Evaluatie van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking in de eerste lijn

VANHEE Jens, Universiteit Gent

Promotor: Prof. dr. DEVEUGELE Myriam, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. CAPIAU Annelies, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. COENEGRACHTS Els

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

Inhoudsopgave

Lijst met tabellen en figuren **5**

Abstract **6**

1. Inleiding **7**
1.1. Waarom werd voor dit onderwerp gekozen? *7*
1.2. Onderzoeksvragen *7*
1.3. Praktijkproject *8*

2. Literatuuronderzoek **9**
2.1 Methode *9*
2.2. Resultaten *10*
2.2.1. Probleemschets 10
2.2.2. Hoe pijn evalueren bij patiënten met een cognitieve beperking? 11
2.2.3. Gedrag als uiting van pijn door een patiënt met een cognitieve beperking 13
2.2.4. Pijnobservatieschalen 13
2.2.5. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) 16

3. Onderzoeksmethodologie **18**
3.1. Onderzoeksopzet *18*
3.2. Onderzoekspopulatie *18*
3.3. Onderzoekstechniek en –instrumenten *19*
3.3.1. Voorafbevraging 19
3.3.2. Implementatie 19
3.3.3. Nabevraging 20
3.4. Gegevensverwerking *21*
3.5. Ethiek *21*

4. Resultaten **22**
4.1. Voorafbevraging *22*
4.1.1. Onderzoekspopulatie 22
4.1.2. Opleiding met betrekking tot pijnmanagement 23
4.1.3. Beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking 24
4.1.4. Tevredenheid over pijnbeoordeling –en behandeling bij patiënten met een cognitieve beperking 27
4.1.5. Pijnobservatieschalen 27
4.2. Nabevraging *32*
4.2.1. Onderzoekspopulatie 32
4.2.2. Implementatie van de PAINAD-schaal 33
4.2.3. Het gebruiksgemak van de PAINAD-schaal 34
4.2.4. Tijdsinvestering 36
4.2.5. Brengt de PAINAD-schaal meer zekerheid wat betreft aan –of afwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking? 36
4.2.6. Invloed van het gebruik van de PAINAD-schaal op het beleid van de eerstelijnsgezondheidswerker 37
4.2.7. Toekomstig gebruik van de PAINAD-schaal 38
4.2.8. Wat waren de obstakels voor het implementeren van de PAINAD-schaal? 41

5. Discussie **42**
5.1. Visgraatanalyse *42*
5.1.1. Persoonsgebonden factoren 42
5.1.2. Externe factoren 44
5.1.3. Middelengebonden factoren 44
5.1.4. Praktijkgebonden factoren 45
5.1.5. Van visgraatanalyse naar implementatie van PAINAD-schaal in de praktijk 45
5.2. Conclusies na implementatie van de PAINAD-schaal en vergelijking met het literatuuronderzoek *46*
5.2.1. Tijdsinvestering 46
5.2.2. Gebruiksgemak 46
5.2.3. Zekerheid met betrekking tot aan –of afwezigheid van pijn 47
5.2.4. Invloed op het beleid 47
5.2.5. Aanbevelingen bij de PAINAD-schaal 48
5.3. Wat betekent dit voor de praktijk? *49*
5.4. Sterktes en zwaktes van deze studie *50*
5.5. Toekomstig onderzoek *51*

Referenties **52**

Lijst met bijlagen **54**
Bijlage 1: Vragenlijst voorafbevraging *54*
Bijlage 2: PAINAD-schaal – informatiebrief *54*
Bijlage 3: Semi-gestructureerd interview *54*
Bijlage 4: Vragenlijst nabevraging *54*
Bijlage 5: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité *54*
Bijlage 6: Gunstig advies van het Ethisch Comité *54*
Bijlage 7: Extra resultaten voorafbevraging *54*
Bijlage 8: Extra resultaten nabevraging (kwantitatief) *54*
Bijlage 9: Extra resultaten nabevraging (kwalitatief) *54*

Lijst met tabellen en figuren

Tabellen

- Tabel 1: Pijnevaluatie bij niet-communicatieve patiënten – Stappenplan volgens Herr et al. 12
- Tabel 2: Opleiding met betrekking tot pijnmanagement 23
- Tabel 3: Praktische ervaring met betrekking tot het beoordelen van pijn 24
- Tabel 4: Zekerheidsgraad met betrekking tot het inschatten van pijn 26
- Tabel 5: Tevredenheid over pijnbeoordeling –en behandeling 27
- Tabel 6: Pijnobservatieschalen, gekend door huisartsen 27
- Tabel 7: Pijnobservatieschalen, gekend door thuisverpleegkundigen 28
- Tabel 8: Pijnobservatieschalen, gekend door rusthuisverpleegkundigen 28
- Tabel 9: Pijnobservatieschalen, gekend door rusthuiszorgkundigen 28
- Tabel 10: In welke mate worden pijnobservatieschalen reeds toegepast? 29
- Tabel 11: Invloed van PAINAD-schaal op zekerheid 36
- Tabel 12: Invloed van PAINAD-schaal op beleid 37
- Tabel 13: In welke mate zijn eerstelijnsgezondheidswerkers geneigd om de PAINAD-schaal in de toekomst verder toe te passen? 38
- Tabel 14: In welke mate zijn eerstelijnsgezondheidswerkers geneigd om de PAINAD-schaal aan te bevelen aan collega's? 40

Figuren

- Figuur 1: Pain Assessment in Advanced Dementia 16
- Figuur 2: Leeftijdsverdeling eerstelijnsgezondheidswerkers (1) 22
- Figuur 3: Hoe beoordelen eerstelijnsgezondheidswerkers pijn bij patiënten met een cognitieve beperking? 25
- Figuur 4: Duur van de pijnbeoordeling 26
- Figuur 5: Mate van gebruiksgemak van de gekende en toegepaste pijnobservatieschalen 29
- Figuur 6: Welke criteria zijn bepalend voor (verder) gebruik van een pijnobservatieschaal? 31
- Figuur 7: Leeftijdsverdeling eerstelijnsgezondheidswerkers (2) 32
- Figuur 8: Diagnoses 33
- Figuur 9: Gebruiksgemak van de PAINAD-schaal – positieve en negatieve punten 34
- Figuur 10: Gebruiksgemak van de PAINAD-schaal – aanbevelingen 35
- Figuur 11: Tijdsduur per afname 36
- Figuur 12: Tijdsinvestering – positief of negatief punt? 36
- Figuur 13: Visgraatanalyse 42

Abstract

Onderzoeksvragen

1. Bestaan er methodes om pijn bij patiënten met een cognitieve beperking vast te stellen en zijn deze bruikbaar in de eerste lijn?
2. In welke mate zijn deze methodes reeds bekend bij eerstelijnsgezondheidswerkers uit de regio Kortemark en worden deze gebruikt?
3. Zijn deze methodes bruikbaar voor deze eerstelijnsgezondheidswerkers?
4. Kan het gebruik van dergelijke methodes een impact hebben op het beleid van deze eerstelijnsgezondheidswerkers?

Inleiding

Door middel van literatuuronderzoek werd op zoek gegaan naar methodes om pijn bij patiënten met een cognitieve beperking op een meer eenvoudige wijze te kunnen vaststellen.
Bij deze patiëntengroep dient men bij pijnbeoordeling vaker over te gaan tot het afnemen van een hetero-anamnese en het observeren van het gedrag. Voor dit laatste zijn specifieke pijnobservatieschalen ter beschikking.
Voor het Nederlands taalgebied is de PAINAD-schaal een gevalideerde en beknopte pijnobservatieschaal gebleken.

Methode

Aan 56 eerstelijnszorgverleners behorende tot vier beroepsgroepen (huisarts, thuisverpleegkundige, rusthuisverpleegkundige en rusthuiszorgkundige), werkzaam in de regio Kortemark, werd een eerste vragenlijst overhandigd die peilde naar hun voorkennis en ervaring met betrekking tot het thema.
Vervolgens werd hen gevraagd om gedurende vier tot zes weken de PAINAD-schaal te gebruiken bij het beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Uiteindelijk namen 25 eerstelijnsgezondheidswerkers hieraan deel.
Tenslotte vond een interview plaats en werd op basis hiervan een tweede vragenlijst opgesteld die peilde naar de ervaringen van de deelnemers met de PAINAD-schaal.

Resultaten

Het begrip ‘pijnobservatieschaal’ is gekend bij 67,86% van de eerstelijnsgezondheidswerkers, 47,37% van hen past deze effectief toe.
Na implementatie had 88% maximum vijf minuten tijd nodig om de PAINAD-schaal af te nemen, 84% ervoer dit als positief. Tweeënvijftig procent vond ze daarnaast ook overzichtelijk en makkelijk te interpreteren. Zestig procent kon met eerder meer tot meer zekerheid pijn inschatten bij deze patiëntengroep.
De PAINAD-schaal had bij slechts 32% van de deelnemers eerder wel een invloed op het beleid.

Conclusie

Uit dit praktijkproject kunnen we opmaken dat de PAINAD-schaal een weinig tijdrovend, beknopt en aanvaardbaar instrument kan zijn voor eerstelijnsgezondheidswerkers bij het beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Voor algemene implementatie dient deze echter meer praktisch ter beschikking gesteld te worden, bijvoorbeeld door middel van een applicatie in het Elektronisch Medisch Dossier, en dient opleiding plaats te vinden.

1. Inleiding

1.1. Waarom werd voor dit onderwerp gekozen?

Tijdens de eerste maanden van mijn HAIO-opleiding werd ik geconfronteerd met een patiënt die leed aan een vergevorderd stadium van de ziekte van Parkinson en dementie.
Hij verbleef in het rusthuis, toen hij een slikpneumonie ontwikkelde. Hijzelf en zijn echtgenote wensten geen nieuwe ziekenhuisopname. De patiënt werd palliatief behandeld in het rusthuis.
Voor mezelf, als jonge arts, was het zeer moeilijk om in te schatten of deze patiënt in deze situatie klachten zoals pijn had, aangezien hij omwille van vergevorderde dementie niet meer in staat was om zich uit te drukken. Bovendien had ik weinig notie van palliatieve zorgen, aangezien dit onderdeel beperkt aan bod is gekomen tijdens de basisopleiding.
Naar aanleiding van deze casus besloot ik de ICHO-opleiding 'Palliatieve Zorgen' te volgen om meer te weten te komen over deze discipline en met succes een kwaliteitsvol palliatief beleid in te stellen. Tijdens deze opleiding kwam een heel relevant item aan bod met betrekking tot pijnevaluatie bij mensen met een cognitieve beperking, die zich niet meer kunnen uitdrukken op verbale wijze.
Er wordt aangenomen dat pijn een negatieve invloed heeft op het welbehagen van een persoon. Bij mensen met een cognitieve beperking, die deze pijn moeilijk kunnen uiten, vermoeden we een verminderde kwaliteit van leven. Door een manier te vinden om pijn vast te stellen bij dergelijke patiënten en zo nodig te behandelen, kunnen we, als eerstelijnsgezondheidswerker, vermoedelijk bijdragen tot verbetering van levenskwaliteit bij deze patiëntengroep.

1.2. Onderzoeksvragen

1. Bestaan er methodes om pijn bij patiënten met een cognitieve beperking vast te stellen en zijn deze bruikbaar in de eerste lijn?
2. In welke mate zijn deze methodes reeds bekend bij eerstelijnsgezondheidswerkers uit de regio Kortemark en worden deze gebruikt?
3. Zijn deze methodes bruikbaar voor eerstelijnsgezondheidswerkers uit de regio Kortemark? Wat is de tijdsinvestering?
4. Kan het gebruik van dergelijke methodes een impact hebben op het beleid van de eerstelijnsgezondheidswerkers uit de regio Kortemark?

1.3. Praktijkproject

Om een antwoord op bovenstaande onderzoeksvragen te bekomen, wordt eerst door middel van literatuuronderzoek op zoek gegaan naar de huidige stand van zaken wat betreft evaluatie van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Er wordt gezocht naar methodes om pijn bij patiënten met een cognitieve beperking te evalueren, waarvoor veel evidentie bestaat en die bruikbaar zijn in de eerste lijn.
Vervolgens wordt door middel van vragenlijsten nagegaan in welke mate eerstelijnsgezondheidswerkers uit de regio Kortemark reeds kennis hebben van evaluatie van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking en in welke mate verschillende pijnevaluatiemethoden reeds worden gebruikt.
In een volgende stap wordt aan de gezondheidswerkers gevraagd om één pijnevaluatiemethode, weerhouden door het literatuuronderzoek, te implementeren in de dagelijkse praktijk.
Ten slotte worden deze gezondheidswerkers door middel van een interview en een tweede vragenlijst bevraagd naar hun ervaringen met deze pijnevaluatiemethode.

2. Literatuuronderzoek

2.1 Methode

Voor het opzoeken van de informatie werd gebruik gemaakt van de 'watervalmethode', waarbij eerst op zoek werd gegaan naar nationale en internationale richtlijnen. Vervolgens werd op zoek gegaan naar meta-analyses en (systematische) reviews en ten slotte werden ook primaire bronnen geraadpleegd.
De artikels zijn maximum 15 jaar oud (met name gepubliceerd tussen 2002 en 2017) en moesten betrekking hebben op volwassen patiënten met een ernstige cognitieve beperking, met stoornis in de taal.

Eerst werd gezocht naar algemene informatie met betrekking tot pijn en cognitieve beperking. Hiervoor werden de NHG-Standaarden 'Pijn' en 'Dementie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geraadpleegd, net als de Belgische Pallialine richtlijn 'Pijnbestrijding bij palliatieve patiënten'.
Belgische richtlijnen, specifiek met betrekking tot evaluatie van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking, werden gezocht via CEBAM Digital Library for Health (CDLH), maar werden helaas niet gevonden.
Via de zoekmotor van de site van het Nederlands Huisartsengenootschap werden twee relatief recente nationale (Nederlandse) richtlijnen gevonden, die informatie verschaffen over het thema en met als doelgroep gezondheidswerkers, werkzaam in de eerste en tweede lijn.
Trefwoorden voor de zoekmotoren van CDLH en NHG waren: 'pijn EN dementie' en 'pijn EN cognitieve beperking'.

Vervolgens werd verder gezocht naar informatie door gebruik te maken van de zoekmotor van Pubmed. Trefwoorden waren: 'cognitive impairment AND pain assessment', 'pain assessment in cognitively impaired older adults' en 'dementia AND pain assessment'. De focus lag tijdens deze zoekopdracht voornamelijk op meta-analyses, systematische reviews en reviews.

In een volgende stap werd via de zoekmotor van Pubmed meer specifieke informatie opgezocht over enkele weerhouden pijnevaluatiemethoden bij patiënten met een ernstige cognitieve beperking (met name pijnobservatieschalen). De trefwoorden betroffen: 'PAINAD', 'PACSLAC', 'PACSLAC-D', 'DOLOPLUS-2' en 'Rotterdam Elderly Pain Observation Scale'. Tijdens deze zoekopdracht werd gezocht naar zowel overzichtsartikelen (reviews) als primaire studies.

Ten slotte werden ook relevante en bruikbare artikels gevonden door literatuurlijsten van andere artikels te raadplegen.

2.2. Resultaten

2.2.1. Probleemschets

Er is wetenschappelijk bewijs dat, onafgezien van de etiologie van cognitieve beperking, deze patiënten met een cognitieve beperking wel degelijk pijnprikkels blijken te voelen. De verwerking van deze pijnprikkels verloopt echter anders bij de meeste patiënten met een cognitieve beperking, wanneer dit wordt vergeleken met cognitief intacte controlepatiënten. Er is grote evidentie dat deze pijnprikkels bij patiënten met een cognitieve beperking zelfs sterker worden ervaren, dan bij cognitief intacte patiënten. [1]

Er wordt geschat dat de prevalentie van pijn bij patiënten met dementie varieert van 4 tot meer dan 80%, bij patiënten met een ontwikkelingsstoornis heeft 13 tot 75% pijn, bij de ziekte van Parkinson 40 tot 60% en bij traumatische hersenbeschadiging ten slotte 12 tot 80%.
Dus, ondanks het feit dat patiënten met een cognitieve beperking moeite hebben hun ervaren pijn te communiceren, dient men er van uit te gaan dat deze patiënten wel degelijk pijn ervaren en dit mogelijks ook anders ervaren dan cognitief intacte patiënten. [1]

Verschillende bronnen doen vermoeden dat pijn bij oudere bewoners van rust- en verzorgingstehuizen (in het bijzonder patiënten met dementie) wordt onderschat en onderbehandeld. [2]
Een studie van Zwakhalen et al., uitgevoerd in twee Nederlandse rusthuizen, toonde aan dat het verplegend en verzorgend personeel van deze rusthuizen onvoldoende kennis had met betrekking tot pijnbestrijding bij dementerende ouderen. Ondanks deze lacunes blijken deze gezondheidswerkers zelf tevreden te zijn over de manier waarop pijn wordt beoordeeld en behandeld in hun instelling. De auteurs stellen dat er sprake is van een tekort aan kennis omtrent deze materie bij het verzorgend en verplegend rusthuispersoneel en dat tekort wordt door deze personeelsleden niet als dusdanig ervaren. De auteurs vermoeden dat de situatie in de thuiszorg waarschijnlijk niet beter is dan in de bestudeerde instellingen. [3]

Behalve een tekort aan kennis over pijnmanagement bij patiënten met dementie of een andere vorm van cognitieve beperking bij gezondheidswerkers, werden ook volgende knelpunten gezien met betrekking tot deze materie:

- Goede, toegankelijke richtlijnen met betrekking tot pijnmanagement in het algemeen en specifiek bij patiënten met een cognitieve beperking zijn niet steeds aanwezig en worden (indien ze aanwezig zijn) niet steeds toegepast.
- Er is te weinig samenwerking over de disciplines heen.
- Pijn in het algemeen wordt te weinig geregistreerd in het aanwezige patiëntendossier. [2]

Het gebrek aan kennis met betrekking tot het herkennen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking is waarschijnlijk de belangrijkste oorzakelijke factor voor de onderbehandeling van pijn bij deze patiëntengroep. [2, 4]
Het overgrote merendeel van de internationale literatuur, met onder andere een systematische review en meta-analyse van Tan et al., heeft aangetoond dat rusthuispatiënten met dementie of een andere vorm van cognitieve beperking minder pijnmedicatie krijgen, dan patiënten zonder dementie of cognitieve beperking. Nochtans is de prevalentie van potentieel pijnlijke aandoeningen ongeveer vergelijkbaar in beide groepen. [5]
Aan de andere kant beschrijft een review van Achterberg et al. enkele recente studies, waarin wordt gesteld dat patiënten met dementie mogelijks te veel analgetica zouden krijgen, voornamelijk paracetamol. De dosissen zouden echter beperkt zijn en patiënten met dementie krijgen volgens Achterberg et al. ook minder vaak sterk werkzame analgetica, zoals opioïden, toegediend. [6]
Achterberg et al. stellen ook dat patiënten met dementie, die gedragsmatige en psychologische symptomen vertonen, veroorzaakt door pijn, vaak ten onrechte een behandeling door middel van antipsychotica krijgen, in plaats van een behandeling door middel van analgetica. Antipsychotica hebben wel degelijk hun plaats in de behandeling van ernstige of aanhoudende psychiatrische symptomen, maar deze farmaca kunnen leiden tot ernstige bijwerkingen zoals valproblematiek, cerebrovasculair accident (CVA) alsook verhoogde mortaliteit. [6]

Ook bij patiënten met ernstige cognitieve beperking dient pijn dus correct te worden vastgesteld en behandeld, aangezien de aanwezigheid van pijn geassocieerd is met een slechte algemene conditie, het ontstaan van depressie, slaapstoornissen en een verminderde kwaliteit van leven. Door zijn effect op gemoedstoestand en slaap kan pijn de cognitie verder negatief beïnvloeden. Bovendien werd ook een verband gezien tussen chronische pijn en ontstaan van hersenatrofie. [2, 7]

2.2.2. Hoe pijn evalueren bij patiënten met een cognitieve beperking?

Door zijn subjectieve karakter is pijn moeilijk objectief vast te stellen. De gouden standaard voor het detecteren van pijn bij alle patiënten (ongeacht zijn of haar cognitieve toestand) is volgens de NHG Standaard 'Pijn', de Verenso Richtlijn 'Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen'[1], de V&VN Richtlijn 'Signaleren van pijn bij mensen met een verstandelijke beperking'[2] en de review van Herr et al. de zelfrapportage van pijn door de patiënt en het uitvoeren van anamnese en lichamelijk onderzoek. Daarbij is het volgens de NHG Standaard 'Pijn' ook van belang een inschatting te maken van de ernst van de pijn door middel van hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een Visueel Analoge Schaal (VAS) of Numeric Rating Scale (NRS), die een score toekennen aan de pijn. Ook dient men de beperkingen na te gaan in fysiek functioneren en de dagelijkse werkzaamheden.
[2, 4, 8, 9]

[1] Verenso = Nederlandse vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde
[2] V&VN = Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland

Bij patiënten met een ernstige cognitieve beperking met stoornis in de taal, die bijgevolg hun pijn niet op verbale wijze kunnen uitdrukken, kan men de pijn door middel van bovenstaande strategie moeilijk tot zelfs niet opsporen. De NHG Standaard 'Pijn' stelt dat voor de beoordeling van pijn bij dergelijke patiëntengroepen de hetero-anamnese van belang kan zijn. Hierbij vraagt men aan de partner, familieleden of andere mantelzorgers, die de patiënt goed kennen, of de betreffende patiënt mogelijks pijn heeft. Dit kan vaak nuttige informatie opleveren. Vervolgens stelt de NHG Standaard 'Pijn' dat observatie van pijngedrag ook aanvullende informatie kan opleveren. [8]

Herr et al. stellen in hun review van 2011 volgend concreet stappenplan voor om pijn te beoordelen bij patiënten, die niet in staat zijn hun pijn op verbale wijze te uiten. [9]

Stap 1	Zelfrapportage door de patiënt	○ Eenvoudige ja/nee-vragen ○ Knijpen in de handen ○ Knipperen met de ogen
Stap 2	Op zoek gaan naar mogelijke oorzaken van de pijn.	○ Medische aandoeningen (artrose, fractuur)? ○ Recente chirurgie?
Stap 3	Observeren van het gedrag van de patiënt	○ Gebruik van een pijnobservatieschaal kan hierbij zinvol zijn
Stap 4	Uitvoeren van een hetero-anamnese	○ Interpreteren samen met informatie, bekomen uit voorgaande stappen
Stap 5	Proefbehandeling door middel van analgetica	○ Indien patiënt lijdt aan pijnlijke aandoeningen of pijnlijke procedures heeft ondergaan. ○ Indien patiënt blijft pijngedragingen stellen, ondanks niet-medicamenteuze comfortmaatregelen.

Tabel 1: Pijnevaluatie bij niet-communicatieve patiënten - Stappenplan volgens Herr et al. [9]

Fysiologische veranderingen (zoals bijvoorbeeld bloeddruk en pols) zijn onvoldoende sensitief om pijn te onderscheiden van andere vormen van ongemak bij niet-communicatieve patiënten. Pijn is niet noodzakelijk afwezig wanneer veranderingen in vitale parameters niet aanwezig zijn! De Verenso-richtlijn stelt dat deze fysiologische veranderingen onbetrouwbaar zijn en een aanleiding moeten vormen om te zoeken naar mogelijke pijn. [2, 9]

2.2.3. Gedrag als uiting van pijn door een patiënt met een cognitieve beperking

Zoals eerder vermeld, kan het observeren van gedrag tijdens de beoordeling van pijn bij een patiënt met een cognitieve beperking een valabel alternatief zijn voor zelfrapportage en kan dit ook aanvullende informatie opleveren. Gedragingen die mogelijks kunnen wijzen op de aanwezigheid van pijn kunnen echter sterk variëren van persoon tot persoon en kunnen ook variëren binnen eenzelfde individu. [8] Bovendien kunnen gedragingen niet steeds specifiek zijn voor de aanwezigheid van pijn. Volgens Lichtner et al., Herr et al. en Verenso kunnen pijngedragingen namelijk ook een uiting zijn van andere ongemakken zoals bijvoorbeeld verveling, honger, angst, depressie of desoriëntatie. Dit onderscheid is moeilijk te maken. [2, 9, 10]
Gedragingen die kenmerkend zijn voor de aanwezigheid van pijn bij patiënten met vergevorderde dementie, die hun pijn niet meer op verbale wijze kunnen uiten, kunnen mogelijks minimaal aanwezig of moeilijk te interpreteren zijn. Om deze reden heeft de American Geriatrics Society zes categorieën van gedragingen opgesteld, die kenmerkend zijn voor de aanwezigheid van chronische pijn bij ouderen met dementie en waar iedere gezondheidswerker op zou kunnen letten. [2, 11]

Deze categorieën worden beschreven in de Verenso Richtlijn ‘Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen’ [2]:

- Gezichtsuitdrukkingen, zoals bijvoorbeeld fronsen
- Verbalisaties en vocalisaties, zoals om hulp vragen of luidruchtig ademen
- Lichaamsbewegingen, zoals heen en weer bewegen
- Verandering in interacties met anderen, zoals agressie of zich terugtrekken
- Verandering in activiteitenpatroon of routine, zoals meer dwalen of voedsel weigeren
- Verandering in geestelijke toestand, zoals toename van verwardheid

Verschillende pijnobservatieschalen, hieronder beschreven, zijn op bovenstaande categorieën gebaseerd.

2.2.4. Pijnobservatieschalen

Bij patiënten met een cognitieve beperking, die hun pijn niet op verbale wijze kunnen uiten, zijn pijnobservatieschalen volgens meerdere bronnen zinvol en aangewezen om de pijn in te schatten aan de hand van observatie van pijngedrag. Op heden zijn reeds heel wat van dergelijke instrumenten ontwikkeld. [2, 4, 9]

Closs et al. en Lichtner et al. rapporteerden en analyseerden in een recente meta-review meerdere pijnobservatieschalen. Het is op heden het grootste overzichtsartikel met betrekking tot deze materie. Deze Britse onderzoeksgroep had als doel een nieuwe beslissingsondersteunende tool te ontwikkelen om pijnevaluatie en -behandeling te kunnen verbeteren bij patiënten met dementie of een andere vorm van cognitieve beperking, opgenomen in het ziekenhuis. [10, 12]

In deze meta-review werden 28 pijnobservatieschalen geanalyseerd. De evidentie voor wat betreft de validiteit en betrouwbaarheid van de bestudeerde pijnobservatieschalen was beperkt, onder andere door lage steekproefgroottes van de originele studies waarin de pijnobservatieschalen getest werden. Bovendien waren belangrijke gegevens met betrekking tot klinisch nut (= kan de meting een beslissing ondersteunen?), gebruiksgemak en tijdsbesteding beperkt tot afwezig, zodat ook omtrent deze eigenschappen weinig uitspraken kunnen worden gedaan. [10, 12]

De auteurs kwamen tot het besluit, zij het op basis van beperkte evidentie, dat onderstaande zeven pijnobservatieschalen de meest geschikte zijn voor gebruik bij patiënten met dementie of een andere vorm van cognitieve beperking, opgenomen in het ziekenhuis:

- Discomfort Scale - Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT)
- Doloplus-2
- Mahoney Pain Scale
- Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)
- Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)
- Abbey Pain Scale
- L'échelle Comportementale pour Personnes Âgées (ECPA)

Geen enkele pijnobservatieschaal bleek op basis van de geanalyseerde gegevens superieur te zijn aan een andere. Bovendien zijn deze pijnobservatieschalen in deze meta-review geselecteerd voor hun gebruik in een acute ziekenhuissetting, waardoor deze gegevens niet zonder meer kunnen worden geëxtrapoleerd naar de eerstelijnsgezondheidszorg. Maar aan de andere kant stellen de auteurs dat alle geanalyseerde schalen oorspronkelijk werden ontwikkeld voor gebruik in de lange termijnopvolging van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking en niet voor gebruik in een acute ziekenhuissetting. [10, 12]

De Verenso Richtlijn 'Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen' heeft als doelgroep kwetsbare ouderen met en zonder cognitieve beperking, die worden opgevolgd zowel in de eerste als tweede lijn. Deze Nederlandse richtlijn bespreekt enkele van bovenstaande pijnobservatieschalen waarvan ook een Nederlandse versie bestaat, met name PACSLAC, Doloplus-2 en PAINAD. [2] Deze drie schalen werden geëvalueerd en met elkaar vergeleken in een prospectieve studie bij Nederlandse rusthuisbewoners. [13]

De PACSLAC bevat in totaal 60 items die gescoord dienen te worden. Deze items betreffen zowel subtiele als gebruikelijke pijngedragingen. De Nederlandstalige versie van deze pijnobservatieschaal, de Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate – Dutch (PACSLAC-D), bevat slechts 24 items. [2]
Doloplus-2 spitst zich toe op een integrale beoordeling van pijn. De items hebben betrekking op somatische, psychomotorische en psychosociale reacties op pijn. [2]
De PAINAD is een pijnobservatieschaal die bestaat uit vijf items en werd ontwikkeld voor patiënten met een gevorderde vorm van dementie. Deze schaal beschrijft enkele pijngedragingen en is kort en makkelijk te gebruiken. [2]

De auteurs van de Verenso-richtlijn besluiten dat bovenstaande drie pijnobservatieschalen nog steeds in ontwikkeling zijn. Tussen deze drie pijnobservatieschalen bestaan er volgens Verenso geen essentiële verschillen voor wat betreft validiteit en betrouwbaarheid. Allen zijn potentieel veelbelovend op vlak van eenvoud en gebruiksgemak. PAINAD is de meest beknopte schaal met slechts vijf items en is daardoor mogelijk meer gebruiksvriendelijk dan de langere Doloplus-2 en PACSLAC. Aan de andere kant kosten alle drie de schalen slechts enkele minuten tijd om te voltooien. De PAINAD en PACSLAC worden echter bruikbaarder geacht door verpleegkundigen. [2]
Verenso besluit dat voor het Nederlandse taalgebied de PACSLAC-D en de PAINAD voldoende toepasbaar, valide en betrouwbaar lijken. De Doloplus-2 lijkt moeilijker toepasbaar en vergt evaluatie in een multidisciplinair team. [2]

De V&VN Richtlijn 'Signaleren van pijn bij patiënten met een verstandelijke beperking' stelt de Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) voor als methode om pijn te beoordelen bij patiënten met een verstandelijke beperking. De REPOS werd door van Herk et al. gevalideerd voor het beoordelen van acute en chronische pijn bij volwassenen die niet kunnen communiceren en ouderen met cognitieve beperkingen die pijn niet zelf kunnen uiten door middel van zelfrapportage. [4, 14]
REPOS is één van de weinige pijnobservatieschalen waarvoor duidelijke instructies met betrekking tot afkappunten en verder beleid voorhanden zijn. [10]
De REPOS wordt ook kort vermeld in de Verenso Richtlijn 'Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen', maar wordt niet verder besproken, aangezien de psychometrische eigenschappen bij publicatie van de richtlijn (in 2011) nog niet in de internationale literatuur waren gepubliceerd. [2]
De REPOS werd door Closs et al. en Lichtner et al. niet weerhouden als één van de zeven meest geschikte pijnobservatieschalen. [10, 12]
Alhoewel de REPOS veelbelovend blijkt en gevalideerd is bij meerdere patiëntengroepen (dementie en verstandelijke beperking), zijn tot op heden slechts enkel Nederlandse studies met betrekking tot deze pijnobservatieschaal beschikbaar en is de evidentie dan ook beperkt.

