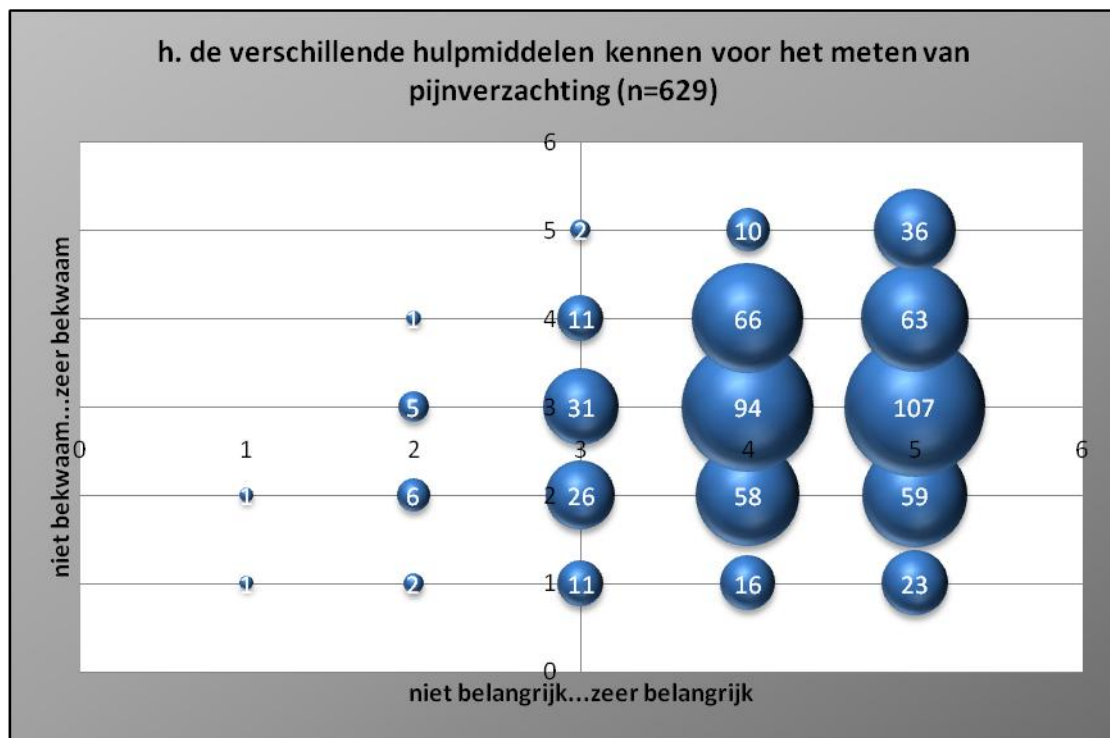
De grafiek toont dat 387 personen, zijnde 61,8% van de bevroagde groep, terug te vinden zijn in het meest interessante gebied. Dit betekent dat 6 op 10 personen matig tot veel belang hechten aan het kennen van verschillende meetinstrumenten voor pijnintensiteit, maar dat hun kennis hiervan soms miniem tot gematigd is.

Net zoals in de vorige groep geven 220 personen (35,1%) veel belang aan deze kennis, maar geven ze aan de verschillende meetinstrumenten goed te kennen in de dagelijkse praktijk.

Punt h : “De verschillende hulpmiddelen kennen voor het meten van pijnverzachting”

De volgende grafiek toont dat 425 personen, of 67,5% van de ondervraagden, zich in de zone bevinden omschreven als de meest interessante. Dit betekent dat 7 op 10 personen gemiddeld tot veel belang hechten aan het kennen van hulpmiddelen voor het meten van pijnverzachting, maar toegeven dat deze kennis soms miniem of matig is.

