

Observatie van pijn bij mensen met een uitingsbeperking

A. Boerlage¹, R. van Herk¹, S.J. Swart², F.P.M. Baar²

1. Pijnkenniscentrum Erasmus MC, Rotterdam
2. Verpleeghuis Antonius Ijsselmonde; Laurens, Rotterdam

Inleiding

In verpleeg- en verzorgingshuizen hebben artsen en verplegend personeel dagelijks te maken met (veelal chronische) pijn, door o.a. arthrose, spasmen, fracturen en neuropathieën. In steeds meer instellingen wordt gewerkt met een pijnanamnese en pijnscores, maar deze zijn niet zonder meer toepasbaar bij mensen met een uitingsbeperking. In dit artikel gaan we in op het werken met een observatieschaal om pijn te scoren bij mensen met een uitingsbeperking.

Achtergrond project

Voor de behandeling van pijn is het belangrijk dat bewoners zelf aangeven of ze pijn hebben en in welke mate. Het blijkt echter dat vooral oudere mensen verpleging en artsen niet lastig willen vallen met hun pijn en / of ze denken dat pijn bij het ouder worden hoort. Ook zijn ze vaak ten onrechte bang voor verslaving of gewenning aan pijnmedicatie. Hierdoor wordt pijn vaak niet herkend of onderbehandeld. Het gebruik van een objectieve methode om pijn te meten is zinvol. Door de pijnmeting te koppelen aan behandeling kan men naast pijnvermindering ook een betere kwaliteit van leven bereiken.

In 2001 werd voor het eerst de Numerieke Rating Score (NRS) in een verpleeghuis geïntroduceerd. Bij deze methode van pijnregistratie worden bewoners gevraagd om een cijfer aan hun pijn te geven op een schaal van 0 tot 10 (0= geen pijn; 10= ergst denkbare pijn). De pijncijfers worden in een curve uitgezet en hierdoor ontstaat een goed beeld van het verloop van de pijn. Deze vorm van pijnregistratie is echter niet geschikt voor bewoners die niet (meer) in staat zijn om hun (mate van) pijn aan te geven, zoals bijvoorbeeld bij dementie, afasie of na traumatisch hersenletsel.

In 2002 zijn wij daarom een project gestart met als doel het ontwikkelen van een observatieschaal die pijn meet bij mensen met een uitingsbeperking. Voor de ontwikkeling van de pijnschaal zijn in totaal 174 verpleeghuisbewoners, met en zonder uitingsbeperking, uit 6 verpleeghuizen in en rondom Rotterdam geïnccludeerd.

De bewoners, allen lijdend aan (chronische) pijn, zijn door een onderzoeker gefilmd tijdens een verzorgingsmoment, dat over het algemeen als pijnlijk wordt ervaren, en in rust. Op basis van het nauwkeurig observeren van de video-opnames is de Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) ontstaan. Momenteel worden verzorgenden binnen een verpleeghuis geschoold om de REPOS toe te passen in de dagelijkse praktijk.

REPOS

De REPOS bestaat uit 10 items en de items kunnen onderverdeeld worden in 2 categorieën (5 items) en 5 individuele items. Elk item staat voor een bepaald gedrag. Het toepassen van de REPOS bestaat uit het observeren van een persoon gedurende 2 minuten en het daarna scoren van de tien items op afwezigheid (0) of aanwezigheid (1). De totaalscore bestaat uit het optellen van de scores (maximale score 10): hoe hoger de score, hoe meer kans op pijn. Na het scoren wordt van de verzorgende verwacht dat hij / zij aan de hand van het bijbehorende behandelingschema al dan niet actie onderneemt. Indien gewenst of bij twijfel is het zinvol om een nabespreking te houden tijdens een multidisciplinair overleg. Voor het bekijken van de REPOS zie figuur 1.

