



ARTIKEL

Richtlijn pijn bij kwetsbare ouderen in vogelvlucht

Y.G. van Ingen, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts palliatieve zorg

Casus

Meneer Visser is een 84-jarige man met COPD die na het overlijden van zijn vrouw sinds 2 jaar in het verzorgingshuis woont. Na een lange winter, waarin hij een paar exacerbaties van de COPD doormaakte, heeft meneer Visser 'een flinke jas uitgedaan' en is hij niet meer in staat zich zelfstandig met rollator voort te bewegen. Het viel de EVV-er (eerste verantwoordelijk verzorgende) op dat ze hem nauwelijks buiten zijn appartement zag en dat hij leek te zijn afgevallen. Zij nodigde de praktijkverpleegkundige ouderen uit om samen in gesprek te gaan met meneer en zijn situatie goed in kaart te brengen. Tijdens dit gesprek kwamen een aantal zaken aan het licht.

Zo gebruikte meneer de laatste weken de warme maaltijd voornamelijk op zijn kamer. De afstand naar het restaurant viel hem steeds zwaarder en na het overlijden van zijn tafelgenoot had hij ook niet meer zo'n zin om naar het restaurant te gaan. "Maar ja, zuster, dan smaakt 't toch minder lekker dan wanneer je met elkaar aan tafel eet". Zijn tafelgenoot was zijn oude jeugdviend, waarmee hij graag herinneringen ophaalde of een goede grap deelde. Navraag over zijn mobiliteit wees uit dat hij pijnklachten had en dat hij niet meer zelfstandig met zijn rollator buiten zijn appartement kon lopen. Vlak na de exacerbatie van de COPD was zijn vriend overleden en had hij de fysiotherapie afgezegd. Nu kon hij zich

met moeite in zijn appartement voortbewegen. Om de pijnklachten in kaart te brengen, besprak de praktijkverpleegkundige met meneer om gedurende 3 dagen een zogeheten pijnmeting te doen. Ze gaf daarbij uitleg over hoe je een pijnmeting kunt afnemen. Uit de pijnmeting van meneer Visser bleek dat hij in de ochtend een score van 7 op de numerieke schaal aangaf. Gedurende de dag nam de pijn af maar benoemde hij nog een score van 5. Ook bleek hij in de nacht wakker te worden van de pijn. Er werd ook een gewichtscontrole gedaan en meneer bleek 4 kilo te zijn afgevallen in de afgelopen 2 maanden. Lichamelijk onderzoek door de huisarts wees uit dat de pijnklachten voortkwamen uit ernstige coxartrose beiderzijds. Helaas kwam meneer door zijn slechte nierfunctie niet in aanmerking voor een operatie. De EVV-er paste samen met de praktijkverpleegkundige het zorgplan van meneer Visser aan. Er werd gestart met paracetamol 500 mg 3 dd en voor de nacht nog eens 1000 mg. Ook werd de diëtiste in consult gevraagd voor een passend voedingsadvies. Meneer Visser kreeg uitleg over het belang van mobiliseren en behoud van spierkracht. Hij was daardoor weer gemotiveerd voor een verwijzing naar de fysiotherapeut. Zijn pijnmedicatie bleek toereikend waardoor hij ook meer wilde lopen. Meneer werd gewezen op de mogelijkheden tot contact met een geestelijk begeleider om in gesprek te gaan over het verlies van zijn dierbare.

Bespreking

Bij kwetsbare ouderen zie je vaak meerdere problemen op verschillende domeinen. Bij meneer Visser ontstond een neerwaartse spiraal nadat hij door de exacerbatie van de COPD en de pijnklachten in de heupen steeds inactiever werd en daarmee functionaliteit verloor. Het verdriet om het verlies van zijn beste vriend maakte dat hij zich meer terugtrok en zich daardoor isoleerde. Gewichtsverlies en gevaar voor ondervoeding gingen ook een rol spelen. Door de pijn goed te behandelen en voorlichting te geven over het belang van mobiliseren, lukte het meneer Visser om de draad weer op te pakken. Mobiliseren beïnvloedde in positieve zin ook zijn stemming weer (zie *figuur 1*).