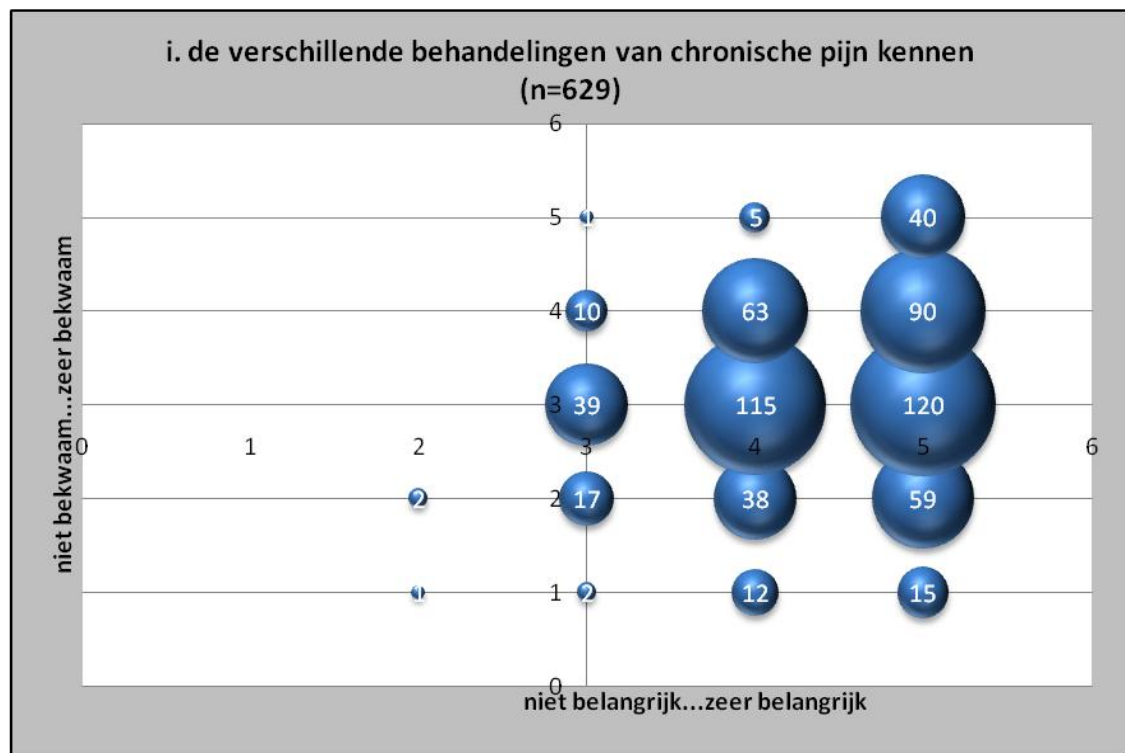
Bijna één persoon op 3 zijnde 188 personen (29,9%) vinden de kennis van meetinstrumenten voor pijnverzachting even belangrijk als de andere groep, maar beschouwen hun kennis ervan in de dagelijkse praktijk als goed.



Punt i : De verschillende behandelingen van chronische pijn kennen

De onderstaande grafiek toont dat 417 personen, zijnde 66,2% van de ondervraagde groep, zich in het interessantste gebied bevinden. M.a.w. 2 op 3 personen beschouwen het kennen van diverse behandelingen voor chronische pijn gematigd tot zeer belangrijk, maar erkennen dat de kennis in werkelijkheid miniem tot gematigd is.

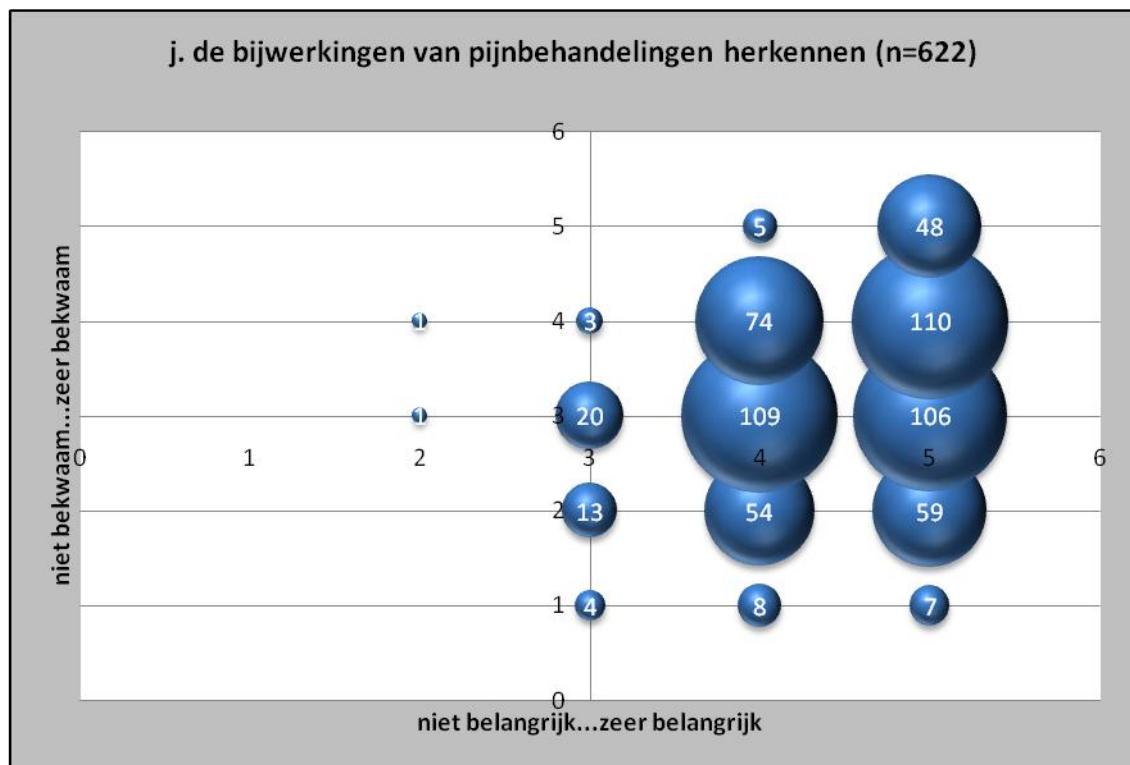
Het kennen van verschillende behandelingen is voor 209 personen (33,2%) even belangrijk dan voor de anderen, maar zij geven aan dat ze wel over een goede kennis beschikken voor het dagelijks werk.