De review van Herr et al. stelt de Noncommunicating Adult Pain Checklist voor als geschikte pijnobservatieschaal voor het evalueren van pijn bij volwassenen met een verstandelijke beperking. [9]

Heel wat verschillende pijnobservatieschalen zijn voorhanden. Velen zijn veelbelovend wat betreft hun validiteit, betrouwbaarheid, klinisch nut, gebruiksgemak en tijdsbesteding. De geraadpleegde literatuur bleek echter niet in staat om één specifiek instrument aan te bevelen, dat superieur is aan de andere.
Op grond van zijn goede psychometrische eigenschappen, beknoptheid en eenvoud in gebruik, wordt gekozen voor de PAINAD als een geschikte pijnobservatieschaal om te implementeren in de dagelijkse praktijk van eerstelijnsgezondheidswerkers.
Deze wordt hieronder verder in detail beschreven.

2.2.5. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)

De PAINAD werd voor het eerst beschreven in een studie uitgevoerd door Warden et al. in 2003. De schaal is ontwikkeld om pijn te evalueren bij patiënten die lijden aan een gevorderde vorm van dementie en hun pijn dus niet op verbale wijze kunnen uiten. [15]
Men observeert het gedrag van patiënten en let op vijf specifieke gedragsindicatoren:

- Ademhaling
- Onrustgeluiden
- Gelaatsuitdrukkingen
- Lichaamstaal
- Troostbaarheid

Deze vijf items worden gescoord van 0 tot 2. De totaalscore van de PAINAD bedraagt 10. Score '0' staat voor 'geen pijn', score '10' voor 'ernstige pijn'. [16]

Pain Assessment IN Advanced Dementia - **PAINAD**

	0	1	2	Score
Ademhaling	Normaal.	Incidentele moeizame ademhaling. Korte periode van hyperventilatie.	Luidruchtige moeizame ademhaling. Lange periode van hyperventilatie. Cheyne-Stokes-ademhaling.	
Onrustgeluiden, (negatieve geluiden)	Geen.	Incidenteel kreunen of kermen. Zacht spreken met een negatieve of afkeurende toon.	Herhaaldelijk angstig uitroepen. Luid kreunen of kermen. Huilen.	
Gezichtsuitdrukking	Glimlachend, of nietszeggend (neutraal, ontspannen).	Droevig. Bang. Fronsen.	Grimas.	
Lichaamstaal	Ontspannen.	Gespannen. Overstuur op en neer stappen, ijsberen Zenuwachtig bewegen.	Verstard. Gebalde vuisten. Opgetrokken knieën. Wegtrekken of wegduwen. Uithalen.	
Troostbaarheid	Niet nodig om te troosten.	Afgeleid of gerustgesteld door stem of aanraking.	Onmogelijk te troosten, af te leiden of gerust te stellen.	
				Totaal

PAINAD (Warden, Hurley, Volicer, 2001) Dutch version (translation) by the University of Maastricht (Zwakhalen et al., 2004)

Figuur 1: Pain Assessment in Advanced Dementia [2]

Volgens Zwakhalen et al. is pijn mogelijk aanwezig bij een PAINAD-score van '2' of meer. Bij deze score dient een pijnbehandeling ingesteld te worden. Bij een PAINAD-score van '1' dient men waakzaam te zijn voor een mogelijke aanwezigheid van pijn, aangezien dit niet kan uitgesloten worden. [17]
Horgas en Miller stellen voor om bij een PAINAD-score van '1' of '2' comfortmaatregelen (zoals bijvoorbeeld herpositioneren of afleiden van de patiënt) in te stellen en een weinig sterk analgeticum (bijvoorbeeld paracetamol) toe te dienen. Een PAINAD-score van '5' tot en met '10' zou aanleiding moeten geven tot het toedienen van sterker werkzame analgetica, zoals een opioïd, bovenop het toepassen van bovenstaande comfortmaatregelen. [16]

Jordan en Hughes et al. testten de PAINAD-schaal uit bij 79 rusthuisbewoners met gevorderde dementie en vergeleken deze scores met hun eigen inschatting na multidisciplinair overleg. Ze kwamen tot het besluit dat de PAINAD-schaal in deze studie een sensitiviteit had van 92%. De specificiteit bedroeg in deze studie slechts 61%. Deze lage specificiteit is te wijten aan het hoge aantal vals positieven dat vermoed werd, waarbij een verhoogde PAINAD-score (>2) werd toegeschreven aan psychische onrust. De auteurs concluderen dat de PAINAD-schaal een goede methode kan zijn om na te gaan of een pijnbeleid succesvol is. [18]

Volgens Horgas en Miller kost het gebruik van deze pijnobservatieschaal een verpleegkundige of andere gezondheidsprofessional minder dan vijf minuten gedragsobservatie. De PAINAD is specifiek ontwikkeld met het oog op een gemakkelijk gebruik. De schaal vereist volgens Warden et al. een training van twee uur vooraleer deze vlot kan gebruikt worden. Voor het gebruik van deze schaal is het essentieel dat de gezondheidsprofessionals vertrouwd zijn met het gedrag van hun patiënten. De PAINAD dient bij voorkeur afgenomen te worden tijdens verschillende momenten en tijdens verschillende activiteiten (bv. rust, aangename activiteit en onaangename activiteit) [15, 16]

Twee studies, uitgevoerd in België, doen suggereren dat deze pijnschaal reeds enige bekendheid geniet in onze streken.
Van Iersel et al. hebben de PAINAD reeds in 2006 geïntroduceerd in 17 rusthuizen in Noord-West-Vlaanderen om de aanwezigheid van pijn vast te stellen bij palliatieve patiënten met een cognitieve beperking. Tijdens deze studie werd de PAINAD vergeleken met de Abbey Pain Scale.
Ongeveer de helft van de ondervraagde gezondheidsprofessionals waren toen van oordeel dat beide pijnobservatieschalen de pijn goed konden meten en eenvoudig waren in gebruik. [19]
Lise Van Schepdael vroeg in het kader van haar masterproef Huisartsgeneeskunde twintig Vlaamse coördinerend en raadgevend artsen (CRA's) naar hun mening met betrekking tot haalbaarheid en meerwaarde van PAINAD in de dagelijkse praktijk. Meer dan drie vierde van de geïnterviewde artsen beschouwden het gebruik van de PAINAD als een meerwaarde voor hun beleid. Bovendien werd de schaal overwegend als haalbaar beoordeeld. [20]

3. Onderzoeksmethodologie

3.1. Onderzoeksopzet

Het eigen onderzoek betreft een praktijkverbeterend project dat werd uitgevoerd in de regio Kortemark en verschillende beroepsgroepen beoogde, echter allen werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg.
Het onderzoek werd uitgevoerd tussen eind augustus 2017 en eind maart 2018.

Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen:

1. Voorafbevraging door middel van vragenlijsten (kwantitatief onderzoek)
2. Implementatie van de PAINAD-schaal in de dagelijkse praktijkvoering van de gezondheidswerkers
3. Nabevraging door middel van vragenlijsten (kwantitatief en kwalitatief onderzoek) en semi-gestructureerd interview (kwalitatief onderzoek)

3.2. Onderzoekspopulatie

De eigenlijke deelnemers aan dit onderzoek zijn allen eerstelijnsgezondheidswerkers, werkzaam in de regio Kortemark.
Vier groepen gezondheidswerkers werden gerekruteerd voor deelname aan het onderzoek:

- Huisartsen (en huisartsen-in-opleiding)
- Verpleegkundigen werkzaam in een rust- en verzorgingstehuis
- Zorgkundigen werkzaam in een rust- en verzorgingstehuis
- Verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg

Er werd vooropgesteld om in totaal 50 eerstelijnsgezondheidswerkers te includeren in deze studie, met het oog op voldoende betrouwbare resultaten. Uiteindelijk werden 56 eerstelijnsgezondheidswerkers geïncludeerd voor de voorafbevraging. Aan de implementatie en de nabevraging namen uiteindelijk slechts 25 personen deel.

Belangrijke voorwaarde tot inclusie was dat deze gezondheidswerkers allen werkzaam zijn in Kortemark of de buurgemeenten. Er werd geen onderscheid gemaakt op vlak van geslacht, leeftijd of opleidingsniveau.

Er werd contact opgenomen met alle huisartsen, gevestigd op het grondgebied van Kortemark, alsook met enkele huisartsen gevestigd in de buurgemeenten (maar met patiënten in Kortemark). Vervolgens werd het plaatselijk woonzorgcentrum Blijvelde vzw gecontacteerd, waarbij alle verpleegkundigen en zorgkundigen werden opgeroepen tot deelname aan de studie. Tenslotte werden 4 zelfstandige thuisverpleegkundigen(praktijken) gecontacteerd, alsook het Wit-Gele Kruis West-Vlaanderen, afdeling Diksmuide (met thuisverpleegkundigen werkzaam in Kortemark).

De gezondheidswerkers werden gecontacteerd voor deelname via e-mail. Bij uitblijven van respons werden deze ook nog eens opgebeld met de vraag tot deelname aan het onderzoek.

Naast de eerstelijnsgezondheidswerkers werden ook patiënten met een cognitieve beperking geïncludeerd in dit onderzoek. Dit met het doel om de PAINAD-schaal te kunnen laten toepassen op hen door eerstelijnsgezondheidswerkers. Er werd vooropgesteld om 50 patiënten met een cognitieve beperking te includeren in deze studie, opdat de deelnemende gezondheidswerkers de schaal voldoende zouden kunnen implementeren en bijgevolg meer betrouwbare resultaten kunnen worden bekomen.
Voor alle deelnemers werd in grote mate aandacht geschonken aan de privacy en bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

3.3. Onderzoekstechniek en –instrumenten

3.3.1. Voorafbevraging

Het kwantitatief onderzoek had als doel de gerekruteerde gezondheidswerkers te bevragen over hun kennis en ervaring met betrekking tot evaluatie van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. De gebruikte vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1.

De vragenlijsten werden in de laatste week van augustus 2017 verstuurd via e-mail, alsook werd een link naar de online-vragenlijst meegestuurd. Bepaalde gezondheidswerkers vroegen daarnaast ook een geprinte versie. De laatste vragenlijst werd ingevuld begin januari 2018.

De vragenlijst peilt in eerste instantie naar het beroep van de deelnemer en diens leeftijd. Vervolgens wordt er dieper ingegaan op de opleiding die de deelnemer genoten heeft met betrekking tot evaluatie van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking, alsook naar de persoonlijke ervaring van de deelnemer met betrekking tot deze materie. Er wordt gepolst hoe de gezondheidswerker momenteel pijn beoordeelt bij patiënten met een cognitieve beperking, en of hij/zij reeds bekend is met pijnobservatieschalen. Ten slotte wordt bevraagd of de deelnemer tevreden is over zijn/haar beleid bij patiënten met een cognitieve beperking en welke criteria er kunnen toe bijdragen dat de deelnemer in de toekomst (nog) een pijnobservatieschaal zal gebruiken.

3.3.2. Implementatie

Na het invullen van de vragenlijsten werd aan de deelnemers informatie gegeven over de PAINAD-schaal en werd hen vervolgens gevraagd om de PAINAD-schaal te implementeren in hun dagelijkse praktijkvoering: dit houdt in dat deze gezondheidswerkers de PAINAD-schaal leren gebruiken voor het beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking.

De deelnemende gezondheidswerkers werden opnieuw gecontacteerd via e-mail en zo nodig ook telefonisch. Er werd hen twee documenten opgestuurd (via e-mail of per post): enerzijds een blanco versie van de Nederlandstalige PAINAD-schaal (zie figuur 1, p. 15), anderzijds een document met verdere uitleg met betrekking tot afname en interpretatie van de schaal (zie bijlage 2).

Er werd aan de gezondheidswerkers gevraagd om de PAINAD-schaal meermaals af te nemen bij minstens één patiënt met een cognitieve beperking; dit om een zo goed mogelijk beeld te krijgen over de werking en het gebruiksgemak van deze schaal.
De implementatiefase vond plaats in de periode van midden oktober 2017 tot en met midden februari 2018. Deze periode verschilde echter voor de verschillende beroepsgroepen. Het was de bedoeling dat iedere gezondheidswerker eerst de voorafbevraging invulde en vervolgens de kans kreeg om de PAINAD-schaal gedurende vier tot zes weken uit te testen.

3.3.3. Nabevraging

De nabevraging bestond uit drie onderdelen:

- Kwalitatief onderzoek door middel van semi-gestructureerde interviews
- Kwantitatief en in mindere mate ook kwalitatief onderzoek door middel van een vragenlijst
- Een kort kwalitatief onderzoek waarbij aan enkele deelnemers, die niet deelnamen aan de implementatie, werd gevraagd naar hun argumenten om niet deel te nemen.

Het doel van het kwalitatief onderzoek was het bevragen van de gezondheidswerkers over hun ervaringen bij het uittesten van de PAINAD-schaal bij patiënten met een cognitieve beperking. Deze bevraging vond plaats aan de hand van semi-gestructureerde interviews, bestaande uit open en gesloten vragen.
De vragen, die tijdens dit interview werden gesteld, zijn terug te vinden in bijlage 3.
De interviews werden niet opgenomen door middel van audio- of videoregistratie, maar tijdens het gesprek werden notities gemaakt door de hoofdonderzoeker.

Het interview peilt naar het verloop van de implementatiefase en in belangrijke mate naar het gebruiksgemak van de PAINAD-schaal en de tijdsinvestering die er mee gepaard ging. Vervolgens wordt bevraagd of het gebruik van de PAINAD-schaal het beleid van de gezondheidswerker beïnvloed heeft en of men de PAINAD-schaal in de toekomst verder zal gebruiken of zelfs zal aanraden aan collega's.
De interviews vonden plaats tussen eind november en midden februari, minstens vier tot zes weken na de start van de implementatiefase voor de betreffende deelnemer.

Op basis van de vragen uit het interview en de antwoorden hierop werd een tweede vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst maakte het mogelijk om op een snelle en meer laagdrempelige manier een groter aantal deelnemers te kunnen bevragen over de implementatie van de PAINAD-schaal.
De gebruikte vragenlijst is terug te vinden in bijlage 4.

Eind maart werden nog 6 deelnemers, die niet wensten deel te nemen aan de implementatie, telefonisch gecontacteerd waarbij werd gepolst naar hun argumenten om niet deel te nemen.

3.4. Gegevensverwerking

De kwantitatieve verwerking van de beide vragenlijsten gebeurde aan de hand van een Excel-analyse. De kwalitatieve gegevens werden samengevat en vervolgens gecodeerd.
Vervolgens werd overgegaan tot een visgraatanalyse waarbij het probleem rond pijn bij patiënten met een cognitieve beperking diepgaander wordt besproken en op zoek wordt gegaan naar factoren die hiertoe bijdragen.
Ten slotte wordt nagegaan of de implementatie van de PAINAD-schaal een oplossing kan bieden voor dit probleem.

3.5. Ethiek

Het protocol voor dit praktijkproject werd op 9 mei 2017 goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent. In bijlage 5 en 6 wordt respectievelijk het goedgekeurde protocol en het gunstig advies van het Ethisch Comité weergegeven.
Iedere deelnemende gezondheidswerker diende het informatie- en toestemmingsformulier grondig na te lezen en te ondertekenen.
Ook aan de patiënten met een cognitieve beperking of diens vertegenwoordiger werd gevraagd om het informatie- en toestemmingsformulier grondig na te lezen en te ondertekenen, vooraleer een gezondheidswerker de PAINAD-schaal mocht toepassen op deze voornoemde patiënt.

4. Resultaten

4.1. Voorafbevraging

De vragenlijsten in het kader van kwantitatief onderzoek werden verwerkt met behulp van Excel. Hieronder worden de belangrijkste resultaten weergegeven.
Een meer compleet overzicht van de resultaten, inclusief grafieken, wordt weergegeven in bijlage 7.

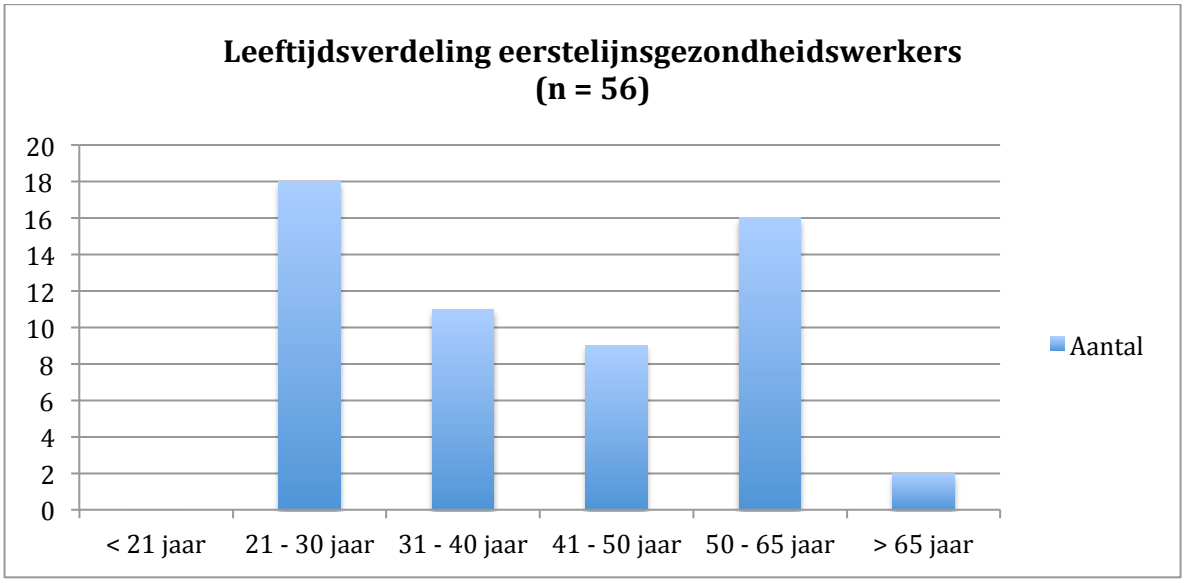
4.1.1. Onderzoekspopulatie

Zesenvijftig eerstelijnsgezondheidswerkers vulden de vragenlijst in:

- 9 huisartsen (al dan niet in opleiding)
- 16 thuisverpleegkundigen
- 16 rusthuisverpleegkundigen
- 15 rusthuiszorgkundigen

Deze twee laatste groepen zijn beide werkzaam in het woon –en zorgcentrum (WZC) Blijvelde te Kortemark.

De leeftijdsverdeling wordt grafisch voorgesteld aan de hand van figuur 2.



Figuur 2: Leeftijdsverdeling eerstelijnsgezondheidswerkers (1)

4.1.2. Opleiding met betrekking tot pijnmanagement

4.1.2.1. Basisopleiding

Wanneer gevraagd werd naar het aantal uren opleiding met betrekking tot pijnmanagement, specifiek bij patiënten met een cognitieve beperking, gaven slechts 2 van de 56 ondervraagde eerstelijnszorgverleners (= 3,57%) aan hierover meer dan vier uur opleiding gehad te hebben. In onderstaande tabel (tabel 2) wordt dit meer gedetailleerd voorgesteld, met een verdeling per beroepsgroep.

Beroepsgroep	**Geen opleiding**	**1 – 4 uur opleiding**	**> 4 uur opleiding**	**Weet dit niet meer**
Huisarts/HAIO (n = 9)	8/9 (88,89%)	1/9 (11,11%)	0/9 (0%)	0/9 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 16)	6/16 (37,50%)	9/16 (56,25%)	1/16 (6,25%)	0/16 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 16)	8/16 (50%)	6/16 (37,50%)	1/16 (6,25%)	1/16 (6,25%)
Zorgkundige in WZC (n = 15)	7/15 (46,67%)	7/15 (46,67%)	0/15 (0%)	1/15 (6,67%)

Tabel 2: Opleiding met betrekking tot pijnmanagement

4.1.2.2. Verdere verdieping in pijnmanagement bij patiënten met cognitieve beperking

Twee van de 9 huisartsen (= 22,22%) gaven aan zich na hun basisopleiding verder verdiept te hebben in pijnmanagement, specifiek bij patiënten met een cognitieve beperking.

Geen enkele van de 16 thuisverpleegkundigen (= 0%) gaven aan zich verder verdiept te hebben in pijnmanagement bij patiënten met een cognitieve beperking.

Vier van de 16 verpleegkundigen (= 25%), werkzaam in het woon –en zorgcentrum Blijvelde, gaven te kennen dat ze zich na hun basisopleiding verder verdiept hebben in pijnmanagement bij patiënten met een cognitieve beperking.

Eén van de 15 zorgkundigen (= 6,67%), werkzaam in woon –en zorgcentrum Blijvelde heeft zich na de basisopleiding verder verdiept in pijnmanagement bij patiënten met een cognitieve beperking.

In bijlage 7 wordt dieper ingegaan op de motivatie en de methode van verdere verdieping.

4.1.3. Beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking

4.1.3.1. Ervaring met beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking

Eénentwintig van de 56 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers (= 37,50%) gaven aan eerder veel tot veel praktische ervaring te hebben met het beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. De verschillen hierin per beroepsgroep zijn te raadplegen in onderstaande tabel (tabel 3).

Beroepsgroep	**Eerder veel tot veel praktische ervaring met betrekking tot beoordelen van pijn bij patiënten met cognitieve beperking**
Huisarts/HAIO (n = 9)	2/9 (22,22%)
Thuisverpleegkundige (n = 16)	5/16 (31,25 %)
Verpleegkundige in WZC (n = 16)	10/16 (62,50%)
Zorgkundige in WZC (n = 15)	4/16 (26,67%)

Tabel 3: Praktische ervaring met betrekking tot het beoordelen van pijn

Wanneer gevraagd werd naar de haalbaarheidsgraad van beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking, gaf geen enkele deelnemer (= 0%) aan dat dit zeer makkelijk is, aan de andere kant vond ook niemand (= 0%) dit onmogelijk.
Twee van de 56 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers (=3,57 %) vinden dit eerder makkelijk, 43 van 56 ondervraagden (= 76,79%) vinden dit eerder moeilijk en 11 van 56 ondervraagden (19,64%) vinden dit ten slotte zeer moeilijk.
Er zijn weinig verschillen tussen de verschillende beroepsgroepen (zie bijlage 7).

4.1.3.2. Richtlijnen met betrekking tot beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking

Twee van de 9 ondervraagde huisartsen (= 22,22%) kennen minstens één goede richtlijn met betrekking tot het beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Slechts één vermeldde een naam en paste deze toe.

Vijf van de 16 ondervraagde thuisverpleegkundigen (= 31,25%) gaven te kennen één of meerdere goede richtlijnen te kennen en alle vijf passen ze deze toe.

Eén van de 16 ondervraagde verpleegkundigen (= 6,25%), werkzaam in het woon – en zorgcentrum Blijvelde, gaf aan een richtlijn te kennen, maar paste deze niet toe.

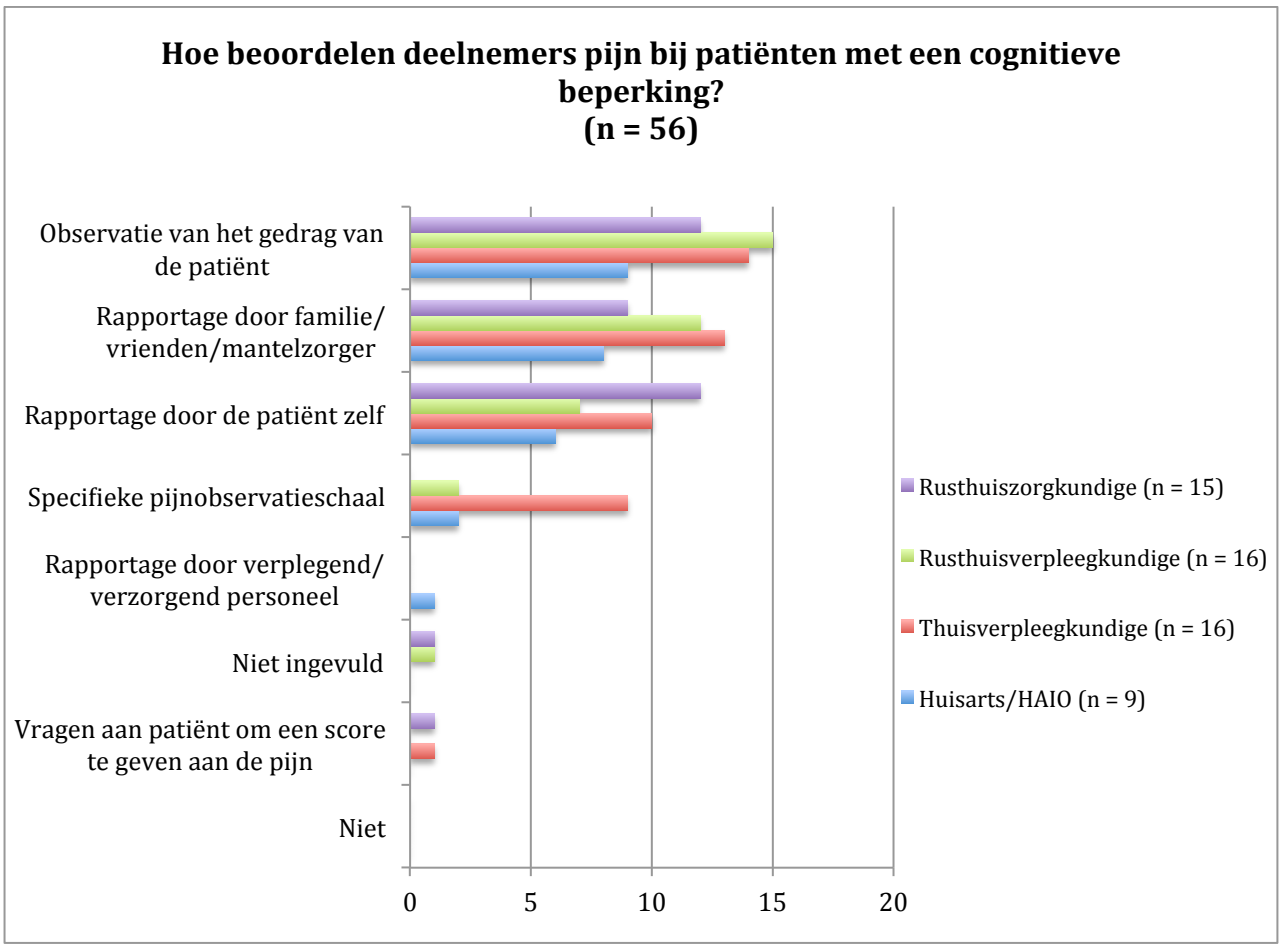
Drie van de 15 ondervraagde zorgkundigen (= 20%), werkzaam in het woon –en zorgcentrum Blijvelde kennen minstens één goede richtlijn, twee van hen pasten deze toe.