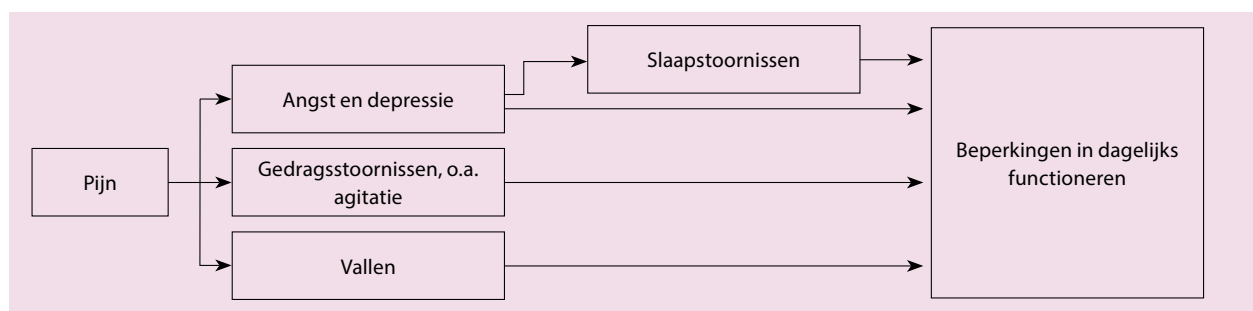
In 2011 verscheen de multidisciplinaire richtlijn *Pijn bij kwetsbare ouderen* onder verantwoordelijkheid van professor Wilco Achterberg uit het Leids Universitair Medisch

In de richtlijn wordt beschreven hoe pijn van invloed kan zijn op vele aspecten van het functioneren. Adequate pijnbehandeling kan bijdragen aan het doorbreken van een negatieve spiraal en de beperkingen in het dagelijks functioneren

Centrum vanuit de beroepsvereniging Verenso (specialisten ouderengeneeskunde). Een multidisciplinaire richtlijn waar, naast LOC als vertegenwoordiging van cliënten ook huisartsen, het Instituut Verantwoord Medicijngebruik, klinisch geriaters, psychiaters, anesthesisten, apothekers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, ook V&VN pijnverpleegkundigen en V&VN praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners hebben meegewerkt.

Waarom de richtlijn?

Hoewel de aandacht voor pijn en pijnbestrijding toegenomen is, blijft pijn een frequent voorkomend probleem. Van alle 70-plussers ervaart 40-70% zo veel pijn dat dit interfereert met het dagelijks leven en invloed heeft op het verlies van sociale contacten en bezigheden. Pijn bij kwetsbare ouderen heeft specifieke kenmerken. Vaak uiten ouderen hun klacht niet bij de hulpverleners. Hiervoor kunnen verschillende redenen zijn. Denken dat het bij de leeftijd hoort, speelt een rol, maar ook het gevoel te klagen weerhoudt mensen ervan hun pijnklachten te melden. De veelvoud aan lichamelijke klachten maakt soms dat andere problemen prioriteit krijgen. Dit kan zowel aan de oudere zelf liggen, als aan de hulpverlener. Angst voor ‘iets ergs’ of weerzin tegen nog meer pillen én bijwerkingen, of angst voor verslaving aan pijnstillers zijn er ook debet aan dat ouderen hun pijn niet kenbaar maken. Maar ook de bescheidenheid van ouderen – ‘de zorgverlener heeft het al zo druk’ – maakt dat zij geen extra tijd willen vragen. Daarnaast denken veel ouderen dat anderen niet begrijpen hoe het is om chronisch pijn te hebben. Bij een deel van de ouderen belemmert hun geestelijke of lichamelijke toestand hen om klachten duidelijk aan te geven. Denk bijvoorbeeld aan communicatieve problemen na een CVA of bij dementie. Er zijn dus diverse redenen waarom herkenning van pijn onvoldoende plaatsvindt bij kwetsbare ouderen.