Scholing en implementatie

Verplegend personeel dat op een betrouwbare wijze de REPOS wil toepassen in de praktijk dient eerst een scholing te volgen. De scholing bestaat uit een theoretisch gedeelte en een praktische training. In het theoretische gedeelte wordt besproken hoe men de verschillende items moet scoren waarna dit met behulp van videobeelden wordt geoefend. Bij het praktische deel gaat het erom een zo groot mogelijke overeenkomst te behalen op alle 10 de items door samen met de docent minimaal 10 keer een bewoner te observeren. Indien de scores van de cursist in voldoende mate overeenkomen met die van de docent kan men zelfstandig in de praktijk gaan scoren. Nadat iemand voldoende praktische ervaring met de REPOS heeft opgedaan, kan die persoon als expert fungeren en eventueel collega's trainen volgens het train-de-trainer principe. Er zal op termijn een Cd-rom worden ontwikkeld die gebruikt kan worden als ondersteuning bij de training en implementatie.

De praktijk

Het gebruik van de REPOS in de dagelijkse praktijk wordt beschreven aan de hand van twee casussen.

Casus 1

Mevr. P is een vrouw van 76 jaar met een vasculaire dementie. Opname in het verpleeghuis werd noodzakelijk nadat zij een CVA heeft doorgemaakt. Mevrouw is een rustige vriendelijke dame die de nieuwe situatie gelaten over zich heen laat gaan. Alleen tijdens het wassen wordt zij erg onrustig. Het is niet duidelijk of er sprake is van ernstige pijn die met name gedurende de verzorging optreedt of dat er andere oorzaken voor de onrust zijn. Ook de echtgenoot van mevrouw kan hierover geen uitsluitsel geven, dit ondanks het feit dat hij tot aan het CVA haar thuis heeft verzorgd. Dat laatste is als gevolg van een halfzijdige verlamming niet meer mogelijk. Omdat men niet zeker is of de onrust tijdens de verzorging wordt veroorzaakt door pijn wordt in overleg met de afdelingsarts besloten dat de pijnspecialist van de afdeling mevrouw tijdens de verzorging zal observeren met behulp van de REPOS. Tijdens de observatie wordt een REPOS score van 7 gemeten (zie figuur 1). Volgens het bijbehorende behandelingschema (zie figuur 2) komt men tot de conclusie dat er inderdaad sprake van pijn is. Omdat mevrouw tijdens andere activiteiten geen pijn aangeeft wordt er afgesproken dat mevrouw een half uur voor de verzorging 500 mg paracetamol krijgt en dat er opnieuw een observatie plaats zal vinden. De volgende dag heeft mevrouw volgens deze afspraak haar pijnmedicatie gekregen en vindt er opnieuw een observatie plaats met de REPOS. Deze keer is de score gedaald tot 2 en tijdens de nabespreking is men er van overtuigd dat mevrouw nu geen of nauwelijks pijn heeft. Men besluit voorlopig zo door te gaan en de REPOS na een week te herhalen.

Casus 2

Mevrouw K. is een Oost-Europese vrouw van 27 jaar. Zij is nog maar kort in Nederland als zij betrokken raakt bij een ernstig auto ongeluk. Mevrouw wordt met ernstig hersenletsel op de intensive care neurologie opgenomen. Er blijkt sprake een bloeding in de vierde ventrikel waardoor de afvoer van de liquor belemmerd wordt en mevrouw ontwikkeld een hydrocephalus. Er wordt een drain ingebracht om de gestoorde afvoer te herstellen. Omdat zij geheel afhankelijk is van hulp bij de ADL wordt zij overgeplaatst naar de revalidatieafdeling van een verpleeghuis. Behalve dat

mevrouw K. als gevolg van het hersenletsel een uitingsbeperking heeft, spreekt zij geen Nederlands wat de communicatiemogelijkheden nog meer beperkt. Zij spreekt wel wat Engels en via haar man en een tolk is enige communicatie mogelijk, maar het blijft vooral voor haar verzorgenden lastig.