In bijlage 7 wordt dieper ingegaan op deze gekende en toegepaste richtlijnen.

4.1.3.3. Hoe beoordelen de deelnemers pijn bij een patiënt met cognitieve beperking?

Vijftig van de 56 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers (=89,29%) gaven aan pijn bij een patiënt met cognitieve beperking te beoordelen onder andere aan de hand van observatie van het gedrag van de patiënt.
Dertien van de 56 ondervraagden (= 23,21%) gebruiken bovendien een specifieke pijnobservatieschaal. Verderop (zie *4.1.5.2. Worden pijnobservatieschalen reeds toegepast?*) wordt duidelijk dat eigenlijk meer eerstelijnsgezondheidswerkers gebruik maken van een pijnobservatieschaal (wanneer er expliciet naar wordt gevraagd).

In onderstaand staafdiagram (figuur 3) wordt per beroepsgroep weergegeven op welke manier pijn bij een patiënt met cognitieve beperking wordt beoordeeld.



Figuur 3: Hoe beoordelen deelnemers pijn bij patiënten met een cognitieve beperking?

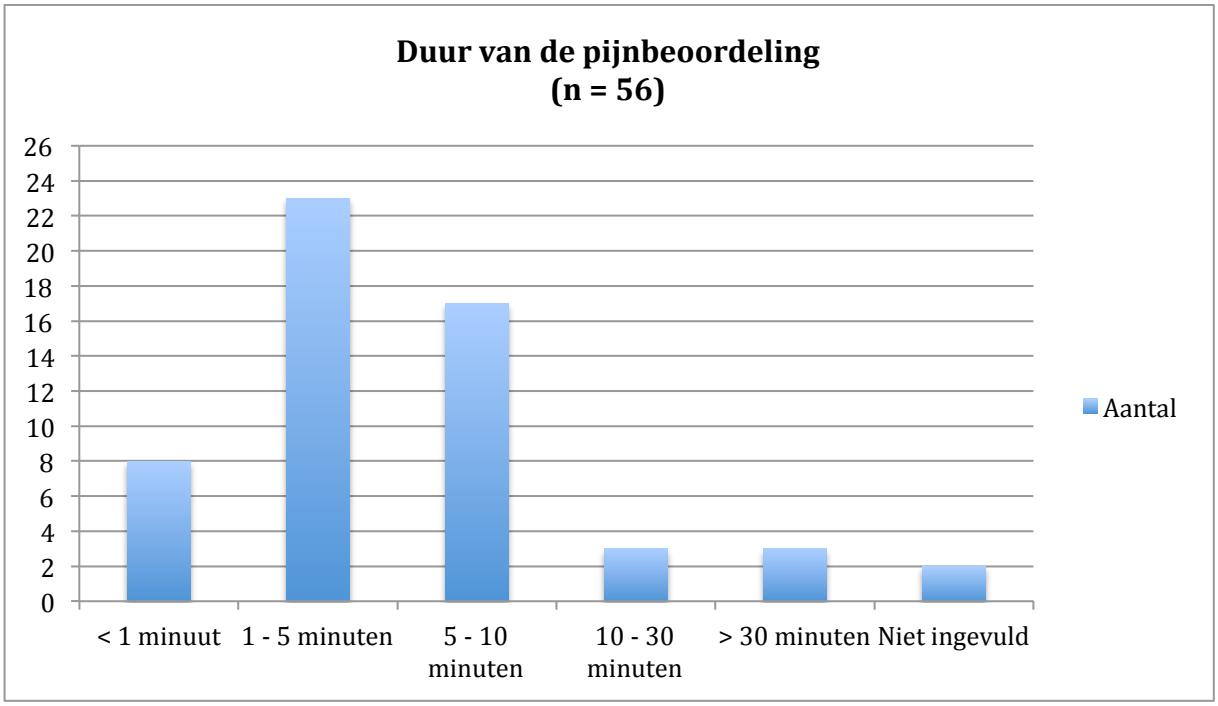
Zestien van de 56 ondervraagde eerstelijnszorgverleners (= 28,57%) zijn eerder zeker dat zijn of haar inschatting correct is. Drie van de 56 ondervraagden (= 5,36%) gaven aan zeker te zijn dat de inschatting correct is. Geen enkele deelnemer (= 0%) gaf echter aan helemaal zeker te zijn dat de inschatting correct is.

De verdeling van de zekerheidsgraad per beroepsgroep is te vinden in onderstaande tabel (tabel 4).

Beroepsgroep	Helemaal onzeker	Onzeker	Eerder onzeker	Neutraal	Eerder zeker	Zeker	Helemaal zeker
Huisarts/HAIO (n = 9)	0/9 (0%)	0/9 (0%)	2/9 (22,22%)	4/9 (44,44%)	3/9 (33,33%)	0/9 (0%)	0/9 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 16)	0/16 (0%)	0/16 (0%)	4/16 (25%)	6/16 (37,5%)	5/16 (31,25%)	1/16 (6,25%)	0/16 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 16)	0/16 (0%)	1/16 (6,25%)	5/16 (31,25%)	5/16 (31,25%)	4/16 (25%)	1/16 (6,25%)	0/16 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 15)	0/15 (0%)	0/15 (0%)	1/15 (6,67%)	9/15 (60%)	4/15 (26,67%)	1/15 (6,67%)	0/15 (0%)

Tabel 4: Zekerheidsgraad met betrekking tot het inschatten van pijn

Er werd aan de eerstelijnsgezondheidswerkers gevraagd hoe lang een pijnbeoordeling bij een patiënt met een cognitieve beperking gemiddeld duurt. De resultaten worden weergegeven in onderstaand kolomdiagram (figuur 4).



Figuur 4: Duur van de pijnbeoordeling

Achtendertig van de 56 ondervraagde eerstelijnszorgverleners (= 67,86%) gaven aan dat deze pijnbeoordeling telkens wordt geregistreerd in het patiëntendossier.
Dit verschilde echter per beroepsgroep:

- Huisartsen: 2/9 (= 22,22%)
- Thuisverpleegkundigen: 13/16 (= 81,25%)
- Verpleegkundigen, werkzaam in woonzorgcentrum Blijvelde: 9/16 (= 56,25%)
- Zorgkundigen, werkzaam in woonzorgcentrum Blijvelde: 14/15 (= 93,33%)

4.1.4. Tevredenheid over pijnbeoordeling –en behandeling bij patiënten met een cognitieve beperking

Veertien van de 56 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers (=25%) geven aan eerder wel tevreden te zijn over de manier waarop pijn wordt beoordeeld of behandeld bij zijn of haar patiënten met een cognitieve beperking. Slechts 6 van de 56 ondervraagden (= 10,71%) geven aan absoluut tevreden te zijn.
De tevredenheidsgraad over de manier waarop pijn wordt beoordeeld of behandeld verschilt per beroepsgroep en is te vinden in onderstaande tabel (tabel 5):

Beroepsgroep	Tevreden	Eerder tevreden	Neutraal	Eerder niet tevreden	Niet tevreden
Huisarts/HAIO (n = 9)	0/9 (0%)	2/9 (22,22%)	2/9 (22,22%)	2/9 (22,22%)	3/9 (33,33%)
Thuisverpleegkundige (n = 16)	1/16 (6,25%)	8/16 (50%)	5/16 (31,25%)	2/16 (12,50%)	0/16 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 16)	1/16 (6,25%)	2/16 (12,50%)	9/16 (56,25%)	3/16 (18,75%)	1/16 (6,25%)
Zorgkundige in WZC (n = 15)	4/15 (26,67%)	2/15 (13,33%)	8/15 (53,33%)	1/15 (6,67%)	0/15 (0%)

Tabel 5: Tevredenheid over pijnbeoordeling -en behandeling

4.1.5. Pijnobservatieschalen

4.1.5.1. Welke pijnobservatieschalen zijn reeds gekend?

A) Huisarts/HAIO

Zeven van de 9 ondervraagde huisartsen (= 77,78%) kennen reeds minstens 1 pijnobservatieschaal.

Pijnobservatieschaal	Aantal huisartsen dat deze kent (n = 9)
PAINAD	3
Visueel Analoge Schaal (= VAS)	2
PACSLAC	1

Tabel 6: Pijnobservatieschalen, gekend door huisartsen

Eén huisarts kende een schaal, maar vulde niets in.

B) Thuisverpleegkundige

Dertien van de 16 ondervraagde thuisverpleegkundigen (= 81,25%) kennen reeds minstens 1 pijnobservatieschaal.

Pijnobservatieschaal	**Aantal thuisverpleegkundigen dat deze kent (n = 16)**
PACSLAC	9
PAINAD	6
Visueel Analoge Schaal (= VAS)	4
PACSLAC-D	2
Critical Care Pain Observation Tool (= CPOT)	1
REPOS	1

Tabel 7: Pijnobservatieschalen, gekend door thuisverpleegkundigen

C) Verpleegkundige, werkzaam in het woon –en zorgcentrum

Tien van de 16 ondervraagde verpleegkundigen, werkzaam in het woon –en zorgcentrum (= 62,50%) kennen reeds minstens 1 pijnobservatieschaal.

Pijnobservatieschaal	**Aantal rusthuisverpleegkundigen dat deze kent (n = 16)**
Visueel Analoge Schaal	5
PAINAD	5
PACSLAC	2
Chronic Pain Grade Questionnaire	1
Schaal van 1 tot 10	1
Doloplus-2	1
PACSLAC-D	1

Tabel 8: Pijnobservatieschalen, gekend door rusthuisverpleegkundigen

D) Zorgkundige, werkzaam in het woon –en zorgcentrum

Acht van de 15 ondervraagde zorgkundigen (= 53,33%) kennen reeds minstens 1 pijnobservatieschaal.

Pijnobservatieschaal	**Aantal zorgkundigen dat deze kent (n = 15)**
Schaal van 1 tot 10	5
Visueel analoge schaal	1

Tabel 9: Pijnobservatieschalen, gekend door rusthuiszorgkundigen

Twee zorgkundigen kennen een schaal, maar vulden niets in.

In bijlage 7 wordt dieper ingegaan op de manier van kennismaken met deze pijnobservatieschalen.

4.1.5.2. Worden pijnobservatieschalen reeds toegepast?

Onderstaande tabel (tabel 10) toont in welke mate pijnobservatieschalen reeds worden toegepast door de ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers om pijn te evalueren bij patiënten met een cognitieve beperking.

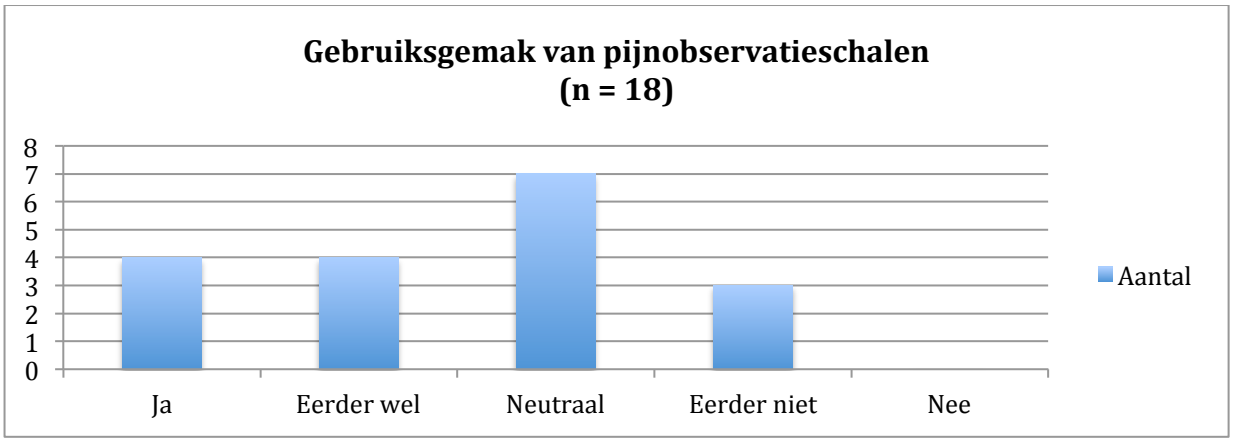
Beroepsgroep	**Aantal dat pijnobservatieschaal kent**	**Aantal dat pijnobservatieschaal toepast**	**Percentage dat pijnobservatieschaal toepast[3]**
Huisarts/HAIO (n = 9)	7	4	57,14%
Thuisverpleegkundige (n = 16)	13	10	76,92%
Verpleegkundige in WZC[4] (n = 16)	10	3	30%
Zorgkundige in WZC (n = 15)	8	1	12,50%
Eerstelijnsgezondheids-werker (n = 56)	38	18	47,37%

Tabel 10: In welke mate worden pijnobservatieschalen reeds toegepast?

4.1.5.3. Zijn deze pijnobservatieschalen makkelijk in gebruik?

Aan de 18 deelnemende eerstelijnsgezondheidswerkers, die een pijnobservatieschaal kennen en toepassen, werd gevraagd hoe ze het gebruiksgemak van deze pijnobservatieschalen inschatten.
Vier van deze 18 (= 22,22%) vinden deze makkelijk in gebruik en nog eens 4 vinden deze eerder makkelijk in gebruik (= 22,22%).

De resultaten voor de hele groep eerstelijnsgezondheidswerkers zijn samengevat in onderstaande figuur (figuur 5). Een onderverdeling per beroepsgroep is te vinden in bijlage 7.



Figuur 5: Mate van gebruiksgemak van de gekende en toegepaste pijnobservatieschalen

[3] Van diegene die een pijnobservatieschaal kennen
[4] Eén verpleegkundige, werkzaam in het woon –en zorgcentrum, vulde deze vraag niet in

4.1.5.4. Waarom worden pijnobservatieschalen nog niet toegepast?

Aan de deelnemende eerstelijnsgezondheidswerkers die één of meerdere pijnobservatieschalen kennen, maar niet toepassen, werd gevraagd waarom ze deze pijnobservatieschaal niet toepassen.

A) Huisarts/HAIO

Drie van de 9 ondervraagde huisartsen/HAIO's (= 33,33%) kennen één of meerdere pijnobservatieschalen, maar passen deze niet toe, omwille van volgende redenen:

- "Het gebruik ervan is te omslachtig" (2 deelnemers)
- "Ik had de pijnobservatieschaal niet bij toen ik ze nodig had" (1 deelnemer)
- "Praktische richtlijnen raden het gebruik van een pijnobservatieschaal niet aan" (1 deelnemer)

B) Thuisverpleegkundige

Drie van de 16 ondervraagde thuisverpleegkundigen (= 18,75%) kennen één of meerdere pijnobservatieschalen, maar passen deze niet toe.
Geen enkele van laatstgenoemde deelnemers gaf hiervoor een reden op.

C) Verpleegkundige, werkzaam in het woon –en zorgcentrum

Zes van de 16 ondervraagde rusthuisverpleegkundigen (= 37,50%) kennen één of meerdere pijnobservatieschalen, maar passen deze niet toe, omwille van volgende redenen:

- "Het gebruik ervan is te omslachtig" (1 deelnemer)
- "Pijnobservatieschalen worden niet gebruikt in het WZC en ik heb zelf geen initiatief genomen hiervoor" (1 deelnemer)
- "Ik beoordeel pijn via mimiek, onrustig gedrag, houding. Door mijn ervaring leer ik bewoners kennen en herken ik pijn" (1 deelnemer)
- "Pijnobservatieschaal wordt niet gebruikt op dienst, we observeren gedrag en kennen onze bewoners" (1 deelnemer)
- "Wij observeren onze bewoners vb. tijdens verzorging, maaltijd, mensen die zich anders gedragen" (1 deelnemer)

Twee verpleegkundigen gaven geen reden op.

D) Zorgkundige, werkzaam in het woon –en zorgcentrum

Zeven van de 15 ondervraagde zorgkundigen (= 46,67%) kennen één of meerdere pijnobservatieschalen, maar passen deze niet toe, omwille van volgende redenen:

- "Het gebruik ervan is te omslachtig" (3 deelnemers)
- "De hoofdverpleegkundige doet dit bij ons op de afdeling" (1 deelnemer)
- "Bewoners snappen dit niet zo goed" (1 deelnemer)

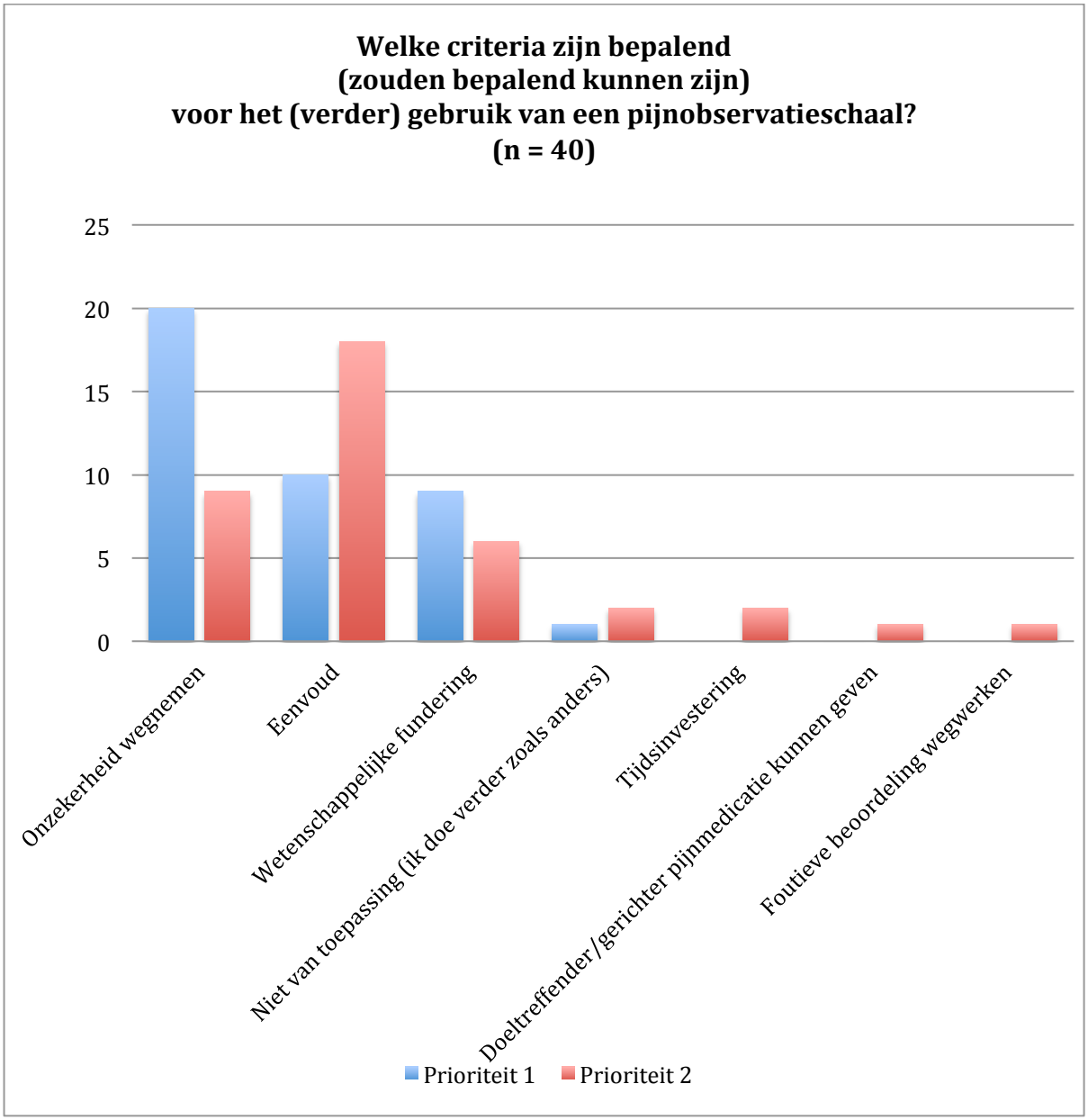
Twee zorgkundigen gaven geen reden op.

4.1.5.5. Welke criteria zijn bepalend voor het (verder) gebruik van een pijnobservatieschaal?

Aan de deelnemende eerstelijnsgezondheidswerkers werd gevraagd welke criteria bepalend zijn of zouden kunnen zijn om een pijnobservatieschaal (verder) toe te passen bij de beoordeling van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Er werd hen gevraagd om de twee belangrijkste criteria aan te duiden (respectievelijk prioriteit 1 en prioriteit 2).

Veertig van de 56 deelnemende eerstelijnsgezondheidswerkers (= 71,43%) vulden deze vraag correct in.

De verdeling van de antwoorden is terug te vinden in onderstaand kolomdiagram (figuur 6).
In bijlage 7 is de verdeling van antwoorden per beroepsgroep terug te vinden.



Figuur 6: Welke criteria zijn bepalend voor het (verder) gebruik van een pijnobservatieschaal?

4.2. Nabevraging

Hieronder worden de belangrijkste resultaten van de nabevraging samengevat. Deze bestond zowel uit kwantitatief, als kwalitatief onderzoek.
De resultaten van de kwantitatieve analyse werden eveneens verwerkt door middel van Excel.
Een meer compleet overzicht van de resultaten, van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek, wordt weergegeven in respectievelijk bijlagen 8 en 9.

4.2.1. Onderzoekspopulatie

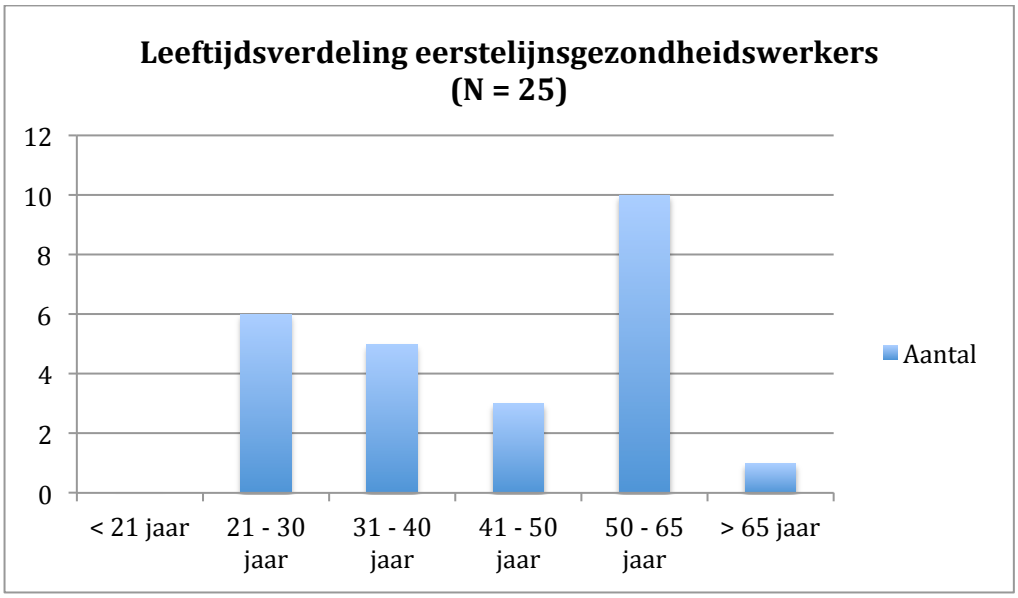
Van de 56 eerstelijnshulpverleners, die de eerste vragenlijst hebben ingevuld, waren er helaas slechts 25 van hen bereid om de PAINAD-schaal te implementeren en achteraf de vragenlijst in te vullen:

- 5 huisartsen (al dan niet in opleiding)
- 7 thuisverpleegkundigen
- 7 rusthuisverpleegkundigen
- 6 rusthuiszorgkundigen

Deze laatste twee groepen zijn beide werkzaam in het woon –en zorgcentrum Blijvelde in Kortemark.

Drie huisartsen, 5 thuisverpleegkundigen, 4 rusthuisverpleegkundigen en 5 rusthuiszorgkundigen, gingen akkoord met een interview, dat peilde naar hun ervaringen met het gebruik van deze PAINAD-schaal.

De leeftijdsverdeling van deze 25 eerstelijnsgezondheidswerkers, wordt grafisch weergegeven in figuur 7.



Figuur 7: Leeftijdsverdeling eerstelijnsgezondheidswerkers (2)

4.2.2. Implementatie van de PAINAD-schaal

4.2.2.1. Hoe hebben de eerstelijnsgezondheidswerkers het gebruik van de PAINAD-schaal ervaren?

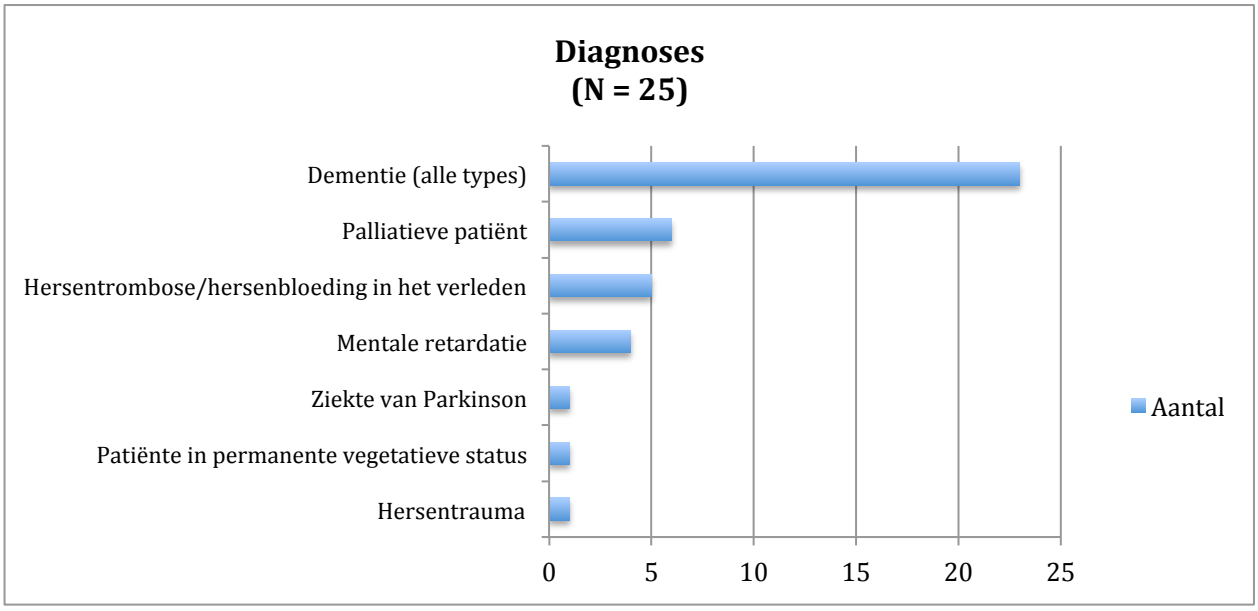
Eén van de 25 eerstelijnsgezondheidswerkers (= 4%), een rusthuisverpleegkundige, heeft de implementatie van de PAINAD-schaal als zeer goed ervaren, 17 (= 68%) als goed, 3 (= 12%) als eerder goed en 4 (= 16%) als neutraal.
Geen enkele van de 25 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers (= 0%) heeft het gebruik van de PAINAD-schaal als negatief ervaren.

Zeven van de 25 eerstelijnsgezondheidswerkers die de PAINAD-schaal in het kader van dit praktijkproject hebben toegepast (= 28%), kenden deze reeds voordien. Het gaat om 1 huisarts, 3 thuisverpleegkundigen en 3 rusthuisverpleegkundigen. Geen enkele rusthuiszorgkundige kende de PAINAD-schaal reeds voordien.

Slechts 1 van de 25 deelnemers (een thuisverpleegkundige) (= 4%) had de PAINAD-schaal reeds eerder toegepast.

4.2.2.2. Welke waren de diagnoses van de patiënten bij wie de PAINAD-schaal werd toegepast?

Drieëntwintig van de 25 deelnemers (= 92%) pasten de PAINAD-schaal toe bij een patiënt met dementie. De overige diagnoses van de patiënten bij wie de PAINAD-schaal werd toegepast, staan opgelijst in het onderstaande staafdiagram (figuur 8).