FIGUUR 1. Pijnschema

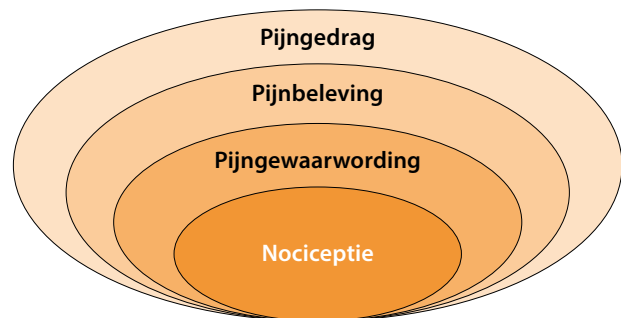
De doelgroep van de richtlijn bestaat uit kwetsbare ouderen, thuis, in een verzorgings- of verpleeghuis of ziekenhuis. Er is geen landelijke consensus wanneer een oudere als kwetsbaar gedefinieerd wordt. Het gaat veelal over 75-plussers die verschillende chronische aandoeningen hebben met lichamelijke, sociale, psychische en/of communicatieve beperkingen. In het spaghetti-model van Vilans (figuur 2) wordt de relatie beschreven tussen het aantal aandoeningen en de mate van kwetsbaarheid en tevens de relatie tussen het aantal aandoeningen en de behoefte aan psychosociale ondersteuning.

Aandoeningen waarbij pijn kan optreden zijn divers: artrose, rugpijn, nekpijn, osteoporose, CVA, MS, decubitus, neuropathieën (bijvoorbeeld door diabetes mellitus of herpes zoster), kanker of amputatie. Pijn is zeer divers. Men gaat uit van chronische pijn wanneer die langer dan 3 maanden aanwezig is. 20% van de ouderen met pijn ontvangt geen pijnmedicatie en 58% krijgt onvoldoende pijnmedicatie voorgeschreven. Kortom, de doelgroep bestaat uit alle kwetsbare ouderen waarbij sprake is van multimorbiditeit, ongeacht of ze thuis, in het verzorgings- of verpleeghuis of ziekenhuis verblijven.

Niet in de richtlijn opgenomen zijn pijn bij kanker en pijn in de palliatieve fase. Hiervoor wordt verwezen naar www.pallialine.nl. Ook de mogelijkheid van invasieve pijnbestrijding, zoals zenuwblokkades, wordt hier niet besproken.

Wat is pijn?

Mc Affery omschrijft het als volgt: "Pijn is wat de patiënt zegt dat het is." Dat is volstrekt helder. Maar pijn is een multidimensionaal probleem. Er zijn diverse schema's en modellen ontwikkeld om pijn te beschrijven. Een van de meest gebruikte modellen is het model van Loeser. Dit model bestaat uit vier cirkels (zie figuur 3).