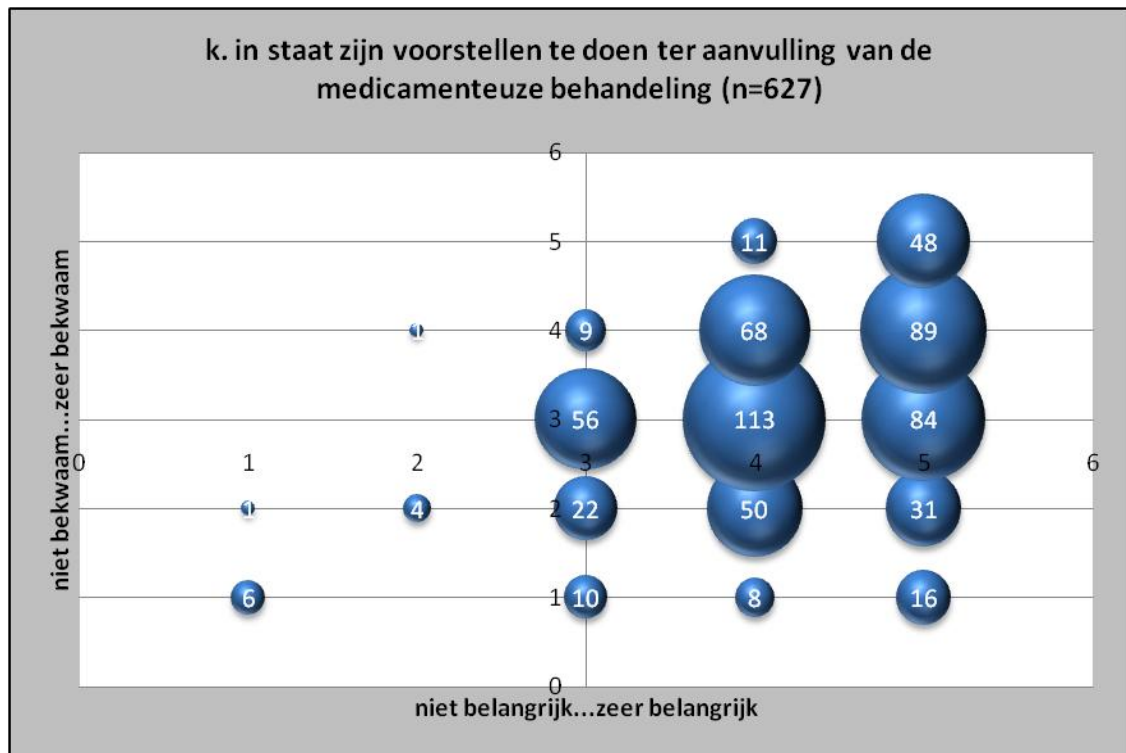
Punt j : “De bijwerkingen van pijnbehandelingen herkennen”

Op deze grafiek is te zien dat 380 personen, ofwel 61,1% van de ondervraagden, zich in de interessantste zone plaatsen. Anders gezegd: 6 op 10 personen hechten matig tot veel belang aan het kunnen herkennen van bijwerkingen van pijnbehandelingen maar zijn weinig of matig in staat dit te doen.

Net zoals andere groep geven 240 personen (38,6%) veel belang aan het kunnen herkennen van bijwerkingen, maar geven tevens aan dat ze dit kunnen in de dagelijkse praktijk.



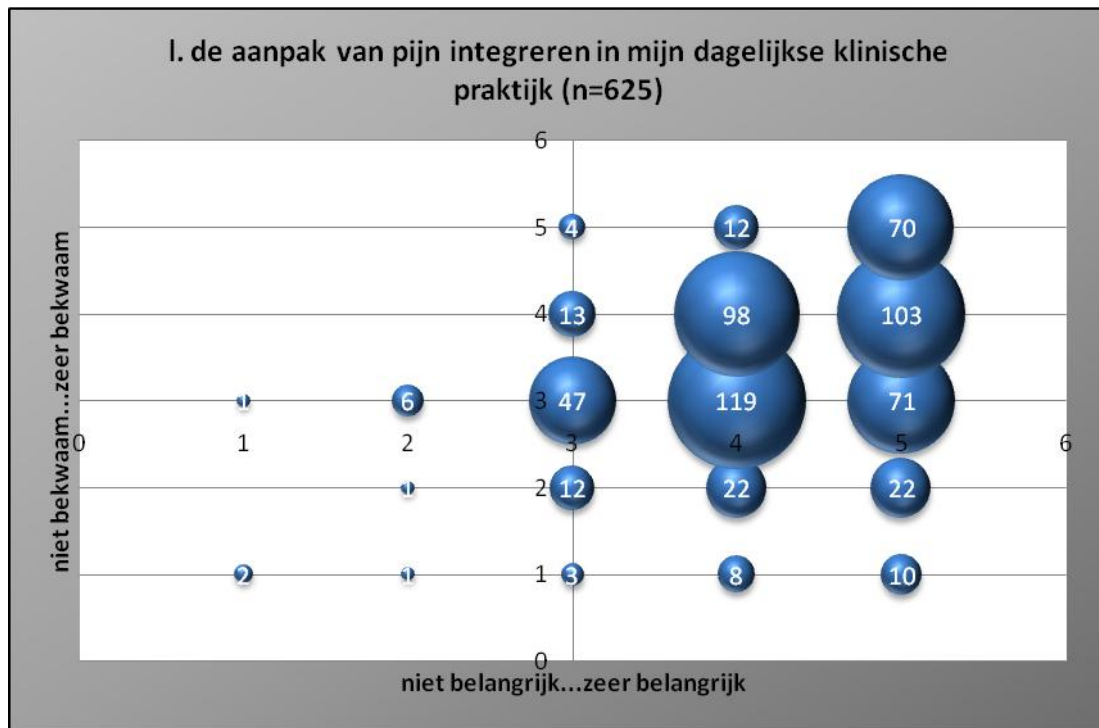
Punt k : “In staat zijn voorstellen te doen ter aanvulling van de medicamenteuze behandeling”