Figuur 8: Diagnoses

4.2.3. Het gebruiksgemak van de PAINAD-schaal

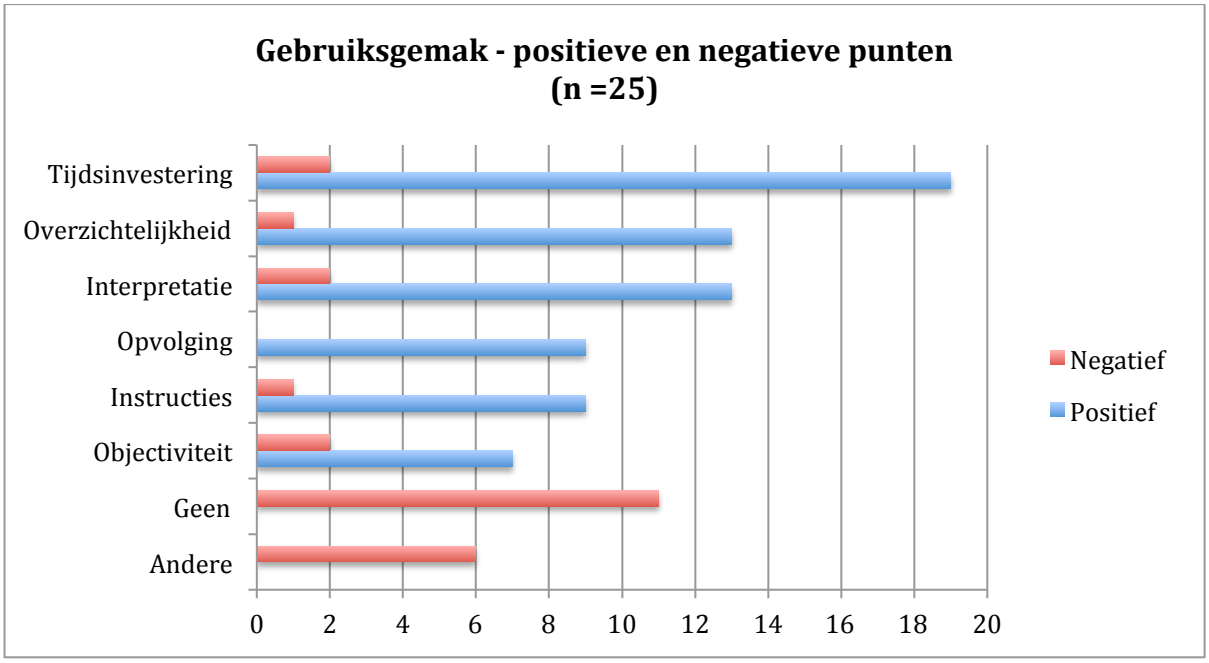
4.2.3.1. Gebruiksgemak: positieve en negatieve punten

Er werd aan de deelnemers gevraagd om de positieve en negatieve punten wat betreft gebruiksgemak aan te kruisen.

Een grote meerderheid (19 van de 25 deelnemers (= 76%)) vindt het gebruik van de PAINAD-schaal weinig tijdrovend, iets meer dan de helft (13 van de 25 deelnemers (= 52%)) vindt ze overzichtelijk en makkelijk te interpreteren.
7 van de 25 deelnemers (= 28%) vindt dat de PAINAD-schaal pijnbeoordeling bij patiënten met een cognitieve beperking objectiever maakt. Voornamelijk huisartsen gaan hiermee akkoord (4 van de 5 huisartsen (= 80%)).

Iets minder dan de helft (= 44%) heeft geen negatieve punten aangekruist op de vragenlijst.

Bovenvermelde en overige positieve en negatieve punten zijn grafisch weergegeven in volgend staafdiagram (figuur 9), alsook het aantal deelnemers dat akkoord gaat met de desbetreffende punten.
In bijlage 8 is een overzicht per beroepsgroep terug te vinden.



Figuur 9: Gebruiksgemak van de PAINAD-schaal - positieve en negatieve punten

Andere negatieve punten, niet vermeld in bovenstaand staafdiagram, betreffen:

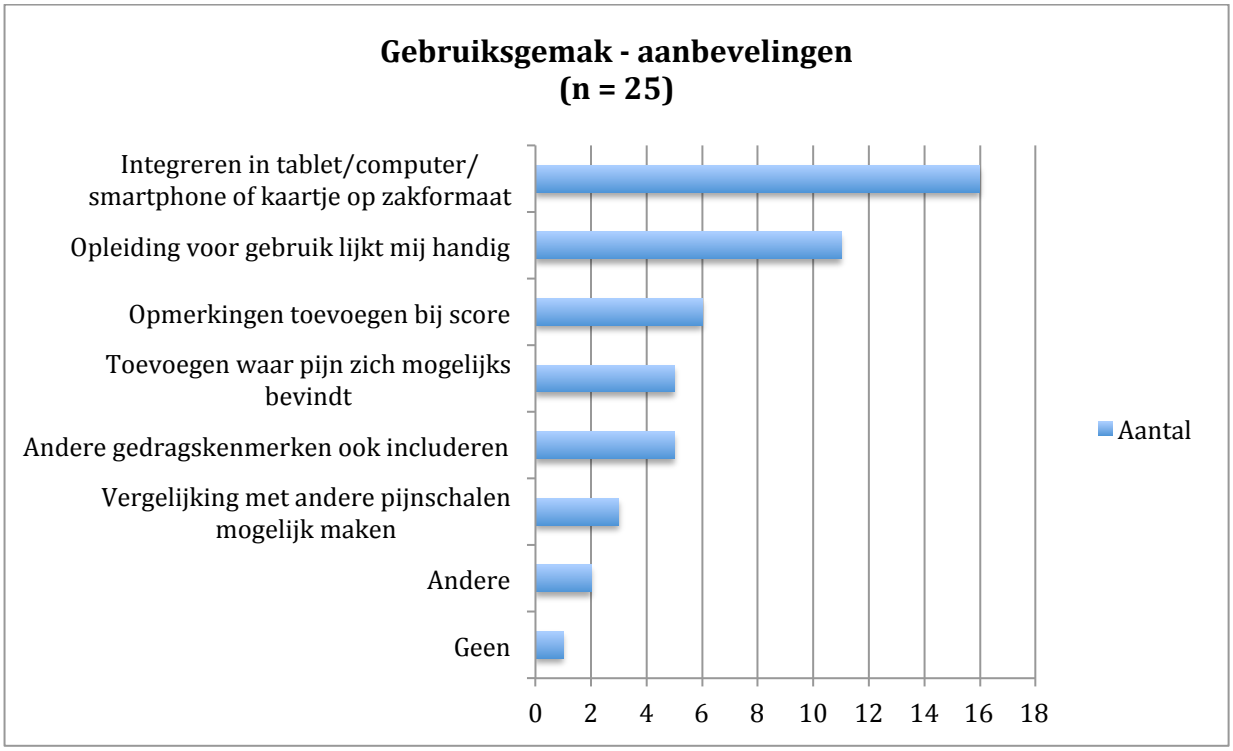
- Momentopname (1 deelnemer)
- Geen goede pijnindicator bij roepgedrag (1 deelnemer)
- De PAINAD-schaal mocht nog iets uitgebreider zijn (1 deelnemer)
- Soms nog een item tekort (1 deelnemer)
- Onmogelijkheid aan te duiden wanneer de schaal werd toegepast (1 deelnemer)
- Soms nog twijfel bij grimas op het gezicht (1 deelnemer)

4.2.3.2. Gebruiksgemak: aanbevelingen

Er werd aan de deelnemers gevraagd welke aanbevelingen ze hebben bij het gebruiksgemak, die er toe zouden kunnen leiden om de PAINAD-schaal in de toekomst verder toe te passen.

Een meerderheid (16 van de 25 deelnemers (= 64%)) zou de PAINAD-schaal graag geïntegreerd zien in tablet, computer, smartphone of bij zich hebben op een overzichtelijk kaartje op zakformaat.
Iets minder dan de helft (11 van de 25 deelnemers (= 44%)) denken dat het handig zou zijn om voor gebruik van de PAINAD-schaal een opleiding te krijgen.

Deze, alsook overige aanbevelingen en het aantal deelnemers dat er mee akkoord gaat, is terug te vinden in onderstaand staafdiagram (figuur 10).
Een onderverdeling per beroepsgroep is terug te vinden in bijlage 8.



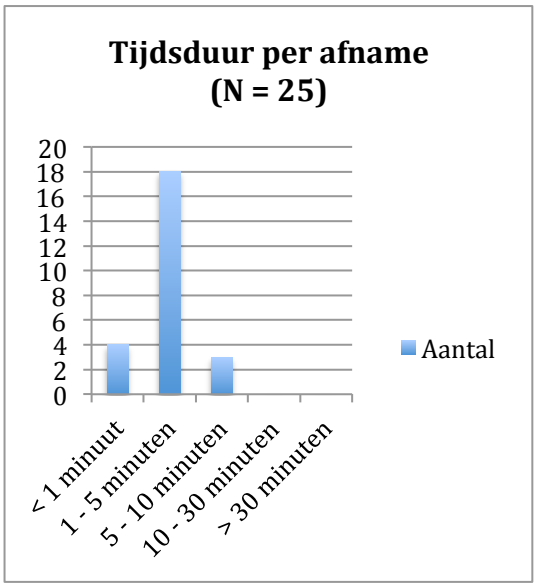
Figuur 10: Gebruiksgemak van de PAINAD-schaal - aanbevelingen

Andere aanbevelingen, niet vermeld in bovenstaand staafdiagram, betreffen:

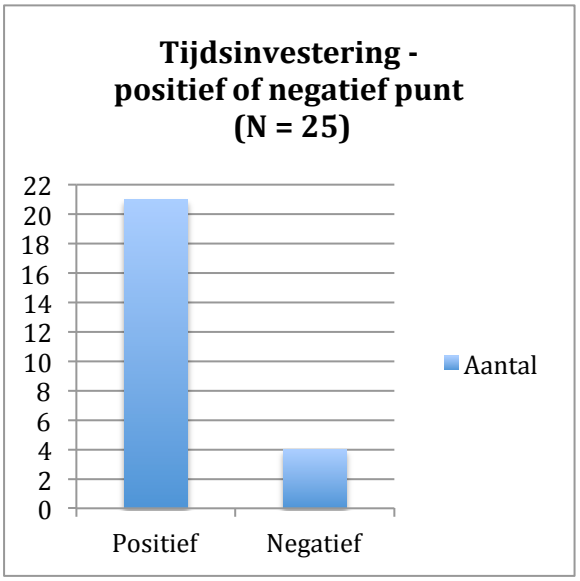
- Meer in detail gaan (1 deelnemer)
- Instructies toevoegen: welke pijnmedicatie en welke dosis toedienen bij welke score (1 deelnemer)

4.2.4. Tijdsinvestering

Een grote meerderheid (22 van de 25 deelnemers (= 88%)) gaf aan dat toepassing van de PAINAD-schaal, per afname, maximum 5 minuten tijd in beslag nam.
Een grote meerderheid (21 van de 25 deelnemers (= 84%)) ziet deze tijdsinvestering als een positief punt van de PAINAD-schaal.
Dit wordt geïllustreerd in onderstaande twee figuren (figuren 11 en 12).



Figuur 11: Tijdsduur per afname



Figuur 12: Tijdsinvestering - positief of negatief punt?

4.2.5. Brengt de PAINAD-schaal meer zekerheid wat betreft aan –of afwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking?

Zes van de 25 deelnemers (= 24%) vinden dat de PAINAD-schaal hen meer zekerheid heeft geboden wat betreft het herkennen van de aan –of afwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking.
Negen van de 25 deelnemers (= 36%) hebben eerder meer zekerheid ondervonden.
Een onderverdeling per beroepsgroep wordt weergeven in onderstaande tabel (tabel 11).

Beroepsgroep	Absoluut niet meer zekerheid	Niet meer zekerheid	Eerder niet meer zekerheid	Neutraal	Eerder wel meer zekerheid	Meer zekerheid	Absoluut meer zekerheid
Huisarts/HAIO (n = 5)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	3/5 (60%)	2/5 (40%)	0/5 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 7)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	1/7 (14,29%)	3/7 (42,86%)	1/7 (14,29%)	2/7 (28,57%)	0/7 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 7)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	1/7 (14,29%)	2/7 (28,57%)	2/7 (28,57%)	2/7 (28,57%)	0/7 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 6)	0/6 (0%)	2/6 (33,33%)	0/6 (0%)	1/6 (16,67%)	3/6 (50%)	0/6 (0%)	0/6 (0%)

Tabel 11: Invloed van PAINAD-schaal op zekerheid

4.2.6. Invloed van het gebruik van de PAINAD-schaal op het beleid van de eerstelijnsgezondheidswerker

4.2.6.1. In welke mate heeft het gebruik van de PAINAD-schaal het beleid beïnvloed?

Geen enkele van de 25 eerstelijnsgezondheidswerkers (= 0%) vond dat de PAINAD-schaal zijn of haar beleid in grote mate heeft beïnvloed.
Acht van de 25 eerstelijnsgezondheidswerkers (= 32%) gaven te kennen dat het gebruik van de PAINAD-schaal hun beleid eerder wel, in lichte mate, heeft beïnvloed, 9 deelnemers (= 36%) staan hiertegenover neutraal.
Vier deelnemers (= 16%) vinden dat de PAINAD-schaal hun beleid eerder niet beïnvloed heeft en 4 deelnemers (= 16%) vinden dat de PAINAD-schaal hun beleid niet beïnvloed heeft.

Beroepsgroep	Helemaal niet	Nee	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Ja	Absoluut wel
Huisarts/HAIO (n = 5)	0/5 (0%)	1/5 (20%)	0/5 (0%)	3/5 (60%)	1/5 (20%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 7)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	3/7 (42,86%)	1/7 (14,29%)	3/7 (42,86%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 7)	0/7 (0%)	2/7 (28,57%)	0/7 (0%)	2/7 (28,57%)	3/7 (42,86%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 6)	0/6 (0%)	1/6 (16,67%)	1/6 (16,67%)	3/6 (50%)	1/6 (16,67%)	0/6 (0%)	0/6 (0%)

Tabel 12: Invloed van PAINAD-schaal op beleid

4.2.6.2. Op welke manier heeft het gebruik van de PAINAD-schaal het beleid al of niet beïnvloed?

Enkele quotes uit de categorie '(eerder) beïnvloed'

- Rusthuisverpleegkundige VR1 (50-65 jaar) staat nu meer stil bij het feit dat patiënten met een cognitieve beperking pijn kunnen hebben. Onrechtstreeks zal ze nu sneller een beleid instellen. Eenmaal heeft ze een arts opgebeld omwille van een vermoeden van pijn door middel van gebruik van de PAINAD-schaal.
- Rusthuisverpleegkundige VR3 (50-65 jaar) en thuisverpleegkundige VT2 (31-40 jaar) hebben naar aanleiding van een verhoogde pijnscore eenmaal sneller een pijnstiller toegediend. VR3 vermeldde dat ze bij controle van de PAINAD-score nadien zag dat deze gedaald was.
- Thuisverpleegkundige VT1 (50-65 jaar) merkte een afwijkende PAINAD-score bij een patiënt bij wie ze de haren waste. Naar aanleiding hiervan pleegde ze overleg met collega's en kwamen ze tot het besluit dat er tijdens het wassen van de haren iets gebeurde wat de patiënt niet graag had. De PAINAD-schaal diende hier als leidraad.
- Huisarts HA1 (21-30 jaar) denkt dat de PAINAD-schaal haar beleid bij situaties in het verleden wel zou kunnen beïnvloed hebben, bijvoorbeeld naar ophoging van pijnmedicatie toe of sneller uitvoeren van biochemische controles. Tijdens de implementatieperiode had het gebruik van de PAINAD-schaal geen invloed op het beleid, aangezien de patiënten op dat moment geen pijn hadden.

Enkele quotes uit de categorie 'neutraal qua beïnvloeding'

- Rusthuisverpleegkundige VR2 (50-65 jaar) steunt bij het herkennen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking op een jarenlange ervaring. Ze zal hierbij automatisch een aangepast beleid instellen.
- Rusthuiszorgkundige ZR4 (31-40 jaar) voert hetzelfde beleid met, als zonder PAINAD-schaal. De schaal kan echter wel betrokken worden bij de overdracht, bijvoorbeeld ook naar de arts toe.
- Huisartsen HA2 (41-50 jaar), HA3 (> 65 jaar) en HA4 (41-50 jaar) merkten tijdens de implementatieperiode geen invloed op hun beleid, aangezien de patiënten toen geen pijn hadden.
  HA2 denkt echter dat de PAINAD-schaal haar beleid op termijn wel kan beïnvloeden. Deze kan mogelijks helpen bij het verantwoorden van een verandering van een behandeling of strategie naar de familie toe.

Enkele quotes uit de categorie '(eerder) niet beïnvloed':

- Rusthuiszorgkundige ZR2 (31-40 jaar) is reeds gewoon om pijnbeoordeling –en behandeling zonder PAINAD te doen. De PAINAD-schaal biedt geen meerwaarde voor haar beleid naar pijnbehandeling toe.
- Thuisverpleegkundige VT6 (31-40 jaar) registreert standaard steeds de PACSLAC-schaal bij evaluatie van pijn bij cognitief beperkte patiënten. Deze geeft eenzelfde resultaat als de PAINAD-schaal. VT6 concludeert dat het beleid daardoor reeds goed was opgestart.
- Huisarts HA5 (50-65 jaar) stelt dat het afnemen van de PAINAD-schaal haar pijnevaluatie, die ze voordien klinisch en intuïtief had ingeschat, gewoon bevestigde en zo geen invloed uitoefende op haar beleid.

4.2.7. Toekomstig gebruik van de PAINAD-schaal

4.2.7.1. In welke mate zijn eerstelijnsgezondheidswerkers geneigd om de PAINAD-schaal in de toekomst verder toe te passen?

Geen enkele van de 25 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers (= 0%) staat negatief tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal in de toekomst.
Een onderverdeling per beroepsgroep wordt weergegeven in onderstaande tabel (tabel 13).

Beroepsgroep	Zeker negatief	Negatief	Eerder negatief	Neutraal	Eerder positief	Positief	Zeker positief
Huisarts/HAIO (n = 5)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	1/5 (20%)	3/5 (60%)	1/5 (20%)
Thuisverpleegkundige (n = 7)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	1/7 (14,29%)	4/7 (57,14%)	2/7 (28,57%)	0/7 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 7)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	2/7 (28,57%)	1/7 (14,29%)	4/7 (57,14%)	0/7 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 6)	0/6 (0%)	0/6 (0%)	0/6 (0%)	1/6 (16,67%)	3/6 (50%)	2/6 (33,33%)	0/6 (0%)

Tabel 13: In welke mate zijn eerstelijnsgezondheidswerkers geneigd om de PAINAD-schaal in de toekomst verder toe te passen?

4.2.7.2. Waarom willen eerstelijnsgezondheidswerkers de PAINAD-schaal al of niet verder gebruiken?

Enkele quotes uit de categorie '(eerder tot zeker) positief' ten opzichte van verder gebruik van de PAINAD-schaal

- Rusthuisverpleegkundigen VR1 (50-65 jaar) en VR3 (50-65 jaar) vinden dat het gebruik van de PAINAD-schaal geen extra belasting vormt.
  De PAINAD-schaal is integendeel een meerwaarde voor VR1, aangezien er volgens haar geen alternatief bestaat om op een eenvoudige manier pijn vast te stellen bij patiënten met een cognitieve beperking.
  Ook huisarts HA2 (41-50 jaar) vermeldt dat er hiervoor weinig alternatieven voorhanden zijn. Bovendien vindt ze de PAINAD-schaal een meer objectieve methode om pijn vast te stellen en op te volgen.
- Rusthuisverpleegkundige VR3 (50-65 jaar), thuisverpleegkundigen VT2 (31 - 40 jaar), VT3 (21-30 jaar) en huisarts HA2 (41-50 jaar) stellen echter de bedenking dat bepaalde gedragskenmerken, die geïncludeerd zijn in de PAINAD-schaal, ook op andere ongemakken kunnen wijzen dan pijn. Bijvoorbeeld een patiënt die roepgedrag stelt.
- Thuisverpleegkundige VT1 (50-65 jaar) gebruikte reeds voorheen de PACSLAC-schaal via haar tablet. Net als de PACSLAC vond ze ook de PAINAD-schaal heel interessant om gegevens uit te wisselen met collega's, zodat opvolging in de loop van de tijd eenvoudiger wordt.
- Thuisverpleegkundigen VT2 (31-40 jaar), VT3 (21-30 jaar) en VT4 (50-65 jaar) zijn geneigd om de PAINAD-schaal verder te gebruiken, aangezien deze toevallig is geïntegreerd in de nieuwe software van het Elektronisch Verpleegkundig Dossier op hun tablet.
- Thuisverpleegkundige VT4 (50-65 jaar) heeft door het gebruik van de PAINAD-schaal bijgeleerd welke tekenen kunnen wijzen op eventuele aanwezigheid van pijn.
- Rusthuiszorgkundige ZR2 (31-40 jaar) ziet de PAINAD-schaal als extra ruggensteun bij het beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Een applicatie op de tablet, die bij elke PAINAD-score ook een oplossing voorstelt, lijkt haar handig.
- Huisarts HA1 (21-30 jaar) vindt de PAINAD-schaal aan de ene kant tijdrovend, maar aan de andere kant ook praktisch en simpel. Bij twijfel over mogelijke acute pijn zal HA1 de PAINAD-schaal toch verder gebruiken.
- Huisarts HA3 (> 65 jaar) zou de PAINAD-schaal in de toekomst wel verder gebruiken, maar zou de patiënten dan wel vaker moeten zien om deze correct te kunnen toepassen. Hij vindt de PAINAD-schaal daarom meer van waarde bij verpleeg –en zorgkundigen. Het kan wel een hulpmiddel zijn in de communicatie tussen verpleeg –en zorgkundigen enerzijds en de arts anderzijds.

Enkele quotes uit de categorie 'neutraal' ten opzichte van verder gebruik van de PAINAD-schaal

- Rusthuisverpleegkundige VR5 (21-30 jaar) vindt de PAINAD-schaal misschien handiger voor gebruik in het ziekenhuis, waar men de patiënten (en hun gedrag) minder goed kent.
- Rusthuisverpleegkundige VR7 (50-65 jaar) vindt de PAINAD-schaal dikwijls moeilijk te beoordelen bij dementerenden. Zij zou net als rusthuiszorgkundige ZR6 (31-40 jaar) eerder gewoon observeren en afgaan op haar eigen intuïtie.
- Thuisverpleegkundige VT7 (50-65 jaar) gebruikt reeds de PACSLAC-schaal via het Elektronisch Verpleegkundig Dossier en zal deze verder gebruiken.

4.2.7.3. In welke mate zijn eerstelijnsgezondheidswerkers geneigd om de PAINAD-schaal aan te bevelen aan collega's?

Zeven deelnemers (= 28%) zouden de PAINAD-schaal eerder wel aanbevelen aan collega's. Een meerderheid van 14 op 25 deelnemers (= 56%) antwoordde 'ja' op de vraag of ze de PAINAD-schaal zouden aanbevelen aan collega's.
Een onderverdeling per beroepsgroep wordt weergegeven in onderstaande tabel (tabel 14).

Beroepsgroep	Helemaal niet	Nee	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Ja	Absoluut wel
Huisarts/HAIO (n = 5)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	1/5 (20%)	4/5 (80%)	0/5 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 7)	0/7 (0%)	1/7 (14,29%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	4/7 (57,14%)	2/7 (28,57%)	0/7 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 7)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	2/7 (28,57%)	0/7 (0%)	5/7 (71,43%)	0/7 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 6)	0/6 (0%)	0/6 (0%)	0/6 (0%)	1/6 (16,67%)	2/6 (33,33%)	3/6 (50%)	0/6 (0%)

Tabel 14 : In welke mate zijn eerstelijnsgezondheidswerkers geneigd om de PAINAD-schaal aan te bevelen aan collega's?

4.2.7.4. Welke redenen zouden eerstelijnsgezondheidswerkers aanhalen om hun collega's te overtuigen de PAINAD-schaal te gebruiken?

- Rusthuisverpleegkundigen VR1 (50-65 jaar), VR3 (50-65 jaar), thuisverpleegkundigen VT1 (50-65 jaar) en VT2 (31-40 jaar) zouden de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's aangezien deze duidelijk, weinig tijdrovend en eenvoudig te gebruiken is.
  VT1 wil de PAINAD-schaal aanbevelen als een soort van leidraad voor het evalueren van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking.
- Rusthuisverpleegkundige VR2 (50-65 jaar) en rusthuisverpleegkundige VR4 (21-30 jaar) zouden de PAINAD-schaal vooral aanbevelen aan pas afgestudeerde of minder goed geschoolde collega-zorgverleners. De PAINAD-schaal kan helpen om kennis op te doen en als steun bij de verzorging. De PAINAD-schaal zou volgens VR2 reeds in de basisopleiding moeten gedoceerd worden.

- Thuisverpleegkundige VT3 (21-30 jaar) vindt dat er in de thuisverpleegkunde meer aandacht moet besteed worden aan pijn bij patiënten die zich niet meer verbaal kunnen uiten. De PAINAD-schaal kan hierbij voor een betere begeleiding zorgen. VT3 merkt uit eigen ervaring dat pijnobservatieschalen reeds vlotter worden toegepast in het ziekenhuis.
- Rusthuiszorgkundige ZR3 (50-65 jaar) zou het gebruik van de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's bij bewoners die men nog niet goed kent.
  Rusthuiszorgkundige ZR5 (50-65 jaar) denkt dat collega's door middel van het gebruik van de PAINAD-schaal hun bewoners beter zullen leren kennen en ze hen op deze manier ook beter zullen kunnen helpen en begeleiden bij pijn.
- Huisartsen HA2 (41-50 jaar), HA3 (>65 jaar) en thuisverpleegkundige VT3 (21-30 jaar) vinden dat naast hun collega's ook mantelzorgers gebruik zouden moeten kunnen maken van de PAINAD-schaal.
- Huisarts HA3 (> 65 jaar) denkt dat collega-huisartsen pas kunnen overtuigd worden om de PAINAD-schaal te gebruiken, wanneer deze simultaan gebruikt wordt door andere hulpverleners, die voor eenzelfde patiënt zorgen.
  Bij de oprichting van de eerstelijnszorgzones zal intensieve samenwerking moeten plaatsvinden tussen verschillende disciplines. De PAINAD-schaal kan hierbij optreden als interessant communicatiehulpmiddel.

4.2.8. Wat waren de obstakels voor het implementeren van de PAINAD-schaal?

Slechts 25 van de 56 gerekruteerde eerstelijnsgezondheidswerkers hebben de PAINAD-schaal uiteindelijk geïmplementeerd. Van de overige 31 eerstelijnsgezondheidswerkers werden er 6 (3 huisartsen, 2 thuisverpleegkundigen en 1 rusthuisverpleegkundige) nogmaals telefonisch gecontacteerd.
Er werd hen gevraagd naar de redenen waarom ze niet bereid waren om de PAINAD-schaal te implementeren. Daarnaast werd ook geïnformeerd naar het feit of ze interesse hadden in een opleiding met betrekking tot pijnbeoordeling bij patiënten met een cognitieve beperking en of deze opleiding hen extra kon gemotiveerd hebben om toch deel te nemen aan de implementatie.

Een gebrek aan tijd door een grote drukte op de werkvloer zorgde ervoor dat rusthuisverpleegkundige VR8 (31-40 jaar), thuisverpleegkundige VT8 (21-30 jaar) en huisarts HA6 (41-50 jaar) de PAINAD-schaal niet hebben geïmplementeerd. Allen zijn ze geïnteresseerd in een opleiding omtrent dit topic, maar dit zou hen er niet toe bewogen hebben om toch deel te nemen aan het implementatieonderzoek.

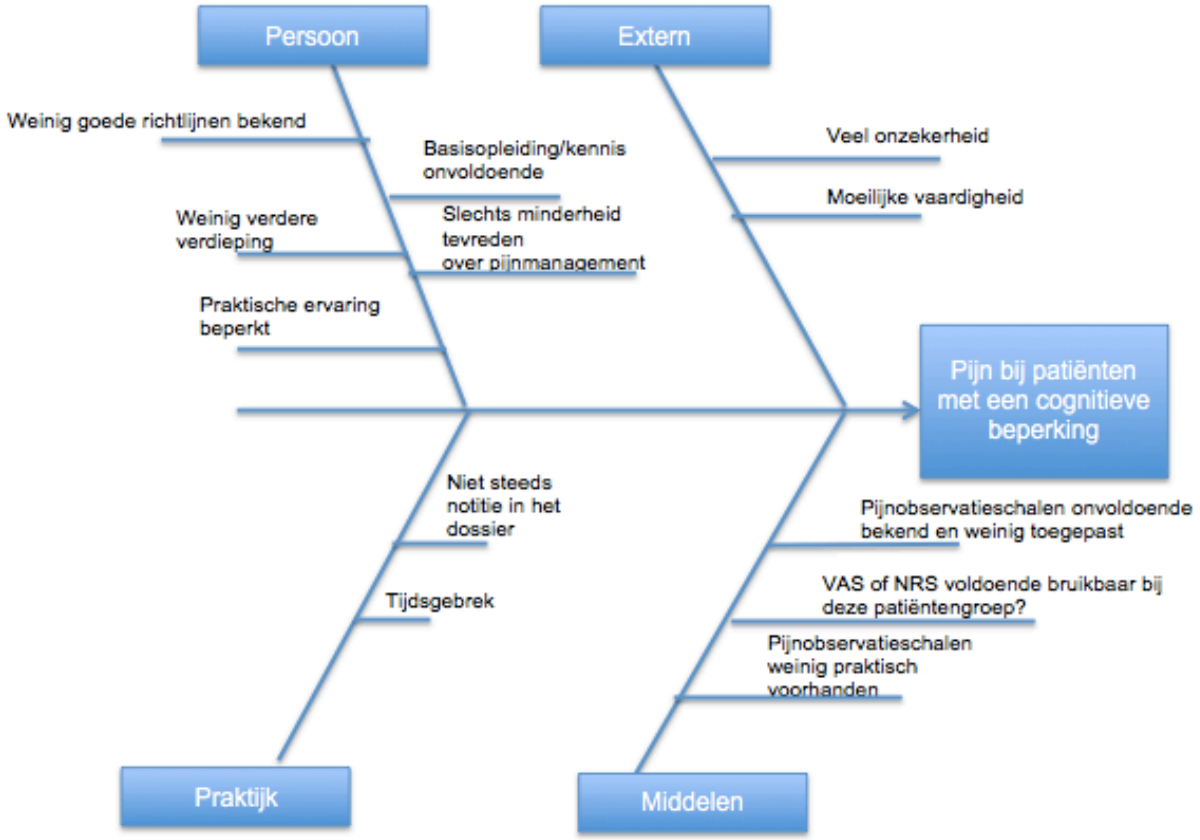
Thuisverpleegkundige VT9 (21-30 jaar) vond het feit dat de PAINAD-schaal aan haar werd geïntroduceerd door middel van geschreven informatie en zelfstudie een barrière om ze te implementeren. Een bijscholing ter introductie van de PAINAD-schaal zou haar er wel toe aangezet hebben om de implementatie alsnog uit te voeren.