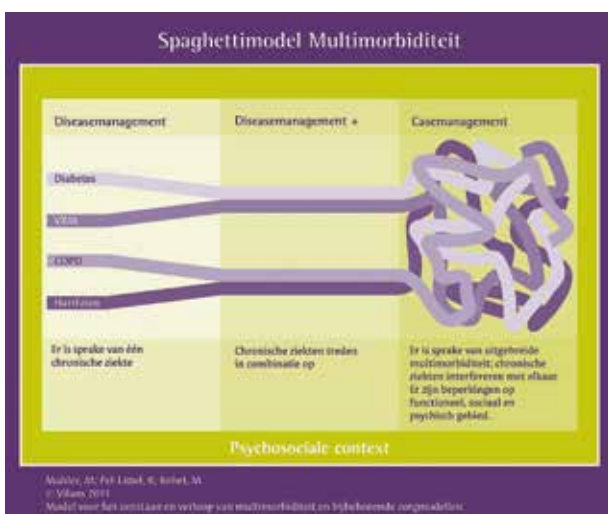
FIGUUR 3. Het model van Loeser

- ♦ De eerste cirkel representeert de (dreigende) verwonding waarin pijnprikkels worden omgezet in zenuwsignalen. Dit is een lichamelijk proces, men is zich op dit moment nog niet bewust van de pijn. Dit wordt de *nociceptie* genoemd.
- ♦ De tweede cirkel representeert de *gewaarwording van pijn*. Dit is het resultaat van de verwerking van de hersenen dat de pijnprikkels uit cirkel 1 is aangekomen.
- ♦ De derde cirkel representeert de *pijnbeleving*. Vragen die hierbij beantwoord kunnen worden zijn: Hoe sterk ervaart men de pijn? Hoe lang ervaart men de pijn? De ervaring van pijn wordt beïnvloed door eerdere ervaringen van pijn. De *pijndrempel*, de denkbeeldige drempel vanaf waar men pijn ervaart, kan hierdoor verlaagd zijn. Men heeft met andere woorden een hogere pijngevoeligheid. Het kan echter ook voorkomen dat men juist minder pijn ervaart door eerdere pijnbelevingen, doordat men als het ware 'resistent' wordt voor de pijn. Angst is een andere beïnvloedende factor van pijnbeleving. In een ruimte die men niet kent en met vreemde personen is de pijndrempel vaak lager dan in een vertrouwde situatie.
- ♦ De vierde cirkel representeert het *pijngedrag*. Dit is het gedrag dat een persoon vertoont om de pijn kenbaar te maken aan de omgeving. Dit kunnen non-verbale gedragingen zijn, maar ook verbale uitingen.

Pijn heeft invloed op stemming, slapen, gedrag, valfrequentie en participatie. Denk bij angst en depressie, bij gedragsstoornissen en hoge valfrequentie aan pijn als (mede) oorzakelijke factor. Een pijnonderzoek is dan op zijn plaats.

Hoe wordt pijn in kaart gebracht en door wie?

In eerste instantie wordt de oudere gestimuleerd zelf klachten te rapporteren, daarna volgt anamnese en heteroanamnese. Vergeet niet patiënt en mantelzorger erbij te betrekken! Verenso heeft hiervoor een handige folder ontwikkeld. Observatie van de pijnintensiteit verdient een plek in de dagelijkse zorg en vindt plaats aan de hand van een VAS of numerieke schaal. Bij patiënten met gevorderde cognitieve/communicatieve stoornissen zijn PACSLAC, DOLOPLUS-2 of PAINAD de te gebruiken observatieschalen voor pijnge-drag. Uiteindelijk dient een lichamelijk onderzoek plaats te vinden om de oorzaak van de pijn vast te stellen.



FIGUUR 2. Spaghettimodel voor multimorbiditeit

Behandeling en gevolgen van pijn

Non-farmacologische behandeling

Non-farmacologische behandeling verdient een belangrijke plek in de behandeling van pijn. Evidence hiervoor is hard nodig. Dit is noodzakelijk omdat de medicamenteuze therapie bij ouderen gecompliceerd kan zijn, met name wanneer sprake is van polyfarmacie.

Ergotherapie, fysiotherapie (oefeningen al dan niet met educatie, TENS- of lasertherapie) en psychologische interventies (mindfulness, cognitieve gedragstherapie) of muziektherapie kunnen verlichting geven en mensen leren met de pijn om te gaan.

Om de gevolgen van pijn te beperken is optimalisatie van leefomstandigheden en ondersteuning bij ADL van belang. Zowel onderprikkeling als overprikkeling dient voorkomen te worden.

Medicamenteuze behandeling van pijn

Uitgangspunt voor medicamenteuze behandeling is de WHO-ladder met daarbij de volgende aanpassingen.

Paracetamol is het middel van eerste keuze, de dosering is bij chronisch gebruik maximaal 2,5-3 gram per 24 uur. In de richtlijn staat 3 gram, echter bij de kwaliteitsindicatoren staat 2,5 gr.

NSAID's zoals diclofenac en ibuprofen, alleen tijdelijk bij artritis! Denk hierbij aan maagprotectie (een van de procesindicatoren) en controle nierfunctie. Voor codeïne is geen plaats meer omdat de bijwerkingen niet in verhouding staan tot de werking en tramadol alleen indien paracetamol onvoldoende pijnstilling geeft en NSAID's niet geschikt zijn.

Dat maakt dat de opioïden eerder dan bij jongvolwassenen een belangrijke rol krijgen in het behandeltraject. De voorkeur gaat uit naar fentanyl, morfine of oxycodon. Buprenorfine wordt ontraden, onder andere omdat er weinig onderzoek bij de doelgroep gedaan is en er sprake is van een plafondeffect.