Deze grafiek onthult dat 390 personen, zijnde 62,2% van de totale groep, zich in het interessantste vak bevinden. Iets meer dan de helft van de ondervraagden hecht matig tot veel belang aan het kunnen voorstellen van behandelingen ter aanvulling van medicamenteuze behandelingen, maar erkennen tevens van hier weinig of niet toe in staat te zijn.

Een groep van 225 personen (35,9%) hecht er hetzelfde belang aan en acht zich tevens in staat bijkomende voorstellen te doen.

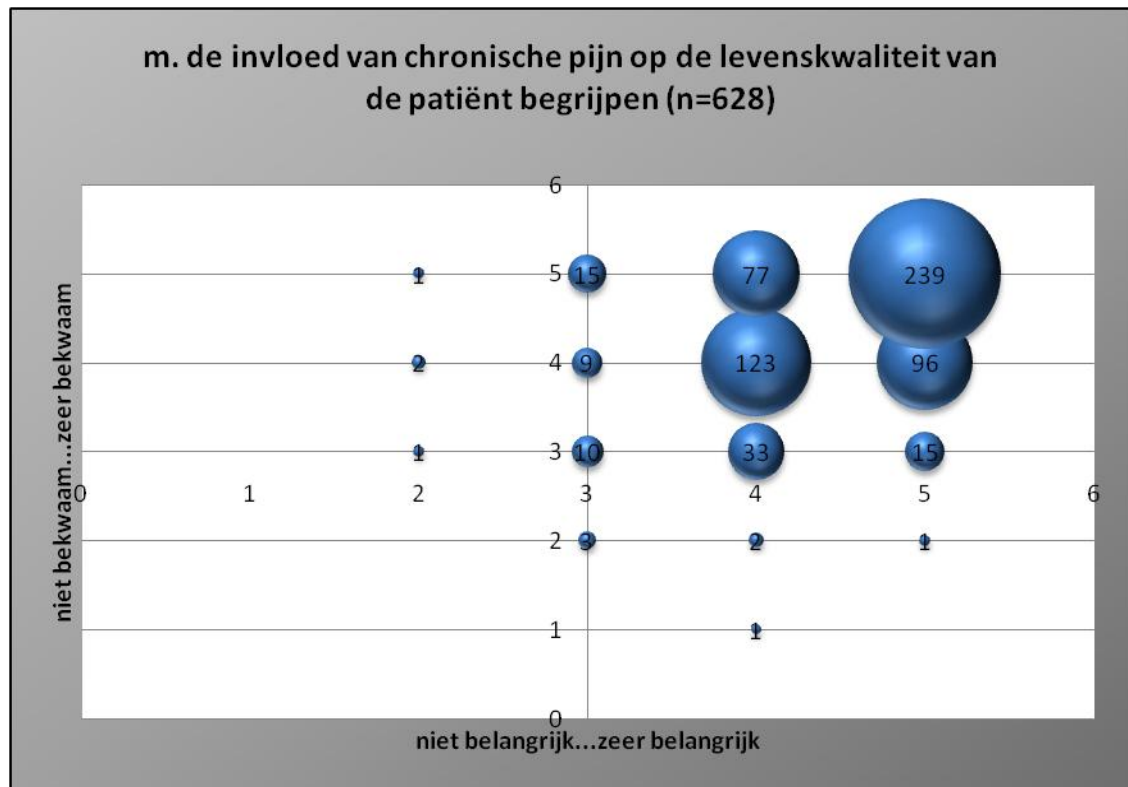
Punt I : De aanpak van pijn integreren in mijn dagelijkse klinische praktijk



Deze grafiek toont dat 314 personen, ofwel 50,2% van de ondervraagden, in de interessantste zone terug te vinden zijn. De helft van de groep kent matig tot veel belang aan het integreren van de aanpak van chronische pijn in de dagelijkse klinische praktijk, maar erkent dat deze integratie soms niet goed of niet vlot verloopt.