Huisartsen HA7 (41-50 jaar) en HA8 (> 65 jaar) vonden geen geschikte patiënten die voldeden aan de criteria (cognitief beperkt en pijn lijdend) en dit was voor hen een barrière om verder deel te nemen aan het praktijkproject. Enkel HA7 toonde interesse voor een opleiding hieromtrent, maar dit zou bij geen van beiden een verschil gemaakt hebben met betrekking tot motivatie tot verdere deelname.

5. Discussie

5.1. Visgraatanalyse

In onderstaand visgraatdiagram (figuur 13) worden de factoren besproken die bijdragen tot het ontstaan en het in stand houden van onvoldoende herkenning en onderbehandeling van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking, weerhouden na literatuuronderzoek en de analyse van de resultaten.



Figuur 13: Visgraatanalyse

5.1.1. Persoonsgebonden factoren

Uit de literatuurstudie kwam reeds naar voor dat het gebrek aan kennis met betrekking tot het herkennen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking de belangrijkste oorzaak is van onderbehandeling van pijn bij deze patiëntengroep, wat mogelijks een negatieve invloed kan hebben op de kwaliteit van leven van deze patiënten. [2, 4]

Uit de resultaten van de voorafbevraging kwam naar voor dat er in de basisopleiding van de vier groepen eerstelijnsgezondheidswerkers onvoldoende aandacht wordt besteed aan pijn bij patiënten met een cognitieve beperking.
Voornamelijk huisartsen zijn wat dit betreft slecht opgeleid; bij de andere groepen heeft ongeveer de helft hieromtrent enige vorm van opleiding genoten.
Thuisverpleegkundigen zijn hieromtrent het best opgeleid.

Deze bevinding staat haaks tegenover de veronderstelling uit het onderzoek van Zwakhalen et al. waarin vermoed werd dat de kennis van thuisverpleegkundigen over pijnmanagement bij patiënten met een cognitieve beperking waarschijnlijk niet beter zou zijn dan van rusthuisverpleegkundigen. [3]

Bijkomend laten de resultaten ons zien dat slechts een minderheid (= 12,5%) van de 56 eerstelijnsgezondheidswerkers zich na hun basisopleiding verder verdiept heeft in deze materie.
De huisartsen en rusthuisverpleegkundigen doen het hier beter dan de overige groepen.

Slechts een minderheid (= 19,64%) van de 56 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers kent één of meerdere goede richtlijnen die hen kunnen helpen bij het herkennen en beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Niet allen passen ze deze richtlijn(en) ook toe.
Dit stemt volledig overeen met de bevindingen uit het literatuuronderzoek. [2]
De thuisverpleegkundigen zijn iets meer vertrouwd met dergelijke richtlijnen, dan de andere beschouwde beroepsgroepen, en passen deze ook vaker toe.

Uit de voorafbevraging is ook gebleken dat slechts een minderheid van de ondervraagde artsen, rusthuisverpleegkundigen –en zorgkundigen tevreden is over hun pijnbeleid bij patiënten met een cognitieve beperking. Dit doet vermoeden dat deze beroepsgroepen zich wel degelijk bewust zijn van het probleem.
Thuisverpleegkundigen zijn over het algemeen meer tevreden gebleken over hun beleid.
Het feit dat de thuisverpleegkundigen reeds voor de implementatie beter opgeleid en meer tevreden waren over hun pijnbeleid, dan de andere groepen doet vermoeden dat pijnbeoordeling bij patiënten met een cognitieve beperking in de thuisverpleegkunde beter is doorgedrongen dan bij de overige groepen.

Slechts ongeveer een derde (= 37,50%) van de ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers vindt dat hij of zij eerder veel tot veel praktische ervaring heeft met het beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Een groot aandeel van de ondervraagde populatie staat echter reeds meerdere jaren in het vak.
De ondervraagde rusthuisverpleegkundigen gaven echter aan opvallend meer ervaring te hebben opgebouwd met betrekking tot deze materie.

Uit bovenstaande bevindingen kan men besluiten dat er in de basisopleiding, alsook wat betreft de navorming van de beschouwde zorgberoepen (en zeker de huisartsen) meer aandacht moet besteed worden aan het thema pijn bij patiënten met een cognitieve beperking.
Nederlandstalige multidisciplinaire richtlijnen, cfr. Verenso en V&VN zijn ter beschikking, maar zijn nog onvoldoende bekend bij de beschouwde zorgberoepen. [2, 4]
Tijdens een opleidingsmoment kunnen deze richtlijnen eventueel geïntroduceerd worden.

5.1.2. Externe factoren

Slechts ongeveer één derde (= 33,96%) van de 56 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers is eerder zeker tot zeker dat zijn of haar inschatting van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking correct is.
De overgrote meerderheid (= 96,43%) van de 56 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers geeft dan ook toe dat het beoordelen en herkennen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking een (eerder) moeilijke vaardigheid is.

Pijn is hoe dan ook een subjectieve gewaarwording van iets onaangenaams en de drempel tot pijn verschilt van persoon tot persoon. Het feit dat een persoon moeilijk of niet kan communiceren maakt de herkenning ervan alleen maar moeilijker.

5.1.3. Middelengebonden factoren

De gouden standaard voor het herkennen en beoordelen van pijn bestaat in het algemeen uit zelfrapportage door de patiënt zelf, anamnese en klinisch onderzoek.
Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat bij patiënten met een cognitieve beperking pijn moeilijk tot niet op deze wijze kan worden vastgesteld. Observatie van het gedrag van de patiënt, met eventueel gebruik van een pijnobservatieschaal, en hetero-anamnese worden naar voor geschoven als alternatieven. [2, 4, 8, 9]

Uit de voorafbevraging is gebleken dat alle groepen eerstelijnsgezondheidswerkers gebruik maken van deze alternatieven bij pijnbeoordeling bij patiënten met een cognitieve beperking.
Het begrip pijnobservatieschaal op zich als methode om pijn te beoordelen, is matig tot goed bekend (= 67,86%) bij de 56 ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers, en het best bij huisartsen en thuisverpleegkundigen.
Toch werd gezien dat het niet bij iedere vermelde pijnschaal effectief gaat om een pijnobservatieschaal. Hierbij wordt gedacht aan de Visueel Analoge Schaal (VAS) of een Numeric Rating Scale (NRS) van 1 tot 10. Deze laatste zijn geen pijnobservatieschalen en volgens het literatuuronderzoek is hun waarde als methode om pijn vast te stellen bij patiënten met een cognitieve beperking beperkt. [8]

Ongeveer de helft (= 47,37%) van de 56 eerstelijnsgezondheidswerkers die één of meerdere pijnobservatieschalen kennen, past deze ook daadwerkelijk toe. Voornamelijk huisartsen en thuisverpleegkundigen maken er reeds gebruik van.
De ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers zijn gematigd positief over het gebruiksgemak van deze gekende en toegepaste schalen.
Zij die geen pijnobservatieschaal toepassen, vinden voornamelijk het gebruik er van te omslachtig; bovendien zijn ze niet gekend in de praktijk of de afdeling, noch praktisch beschikbaar.

5.1.4. Praktijkgebonden factoren

Over het algemeen is uit de voorafbevraging gebleken dat de pijnbeoordeling bij patiënten met een cognitieve beperking niet steeds wordt genoteerd in het dossier. Voornamelijk bij huisartsen is dit het geval.
Uit het literatuuronderzoek is nochtans gebleken dat dit een factor is die bijdraagt aan de gebrekkige herkenning en onderbehandeling van pijn bij deze patiëntengroep. [2]
De vier groepen eerstelijnszorgverleners, en in het bijzonder de huisartsen, dienen dus aangezet te worden meer in het dossier te noteren.

Uit de voorafbevraging werd duidelijk dat slechts net iets meer dan de helft (55%) van de 56 eerstelijnsgezondheidswerkers maximum 5 minuten tijd nodig had om een pijnbeoordeling te voltooien bij een patiënt met een cognitieve beperking.
Het is algemeen geweten dat eerstelijnsgezondheidswerkers vaak aan een grote tijdsdruk zijn blootgesteld en er niet lang bij bepaalde taken kan worden stilgestaan.
Na bevraging van enkele eerstelijnsgezondheidswerkers, die niet verder hebben deelgenomen aan het implementatieonderzoek, bleek inderdaad dat een gebrek aan tijd een obstakel kan zijn om de PAINAD-schaal te leren gebruiken.
Nochtans is uit de nabevraging gebleken dat de meerderheid van de ondervraagden, die de PAINAD-schaal wel hebben toegepast, het gebruik van de PAINAD-schaal niet tijdrovend vindt.

5.1.5. Van visgraatanalyse naar implementatie van PAINAD-schaal in de praktijk

Vanuit deze visgraatanalyse wordt vervolgens nagegaan of de implementatie van de PAINAD-schaal bij 4 groepen eerstelijnsgezondheidswerkers nu een oplossing kan bieden voor enkele van deze bovenvermelde factoren.
Met andere woorden: kan aan de vier groepen eerstelijnszorgverleners een methode voor pijnbeoordeling bij niet-communicatieve patiënten worden aangereikt, die aanvaardbaar is, meer zekerheid kan bieden, weinig tijdrovend en makkelijk in gebruik is?

5.2. Conclusies na implementatie van de PAINAD-schaal en vergelijking met het literatuuronderzoek

5.2.1. Tijdsinvestering

Een grote meerderheid (= 88%) van de 25 eerstelijnsgezondheidswerkers, die de PAINAD-schaal hebben uitgetest, had hoogstens 5 minuten tijd nodig per gedragsobservatie en afname van de PAINAD-schaal.
Een grote meerderheid (= 84%) van deze 25 zag deze tijdsinvestering als een positief punt van de PAINAD-schaal.
Dit komt overeen met de bevindingen uit het onderzoek van Horgas en Miller, die stelden dat de afname van de PAINAD-schaal minder dan vijf minuten gedragsobservatie vergt. [16]

Dit bovenstaande doet besluiten dat een grote meerderheid van de deelnemende eerstelijnsgezondheidswerkers de PAINAD-schaal als een aanvaardbare, weinig tijdrovende methode ziet om pijn vast te stellen bij patiënten met een cognitieve beperking.
Mogelijks kan het gebruik van de PAINAD-schaal een methode zijn om sneller pijn vast te stellen bij patiënten met een cognitieve beperking, maar verder onderzoek hiernaar dient nog te gebeuren.

5.2.2. Gebruiksgemak

Wat betreft gebruiksgemak vindt net iets meer dan de helft (= 52%) van de deelnemende eerstelijnsgezondheidswerkers dat de PAINAD-schaal, naast weinig tijdrovend, ook overzichtelijk en makkelijk te interpreteren is.
Iets minder dan de helft (= 44%) van de deelnemers ervoer geen negatieve punten wat betreft het gebruiksgemak van de PAINAD-schaal.
Uit de voorafbevraging kwam naar voor dat eenvoud het tweede meest bepalende criterium was voor de eerstelijnsgezondheidswerkers om een pijnobservatieschaal (verder) toe te passen. De PAINAD-schaal komt hier deels aan tegemoet.

Met het zicht op dit gemakkelijk gebruik werd de PAINAD-schaal net ontwikkeld. Volgens Verenso is deze mogelijks meer gebruiksvriendelijk dan de PACSLAC en Doloplus-2. [2]
Enkele thuisverpleegkundigen hebben dankzij dit praktijkproject reeds de PAINAD – en PACSLAC-schaal kunnen vergelijken.
Verder onderzoek dat deze en andere pijnobservatieschalen of andere pijnevaluatiemethodes onderling vergelijkt, dient nog uitgevoerd te worden in de eerste lijn vooraleer verdere conclusies kunnen getrokken worden.

5.2.3. Zekerheid met betrekking tot aan –of afwezigheid van pijn

Onzekerheid wegnemen kwam in de voorafbevraging naar voor als het meest bepalende criterium voor de ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers om een pijnobservatieschaal (verder) te gebruiken.
Zestig procent van de 25 deelnemers, die de PAINAD-schaal hebben toegepast, vond dat ze eerder meer tot meer zekerheid heeft verkregen omtrent de aan –of afwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking, door middel van gebruik van de PAINAD-schaal.

We kunnen dus besluiten dat de PAINAD-schaal op dit vlak toch enigszins in haar opzet geslaagd is.
Er dient echter rekening gehouden te worden met de mogelijks lage specificiteit van de PAINAD-schaal en het groot aantal vals positieven dat hieraan verbonden is.
De gedragskenmerken die zijn geïncludeerd in de PAINAD-schaal kunnen namelijk ook wijzen op andere vormen van ongemak, dan pijn. [2, 9, 10, 18]
Ook enkele van de ondervraagde eerstelijnsgezondheidswerkers maakten deze bedenking tijdens het kwalitatief onderzoek.

5.2.4. Invloed op het beleid

Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft tijdens de implementatieperiode slechts weinig invloed uitgeoefend op het beleid van de eerstelijnsgezondheidswerkers. Ongeveer een derde (= 32%) van de 25 deelnemers vindt dat het beleid eerder wel beïnvloed is erdoor; niemand vindt dat het beleid in grote mate is beïnvloed.
Invloed op het beleid vond plaats of zou kunnen plaatsvinden door middel van volgende interventies:

- Sneller stilstaan bij het feit dat deze patiëntenpopulatie pijn kan hebben (en weten op welke tekenen men moet letten)
- Sneller toedienen van pijnstilling of instellen van andere comfortmaatregelen
- Sneller overleg plegen met collega's of andere hulpverleners
- Sneller investigaties uitvoeren

Het gebruik van de PAINAD-schaal had tijdens de implementatieperiode nauwelijks invloed op het beleid van de huisartsen, aangezien deze de patiënten veel minder frequent zagen dan de overige beroepsgroepen. Bovendien hadden veel patiënten op moment van afname geen pijn, wat ook een reden was voor twee huisartsen om niet verder deel te nemen aan het implementatieonderzoek.
Om meer uitgebreide conclusies te kunnen trekken wat betreft invloed van de PAINAD-schaal op hun beleid, dient deze schaal gedurende een langere periode geïmplementeerd en onderzocht te worden, door een grotere groep huisartsen.

5.2.5. Aanbevelingen bij de PAINAD-schaal

Geen enkele van de 25 ondervraagde eerstelijnszorgverleners staat negatief tegenover het verder toepassen van de PAINAD-schaal in de toekomst.
Een grote meerderheid (84%) van de eerstelijnszorgverleners zou de PAINAD-schaal bovendien eerder wel tot wel degelijk aanbevelen aan collega-zorgverleners.
Geen enkele van de eerstelijnszorgverleners heeft het gebruik van de PAINAD-schaal als negatief ervaren.

Hoewel deze dus grotendeels nieuw was voor de meeste eerstelijnszorgverleners en zelfs totaal nieuw voor de rusthuiszorgkundigen, kunnen we uit dit praktijkproject mogelijks besluiten dat de PAINAD-schaal wel degelijk een bruikbaar en aanvaardbaar hulpmiddel is voor deze heterogene groep eerstelijnsgezondheidswerkers om pijn bij patiënten met een cognitieve beperking vast te stellen. Deze onderzochte groep zorgverleners ziet wel degelijk mogelijkheden in het gebruik van de PAINAD-schaal en is niet ontevreden hierover.

Twee eerdere onderzoeken, uitgevoerd in België en reeds beschreven in de literatuurstudie, toonden reeds veelbelovende resultaten voor wat betreft het gebruik van de PAINAD-schaal bij patiënten met een cognitieve beperking in de eerste lijn. [19,20]

Bijna tweederde (= 64%) van de 25 deelnemers, die de PAINAD-schaal hebben uitgetest, zouden meer geneigd zijn de PAINAD-schaal in de toekomst verder toe te passen indien deze meer praktisch ter beschikking zou gesteld worden. Bijvoorbeeld onder de vorm van een applicatie voor tablet, computer of smartphone, ofwel op een een kaartje op zakformaat.
Bij enkele thuisverpleegkundigen (VT2, VT3, VT4 en VT5) was de PAINAD-schaal reeds (toevallig) geïntegreerd in de software van het Elektronisch Verpleegkundig dossier. Door dit praktijkproject hebben ze de PAINAD-schaal beter leren kennen en zijn ze geneigd deze verder te gebruiken.

Iets minder dan de helft (= 44%) van de 25 eerstelijnszorgverleners, die de PAINAD-schaal hebben toegepast, denkt dat een opleiding vooraf zinvol kan zijn vooraleer de PAINAD-schaal wordt gebruikt.
Warden et al. stellen dat een opleiding van twee uur vereist is vooraleer de PAINAD-schaal vlot kan worden gebruikt. [15]

5.3. Wat betekent dit voor de praktijk?

Uit het bovenstaande kan besloten worden dat de PAINAD-schaal een weinig tijdrovend, beknopt en aanvaardbaar instrument kan zijn voor de herkenning van pijn bij een populatie die deze pijn moeilijk tot niet zelf kan aangeven.
In de zorg voor een patiënt met een cognitieve beperking, is de huisarts meestal het eerste aanspreekpunt, maar de zorg gebeurt steeds in overleg met verschillende andere actoren die ook werkzaam zijn binnen de eerste lijn. Vandaar het belang dat ook zij het bestaan van deze pijnevaluatiemethoden kennen en ze ook kunnen toepassen.

Vooraleer kan overgegaan worden tot een veralgemeend gebruik van de PAINAD-schaal is het wenselijk dat deze praktisch ter beschikking wordt gesteld.
Voor onze praktijk zou eventueel een applicatie voor het Elektronisch Medisch Dossier kunnen ontwikkeld worden.

Ook het organiseren van een opleiding of bijscholing voor huisartsen en andere betrokken actoren lijkt zeer zinvol vooraleer tot veralgemeend gebruik van de PAINAD-schaal over te gaan.
Deze opleiding dient op zijn minst te bestaan uit volgende onderdelen:

- Stappenplan bij herkenning van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking (bijvoorbeeld cfr. Herr et al. [9]; zie tabel 1, p. 12)
- Het aanreiken van bestaande praktische richtlijnen (bijvoorbeeld Verenso en V&VN [2, 4])
- Een workshop die het gebruik van de PAINAD-schaal demonstreert en aanleert.
- Algemene principes met betrekking tot pijnbeleid

Dit alles om in te spelen op het gebrek aan kennis dat heerst omtrent dit onderwerp.

Tenslotte lijkt het zinvol om alle actoren te stimuleren tot het noteren van pijnevaluaties –of scores in het patiëntendossier, zodat collega's en andere zorgverleners op de hoogte zijn van mogelijke aan –of afwezigheid van pijn. Dit draagt op deze manier bij tot een goede opvolging en het verzekeren van de continuïteit.

5.4. Sterktes en zwaktes van deze studie

Een belangrijke sterkte van dit praktijkproject is dat het de PAINAD-schaal succesvol heeft kunnen introduceren bij een heterogene groep eerstelijnsgezondheidswerkers, die allen zorg dragen voor één of meerdere patiënten met een cognitieve beperking.
In het kader van de oprichting van eerstelijnszorgzones, zoals voorgesteld door Vlaams Minister van Volksgezondheid Jo Vandeurzen in juli 2017, zal het inderdaad de bedoeling zijn dat de verschillende eerstelijnsgezondheidswerkers meer actief gaan samenwerken, zowel met elkaar als met de patiënt, het lokale bestuur en de lokale zorg –en welzijnsorganisaties. De patiënt, voor wie men zorg draagt, staat steeds centraal. [21]
In dit opzicht kan de PAINAD-schaal inderdaad een rol spelen als communicatiemiddel tussen de verschillende actoren en voor hen een aanvaardbare methode zijn om pijn bij patiënten met een cognitieve beperking vast te stellen.

Minder dan de helft van het aantal deelnemers dat de voorafbevraging heeft ingevuld, heeft verder deelgenomen aan dit praktijkproject en heeft de PAINAD-schaal geïmplementeerd.
Bovendien wordt ook het geringe aantal huisartsen dat heeft deelgenomen aan dit praktijkproject in het kader van de masterproef Huisartsgeneeskunde aanzien als zwakte van deze studie.

Zoals reeds hogerop vermeld, bestond bij de voorafbevraging enige verwarring rond de term ‘pijnobservatieschaal’. Verschillende pijnschalen, zoals Visueel Analoge Schaal (VAS) of Numeric Rating Scale (NRS) werden door de deelnemers ten onrechte aanzien als pijnobservatieschalen.
Pijnobservatieschalen zijn pijnschalen die als doel hebben pijn vast te stellen, door middel van observatie van het gedrag van de patiënt.
Deze definitie diende voor het uitdelen van de eerste enquête aan de deelnemers beschikbaar gesteld te worden, wat mogelijks kon geleid hebben tot minder verwarring omtrent deze terminologie.

De PAINAD-schaal werd door Warden et al. oorspronkelijk ontwikkeld en gevalideerd voor gebruik bij patiënten met een gevorderde vorm van dementie. [15]
De PAINAD-schaal werd in dit praktijkproject in mindere mate ook gebruikt bij patiënten voor wie deze niet gevalideerd is, zoals palliatieve patiënten of patiënten met hersentrauma of - trombose in het verleden, wat kan aanzien worden als zwakte van de studie. [3]
Toch schuilt hierin een sterkte, namelijk dat de PAINAD-schaal, hoewel niet gevalideerd, ook bij gebruik bij een heterogene groep niet-communicatieve patiënten goed bevonden werd.
De Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS) kan een veelbelovend alternatief zijn, aangezien deze gevalideerd is voor zowel ouderen met cognitieve problemen als niet-communicatieve volwassenen. De evidentie met betrekking tot de REPOS-schaal is beperkt en verder onderzoek hiernaartoe dient te gebeuren. [4, 14]

Het feit dat er voor de implementatie geen opleiding werd voorzien, behalve een geschreven informatiebrief met instructies en een korte mondelinge uiteenzetting, kan aanzien worden als zwakte van dit praktijkproject. Een twee uur durende opleiding voor gebruik wordt namelijk aanbevolen in de literatuur (zie hoger).

5.5. Toekomstig onderzoek

Verder onderzoek kan er in bestaan om de PAINAD-schaal te laten implementeren en evalueren door andere groepen eerstelijnszorgverleners. Hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten, werkzaam zowel in de residentiële als in de thuiszorg.
Ook mantelzorgers zouden de PAINAD-schaal kunnen leren gebruiken om de aanwezigheid van pijn te beoordelen bij hun naasten.
Daarnaast kunnen ook andere pijnobservatieschalen geïmplementeerd en eventueel vergeleken worden met de PAINAD-schaal.

Gezien de beperkte steekproefgrootte van dit praktijkproject, kan het vervolgens de moeite lonen om in de toekomst meer huisartsen te betrekken bij het implementeren van pijnevaluatiemethodes.
Bij voorkeur worden deze dan getest bij meerdere patiënten, gedurende een langere periode en in samenwerking met overige eerstelijnszorgverleners.
Het lijkt raadzaam om vooraf eventueel mogelijke barrières voor deelname af te toetsen bij deze beroepsgroep.

Verder onderzoek zal zich tenslotte ook moeten richten op het verder valideren van de beschouwde pijnobservatieschalen, aangezien de evidentie hieromtrent nog steeds beperkt is. [10, 12]
Ook kan men zich richten op het ontwikkelen van nieuwe methodes om pijn bij patiënten met een cognitieve beperking te beoordelen, die bij voorkeur gevalideerd zijn voor gebruik bij meerdere vormen van cognitieve beperking.

Referenties

[1] Defrin R. et al. Experimental pain processing in individuals with cognitive impairment: current state of the science. Pain 2015. 156(8): 1396-1408.

[2] Verenso. Multidisciplinaire Richtlijn Pijn, Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deel 1. Utrecht: Verenso 2011 (herziene tekst 2016). Beschikbaar via: http://www.verenso.nl/wat-doen-wij/vakinhoudelijke-producten/richtlijnen/pijn/#.WYm5qNPyjUo

[3] Zwakhalen S.M., Hamers J.P., et al. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. Pain Res Manag 2007; 12(3): 177-84.

[4] V&VN. Multidisciplinaire richtlijn, Signaleren van pijn bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: V&VN 2015.
Beschikbaar via: http://www.venvn.nl/Artikelen/ID/90630/Richtlijnen-VVN-voor-signaleren-pijn-en-lichamelijk-ongemak

[5] Tan E.C., et al. Prevalence of analgesic use and pain in people with and without dementia of cognitive impairment in aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. Curr Clin Pharmacol 2015; 10(3): 194-203.

[6] Achterberg W. et al. Pain management in patients with dementia. Clin Interv Aging 2013; 8: 1471-82.

[7] Passmore P., Cunningham E. Pain assessment in cognitive impairment. J Pain Palliat Care Pharmacother 2014; 28(3): 305-307.

[8] de Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, van Bommel M et al. NHG-Standaard Pijn. Huisarts en Wetenschap 2015; 58(9): 472-485.

[9] Herr K., Coyne P.J. et al. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. Pain Manag Nurs 2011; 12(4): 230-250.

[10] Lichtner V. et al. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. BMC Geriatr 2014; 14:138. doi: 10.1186/1471-2318-14-138.

[11] American Geriatrics Society. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons: The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002, 50(Suppl): S205-24.

[12] Closs SJ, Dowding D, Allcock N, et al. Towards improved decision support in the assessment and management of pain for people with dementia in hospital: a systematic meta-review and observational study. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 Oct. (Health Services and Delivery Research, No. 4.30.) Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390792/ doi: 10.3310/hsdr04300

[13] Zwakhalen S.M., Hamers J.P., Berger M.P. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. Pain 2006; 126(1-3): 210-220.

[14] van Herk R. et al. The Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS): A new behavioral pain scale for non-communicative adults and cognitive impaired elderly. J Pain Manag 2009; 1(4): 357-366

[15] Warden V., Hurley A.C., Volicer L. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. J Am Med Dir Assoc 2003; 4(1): 9-15.

[16] Horgas A., Miller L. Pain Assessment in People with Dementia. Am J Nurs. 2008; 108(7): 62-70.

[17] Zwakhalen SM, van der Steen JT, Najim MD. Which Score Most Likely Represents Pain on the Observational PAINAD Pain Scale for Patients with Dementia? J Am Med Dir Assoc 2012; 13(4): 384-389.

[18] Jordan A., Hughes J. The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26(2): 118-26.

[19] van Iersel T., Timmerman D., Mullie A. Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. Int J Palliat Nurs 2006; 12(2): 54-9.

[20] Van Schepdael L. PAINAD: Waardevol instrument voor de detectie van pijn bij personen met gevorderde dementie? Masterproef in het kader van de opleiding Huisartsgeneeskunde, acedemiejaar 2016 – 2017.

[21] Zorg –en hulpverleners in heel Vlaanderen verenigen zich in 60-tal eerstelijnszones. Internet site Jo Vandeurzen 2018. Beschikbaar via: http://www.jovandeurzen.be/nl/zorg-en-hulpverleners-heel-vlaanderen-verenigen-zich-60-tal-eerstelijnszones. Geraadpleegd 2018 maart 29.

Lijst met bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst voorafbevraging

In deze bijlage wordt de enquête, gebruikt bij de voorafbevraging, weergegeven.

Bijlage 2: PAINAD-schaal – informatiebrief

In deze bijlage kan de informatiebrief, die aan de eerstelijnszorgverleners werd overhandigd voor de implementatie van de PAINAD-schaal, worden geraadpleegd.

Bijlage 3: Semi-gestructureerd interview

In deze bijlage worden de vragen weergegeven die tijdens het semi-gestructureerd interview werden gesteld.

Bijlage 4: Vragenlijst nabevraging

In deze bijlage wordt de enquête, gebruikt bij de nabevraging, weergegeven.

Bijlage 5: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

In deze bijlage vindt u het protocol van deze studie dat werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis te Gent.

Bijlage 6: Gunstig advies van het Ethisch Comité

In deze bijlage vindt u het gunstig advies van het Ethisch Comité voor deze studie.