Vanaf opname bleek dat mevrouw tijdens de fysiotherapie en de verzorging ernstige pijnklachten aan de linkerarm en beide benen had. Deze pijn bleek te berusten op spasmen (vooral in de benen) en kalkafzettingen in de linker bovenarm. Er werd baclofen (tegen de spasmen), gabapentine (tegen de neuropatische pijn) en ibuprofen (tegen de pijn door de kalkafzettingen) voorgeschreven. Mevrouw bleek op deze behandeling goed te reageren en de behandeling werd voortgezet. Desondanks zijn er tijdens de ADL aanwijzingen dat mevrouw nog steeds pijn zou kunnen hebben terwijl dit bij de fysiotherapie niet het geval is. Of er op dat moment sprake van pijn is, is echter niet geheel duidelijk omdat sommige reacties van mevrouw ook op andere emoties, als b.v. schaamte en verdriet zouden kunnen duiden. Om na te gaan of de voorgeschreven pijnmedicatie voldoende is wordt besloten haar met behulp van de REPOS te observeren tijdens de ADL.

Tijdens de observatie vertoont het gelaat van mevrouw regelmatig een gespannen uitdrukking, zij maakt een wat jammerend geluid, er is sprake van een onwillekeurige beweging van haar arm en er treedt een grimas op, de totale REPOS-score is 6. Op basis van deze bevinding zou men er van uit kunnen gaan dat mevrouw pijn heeft, echter zij had net voor de verzorging ontlasting gehad en via haar man was bekend dat zij dat als uitermate vernederend beschouwde. Om te bepalen of er nu wel of geen pijn was geobserveerd werd volgens afspraak de observatie geëvalueerd aan de hand van het behandelingschema. De pijnspecialist concludeerde dat ondanks de hoge score er waarschijnlijk geen sprake van pijn was maar dat mevrouw zich in deze situatie enorm ongelukkig voelde. Om zeker te zijn dat deze conclusie terecht was werd besloten om een dag later weer tijdens de verzorging en tijdens de fysiotherapie de observatie te herhalen. Bij de tweede observatie gedurende de verzorging wordt weer een hoge REPOS-score gevonden terwijl tijdens de fysiotherapie de REPOS-score niet hoger dan 2 is. Samen met haar collega evalueert de pijnspecialist de beide observaties opnieuw. Ook nu is de pijnspecialist ervan overtuigd dat er geen sprake is van (ernstige) pijn maar van verdriet en schaamte over de afhankelijke positie waarin mevrouw zich als gevolg van haar ongeluk bevindt. Omdat een goede (pijn) behandeling niet alleen bestaat uit het voorschrijven van pijnmedicatie wordt een gesprek met een psycholoog of

pastor overwogen. Hierdoor zal zij haar schaamte misschien niet kunnen afleggen, maar het zal haar helpen bij de verwerking en aanvaarding van wat haar is overkomen en de gevolgen hiervan.

Beschouwing: Op initiatief van de beide pijnspecialisten volgt een multidisciplinair overleg waarbij ook de behandelend arts en de fysiotherapeut aanwezig zijn. De pijnspecialisten brengen hun overwegingen die volgden op de REPOS-score naar voren. De fysiotherapeut bevestigt dat tijdens het oefenen geen aanwijzingen meer zijn die nog duiden op ernstige pijn. Als men de hoogte van de REPOS-score in aanmerking neemt, duidt dat op behoorlijk wat pijn en een dergelijke pijn zou nooit onopgemerkt kunnen blijven. De behandelend arts heeft op basis van het lichamelijke onderzoek dat na de start met de (pijn)medicatie werd herhaald geen lichamelijke verklaring gevonden voor de ernstige pijn. Dit duidt erop dat psychische en sociale factoren bijdragen aan de hoge REPOS score. Er wordt dan ook besloten om de pijnmedicatie niet aan te passen, maar het oordeel van de psycholoog en pastor te vragen over de pijnbeleving. Bij twijfel zal opnieuw een observatie met de REPOS plaatsvinden.