Een groep van 300 personen (48,0%) hecht even veel belang aan het integreren van deze aanpak en voelt zich daartoe ook werkelijk in staat in de dagelijkse praktijk.

Punt m : De invloed van chronische pijn op de levenskwaliteit van de patiënt begrijpen



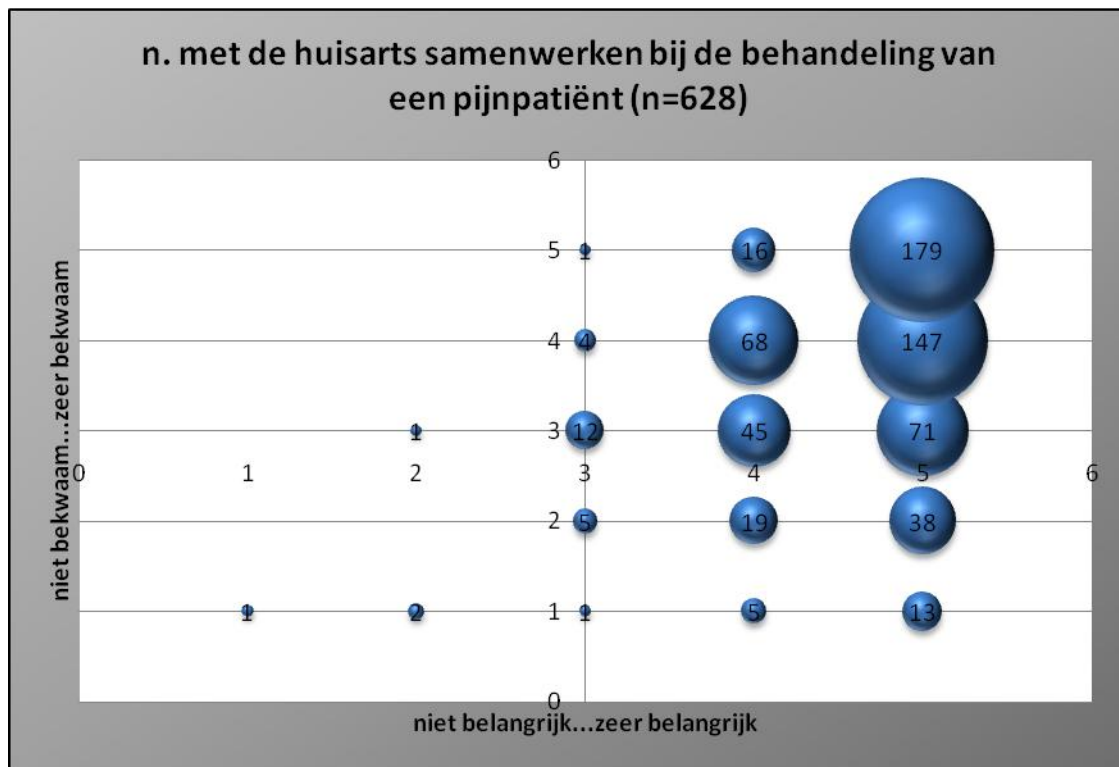
Op de grafiek is te merken dat nauwelijks 65 personen, zijnde 10,3% van de onderzoeksgroep, terug te vinden zijn in het interessantste gebied. Eén persoon op 10 erkent het gematigde of hoge belang van het begrijpen van de impact van chronische pijn op de levenskwaliteit van de patiënt en tegelijk dat dit begripsvermogen wel eens miniem of matig zou kunnen zijn.

Daarentegen zeggen bijna 9 op 10 personen, zijnde 559 personen (89,0%) dat ze hetzelfde belang hechten aan dit begripsvermogen en zich ook bekwaam voelen om de impact van chronische pijn op de levenskwaliteit bij hun patiënten werkelijk in te schatten.

Punt n : “Met de huisarts samenwerken bij de behandeling van een dergelijke patiënt”

De grafiek leert dat 209 personen, zijnde 33,3% van de ondervraagde groep, zich in de interessantste zone bevinden. Een derde van de ondervraagden vindt de samenwerking met de huisarts matig tot zeer belangrijk bij de verzorging van patiënten met chronische pijn maar erkent dat deze samenwerking soms miniem is of vrij weinig tot stand komt.