Bijlage 7: Extra resultaten voorafbevraging

In deze bijlage worden extra resultaten uit de voorafbevraging weergegeven, die niet werden opgenomen in de eigenlijke scriptie.

Bijlage 8: Extra resultaten nabevraging (kwantitatief)

In deze bijlage worden extra resultaten uit de achterafbevraging weergegeven, die niet werden opgenomen in de eigenlijke scriptie.

Bijlage 9: Extra resultaten nabevraging (kwalitatief)

In deze bijlage kan een samenvatting van de semi-gestructureerde interviews en kwalitatieve gegevens uit de vragenlijst worden geraadpleegd.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst voorafbevraging

1. Wat is uw leeftijd?
   - □ < 21 jaar
   - □ 21 – 30 jaar
   - □ 31 – 40 jaar
   - □ 41 – 50 jaar
   - □ 50 – 65 jaar
   - □ > 65 jaar

2. Wat is uw beroep?
   - □ huisarts (-in-opleiding)
   - □ zorgkundige, werkzaam in een rust- en verzorgingstehuis
   - □ zorgkundige, werkzaam in de thuiszorg
   - □ verpleegkundige, werkzaam in een rust- en verzorgingstehuis
   - □ verpleegkundige, werkzaam in de thuiszorg

3. Heeft u in uw basisopleiding lessen gekregen in verband met pijnmanagement (= evaluatie en behandeling van pijn) in het algemeen?
   - □ geen
   - □ 1 – 4 uur
   - □ > 4 uur

4. Vanuit uw huidige werkcontext: hoe beoordeelt u de opgedane kennis rond pijnmanagement (= evaluatie en behandeling van pijn) in uw basisopleiding?
   - □ onvoldoende
   - □ eerder onvoldoende
   - □ neutraal
   - □ eerder voldoende
   - □ voldoende
   - □ meer dan voldoende

5. Heeft u in uw basisopleiding lessen gekregen in verband met pijnmanagement (= evaluatie en behandeling van pijn), specifiek bij patiënten met een cognitieve beperking?
   - □ geen
   - □ 1 – 4 uur
   - □ meer dan 4 uur

6. Heeft u zich na uw basisopleiding verder verdiept in pijnmanagement (= evaluatie en behandeling van pijn), specifiek bij patiënten met een cognitieve beperking?
    - □ ja
    - □ nee

    a. Zo ja, hoe heeft u zich verder verdiept in deze materie?
    (meerdere antwoorden kunnen aangeduid worden)
        - □ zelfstudie
        - □ bijscholing
        - □ andere: ……

    b. Zo ja, wat was uw motivatie om zich verder te verdiepen in deze materie?
    (meerdere antwoorden kunnen aangeduid worden)
        - □ ik deed dit uit eigen interesse
        - □ de uitoefening van mijn beroep maakte dit noodzakelijk
        - □ ik ben aangestuurd door een collega of overste of vanuit de instelling
        - □ andere: ……..

7. In welke mate heeft u reeds praktische ervaring met het beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking?
    - □ geen
    - □ eerder weinig
    - □ weinig
    - □ eerder veel
    - □ veel

8. Ik vind het beoordelen van pijn bij mensen met een cognitieve beperking …. :
    - □ zeer makkelijk
    - □ eerder makkelijk
    - □ eerder moeilijk
    - □ zeer moeilijk
    - □ onmogelijk

9. Zijn er volgens u goede richtlijnen ter beschikking met betrekking tot het beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking?
   - □ ja
   - □ nee

   a. Zo ja, welke:
      - □ ……..

   b. Zo ja, past u deze toe in uw dagelijkse praktijk?
      - □ ja
      - □ nee

10. Hoe beoordeelt u pijn bij patiënten met een cognitieve beperking? (meerdere antwoorden kunnen aangeduid worden)
    - □ niet
    - □ rapportage door de patiënt zelf
    - □ rapportage door familie/vrienden/mantelzorgers van de patiënt
    - □ observatie van het gedrag van de patiënt
    - □ gebruik van een specifieke pijnobservatieschaal
    - □ andere: ……..

    a. In welke mate bent u zeker dat uw inschatting correct is?
       - □ helemaal onzeker
       - □ onzeker
       - □ eerder onzeker
       - □ neutraal
       - □ eerder zeker
       - □ zeker
       - □ helemaal zeker

    b. Hoelang duurt deze pijnbeoordeling bij een patiënt met een cognitieve beperking gemiddeld?
       - □ < 1 minuut
       - □ 1 – 5 minuten
       - □ 5 – 10 minuten
       - □ 10 – 30 minuten
       - □ > 30 minuten

    c. Wordt deze pijnbeoordeling telkens geregistreerd in het patiëntendossier?
       - □ ja
       - □ nee

11. Kent u reeds één of meerdere pijnobservatieschalen?
    - □ ja
    - □ nee

    a. Zo ja, welke:
    (meerdere antwoorden kunnen aangeduid worden)
        - □ PAINAD
        - □ PACSLAC
        - □ PACSLAC-D
        - □ REPOS
        - □ DOLOPLUS-2
        - □ andere: ……

    b. Zo ja, hoe heeft u kennis kunnen maken met deze pijnobservatiescha(a)l(en)?
    (meerdere antwoorden kunnen aangeduid worden)
        - □ zelfstudie (literatuuropzoeking, richtlijnen, ….)
        - □ basisopleiding
        - □ bijscholing
        - □ leren kennen in de praktijk/op de werkvloer
        - □ andere: ……..

    c. Zo ja, heeft u deze pijnobservatiescha(a)l(en) reeds toegepast bij het beoordelen van pijn bij een patiënt met een cognitieve beperking?
        - □ ja
        - □ nee

        i. Zo ja, vindt u deze makkelijk in gebruik?
            - □ ja
            - □ eerder wel
            - □ neutraal
            - □ eerder niet
            - □ nee

        ii. Zo nee, waarom heeft u deze pijnobservatieschaal nog niet toegepast?
        (meerdere antwoorden kunnen aangeduid worden)
            - □ voor het inschatten van de aanwezigheid van pijn bij een patiënt met een cognitieve beperking heb ik geen pijnobservatieschaal nodig
            - □ het gebruik van een pijnobservatieschaal is te omslachtig
            - □ praktische richtlijnen raden het gebruik van een pijnobservatieschaal niet aan
            - □ mijn collega(’s) en/of overste(n) raadt/raden het gebruik van een pijnobservatieschaal niet aan
            - □ andere: …….

12. Bent u tevreden over de manier waarop pijn wordt beoordeeld en behandeld bij uw patiënten met een cognitieve beperking (= patiënt waar u zorg voor draagt)?

    □ ja
    □ eerder wel
    □ neutraal
    □ eerder niet
    □ nee

13. Welke criteria zouden voor u bepalend kunnen zijn/zijn voor u bepalend om gebruik te maken van een pijnobservatieschaal?

    Gelieve een prioriteit ‘1’ toe te kennen aan het criterium dat voor u het meest bepalend zou zijn/is om gebruik te maken van een pijnobservatieschaal en een prioriteit ‘2’ voor het criterium dat het tweede meest bepalend zou zijn/is.

    □ wetenschappelijke fundering
    □ eenvoud
    □ tijdsinvestering
    □ onzekerheid wegnemen omtrent de eventuele aanwezigheid van pijn bij een patiënt met een cognitieve beperking
    □ andere: …….
    □ niet van toepassing (ik doe verder zoals ik bezig ben en zou geen gebruik maken van een pijnobservatieschaal)

Bijlage 2: PAINAD-schaal - informatiebrief

Praktische informatie met betrekking tot het gebruik van de PAINAD-schaal:

De PAINAD werd voor het eerst beschreven in een studie uitgevoerd door Warden et al. in 2003. [1] De schaal is ontwikkeld om pijn te evalueren bij patiënten die lijden aan een gevorderde vorm van dementie en hun pijn dus niet op verbale wijze kunnen uiten.
Men observeert het gedrag van patiënten en let op vijf specifieke gedragsindicatoren: ademhaling, onrustgeluiden, gelaatsuitdrukkingen, lichaamstaal en troostbaarheid. Deze vijf items worden gescoord van 0 tot en met 2. De totaalscore van de PAINAD-schaal bedraagt 10. Score '0' staat voor 'geen pijn', score '10' voor 'ernstige pijn'. [2]

Pain Assessment IN Advanced Dementia - **PAINAD**

	0	1	2	Score
Ademhaling	Normaal.	Incidentele moeizame ademhaling. Korte periode van hyperventilatie.	Luidruchtige moeizame ademhaling. Lange periode van hyperventilatie. Cheyne-Stokes-ademhaling.	
Onrustgeluiden, (negatieve geluiden)	Geen.	Incidenteel kreunen of kermen. Zacht spreken met een negatieve of afkeurende toon.	Herhaaldelijk angstig uitroepen. Luid kreunen of kermen. Huilen.	
Gezichtsuitdrukking	Glimlachend, of nietszeggend (neutraal, ontspannen).	Droevig. Bang. Fronsen.	Grimas.	
Lichaamstaal	Ontspannen.	Gespannen. Overstuur op en neer stappen, ijsberen Zenuwachtig bewegen.	Verstard. Gebalde vuisten. Opgetrokken knieën. Wegtrekken of wegduwen. Uithalen.	
Troostbaarheid	Niet nodig om te troosten.	Afgeleid of gerustgesteld door stem of aanraking.	Onmogelijk te troosten, af te leiden of gerust te stellen.	
				Totaal

PAINAD (Warden, Hurley, Volicer, 2001) Dutch version (translation) by the University of Maastricht (Zwakhalen et al., 2004)

Figuur: Pain Assessment in Advanced Dementia [1]

Volgens Zwakhalen et al. is pijn mogelijk aanwezig bij een PAINAD-score van '2' of meer. Bij deze score dient volgens deze auteurs een pijnbehandeling ingesteld te worden. Bij een PAINAD-score van '1' dient men waakzaam te zijn voor een mogelijke aanwezigheid van pijn, aangezien dit niet kan uitgesloten worden. [3]
Horgas en Miller stellen voor om bij een PAINAD-score van '1' of '2' comfortmaatregelen (zoals bijvoorbeeld herpositioneren of afleiden van de patiënt) in te stellen en een weinig sterke pijnstiller (bijvoorbeeld paracetamol = Dafalgan) toe te dienen. Een PAINAD-score van '5' tot en met '10' zou volgens deze auteurs aanleiding moeten geven tot het toedienen van sterkere pijnstillers, zoals een opioïd (bv. Tramadol), bovenop het toepassen van bovenstaande comfortmaatregelen. [2]

Nog volgens Horgas en Miller kost het gebruik van deze pijnobservatieschaal een verpleegkundige of andere gezondheidsprofessional minder dan vijf minuten gedragsobservatie. De PAINAD is specifiek ontwikkeld met het oog op een gemakkelijk gebruik. Voor het gebruik van deze schaal is het essentieel dat de gezondheidsprofessionals vertrouwd zijn met het gedrag van hun patiënten. De PAINAD dient bij voorkeur afgenomen te worden tijdens verschillende momenten en tijdens verschillende activiteiten (bv. rust, aangename activiteit en onaangename activiteit) [1, 2]

Referenties:

[1] Warden V., Hurley A.C., Volicer L. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. J Am Med Dir Assoc 2003; 4(1): 9-15.

[2] Horgas A., Miller L. Pain Assessment in People with Dementia. Am J Nurs. 2008; 108(7): 62-70.

[3] Zwakhalen SM, van der Steen JT, Najim MD. Which Score Most Likely Represents Pain on the Observational PAINAD Pain Scale for Patients with Dementia? J Am Med Dir Assoc 2012; 13(4): 384-389.

Bijlage 3: Semi-gestructureerd interview

1. Hoe heeft u het gebruik van de PAINAD-schaal ervaren?
    a. Welke waren de positieve punten?
    b. Welke waren de negatieve punten?
2. Welke opmerkingen/aanbevelingen heeft u omtrent het gebruik van de PAINAD-schaal?
3. Hoe vaak heeft u de PAINAD-schaal gebruikt in de afgelopen implementatieperiode?
4. Wat waren de diagnoses van de patiënt(en) bij wie u de PAINAD-schaal heeft gebruikt?
5. Wat was de tijdsinvestering?
    a. Ziet u dit als positief of negatief punt?
6. Heeft het gebruik van de PAINAD-schaal u meer zekerheid geboden met betrekking tot de eventuele aan –of afwezigheid van pijn?
    a. Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?
7. Heeft het gebruik van de PAINAD-schaal uw beleid beïnvloed? (niet-medicamenteus, medicamenteus, verwijzing?)
    a. Zo ja: hoe? / Zo nee: waarom niet?
8. Hoe staat u tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal in de toekomst?
    a. Waarom wel of niet verder gebruiken?
9. Zou u het gebruik van de PAINAD-schaal aanbevelen aan uw collega's?
    a. Zo ja/nee: Welke redenen zou u hiervoor opgeven?

Bijlage 4: Vragenlijst nabevraging

1. Hoe waren uw ervaringen met het gebruik van de PAINAD-schaal?
   - □ Zeer slecht
   - □ Slecht
   - □ Eerder slecht
   - □ Neutraal
   - □ Eerder goed
   - □ Goed
   - □ Zeer goed

2. Hoe vaak heeft u de PAINAD-schaal gebruikt in de afgelopen implementatieperiode?
   - □ 1 maal
   - □ 2 – 5 maal
   - □ 6 - 10 maal
   - □ > 10 maal

3. Wat waren de diagnoses van de patiënten bij wie u de PAINAD-schaal heeft gebruikt?
   (meerdere antwoorden kunnen aangekruist worden)
   - □ Dementie (alle types)
   - □ Mentale retardatie (= verstandelijke beperking)
   - □ Palliatieve patiënt
   - □ Hersentrauma
   - □ Hersentrombose/hersenbloeding in het verleden
   - □ Andere: ……..

4. Hoe zou u het gebruiksgemak van de PAINAD-schaal omschrijven?

   a. Welke waren de positieve punten?
      (meerdere antwoorden kunnen aangekruist worden)
      - □ Duidelijke instructies
      - □ Overzichtelijk
      - □ Makkelijk te interpreteren
      - □ Weinig tijdrovend
      - □ Goede schaal om patiënt op te volgen
      - □ Maakt pijnbeoordeling objectiever
      - □ Andere: ……

   b. Welke waren de negatieve punten?
      (meerdere antwoorden kunnen aangekruist worden)
      - □ Onduidelijke instructies
      - □ Onoverzichtelijk
      - □ Moeilijk te interpreteren
      - □ Tijdrovend
      - □ Geen goede schaal om patiënt op te volgen
      - □ Maakt pijnbeoordeling niet objectiever
      - □ Andere: ……..;

5. Welke aanbevelingen heeft u omtrent het gebruik van de PAINAD-schaal? (meerdere antwoorden kunnen aangekruist worden)
    - □ Opleiding voor gebruik lijkt mij handig
    - □ Vergelijking met andere pijnschalen mogelijk maken
    - □ Andere gedragskenmerken ook includeren in de schaal
    - □ Integreren in tablet/computer/smartphone of kaartje op zakformaat
    - □ Ik zou graag opmerkingen willen toevoegen bij de score
    - □ Ik zou graag willen toevoegen waar de pijn zich mogelijks bevindt
    - □ Andere: ……..;

6. Wat was de tijdsinvestering (per afname van de PAINAD-schaal)?
    - □ < 1 minuut
    - □ 1 – 5 minuten
    - □ 5 – 10 minuten
    - □ 10 – 30 minuten
    - □ > 30 minuten

    a. Ziet u dit als positief of negatief punt?
        - □ Positief
        - □ Negatief

7. In welke mate heeft het gebruik van de PAINAD-schaal u meer zekerheid geboden met betrekking tot de aanwezigheid van pijn?
    - □ Absoluut niet meer zekerheid
    - □ Niet meer zekerheid
    - □ Eerder niet meer zekerheid
    - □ Neutraal
    - □ Eerder wel meer zekerheid
    - □ Meer zekerheid
    - □ Absoluut meer zekerheid

8. Heeft het gebruik van de PAINAD-schaal uw beleid beïnvloed? (niet-medicamenteus, medicamenteus, verwijzing?)
    - □ Helemaal niet
    - □ Nee
    - □ Eerder niet
    - □ Neutraal
    - □ Eerder wel
    - □ Ja
    - □ Absoluut wel

    Op welke manier wel of niet?

9. Hoe staat u tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal in de toekomst?
    - □ Zeker negatief
    - □ Negatief
    - □ Eerder negatief
    - □ Neutraal
    - □ Eerder positief
    - □ Positief
    - □ Zeker positief

    Waarom wel of niet?

10. Zou u het gebruik van de PAINAD-schaal aanbevelen aan uw collega's?
    - □ Helemaal niet
    - □ Nee
    - □ Eerder niet
    - □ Neutraal
    - □ Eerder wel
    - □ Ja
    - □ Absoluut wel

    Welke redenen zou u hiervoor opgeven?

11. Mag de hoofdonderzoeker (Jens Vanhee) u later contacteren bij verdere vragen of onduidelijkheden bij deze vragenlijst?

    - □ Ja
    - □ Nee

Bijlage 5: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

Inleiding

Algemeen wordt aangenomen dat pijn een negatieve invloed heeft op het welbehagen van een persoon. Het is dus als hulpverlener belangrijk om pijn tijdig te kunnen vaststellen bij een patiënt. De gouden standaard hiervoor is zelfrapportage van de patiënt naar de hulpverlener toe. In bepaalde gevallen is deze zelfrapportage echter niet mogelijk. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een patiënt die een cognitieve beperking heeft en bijgevolg deze pijn niet op verbale wijze kan uiten. [1]
Om aan deze problematiek tegemoet te komen, zijn in de loop der jaren via wetenschappelijk onderzoek diverse methodes ontwikkeld, die personen die instaan voor de zorg van personen met een cognitieve beperking, met stoornis in de taal, kunnen bijstaan bij het inschatten van aanwezigheid en intensiteit van pijn bij hun patiënt. Deze pijn kan dan desgewenst behandeld worden, wat hoogstwaarschijnlijk bijdraagt tot de levenskwaliteit van de patiënt. [2]

Doel van deze studie

Naar het gebruiksgemak van deze methoden is reeds onderzoek gebeurd. [3] Echter gegevens over het gebruiksgemak in de eerste lijn (en met name bij huisartsen) ontbreken nog. Daarnaast hebben veel studies zich gefocust op patiënten met dementie. In deze studie willen we echter alle oorzaken van cognitieve beperking, met stoornis in de taal, beschouwen. Ten slotte is het interessant om na te gaan welke invloed het gebruik van dergelijke methodes kan hebben op het beleid van gezondheidswerkers, werkzaam in de eerste lijn. Dit laatste werd voorheen amper onderzocht.

Onderzoeksvragen

Deze studie wenst na te gaan welke methodes er reeds bestaan om pijn bij patiënten met een cognitieve beperking, met stoornis in de taal, vast te stellen. In welke mate worden deze reeds gebruikt door gezondheidswerkers, die instaan voor de zorg van deze patiënten? Zijn deze methodes bruikbaar in de eerste lijn? Wat is de tijdsinvestering? Kan het gebruik van deze methodes een impact hebben op het beleid van deze gezondheidswerkers?

Onderzoeksmethode

Om deze vragen te kunnen beantwoorden werd allereerst in de literatuur gezocht naar een geschikte methode om pijn te evalueren bij patiënten met een cognitieve beperking, met stoornis in de taal.
Uit literatuuronderzoek weten we reeds dat een efficiënte methode voor het vaststellen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking, met stoornis in de taal, en bij wie zelfrapportage van pijn onmogelijk is, het gebruik van pijnobservatieschalen is. Deze gaan uit van gedragingen die een patiënt stelt en verband houden met de aan –of afwezigheid van pijn. [2, 3]
Uit het literatuuronderzoek kwam de PAINAD (Pain Assessment IN Advanced Dementia)-schaal als één van de meest geschikte pijnobservatieschalen naar voor. Bovendien is deze ook vertaald in het Nederlands. Uit onderzoek bleek deze voldoende valide en betrouwbaar te zijn. Tevens is deze schaal compact en wordt zij algemeen beschouwd als gebruiksvriendelijk. [2, 3, 4]

Vervolgens wordt een relevante populatie gezondheidswerkers gerekruteerd. Voorwaarde voor inclusie is dat deze werkzaam zijn in de eerste lijn, werken in de regio Kortemark en dat zij instaan voor de verzorging van patiënten met een cognitieve beperking, met stoornis in de taal. Verschillende beroepsgroepen worden hierbij beoogd: huisartsen, verpleegkundigen werkzaam in een rust– en verzorgingstehuis, verzorgenden werkzaam in een rust– en verzorgingstehuis, thuisverpleegkundigen, verzorgenden werkzaam in de thuiszorg.
De proefpersonen worden vervolgens grondig geïnformeerd (mondeling en schriftelijk) over de inhoud, het verloop en het doel van de studie. Toestemming tot deelname wordt gevraagd, zowel mondeling, als schriftelijk.

De proefpersonen worden een eerste maal bevraagd via vragenlijsten: hebben zij reeds kennis van methoden om pijn te evalueren bij patiënten met een cognitieve beperking, met stoornis in de taal? Maken zij reeds gebruik van deze methoden?

Na deze eerste bevraging wordt gevraagd aan deze gerekruteerde gezondheidswerkers om de PAINAD-schaal, na literatuuronderzoek weerhouden als de meest geschikte pijnevaluatiemethode bij patiënten met een cognitieve beperking met stoornis in de taal, te implementeren in hun beleid. Er wordt hen met andere woorden gevraagd om bij de evaluatie van pijn bij hun patiënten met een cognitieve beperking, met stoornis in de taal, gebruik te maken van de PAINAD-schaal. Dit gedurende twee maanden, bij voorkeur bij meerdere patiënten en meermaals per patiënt. De gegevens van deze patiënten worden niet opgevraagd.
Vooraf worden deze patiënten, bij wie de PAINAD-schaal wordt toegepast, of hun vertegenwoordigers zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd. Ook zij tekenen een formulier ‘schriftelijke toestemming’.

Na twee maanden worden de gerekruteerde gezondheidswerkers opnieuw bevraagd, ditmaal door middel van interview. In dit interview wordt gepeild naar hun ervaringen met de PAINAD-schaal: wat is hun mening met betrekking tot het gebruiksgemak? Wat is de tijdsinvestering? Welke impact zou deze methode kunnen hebben op het beleid (Bv. (niet-)medicamenteuze behandeling, oproepen van arts, …)? Deze interviews worden niet opgenomen via video, noch via audio, maar tijdens de interviews worden er schriftelijke notities gemaakt.

De gegevens, bekomen via vragenlijsten en interview, worden gecodeerd voor analyse en na het afsluiten van de studie worden deze vernietigd. Toestemming hiervoor wordt gevraagd aan de proefpersonen (= gezondheidswerkers), dit zowel mondeling, als schriftelijk.
De analyse van de vragenlijsten gebeurt volgens de regels van kwantitatief onderzoek. De interviews worden benaderd via kwalitatief onderzoek.
De opvolging van de proefpersonen gebeurt door mezelf, of indien niet beschikbaar de praktijkopleider, de eigen huisarts of de wachtdienst. Er wordt toestemming (schriftelijk en mondeling) gevraagd aan de proefpersonen om deze tijdens of na de analyse van de gegevens, indien nodig, telefonisch te contacteren.

Verwachte resultaten van het onderzoek

Er wordt verwacht dat de verpleegkundigen en verzorgenden, werkzaam in het woonzorgcentrum reeds enige notie zullen hebben van pijnevaluatiemethoden bij patiënten met een cognitieve beperking, met stoornis in de taal. [5]
Bij verpleegkundigen en verzorgenden, werkzaam in de thuiszorg, en bij huisartsen zal dit hoogstwaarschijnlijk afhangen van eigen interesse en mate van bijscholing.
Gezien de PAINAD-schaal in vorige wetenschappelijke studies (met verpleegkundigen) reeds beschouwd werd als gebruiksvriendelijk, zou deze ook volgens huisartsen als dusdanig moeten beschouwd worden. [5]
Een beoordeling van pijn door middel van de PAINAD-schaal zou niet meer dan vijf à tien minuten in beslag mogen nemen. [6]
Er wordt verwacht dat de gezondheidswerkers hun beleid zullen afstemmen op de uitkomst van de PAINAD, indien deze inderdaad als gebruiksvriendelijk wordt beschouwd.

Het gebruik van een pijnobservatieschaal, zoals PAINAD, kan gezondheidswerkers mogelijks in staat stellen pijn op een efficiënte en snelle manier vast te stellen en ook op te volgen bij patiënten met een cognitieve beperking, met stoornis in de taal. Dit kan bijgevolg bijdragen tot snellere detectie en behandeling van pijn bij dergelijke patiënten en mogelijks leiden tot een toename van de levenskwaliteit.

Referenties:

[1] de Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, van Bommel M et al. NHG-Standaard Pijn. Huisarts en Wetenschap 2015; 58(9): 472-485.

[2] Herr K., Coyne P.J. et al. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. Pain Manag Nurs 2011; 12(4): 230-250.

[3] Lichtner V. et al. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. BMC Geriatr 2014; 14:138. doi: 10.1186/1471-2318-14-138.

[4] Verenso. Multidisciplinaire Richtlijn Pijn, Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deel 1. Utrecht: Verenso 2011 (herziene tekst 2016). Beschikbaar via: http://www.verenso.nl/wat-doen-wij/vakinhoudelijke-producten/richtlijnen/pijn/#.WYm5qNPyjUo

[5] Zwakhalen S.M., Hamers J.P., et al. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. Pain Res Manag 2007; 12(3): 177-84.

[6] Horgas A., Miller L. Pain Assessment in People with Dementia. Am J Nurs. 2008; 108(7): 62-70.

Bijlage 6: Gunstig advies van het Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0362	23-mei-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Evaluatie van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking in de eerste lijn. -(MAnaMA Jens Vanhee)

Belgisch Registratienummer: B670201731989

* Pain assessment IN advanced dementia (PAINAD) - schaal (bijlage 7) - versie 1 dd. 14/02/2017
* Antwoord onderzoekers ontvangen via mail Jens Vanhee dd. 9/05/2017 in antwoord op opmerkingen EC dd. 21/03/2017
* Adviesaanvraagformulier versie 2 dd. 9/05/2017 (aanpassingen ontvangen dd. 9/05/2017)
* Begeleidende brief bij het antwoord dd. 9/05/2017
* Informatieformulier voor gezondheidswerkers, personeelsdirecteur en CRA - bijlage 1 (aangepaste versie ontvangen dd. 9/05/2017)
* Toestemmingsformulier voor gezondheidswerkers, personeelsdirecteur en CRA - bijlage 2 (aangepaste versie ontvangen dd. 9/05/2017)
* Informatieformulier voor patiënten met een cognitieve beperking of hun vertegenwoordigers - bijlage 3 (aangepaste versie ontvangen dd. 9/05/2017)
* Toestemmingsformulier voor patiënten met een cognitieve beperking of hun vertegenwoordigers - bijlage 4 (aangepaste versie ontvangen dd. 9/05/2017)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 9/05/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 9/05/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 9/05/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 9/05/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0362	23-mei-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0362

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. M. DEVEUGELE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Bijlage 7: Extra resultaten voorafbevraging

Leeftijdsverdeling: verdeling per beroepsgroep

Beroepsgroep	< 21 jaar	21-30 jaar	31-40 jaar	41-50 jaar	51-65 jaar	> 65 jaar
Huisarts/HAIO (n = 9)	0/9 (0%)	1/9 (11,11%)	0/9 (0%)	4/9 (44,44%)	2/9 (22,22%)	2/9 (22,22%)
Thuisverpleegkundige (n = 16)	0/16 (0%)	7/16 (43,75%)	3/16 (18,75%)	2/16 (12,5%)	4/16 (25%)	0/16 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 16)	0/16 (0%)	5/16 (31,25)	4/16 (25%)	1/16 (6,25%)	6/16 (37,5%)	0/16 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 15)	0/15 (0%)	5/15 (33,33%)	4/15 (26,67%)	2/15 (13,33%)	4/15 (26,67%)	0/15 (0%)

Opleiding met betrekking tot pijnmanagement in het algemeen

Beroepsgroep	Geen opleiding	1 – 4 uur opleiding	> 4 uur opleiding	Weet dit niet meer
Huisarts/HAIO (n = 9)	4/9 (44,44%)	3/9 (33,33%)	2/9 (22,22%)	0/9 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 16)	1/16 (6,25%)	10/16 (62,50%)	5/16 (31,25%)	0/16 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 16)	6/16 (37,50%)	4/16 (25%)	6/16 (37,50%)	0/16 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 15)	8/15 (53,33%)	5/15 (33,33%)	1/15 (6,67%)	1/15 (6,67%)

Beroepsgroep	Voldoende tot meer dan voldoende kennis opgedaan in basisopleiding met betrekking tot pijnmanagement
Huisarts/HAIO (n = 9)	1/9 (11,11%)
Thuisverpleegkundige (n = 16)	9/16 (56,25%)
Verpleegkundige in WZC (n = 16)	7/16 (43,75%)
Zorgkundige in WZC (n = 15)	3/15 (20%)

Verdere verdieping in pijnmanagement, specifiek bij patiënten met een cognitieve beperking

Huisartsen: 2
Beiden deden dit aan de hand van zelfstudie en bijscholing. Beiden gaven bovendien te kennen dat de uitoefening van hun beroep dit noodzakelijk maakte. Een van hen gaf ook aan dit uit eigen interesse gedaan te hebben.