Conclusie

De systematische observatie m.b.v. de REPOS betekent een waardevolle aanvulling voor de verzorging en behandeling van mensen met een uitingsbeperking in de dagelijkse praktijk. Voor men ermee aan de slag kan gaan dient eerst scholing plaats te vinden. De observator moet in staat zijn een betrouwbare score te geven, wat zoveel wil zeggen dat de observatie volgens de richtlijnen en definities plaats moet vinden. De kracht van de REPOS schuilt in het feit dat men gericht nadenkt over wat men gezien heeft en niet alleen afgaat op een cijfer. Uiteraard dient deze interpretatie plaats te vinden binnen de context van de bewoner met kennis over het normale gedrag, de onderliggende ziekte en de sociale achtergrond.

Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS)

Datum: 19-3-07 Tijdstip: 8:10
 Bewoner: M. P. Observator: G.B.

Merk op: (omcirkel wat van toepassing is):

ADL transfer wondverzorging open fysiotherapie rust

Of anders: _____

Eventuele pijnmedicatie op moment van scoren? (Soort, dosering en tijdstip toelichting)

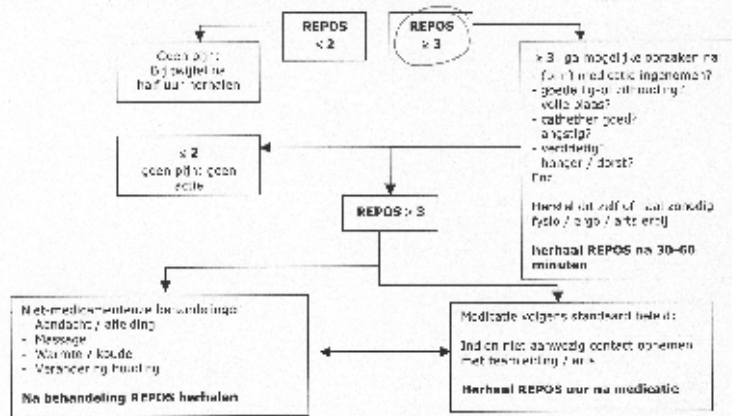
geen

EERST 2 MINUTEN OBSERVEREN EN DAARNA SCORES ONCIRKELEN (0 of 1), DE SCORES VERVOLGENS BIJ ELKAAR OPTELLEN VOOR DE TOTAALSCORE.

	0 = AFWEZIG	1 = AANWEZIG
1. OEBANNE GEZICHT	0	<input checked="" type="checkbox"/>
2. INHOUDEN / STOKKEN ADMI-NING	0	<input checked="" type="checkbox"/>
3. OGEN (WJVA) / OCHTKLEPPI	0	<input checked="" type="checkbox"/>
4. OPTREKKEN BOWENLIP	0	<input checked="" type="checkbox"/>
5. GEMAS	0	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ANGSTIG LICHEN	<input checked="" type="checkbox"/>	1
7. ONVELEKJURIS/ONVERWACHTEN GEN LICHAMSSCHEL	0	<input checked="" type="checkbox"/>
8. VARIKUS (PARVAAL)	<input checked="" type="checkbox"/>	1
9. KRELNEN / JAMMEREN	<input checked="" type="checkbox"/>	1
10. ONPASTICHELIDEN	0	<input checked="" type="checkbox"/>
REPOS TOTAALSCORE		7

REPOS TOTAALSCORE:

7



Wat voor pijndier, tussen 0 en 10, zou je geven aan de schenker op dit moment, weer? 0 helemaal geen pijn is en 10 de ergste pijn die je kan voorstellen?

5

(Mogelijke) reden(en) van een REPOS-score > 3:

Pijn in verharde axem tijdens het aanen.
Wilt kluisen

Ondernomen actie(s):

Beepenken met wets -> staet paracetamol sixing
1/2 voor de verzoeking.
Mogegen de observatie herhalen.