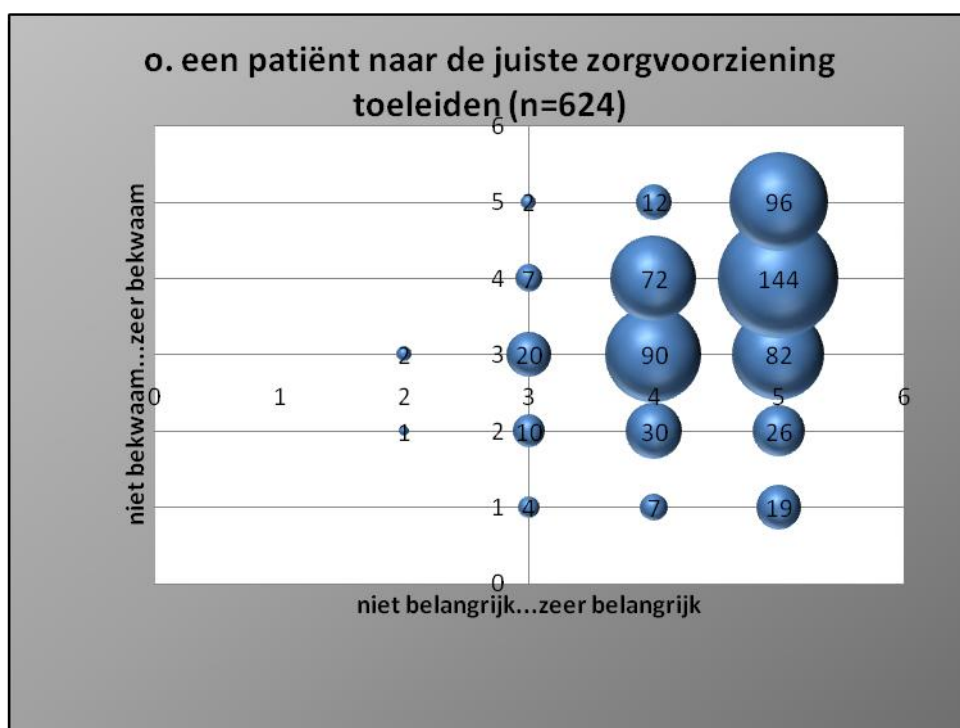
Praktisch een dubbel aantal, zijnde 415 personen (66,1%), vindt deze samenwerking even belangrijk en voelt zich in staat met de huisarts samen te werken bij de verzorging van patiënten met chronische pijn.



Punt o : “Mijn patiënt naar de juiste zorgvoorziening toeleiden”

Deze grafiek toont dat 288 personen, zijnde 46,1% van de ondervraagden, zich in de interessantste zone bevinden. Iets minder dan de helft van de groep hecht matig tot veel belang aan het toeleiden van hun patiënten naar de meest geschikte voorziening, maar verklaart evenzeer dat dit niet of weinig gebeurt.

Een groep van 333 personen (53,4%) vindt een goede verwijzing naar de juiste voorziening even belangrijk en voelt zich daartoe ook werkelijk in staat.



Samengevat worden bepaalde aspecten bij de aanpak van chronische pijn door de verpleegkundigen beschouwd als belangrijk voor de praktijk en/of hebben ze deze zaken onder de knie. Het gaat hierbij over het begrijpen van de impact van pijn op het gedrag en de levenskwaliteit van de patiënt, alsook over het kunnen samenwerken met de huisarts bij de verzorging van dit type patiënt.

Nochtans wordt een groter aantal andere elementen door de bevroagde verpleegkundigen als belangrijk voor de praktijk beschouwd, maar vinden ze dat ze deze aspecten niet genoeg onder de knie hebben. Het gaat hierbij over:

1. De fysiologie van pijn kennen
2. De verschillende types van pijn herkennen
3. In staat zijn de geschikte hulpmiddelen voor evaluatie te gebruiken
4. Begrijpen hoe pijnevaluatie verloopt
5. De verschillende hulpmiddelen kennen voor het meten van pijnintensiteit
6. De verschillende hulpmiddelen kennen voor het meten van pijnverzachting
7. De verschillende behandelingen van chronische pijn kennen
8. De bijwerkingen van pijnbehandelingen herkennen
9. In staat zijn voorstellen te doen ter aanvulling van de medicamenteuze behandeling
10. Mijn patiënt naar de juiste zorgvoorziening toeleiden

De richtlijn over chronische pijn heeft dus als oogmerk een oplossing te bieden voor de verschillende elementen die de thuisverpleegkundigen niet genoeg beheersen. Een te ontwerpen hulpmiddel voor de praktijk zal zich dus vooral op deze 10 competenties moeten richten.

Bijlage 8: beoordeling van de AGP door de resonantiegroep d.m.v. AGREE

De AGP werd beoordeeld door 17 referentiepersonen (waaronder 2 artsen) met behulp van een AGREE-instrument (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation).

Hieronder de gemiddelde resultaten van deze beoordelingen :

AGREE-onderwerp	Gemiddelde van scores
<u>onderwerp en doel</u>	
het doel van de richtlijn is specifiek beschreven	3,2
de klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen is/zijn specifiek beschreven	3,7
de patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven	3,1
Score min - max.: 3 - 12	
score gestandaardiseerd per domein	77,8
<u>Betrokkenheid van belanghebbenden</u>	
de leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen	3,0
het perspectief en de voorkeuren van de patiënten zijn nagegaan	2,5
de beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd	3,2
de richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers	1,8
Score min - max. : 4 - 16	
score gestandaardiseerd per domein	54,4
<u>Strakke methodologie</u>	
er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk materiaal	3,9
de criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk materiaal zijn duidelijk beschreven	3,8

de gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven	3,6
gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van aanbevelingen	3,1
er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	3,6
de richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld	3,5
er is een procedure voor herziening van de richtlijn	2,2
Score min - max. : 7 - 28	
score gestandaardiseerd per domein	80,4
<u>Helderheid en presentatie:</u>	
de aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig	3,3
de verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld	3,5
de kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen	3,5
de toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen	3,2
Score min - max. : 4 - 16	
score gestandaardiseerd per domein	78,4
<u>Toepasbaarheid:</u>	
de mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken	2,2
de mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen	2,3
de richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd	2,4
Score min - max. : 3 - 12	
score gestandaardiseerd per domein	43,1