Medicamenteuze behandeling is complex, omdat er vaak sprake is van polyfarmacie en onderzoek naar de middelen bij deze doelgroep ontbreekt. Het geriatrisch adagium 'start low, go slow' geldt ook hier. Dit geldt voor alle pijnmedicatie, behalve bij paracetamol. Paracetamol kan zowel oraal als rectaal gegeven worden. Zetpillen dienen mijns inziens terughoudend te worden gebruikt. Het is niet logisch een bedlegerige patiënt te moeten draaien alvorens pijnmedicatie toe te dienen. Daarnaast is er bij obstipatie het risico dat de werking van de zetpil niet optimaal is, doordat contact met het slijmvlies ontbreekt.

Ten aanzien van de medicamenteuze therapie is er een aantal hardnekkige misverstanden. De meest bekende is wellicht dat de patiënt medicatie gebruikt van zijn/haar partner of buurvrouw die via de drogist is verkregen; de 'over-the-counter'-medicatie (OTC), waarvan men denkt dat



Tekening ©Peter van Straaten

die onschuldig is, maar die wel degelijk ernstige interacties met voorgeschreven medicatie of bijwerkingen kan hebben. Uitleg hierover door de drogist is veelal onvoldoende of vindt niet plaats. Het is ontzettend belangrijk om goed uit te vragen welke medicatie de patiënt nog gebruikt naast zijn voorgeschreven medicatie. Ook kan het zijn dat de patiënt denkt dat de medicatie niet helpt. Dit komt vaak voor als men te lang wacht met het innemen van de pijnstillers. Het is belangrijk uit te leggen dat voor de pijnstilling een zogeheten spiegel dient te worden opgebouwd om de pijn voor te zijn. De medicatie dient op vaste tijden te worden ingenomen, verdeeld over 24 uur (around the clock).

Ten aanzien van opioïden dient rekening te worden gehouden met de angst voor gebruik hiervan. Het is goed dat men zich realiseert dat deze angst niet alleen bij patiënten en mantelzorgers leeft, maar soms ook bij hulpverleners. De folder *Feiten en fabels over morfine* zet de misverstanden overzichtelijk op een rij.

De indicatie voor morfine dient zorgvuldig gesteld te worden. Echter, indien correct gesteld dient aarzeling achterwege te blijven.

Er zijn een aantal belangrijke aspecten waarmee rekening moet worden gehouden wanneer gestart wordt met bijvoorbeeld morfine. Denk daarbij aan obstipatie bij langer gebruik van een opiaat. Dit kan zeker bij ouderen een groot probleem zijn, met name omdat zij vaak al

neiging hebben tot obstipatie. Observatie en rapportage van het ontlastingspatroon is daarom erg belangrijk en zonodig dient een laxans te worden voorgeschreven. Er zijn ook bijwerkingen die met name in de opstartfase spelen en vragen om nauwgezette observatie. Zo kan sufheid optreden, wat meestal na enkele dagen over gaat, maar waardoor bijvoorbeeld wel gevaar voor vallen kan ontstaan. Ook worden dikwijls klachten van misselijkheid geuit en kan verwardheid optreden. Het is erg belangrijk om hierover uitleg te geven aan de patiënt en zijn familie of mantelzorger, en om met de behandelend arts te overleggen over vervolgacties.

Hoe kun je pijnbeleid goed verankeren?

- ♦ Implementatie vergt aandacht; zeker in instellingen is commitment van het management nodig.
- ♦ Zorg dat observatie en behandeling van pijn een structureel onderdeel wordt van het individuele zorgbehandel- of zorgleefplan.
- ♦ Vertaal de adviezen uit de richtlijn naar de werksetting, denk hierbij aan de keuze voor een pijnobservatieschaal.
- ♦ Richt een intern 'pijnteam' op.
- ♦ Gebruik de folder voor patiënten en naasten over het melden van pijn.
- ♦ Gebruik de folder voor verzorgenden en verpleegkundigen waarin de argumenten van patiënten om pijn niet te melden beschreven worden (<http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/VERrichtlijnPijnDeel4folderweb.pdf>). Dit kan ondersteuning bieden in het gesprek met de oudere.
- ♦ Organiseer een FTO over pijn: check bijvoorbeeld welke patiënten nog paracetamol/codeïne voorgeschreven krijgen, of patiënten die opiaten krijgen zonder laxans. Herzie bij deze patiënten indien mogelijk de medicatie.
- ♦ Maak gebruik van consultatie van het team palliatieve zorg van het IKNL (<https://www.iknl.nl/kwaliteit/consultatie-palliatieve-zorg>). Naast adviezen voor patiënten met kanker kun je er ook terecht met geriatrische problemen.