Thuisverpleegkundigen: 0

Rusthuisverpleegkundigen: 4
Alle vier deden ze dit aan de hand van bijscholing, twee van hen bovendien ook aan de hand van zelfstudie.
Twee deelnemers gaven aan dit uit eigen interesse te doen, twee van hen gaven aan dat de uitoefening van hun beroep dit noodzakelijk maakte, één deelnemer was aangestuurd door een collega of overste en één verpleegkundige werd gemotiveerd tot verdere verdieping in pijnmanagement bij patiënten met een cognitieve beperking door de cursus verpleegkunde van haar dochters.

Rusthuiszorgkundigen: 1
Dit gebeurde aan de hand van bijscholing. De uitoefening van het beroep maakte verdere verdieping noodzakelijk volgens deze deelnemer.

Haalbaarheidsgraad van beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking: verdeling per beroepsgroep

Beroepsgroep	**Zeer makkelijk**	**Eerder makkelijk**	**Eerder moeilijk**	**Zeer moeilijk**	**Onmogelijk**
Huisarts/HAIO (n = 9)	0/9 (0%)	0/9 (0%)	5/9 (55,56%)	4/9 (44,44%)	0/9 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 16)	0/16 (0%)	2/16 (12,5%)	13/16 (81,25%)	1/16 (6,25%)	0/16 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 16)	0/16 (0%)	0/16 (0%)	12/16 (75%)	4/16 (25%)	0/16 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 15)	0/15 (0%)	0/15 (0%)	13/16 (86,67%)	2/16 (13,33%)	0/16 (0%)

Richtlijnen gekend door eerstelijnsgezondheidswerkers

Huisarts/HAIO: 2/9 (slechts 1 arts gaf een naam op)

Gekende richtlijn	**Aantal dat deze kent**	**Wordt deze gebruikt?**
Visueel analoge schaal	1	Ja

Thuisverpleegkundige: 5/16 (1 thuisverpleegkundige gaf geen naam op)

Gekende richtlijn	**Aantal dat deze kent**	**Wordt deze gebruikt?**
PACSLAC	2	Ja
PACSLAC-D	1	Ja
Critical Care Pain Observation Tool	1	Ja

Rusthuisverpleegkundige: 1/16

Gekende richtlijn	**Aantal dat deze kent**	**Wordt deze gebruikt?**
PAINAD	1	Ja

Rusthuiszorgkundige: 3/15 (1 rusthuiszorgkundige gaf geen naam op)

Gekende richtlijn	**Aantal dat deze kent**	**Wordt deze gebruikt?**
PAINAD	1	Ja
Schaal van 1 tot 10	1	Ja

Pijnobservatieschalen: manier van kennismaken

Huisarts/HAIO:

Manier van kennismaken	**Aantal huisartsen dat op deze manier kennis heeft gemaakt (n = 9)**
In de praktijk, op de werkvloer	4
Bijscholing	3
Basisopleiding	2
Via een collega coördinerend en raadgevend arts (= CRA)	1
Zelfstudie	1

Thuisverpleegkundige:

Manier van kennismaken	**Aantal thuisverpleegkundigen dat op deze manier kennis heeft gemaakt (n = 16)**
In de praktijk, op de werkvloer	9
Basisopleiding	9
Bijscholing	5
Zelfstudie	2

Rusthuisverpleegkundige:

Manier van kennismaken	**Aantal verpleegkundigen, werkzaam in WZC, dat op deze manier kennis heeft gemaakt (n = 16)**
Basisopleiding	6
Zelfstudie	4
In de praktijk, op de werkvloer	3
Bijscholing	2

Rusthuiszorgkundige:

Manier van kennismaken	**Aantal zorgkundigen dat op deze manier kennis heeft gemaakt**
Zelfstudie	3
Bijscholing	2
Via het ziekenhuis	1
Door zelf patiënt te zijn	1
Basisopleiding	1

Zijn pijnobservatieschalen makkelijk in gebruik?: verdeling per beroepsgroep

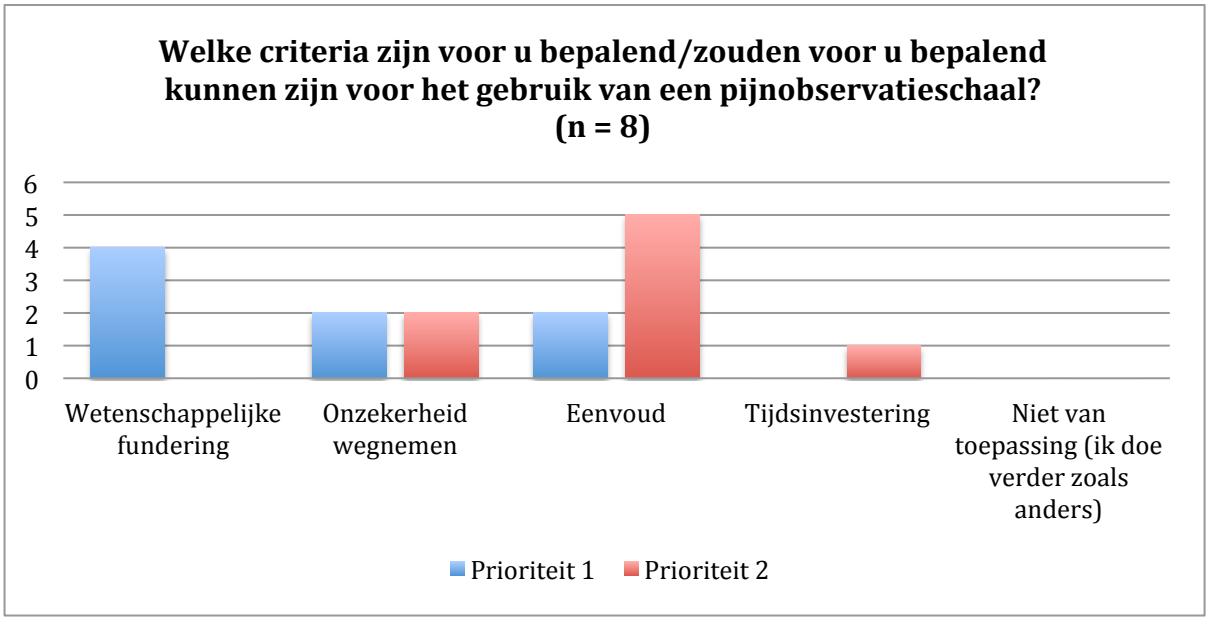
Beroepsgroep	Ja	Eerder wel	Neutraal	Eerder niet	Nee
Huisarts/HAIO (n = 4)	0/4 (0%)	1/4 (25%)	1/4 (25%)	2/4 (50%)	0/4 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 10)	4/10 (40%)	2/10 (20%)	4/10 (40%)	0/10 (0%)	0 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 3)	0/3 (0%)	1/3 (33,33%)	1/3 (33,33%)	1/3 (33,33%)	0/3 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 1)	0/1 (0%)	0/1 (0%)	1/1 (100%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)

Welke criteria zijn bepalend voor het (verder) gebruik van een pijnobservatieschaal?: verdeling per beroepsgroep

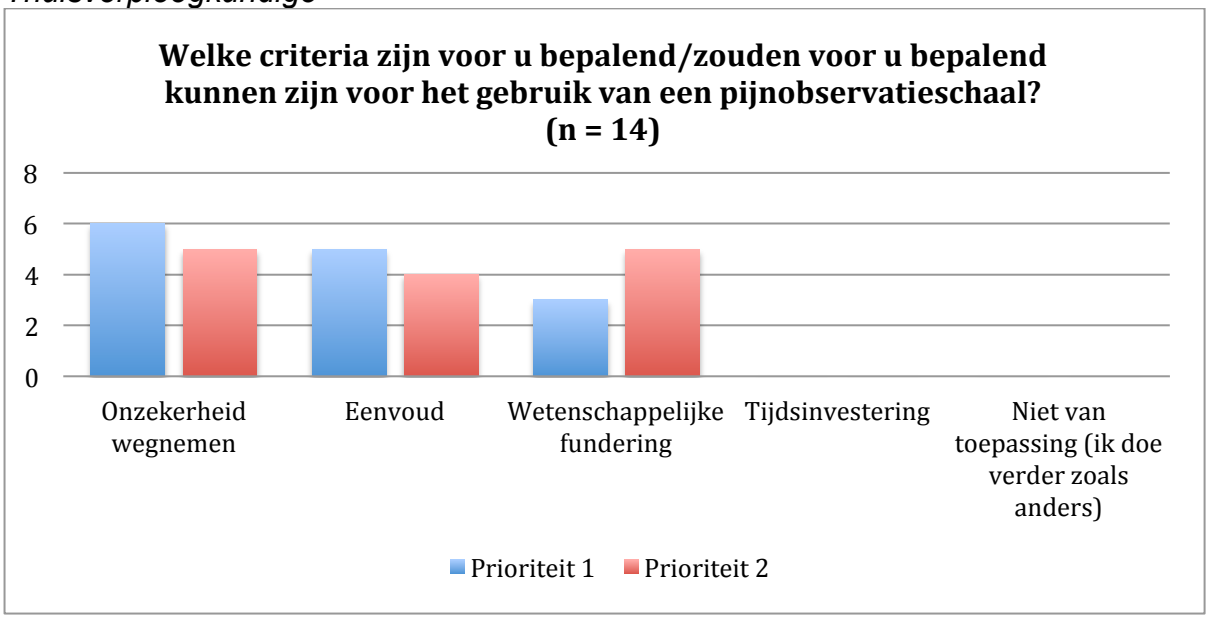
Veertig van de 56 deelnemende eerstelijnsgezondheidswerkers (= 71,43%) vulden deze vraag correct in.

- 8 van de 9 huisartsen/HAIO's (= 88,89%)
- 14 van de 16 thuisverpleegkundigen (= 87,50%)
- 13 van de 16 verpleegkundigen, werkzaam in het woon –en zorgcentrum (= 81,25%)
- 5 van de 15 zorgkundigen, werkzaam in het woon –en zorgcentrum (= 33,33%)

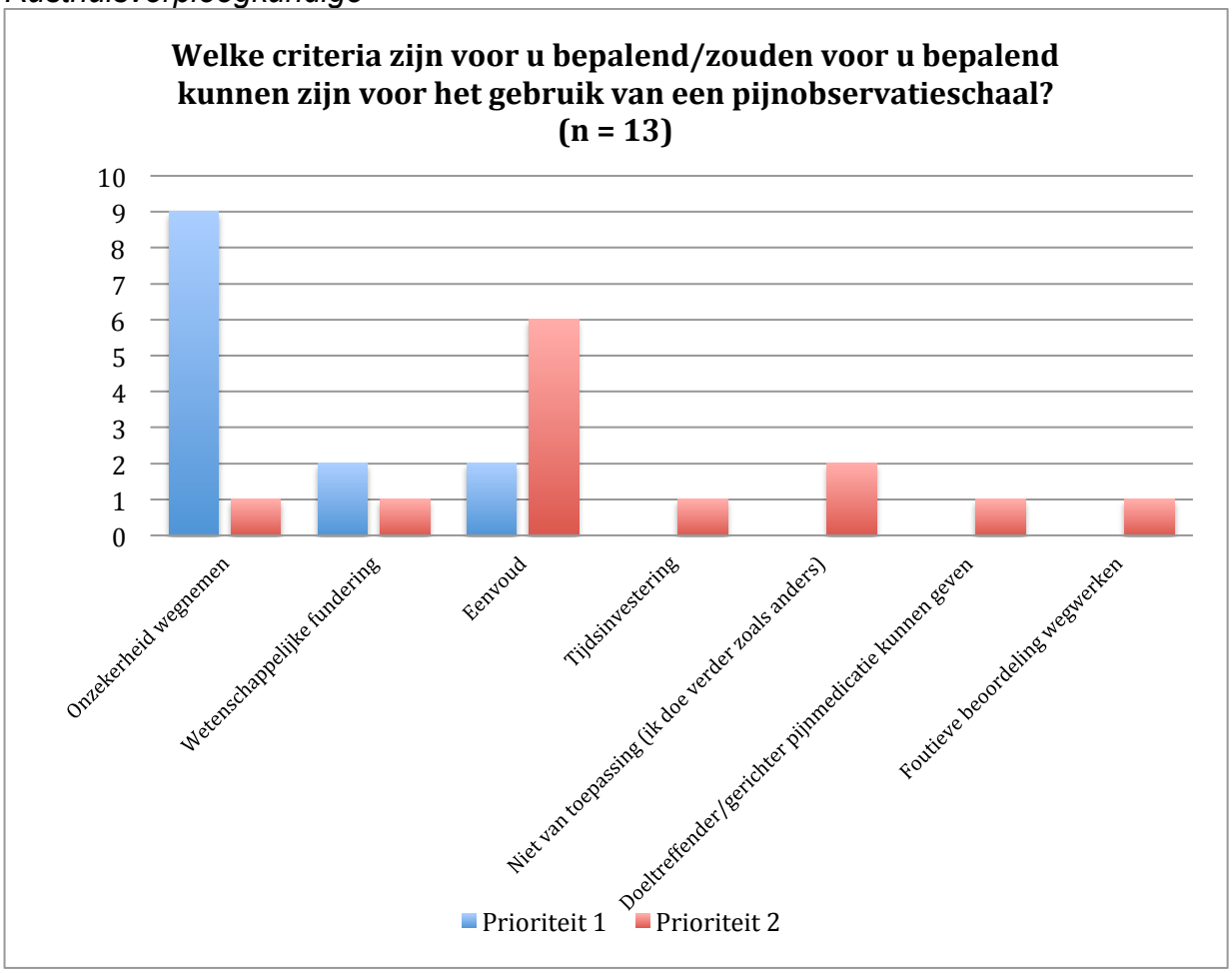
Huisarts/HAIO



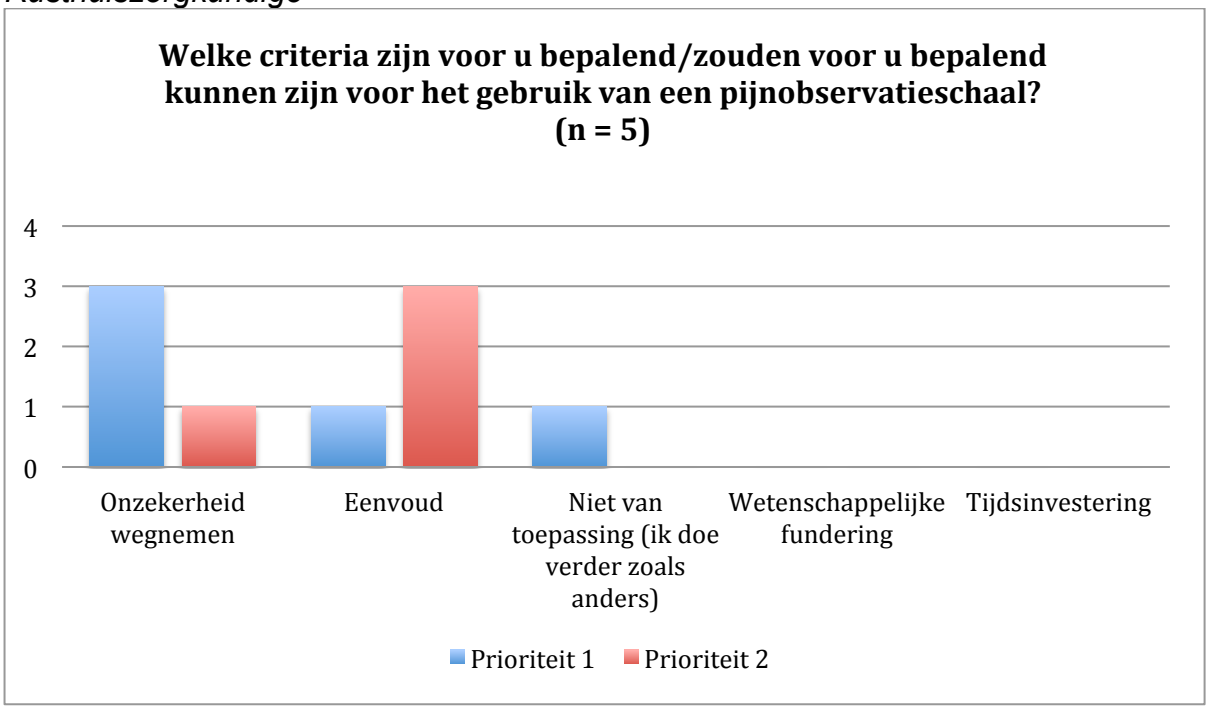
Thuisverpleegkundige



Rusthuisverpleegkundige



Rusthuiszorgkundige



Bijlage 8: Extra resultaten nabevraging (kwantitatief)

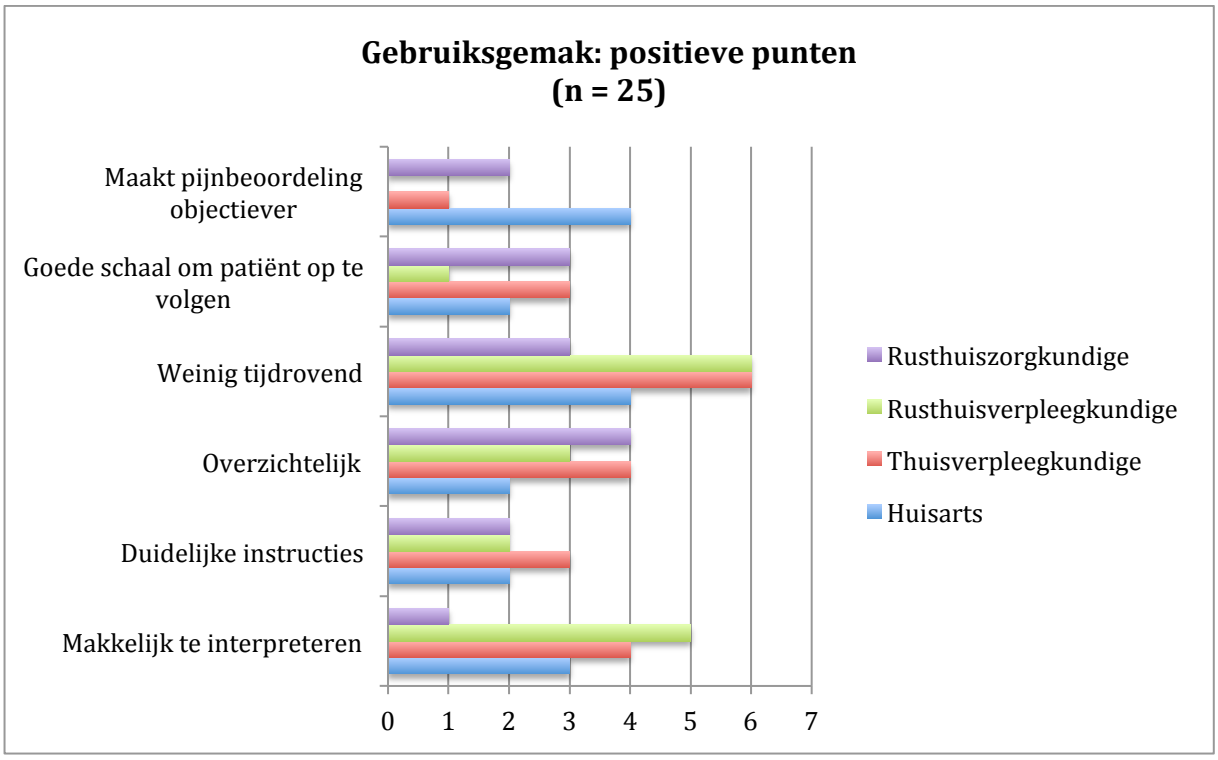
Hoe hebben eerstelijnsgezondheidswerkers het gebruik van de PAINAD-schaal ervaren? : verdeling per beroepsgroep

Beroepsgroep	Zeer slecht	Slecht	Eerder slecht	Neutraal	Eerder goed	Goed	Zeer goed
Huisarts/HAIO (n = 5)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0/5 (0%)	1/5 (20%)	4/5 (80%)	0/5 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 7)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	2/7 (28,57%)	0/7 (0%)	5/7 (71,43%)	0/7 (0%)
Verpleegkundige in WZC (n = 7)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	0/7 (0%)	1/7 (14,29%)	1/7 (14,29%)	4/7 (57,14%)	1/7 (14,29%)
Zorgkundige in WZC (n = 6)	0/6 (0%)	0/6 (0%)	0/6 (0%)	1/6 (16,67%)	1/6 (16,67%)	4/6 (66,67%)	0/6 (0%)

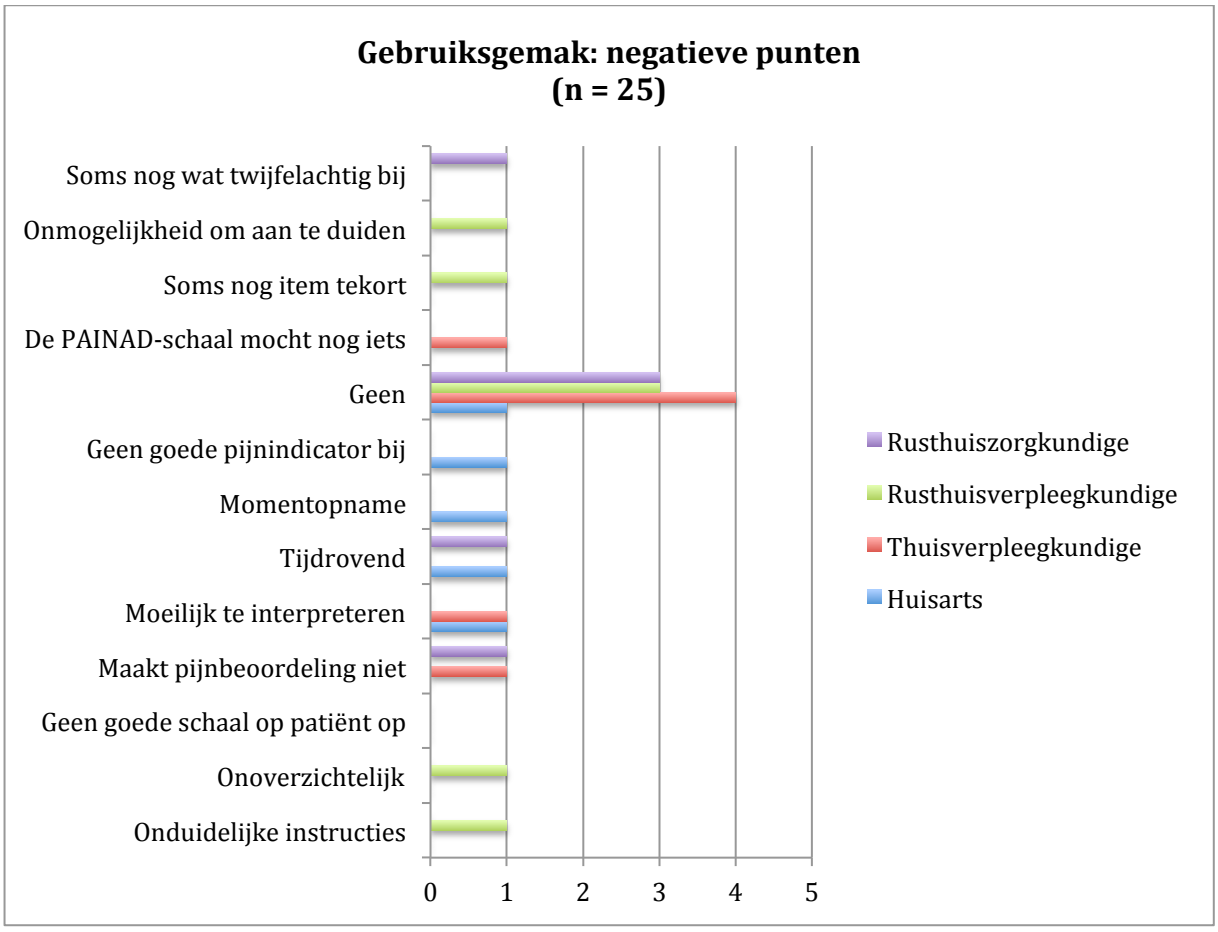
Hoe vaak werd de PAINAD-schaal toegepast?: verdeling per beroepsgroep

Beroepsgroep	Eenmaal	2 – 5 maal	6- 10 maal	> 10 maal
Huisarts/HAIO (n = 5)	1/5 (20%)	3/5 (60%)	1/5 (20%)	0/5 (0%)
Thuisverpleegkundige (n = 7)	1/7 (14,29%)	4/7 (57,14%)	1/7 (14,29%)	1/7 (14,29%)
Verpleegkundige in WZC (n = 7)	0/7 (0%)	5/7 (71,43%)	2/7 (28,57%)	0/7 (0%)
Zorgkundige in WZC (n = 6)	1/6 (16,67%)	4/6 (66,67%)	1/6 (16,67%)	0/6 (0%)

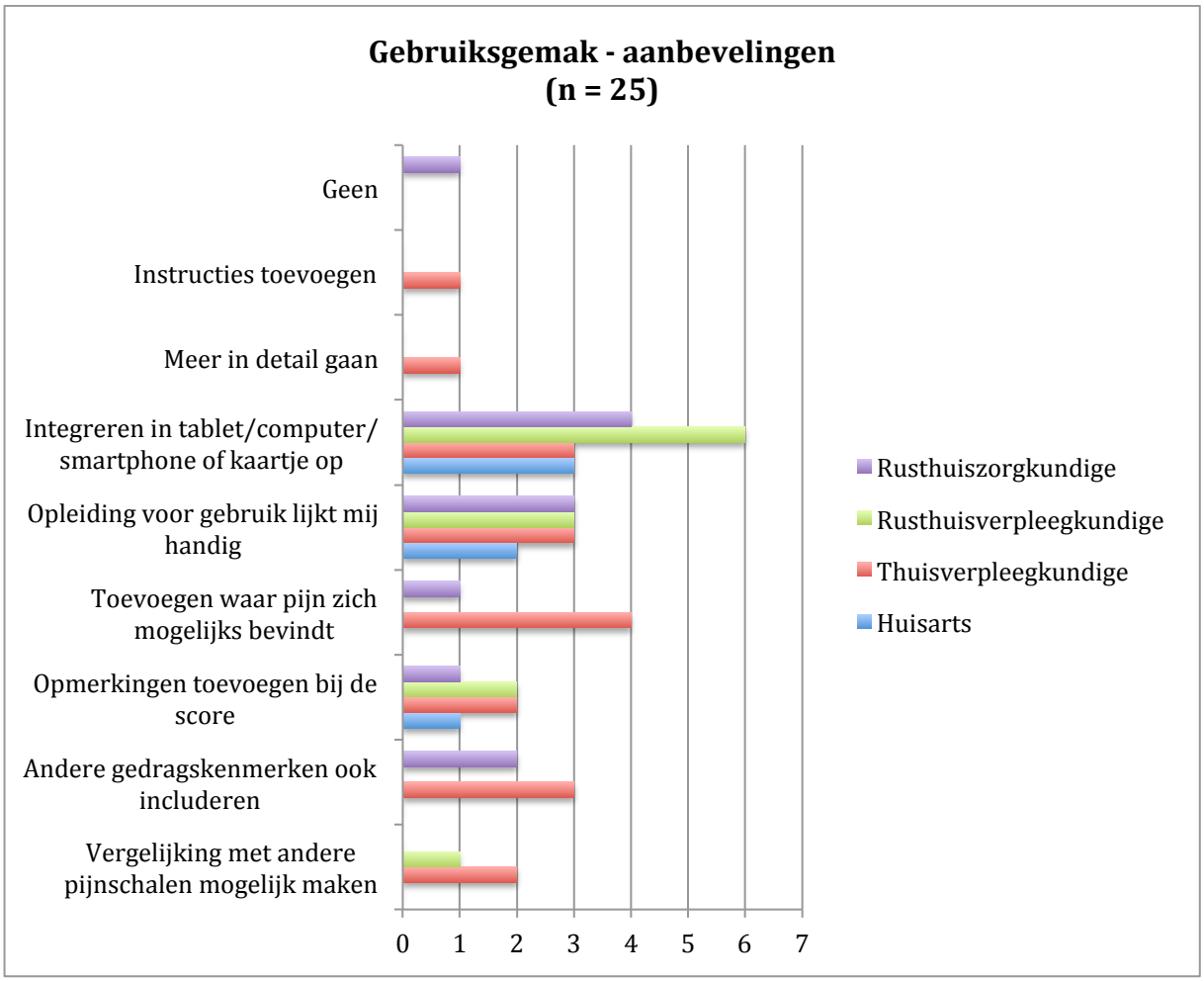
Gebruiksgemak - positieve punten: verdeling per beroepsgroep



Gebruiksgemak – negatieve punten: verdeling per beroepsgroep



Gebruiksgemak – aanbevelingen bij PAINAD-schaal: verdeling per beroepsgroep



Bijlage 9: Extra resultaten nabevraging (kwalitatief)

1) Semi-gestructureerde interviews met eerstelijnszorgverleners

1. Rusthuisverpleegkundigen

VR1, 50-65 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
VR1 vindt de PAINAD-schaal goed uitgelegd, eenvoudig en begrijpelijk. Het is zeer gemakkelijk in gebruik.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: duidelijk, gemakkelijk toe te passen en meetbaar.
Negatieve punten wat betreft gebruiksgemak: geen.
Aanbevelingen: alvorens de schaal ten volle te gebruiken, zou ze de PAINAD-schaal graag willen vergelijken met een andere schaal. Bovendien kan een opleiding wel handig zijn, alvorens een algemeen gebruik wordt ingesteld.
Door het gebruik van de schaal staat VR1 meer stil bij het feit dat patiënten met een cognitieve beperking pijn kunnen hebben. Op deze manier zal ze onrechtstreeks sneller een beleid instellen. Eenmaal heeft ze op deze manier een dokter opgebeld omwille van een vermoeden van pijn door middel van de PAINAD-schaal.
VR1 heeft er geen probleem mee om de PAINAD-schaal verder te gebruiken, het is geen extra belasting voor haar, het is integendeel een meerwaarde, aangezien er volgens haar geen alternatief bestaat.
VR1 zou het gebruik van de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's, aangezien deze redelijk duidelijk is en eenvoudig in gebruik. Aan de andere kant is er ook niets anders ter beschikking om te kunnen inspelen op pijn bij patiënten met een cognitieve beperking.