Onafhankelijkheid van de opstellers :

de richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie

3,4

conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd

2,8

Score min - max. : **2 - 8**

score gestandaardiseerd per domein

69,6

Algemeen wordt aan de AGP een goede score toegekend (≥ 70) op 4 van de 6 domeinen : onderwerp en doel, strakke methodologie, helderheid en presentatie en onafhankelijkheid van de opstellers. De resonantiegroep uitte daarentegen haar reserves wat betreft de betrokkenheid van belanghebbenden en vooral op het vlak van de toepasbaarheid op het werkveld.

13 leden van de resonantiegroep gaven hun globale oordeel over de AGP : 6 vonden ze sterk aan te bevelen, 6 bevalen ze aan maar onder bepaalde voorwaarden of met wijzigingen en 1 was onzeker.

<u>algemeen oordeel: zou u deze richtlijn aanbevelen voor gebruik in de praktijk?</u>	
	maal
Sterk aan te bevelen	6
Aan te bevelen onder voorwaarden of met wijzigingen	6
Niet aan te bevelen	0
onzeker	1

Commentaaranalyse³⁴

Onderwerp en doel van de AGP

De resonantiegroep vindt dat de verpleegkundige benadering van chronische pijn niet duidelijk naar voren komt en in het geheel wat dreigt verloren te gaan.

Het oelpubliek is redelijk ruim en de patiëntengroep op dewelke ze betrekking heeft is niet steeds duidelijk beschreven. Soms zijn bepaalde patiënten uitgesloten zonder uitgesproken reden.

Betrokkenheid van belanghebbenden

Patiënten werden niet rechtstreeks betrokken bij de uitwerking van deze AGP. Bovendien werd ze slechts aan de test onderworpen door experts en referentiepersonen EBN.

Strakke methodologie

Verschillende referentiepersonen gaven aan dat de bewijskracht soms zwak was.

Een herzieningsprocedure voor de AGP was niet opgenomen in de ontwerpversie gelezen door de resonantiegroep.

Helderheid en presentatie

Soms zijn de aanbevelingen niet concreet genoeg (bv. « regelmatig »).

Duidelijke richtlijnen met betrekking tot de evaluatie ontbreken. Meerdere lezers hebben het globale overzicht kwijtgespeeld, en hadden geen zicht meer op de belangrijkste punten en het verband tussen de aanbevelingen.

De ontwikkeling van hulpmiddelen is voorzien in de volgende projectfase.

Toepasbaarheid

De belangrijkste opmerkingen hebben betrekking op de mogelijke organisatorische belemmeringen (niet besproken).

Verschillende referentiepersonen halen het probleem aan van financieel niet-gevaloriseerde prestaties zoals anamneses, evaluaties en multidisciplinair werken...

Er wordt niet aanbevolen op welke manier de evaluatie-instrumenten best worden gebruikt. Iedereen dient dus zijn eigen protocols te ontwikkelen.

In het algemeen is het duidelijk dat het toepassen van deze AGP meer tijd zal vergen voor evaluatie en multidisciplinair overleg.

De AGP levert geen criteria om na te gaan in hoeverre de aanbevelingen ook worden toegepast.

³⁴ met betrekking tot scores 1 - 2

Onafhankelijkheid van de opstellers

Er werden geen belangenconflicten van de werkgroep gemeld noch geïnterpreteerd.

Besluit

Volgens de resonantiegroep werd de AGP « De rol van de verpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn thuis bij volwassen patiënten » op een methodologisch degelijke wijze ontwikkeld. Ze is goed gedocumenteerd en gestut door het nodige afdoende bewijsmateriaal.

Nochtans ontbreekt het aan aanbevelingen en hulpmiddelen in functie van de toepasbaarheid in het werkveld. De kerntaken van de thuisverpleegkundige bij een patiënt met chronische pijn, dit in samenwerking met de huisarts, zijn niet altijd even duidelijk en de cruciale informatie is niet zo goed zichtbaar. Meer nog, de organisatorische gevolgen en de economische impact voortvloeiend uit de toepassing van de aanbevelingen op het terrein zijn niet afdoende beschreven en besproken in de AGP.