Kwaliteitsbeleid

Jaarlijks vindt er in instellingen een meting plaats om te zien wat het niveau van de zorg is. Voorheen was deze informatie beschikbaar via www.zichtbarezorg.nl. Sinds 2013 is het Kwaliteitsinstituut van het College voor Zorgverzekeringen opgericht en zijn de gegevens van de kwaliteitsdata toegankelijk via www.cvz.nl/kwaliteit. Voor het beleid bij pijn gelden de volgende indicatoren:

Procesindicatoren

- ♦ Wordt bij elke kwetsbare oudere tijdens de zorg nagegaan of deze pijn heeft?
- ♦ Wordt er gebruikgemaakt van pijnmeetschalen voor het bepalen van de mate van pijn bij patiënten zonder of met milde tot matige communicatieve/cognitieve stoornissen?

- ♦ Wordt er gebruikgemaakt van pijnobservatieschalen voor patiënten met matige tot ernstige cognitieve/communicatieve beperkingen bij de diagnostiek van pijn?

Uitkomstindicatoren

- ♦ Het aantal patiënten met pijn waarbij een behandelplan is opgesteld.
- ♦ Het aantal patiënten met pijn dat hiervoor geen medicatie ontvangt, maar dit wel wil.
- ♦ Het aantal patiënten dat tevreden is over de pijnstilling.

Conclusie

Onvoldoende herkenning van pijn ligt enerzijds aan de patiënt. Die kan diverse redenen hebben om zijn pijnklachten niet te uiten. Communicatieve beperkingen of cognitieve problemen kunnen er ook de oorzaak van zijn dat de patiënt zijn klachten niet voldoende kan uiten. Anderzijds zijn er ook factoren bij hulpverleners waardoor die onvoldoende alert zijn op pijnklachten. Pijn weerhoudt mensen van het fysiek actief zijn, waardoor het niveau van functioneren negatief kan worden beïnvloed. Dit heeft een negatief gevolg op zelfredzaamheid, stemming, een goede nachtrust en cognitief functioneren. In de richtlijn wordt bij de diagnostiek gepleit voor het gebruik van pijnmeet- en observatieschalen en het betrekken van de patiënt en mantelzorger bij het opstellen van een individueel zorgplan met betrekking tot pijn. Bij de behandeling wordt gepleit voor niet-medicamenteuze behandeling in de vorm van oefentherapie, fysiotherapie, mindfulness, cognitieve gedragstherapie en ergotherapeutische aanpassingen. Voor de medicamenteuze therapie is een aan de doelgroep aangepaste pijnladder ontwikkeld, waarin paracetamol de eerste keuze is en er geen plaats meer is voor paracetamol met codeïne. Voor de NSAID's is, gezien de bijwerkingen, behalve kortdurend gebruik bij de indicatie artritis, zeer weinig plaats. Opiaten krijgen hierdoor een prominentere plaats. Hierbij is het geriatrisch adagium 'start low, go slow' van belang. Tevens dient ingespeeld te worden op de angst voor opiaten. Ook voor de behandeling van neurogene pijn zijn tabellen opgenomen met aangepaste doseringsadviezen.



Websites:

- <https://www.verenso.nl>
- <https://www.platformouderenzorg.nl>
- <https://www.iknl.nl/kwaliteit/consultatie-palliatieve-zorg>
- <https://www.cvz.nl/kwaliteit>
- www.mijnpijncoach.nl
- Folder feiten en labels; (<https://www.kanker.nl/bibliotheek/artikelen/1481-folder-morfine-fabelsen-feiten-iknl>)
- www.pallialine.nl