Score min - max.	Thème de la grille AGREE.	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Expert 4	Expert 5	Expert 6	Expert 7	Expert 8	Expert 9	Expert 10	Expert 11	Expert 12	Expert 13	Expert 14	Expert 15	Expert 16	Expert 17	Expert 18	Expert 19	Moyenne des scores
	Champ et objectif(s) de la RBP																				
1-4	Les objectifs de la RBP sont décrit explicitement	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	3	3	1					3,3
1-4	Les questions cliniques couverte par la RBP sont décrite explicitement	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	2					3,7
1-4	Les patients auxquels la RBP doit s'appliquer sont décrits explicitement	3	4	4	4	4	4	4 ?		2	4	4	3	3	3	1					3,1
	Score min - max.: 3- 12	11	12	12	12	12	12	12	7	8	10	12	8	10	10	4	0	0	0	0	10,1
	Score standardisé par domaine	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	44,4	55,6	77,8	100,0	55,6	77,8	77,8	11,1	-33,3	-33,3	-33,3	-33,3	79,3
	Participation des groupes concernés																				
1-4	Le groupe ayant élaboré la RBP inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés	2	4	3	3	3	3	3 ?		4	3	4	4	4	3	3					3,1
1-4	Les opinions et les préférences des patients ont été identifiées	4	4	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	3	3	1					2,6
1-4	Les utilisateurs cibles de la RBP sont clairement définis	4	4	3	3	3	3	3	1	2	2	4	4	4	4	4					3,2
1-4	La RBP a été testée auprès des utilisateurs cibles	1	4	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	3					1,9
	Score min - max.: 4- 16	11	16	11	11	11	11	11	3	10	8	12	11	13	11	11	0	0	0	0	10,7
	Score standardisé par domaine	58,3	100,0	58,3	58,3	58,3	58,3	58,3	-8,3	50,0	33,3	66,7	58,3	75,0	58,3	58,3	-33,3	-33,3	-33,3	-33,3	56,1
	Rigueur d'élaboration de la RBP																				
1-4	Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4					3,9
1-4	Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4					3,8
1-4	Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	4					3,8
1-4	Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des RBP.	3	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	2	3	1	3					3,3
1-4	Il y a un lien explicite entre les RBP et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	3					3,7
1-4	La RBP a été revue par des experts externes avant sa publication.	4	4	4	4	4	4	4 ?		4	2	4	3	4	4	4					3,5
1-4	Une procédure d'actualisation de la RBP est décrite.	1	3	4	4	4	4	4	1	2	2	1	2	1	1	1					2,3

Score min - max.	Thème de la grille AGREE.	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Expert 4	Expert 5	Expert 6	Expert 7	Expert 8	Expert 9	Expert 10	Expert 11	Expert 12	Expert 13	Expert 14	Expert 15	Expert 16	Expert 17	Expert 18	Expert 19	Moyenne des scores	
1 - 4	Clarté et présentation:																					
	Les recommandations sont précises et sans ambiguïté	3	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	2	4	3	3	3	3			3,3	
	Les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées	4	4	4	4	4	4	4	1	4	3	4	3	4	3	3	4	2			3,5	
	Les recommandations clés sont clairement identifiables	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	2	4	2	2			3,5	
	La RBP est accompagnée d'outils permettant son application	?	4	4	4	4	4	4	?	3	3	4	4	4	2	4	2	4			3,2	
	Score min - max. : 4 - 16	11	16	16	16	16	16	16	6	14	12	15	12	16	10	14	11	11	0	0	13,4	
	Score standardisé par domaine	58,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	16,7	83,3	66,7	91,7	66,7	100,0	50,0	83,3	58,3	58,3	-33,3	-33,3	78,4	
	Applicabilité:																					
	Les barrières organisationnelles potentielles à l'application des recommandations ont été discutées	1	4	3	3	3	3	3	3	1	2	2	3	2	2	1	1	2	1			2,2
	L'impact économique de l'application des recommandations a été examiné	1	3	4	4	4	4	4	4	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1			2,3
1 - 4	La RBP propose des critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations et/ou la réalisation d'audit.	1	4	4	4	4	4	4	1	3	3	1	1	2	1	1	2	1			2,4	
	Score min - max. : 3 - 12	3	11	11	11	11	11	11	3	7	7	5	5	6	3	3	6	?	0	0	6,9	
	Score standardisé par domaine	0,0	88,9	88,9	88,9	88,9	88,9	88,9	0,0	44,4	44,4	22,2	22,2	33,3	0,0	0,0	33,3	?	-33,3	-33,3	43,1	
	Indépendance éditoriale																					
1 - 4	La rédaction de la RBP est indépendante des organismes de financement	2	4	4	4	4	4	4	?	4	2	4	4	4	3	4	4	3			3,4	
	Les conflits d'intérêt des membres du groupe ayant élaboré la RBP ont été documentés.	4	4	4	4	4	4	4	?	1	2	4	1	4	3	4	?	?			2,8	
	Score min - max. : 2 - 8	6	8	8	8	8	8	8	?	0	5	4	8	5	8	6	8	4	3	0	0	6,2
	Score standardisé par domaine	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-33,3	50,0	33,3	100,0	50,0	100,0	66,7	100,0	33,3	16,7	-33,3	-33,3	69,6	
Evaluation générale: recommanderiez-vous l'utilisation de cette RBP en pratique?		fois																				
Fortement recommandé		6																				
recommandé avec certaines réserves ou après modifications		6																				
non recommandé		0																				
incertain		1																				