VR2, 50-65 jaar, kende PAINAD reeds voordien, maar paste deze niet toe
VR2 vindt de PAINAD-schaal mooi, klaar en duidelijk. Het is een gemakkelijk instrument voor iemand die weinig inzicht heeft in hoe pijn bij patiënten met een cognitieve beperking te registreren, de PAINAD-schaal is dus ideaal voor jonge verpleegkundigen, dit ook om hun aandacht te vestigen op het probleem van pijn bij dementerenden.
Hoewel VR2 steeds geïnteresseerd is om bij te leren en ze de PAINAD-schaal een meerwaarde vindt, kan ze bij de beoordeling van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking steunen op jarenlange ervaring.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: praktisch, duidelijk, handig, snel in te vullen, iedereen kent de gedragingen, de PAINAD-schaal is niet ingewikkeld.
Geen negatieve punten.
Aanbevelingen: ook agressie en plotse verwardheid kan wijzen op pijn, VR2 zou extra gedragskenmerken toevoegen aan de schaal. Ook opleiding vooraf zou handig zijn, dit kan eventueel reeds in basisopleiding verpleegkunde plaatsvinden.
De PAINAD-schaal heeft VR2 misschien iets meer zekerheid geboden wat betreft aan –of afwezigheid van pijn. Maar door haar jarenlange ervaring weet ze dit reeds los van de PAINAD-schaal. De PAINAD-schaal helpt echter om extra aandacht te vestigen op de mogelijke aanwezigheid van pijn.
VR2 zal automatisch een aangepast beleid instellen bij mogelijke aanwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking en kan hierbij steunen op jarenlange ervaring.

VR2 staat positief tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal. Het is een handig instrument voor de verpleegkundige. Als je het goed aangeleerd krijgt, kun je dit automatisch invullen. Dit zouden ze moeten doceren in de basisopleiding verpleegkunde.
VR2 zou de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's. Ze is zeker een meerwaarde, is gemakkelijk en praktisch. Ze is vooral geschikt voor pas afgestudeerde of minder goed geschoolde zorgverleners. Ze kan helpen om kennis op te doen en als steun bij de verzorging.

VR3, 50-65 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
VR3 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal als volgt ervaren: positief, duidelijk, begrijpelijk en vlot om in te vullen.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: goede schaal voor opvolging van pijn, duidelijk, vlot, begrijpelijk en snel toe te passen, zeker als je het onder de knie hebt.
Geen negatieve punten.
Aanbevelingen: VR3 zou de PAINAD-schaal graag laten afdrukken op een klein kaartje op zakformaat, ofwel laten integreren in een app voor smartphone of tablet.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft VR3 ongeveer wel meer zekerheid geboden wat betreft aan –of afwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Het is echter zo dat bepaalde gedragskenmerken ook op andere ongemakken kunnen wijzen, dan pijn.
VR3 heeft naar aanleiding van een verhoogde score eenmaal sneller een pijnstiller toegediend aan een patiënt. Nadien controleerde ze de score opnieuw en zag ze dat de score gedaald was.
VR3 staat positief tegenover verder gebruik van de PAINAD-schaal in de toekomst. Ze brengt geen extra belasting met zich mee. Ze zou deze dan wel willen gebruiken als kaartje op zakformaat of via een app.
VR3 zou de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's, omdat deze goed is voor het opvolgen van pijn, ze is vlot in gebruik, duidelijk, compact en weinig tijdrovend.

VR4, 21-30 jaar, kende PAINAD reeds voordien, maar paste niet toe
VR4 vond de PAINAD-schaal vrij eenvoudig te gebruiken en duidelijk.
Bij sommige patiënten wordt onvoldoende aandacht gegeven aan het feit of hij/zij pijn heeft. Pijn beoordeling was reeds een automatisme voor haar, maar door middel van de PAINAD-schaal weet VR4 we waar ze extra moet op letten.
VR4 gebruikte de PAINAD-schaal in verschillende situaties: tijdens de verzorging, tijdens rust en tijdens de dagelijkse activiteiten.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: vrij vlot te gebruiken, overzichtelijk, ieder item wordt overlopen. De score geeft een onmiddellijk resultaat en geeft duidelijk aan of de bewoner al of niet pijn heeft.
Negatief punt: VR4 kon niet noteren wanneer de schaal werd afgenomen. Ze beveelt aan hiervoor plaats te voorzien.
De PAINAD-schaal heeft VR4 niet meteen meer zekerheid geboden wat betreft aan –of afwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft het beleid van VR4 als volgt beïnvloed: aan de hand van de PAINAD-schaal merkte ze dat een bewoner pijn had aan de schouder tijdens de verzorging. Dit ging tijdens de volgende dagen beter mits voorzichtiger te werk te gaan en de bewoner gerust te stellen. Ook heeft ze deze pijn gerapporteerd aan haar hoofdverpleegkundige, die op haar beurt de arts heeft verwittigd.

VR4 denkt positief te staan tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal. Een bijscholing vooraleer algemeen gebruik wordt ingesteld, lijkt haar nuttig.
VR4 zou de PAINAD-schaal aanraden aan collega's, het is een goed hulpmiddel om op een correcte wijze pijn vast te stellen, zeker voor collega's die moeite hebben om dit te doen. De PAINAD-schaal is een makkelijke methode om hier meer bij stil te staan, ze is eenvoudig en duidelijk in gebruik.
Er wordt vaak te veel pijnmedicatie toegediend, de PAINAD-schaal zal pijn concreter aantonen, waardoor een meer gerichte behandeling mogelijk wordt.

2. Thuisverpleegkundigen

VT1, 50-65 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
De implementatieperiode is volgens VT1 tamelijk vlot verlopen. De PAINAD-schaal is duidelijk, er is geen overbevraging, ze is vlot in gebruik om dagelijks te gebruiken. Nu gebruiken we de PACSLAC.
De PAINAD-schaal is heel interessant om gegevens uit te wisselen met collega's, we kunnen de patiënt makkelijker opvolgen in de tijd. Het zou nog vlotter gaan, moest ze op de tablet staan.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: gemakkelijk, vlot en naar tijdsinvestering toe een pluspunt. Ze is duidelijk en overzichtelijk.
Negatieve punten: het is vaak nog moeilijk om gelaatsuitdrukkingen te interpreteren.
Tijdens het wassen van de haren van een patiënt werd VT1 plots geconfronteerd met een boos gezicht en dit heeft ze dan als fronsen moeten interpreteren. Boos gezicht zou op zich moeten geïncludeerd worden in de schaal.
VT1 vindt dat het gebruik van de PAINAD-schaal haar wel meer zekerheid heeft geboden, omdat je nu een leidraad hebt voor het beoordelen van pijn bij cognitief beperkte patiënten.
VT1 vindt dat de PAINAD-schaal haar beleid zou beïnvloeden. Als je bij een patiënt telkens een score van 2 bekomt, zou ze de huisarts bellen, want er is iets aan de hand.
Bij de patiënt, bij wie ze de haren waste, merkte VT1 ook een afwijkende score. Naar aanleiding hiervan pleegde ze overleg met collega's. Het heeft hen als team doen stilstaan bij het feit dat er tijdens de haarwassing iets gebeurt wat patiënt niet graag heeft, mogelijks is dit pijn.
VT1 zou verder gebruik van de PAINAD-schaal als een meerwaarde zien, wel zou ze deze dan graag in haar tablet geïntegreerd zien. Ze is duidelijk, overzichtelijk en weinig tijdrovend.
VT1 zou de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's omdat ze duidelijk, vlot, overzichtelijk en weinig tijdrovend is.

VT2, 31-40 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
VT2 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal als volgt ervaren: vernieuwend en vlot. Ze is overzichtelijk en eenvoudig. Toevallig was de PAINAD-schaal geïntegreerd in de software van haar Elektronisch Verpleegkundig Dossier op de tablet.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: zeer gemakkelijk, vlot in gebruik eenmaal je het gewend bent, verstaanbaar en niet tijdrovend.
Negatieve punten: je zou oorzaak van de pijn moeten kunnen aanduiden. Pijn is vaak nog moeilijk te beoordelen, ondanks het gebruik van de PAINAD-schaal. Ze denkt bijvoorbeeld aan een patiënte met dementie die roepgedrag stelt, VT2 weet nog steeds niet zeker of dit pijn of angst is.

Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft VT2 meer zekerheid geboden met betrekking tot mogelijke aan –of afwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking, omdat ze er op deze manier meer stilstaat bij het feit dat deze patiëntenpopulatie pijn kan hebben.
Het beleid van VT2 werd op volgende manier beïnvloed: aangezien de PAINAD-schaal een afwijkende score gaf, heeft ze toch dafalgan gegeven, waar ze dit zonder gebruik van de PAINAD-schaal waarschijnlijk niet ging gedaan hebben, aangezien ze niet meteen pijn vermoedde.
VT2 is voorstander van het feit om de PAINAD-schaal in de toekomst verder te gebruiken. Ze ziet het als aanrader en vindt het gebruik er van leuk.
VT2 zal de PAINAD-schaal aanraden aan collega's, aangezien ze vernieuwend is, vlot in te vullen, gebruiksvriendelijk, niet tijdrovend en overzichtelijk.
Men staat hierdoor nog eens extra stil bij mogelijke aanwezigheid van pijn, waardoor men waarschijnlijk ook sneller geneigd zal zijn om pijnmedicatie toe te dienen.

VT3, 21 – 30 jaar, kende PAINAD reeds voordien, maar past niet toe
VT3 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal eigenlijk nog goed en vlot ervaren. Ze was niet nieuw voor haar, ze kende deze vanuit de opleiding.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: makkelijk, zeker voor patiënten die zich niet meer verbaal kunnen uiten. VT3 kan nu beter inschatten hoeveel pijn patiënten hebben en sneller ingrijpen, bijvoorbeeld door middel van toedienen van pijnmedicatie.
De schaal is weinig tijdrovend, toch is het iets wat er weer extra bijkomt, naast verzorging.
Negatieve punten: de interpretatie van sommige gedragingen is soms moeilijk.
Geen aanbevelingen.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft VT3 meer zekerheid geboden met betrekking tot de mogelijke aanwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Soms stellen deze patiënten roepgedrag, waarvan je niet goed weet of dit pijn is of dit wijst op iets anders. Wanneer de pijnscore twee of meer was, startte ze toch een pijnbehandeling.
Wat betreft het beleid, gaat het volgens VT3 nu vlotter en sneller om iemand te raadplegen of om medicatie te geven.
Deze schaal kan misschien ook zinvol zijn voor de echtgenoot van haar patiënte, die de PAINAD-schaal ook kan leren gebruiken.
VT3 zou de PAINAD-schaal in de toekomst graag verder blijven gebruiken, mede doordat deze in de tablet is geïntegreerd.
VT3 zou het gebruik van de PAINAD-schaal aanraden aan collega's. Er wordt nog onvoldoende aandacht besteed aan pijn bij patiënten die zich niet meer verbaal kunnen uiten, de PAINAD-schaal kan hier voor een betere begeleiding zorgen.

VT4, 50-65 jaar, kende PAINAD reeds voordien, maar paste niet toe
VT4 vond het gebruik van de PAINAD-schaal een zinvolle ervaring, het is nu makkelijker om pijn te verwoorden in het observatierapport. Ze ziet vooral voordelen naar opvolging toe, ze heeft moeite met een momentopname.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: zeer makkelijk te gebruiken op tablet, overste ziet score onmiddellijk in observatierapport. Beknopt.
Negatieve punten: het is moeilijk om heel volledig te zijn, ze zou graag opmerkingen willen toevoegen naast de score. De tijd die het vergt is in het begin een negatief punt, maar dit wordt beter na frequenter gebruiken van de schaal.

Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft VT4 niet meteen meer zekerheid geboden wat betreft aan –of afwezigheid van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking. Het is wel een handig hulpmiddel naar opvolging en rapportage toe. Door het gebruik van de PAINAD-schaal heeft VT4 bijgeleerd welke tekenen kunnen wijzen op mogelijke aanwezigheid van pijn, bv. ijsberen.
Het beleid werd op volgende manier beïnvloed: wat betreft pijnklevers, zou VT4 sneller de huisarts bellen met de vraag om deze eventueel op te hogen.
VT4 staat positief tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal in de toekomst, aangezien deze in de tablet is geïntegreerd.
VT4 zou de PAINAD-schaal ook aanbevelen aan collega's. Vooral naar rapportage toe is ze zeer interessant, ze is weinig tijdrovend.

VT5, 41-50 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
VT5 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal eigenlijk goed ervaren. Ze is wakker geschud wat betreft pijn bij patiënten met een cognitieve beperking en heeft nu het gevoel mee te zijn met de tijd.
VT5 heeft de schaal gebruikt bij een patiënt, van wie ze weet dat hij pijn heeft, maar deze patiënt zegt van niet.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: gemakkelijk, beknopt, voor iedere gebruiker hetzelfde, objectiever, goede beschrijving op de schaal, overzichtelijk. De applicatie op tablet toont meteen de totaalscore.
Negatief punt: de PAINAD-schaal scoort de pijn soms lager dan VT5 zelf denkt, bijvoorbeeld bij wondzorg.
Aanbeveling: VT5 zou graag aanduiden waar de pijn zich bevindt. Ze zou ze ook graag bij patiënten zonder cognitieve beperking gebruiken, die hun pijn wegstoppen.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft VT5 niet meteen meer zekerheid geboden met betrekking tot mogelijke aan –of afwezigheid van pijn. Wel is het zo dat ze nu meer op pijn zal letten, bijvoorbeeld wanneer patiënten roepen.
Het beleid van VT5 wordt op volgende manier beïnvloed: ze zal eerder stilstaan bij wat patiënten reeds nemen van pijnstilling. Bij één patiënte heeft ze het dossier hierop nagekeken.
VT5 zou de PAINAD-schaal graag verder gebruiken in de toekomst, omdat ze objectiever is.
VT5 zou de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's, omdat ze makkelijk in gebruik en objectiever is. Je zal meer stilstaan bij pijn in het algemeen.

3. Rusthuiszorgkundigen

ZR1, 21-30 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
De implementatieperiode is volgens ZR1 redelijk goed verlopen.
Ze gebruikte de schaal tijdens de verzorging en vervolgens ook nadien om na te gaan of er een verschil in score aanwezig was.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: pijnbeoordeling door middel van score, praktisch, vlot en weinig tijdrovend.
Negatief punt: interpretatie van gedragskenmerk niet steeds makkelijk.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft ZR1 niet meteen meer zekerheid geboden wat betreft aan – of afwezigheid van pijn.
Het beleid van ZR1 werd niet meteen beïnvloed door het gebruik van de PAINAD-schaal. Eenmaal heeft ze een afwijkende score gemeld aan haar hoofdverpleegkundige.

ZR1 zou positief staan tegenover een verder gebruik van de PAINAD en zou deze ook aanbevelen aan collega's, aangezien dit een goede methode is voor opvolging van mogelijk aanwezige pijn.

ZR2, 31-40 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
ZR2 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal goed ervaren, op deze manier let ze eens meer op de mogelijke aanwezigheid van pijn, je krijgt extra ruggensteun.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: betere verwoording van mogelijk aanwezige pijn in het dossier, gedetailleerdere omschrijving.
Negatieve punten: iets meer tijdrovend dan voorheen, moest er wat langer bij stilstaan, aangezien het nieuw is. Zal misschien vlotter gaan door vaker te gebruiken.
Aanbeveling: PAINAD-schaal integreren in tablet en het zou handig zijn moest de applicatie dan ook meteen een oplossing aanbieden, bijvoorbeeld naar behandeling toe.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft ZR2 niet meteen meer zekerheid geboden met betrekking tot de aan –of afwezigheid van pijn. Door haar ervaring wist ZR2 reeds tamelijk zeker of er mogelijks pijn aanwezig was. De meerwaarde blijkt door rapportage naar collega's toe.
Het beleid van ZR2 werd niet meteen beïnvloed. Ze was reeds gewoon om pijnbeoordeling –en behandeling zonder PAINAD te doen.
ZR2 staat positief tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal, zeker indien deze zou opgenomen worden als applicatie in de tablet. Dit zou weinig tijdrovend zijn en ieder personeelslid zou dit kunnen begrijpen.
ZR2 zou de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's, aangezien deze sneller een indruk nalaat, ze is meer overzichtelijk, je kunt sneller een situatie inschatten.

ZR3, 50-65 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
ZR3 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal eigenlijk wel goed ervaren. Voorheen gebruikte ze reeds lichaamstaal en mimiek om pijn vast te stellen.
ZR3 gebruikte de PAINAD-schaal in verschillende situaties: verzorging en routinecontroles.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: weinig tijdrovend, geen extra belasting, duidelijke instructies en makkelijk in gebruik.
Negatieve punten: niet steeds objectiever, ZR3 is nog steeds niet 100% zeker.
Aanbevelingen: een opleiding voor gebruik lijkt handig, extra informatie is steeds interessant zeker voor een juiste interpretatie van gedragskenmerken. Dit laatste kan bijvoorbeeld door bijscholing.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft ZR3 niet meteen meer zekerheid geboden wat betreft aan –of afwezigheid van pijn. Volgens haar komt dit misschien door het feit dat ze pijn reeds vaak zelf op haar eigen manier beoordeelt. Door lange ervaring leer je pijn sowieso snel herkennen.
De PAINAD-schaal zou wel interessant zijn bij nieuwe bewoners, die je nog niet kent of bij zwaar hulpbehoevenden.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft het beleid van ZR3 eerder wel beïnvloed. De PAINAD-schaal kan helpen in de rapportage van pijn naar de hoofdverpleegkundige toe.
ZR3 staat eerder positief tegenover verder gebruik van de PAINAD-schaal. Het zou echter handig zijn dat er hiervoor opleiding voorhanden is.
ZR3 zou de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's, zeker bij nieuwe bewoners die je nog niet goed kent.

ZR4, 31-40 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
ZR4 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal als volgt ervaren: ze is overzichtelijk, je kunt er goed mee werken. Ze is simpel uitgelegd en mooi verwerkt.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: heel overzichtelijk, makkelijk in gebruik, snel voorhanden, snelle check-up van pijntoestand.
Negatief punt: er blijft een zekere twijfel bestaan.
Geen aanbevelingen.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft ZR4 toch meer zekerheid geboden met betrekking tot de aan –of afwezigheid van pijn. Bij dementerenden kun je toch een duidelijkere, concretere vaststelling doen.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft het beleid van ZR4 slechts matig beïnvloed. Ze voert hetzelfde beleid met, als zonder PAINAD-schaal. Je kunt de schaal echter wel betrekken bij de overdracht, bijvoorbeeld ook naar de arts toe.
ZR4 staat wel open voor het verder gebruik van de PAINAD-schaal. Op deze manier kun je dieper ingaan op mogelijke aanwezigheid van pijn, ze bevat kenmerken waar je meer moet op letten tijdens pijnbeoordeling. Zo kun je soms tot het besluit komen dat er meer aan de hand is dan emotioneel gedrag of het feit dat patiënt zich niet goed voelt.
ZR4 zou de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's. Het is een goede schaal en ze is voorhanden, het zou jammer zijn ze niet te gebruiken.

ZR5, 50-65 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
ZR5 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal als volgt ervaren: het is een goede schaal. Door ze enkele dagen achtereen te gebruiken, krijg je een betere indruk van de schaal.
Op haar dienst zouden ze dit meer moeten toepassen, het is een kleine moeite om dagelijks de PAINAD-schaal af te nemen en dit neer te schrijven in het dossier. De score kan namelijk veranderen in de loop van de tijd.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: door de PAINAD-schaal te gebruiken tijdens de verzorging kun je aan de hand van de score merken hoe je er op kunt reageren, bijvoorbeeld door de patiënt zachtaardiger te benaderen. Duidelijke instructies. Weinig tijdrovend. In het belang van de bewoner.
Geen negatieve punten.
Geen aanbevelingen.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft ZR5 in feite wel meer zekerheid gegeven over de mogelijke aan –of afwezigheid van pijn. Vroeger dacht ze reeds dat haar bewoners pijn hadden, maar sinds het gebruik van de PAINAD-schaal kan ze afleiden in welke mate haar bewoners pijn hebben.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft het beleid van ZR5 weinig beïnvloed. Ze stelt de patiënt eventueel wat meer gerust of probeert ze af te leiden tijdens de verzorging.
ZR5 staat positief tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal. Dit zou voor veel bewoners interessant zijn en neemt niet veel tijd in beslag.
ZR5 zou het gebruik van de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's. Op deze manier zullen ze hun bewoners beter leren kennen en ze beter kunnen helpen en begeleiden bij pijn.

4. Huisartsen

HA1, 21-30 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe

HA1 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal als tijdrovend en moeilijk ervaren, voornamelijk omdat dit op huisbezoek doorgaat en er dan weinig tijd voorhanden is.
Meestal vraagt HA1 aan de verpleging hoe zij de pijn inschatten en gaat ze af op hun ervaringen.
HA1 vindt dat de PAINAD-schaal wel nog goed wordt gebruikt bij de eigen patiënten, die ze kent. Tijdens een wachtdienst kan de PAINAD-schaal verwarring brengen.
Aan de andere kant vermeldt HA1 dat ze nu wel beter weet op welke gedragingen ze moet letten bij het inschatten van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: zeer duidelijk en makkelijk te begrijpen, niet veel extra interpretatie mogelijk, bijhorende uitleg is duidelijk, kort en bondig, de schaal kan hierdoor perfect toegepast worden.
Negatief punt: tijdsinvestering, het kost te veel tijd om ze goed te gebruiken. Kan beter gebruikt worden door verpleging en verzorging.
Aanbeveling: geen.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft HA1 wel meer zekerheid geboden met betrekking tot de aan –of afwezigheid van pijn. HA1 vindt dat ze nu op veel meer gedragskenmerken let, de PAINAD-schaal dwingt je om patiënten meer in de gaten te houden voor wat betreft deze gedragskenmerken.
HA1 vermeldt dat het gebruik van de PAINAD-schaal haar beleid niet beïnvloed heeft, omdat de patiënten op moment van uittesten geen pijn hadden volgens de PAINAD-schaal.
Bij terugdenken aan situaties uit het verleden denkt HA1 dat de PAINAD-schaal haar beleid wel zou beïnvloed hebben, bijvoorbeeld ophoging pijnstillende medicatie, het sneller uitvoeren van biochemische controles, bijvoorbeeld naar infecties toe.
HA1 staat eerder positief tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal, omdat ze praktisch en simpel is, aan de andere kant is ze tijdrovend.
HA1 zou de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's. Het is een handig, simpel en praktisch instrument om niet te vergeten op welke gedragingen ze moeten letten bij beoordelen van pijn bij patiënten met een cognitieve beperking, zeker als je de patiënten zelf niet kent.

HA2, 41-50 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe

HA2 heeft het gebruik van de PAINAD-schaal als goed ervaren.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: overzichtelijk, totaal niet moeilijk, ook makkelijk bruikbaar door familie en verpleging, de schaal is eerder objectief.
Negatieve punten: de gedragingen beschreven in de PAINAD-schaal kunnen naast pijn ook wijzen op andere ongemakken of emoties. Het was onpraktisch om telkens A4-blad boven te halen telkens wanneer ze de PAINAD-schaal wou gebruiken.
Aanbeveling: een acroniem of letterwoord zou makkelijk zijn om de PAINAD-schaal beter uit het hoofd te leren.
Het gebruik van de PAINAD-schaal heeft HA2 meer zekerheid geboden met betrekking tot aan –of afwezigheid van pijn. Door de PAINAD-schaal kan HA2 aan de hand van observatie het gedrag de aan –of afwezigheid van pijn diepgaander inschatten en zal ze geneigd zijn nog meer te observeren.
HA2 vermeldt dat de PAINAD-schaal haar beleid op termijn zal beïnvloeden. De PAINAD-score kan helpen in het verantwoorden van een verandering van behandeling of strategie naar de familie toe.

HA2 staat positief tegenover het verder gebruiken van de PAINAD-schaal. Wanneer de collega's uit de groepspraktijk deze ook gebruiken, kan je de evolutie van de pijn opvolgen. Ook de familie van de patiënt kunnen deze gebruiken. De PAINAD-schaal is goed naar opvolging toe.
HA2 zou het gebruik van de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's omdat ze vindt dat er anders niet veel alternatieven voorhanden zijn om pijn te scoren bij patiënten met een cognitieve beperking.

HA3, > 65 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe
HA3 heeft de PAINAD-schaal ervaren als een handig instrument.
Positieve punten wat betreft gebruiksgemak: gemakkelijk, beknopt, kort en bondig.
Negatief punt: je krijgt een beter zicht op de situatie, wanneer er bij de pijnbeoordeling een persoon aanwezig is die de patiënt beter kent.
HA3 zou de patiënt vaker moeten zien om de PAINAD-schaal correct te kunnen gebruiken. De PAINAD-schaal daarom meer van waarde bij verpleeg –of zorgkundigen.
Aanbeveling: PAINAD-schaal implementeren in het dossier van het rusthuis.
HA3 kan niet oordelen over het feit of dat de PAINAD-schaal hem meer zekerheid heeft geboden wat betreft de aan –of afwezigheid van pijn, aangezien de patiënten geen pijn hadden op het moment dat de PAINAD-schaal werd afgenomen. HA3 zou situatie voordien ook zo ingeschat hebben.
Om dezelfde bovenvermelde reden heeft het gebruik van de PAINAD-schaal het beleid van HA3 niet beïnvloed.
HA3 zou de PAINAD-schaal in de toekomst misschien wel verder gebruiken, ook al denkt hij dat de schaal nuttiger is voor hulpverleners die eenzelfde patiënt vaker zien, bijvoorbeeld verpleeg –en zorgkundigen. De PAINAD-schaal kan wel een hulpmiddel zijn in de communicatie tussen verpleeg –en zorgkundigen enerzijds en de arts anderzijds.
HA3 zou het gebruik van de PAINAD-schaal aanbevelen aan collega's. Maar volgens HA3 zullen collega-artsen pas kunnen overtuigd worden om de PAINAD-schaal te gebruiken, wanneer ze deze samen kunnen gebruiken met verpleeg –en zorgkundigen. Voor artsen zelf is de PAINAD-schaal niet zo nuttig, aangezien het momentopnamen zijn.
Bij de oprichting van eerstelijnszorgregio's zal moeten samengewerkt worden met verschillende disciplines. Hierin kan de PAINAD-schaal optreden als interessante communicatietool. De arts moet dus op de hoogte zijn van het bestaan van de PAINAD-schaal en dient het nut er van in te zien in de communicatie met andere zorgverleners.
Mantelzorgers zouden deze ook kunnen gebruiken, aangezien de PAINAD-schaal geschreven is in menselijke taal.

2) Kwalitatieve gegevens uit de vragenlijsten

1. Rusthuisverpleegkundigen

VR5, 21-30 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe

Beleid: /
Verder gebruiken: “Zo een schaal is misschien handiger in een ziekenhuis, waar je de patiënten niet zo goed of niet zo lang kent. Hier kennen we onze bewoners en merken we snel aan hun manier van doen als ze pijn hebben.”
Collega’s: /

VR6, 21-30 jaar, kende PAINAD reeds voordien, maar paste niet toe

Beleid: “Indien je bepaalde handelingen opmerkt bij de bewoner, hou ik meer rekening omdat deze gerelateerd kunnen zijn aan pijn.”
Verder gebruiken: “Snel en overzichtelijk in gebruik”
Collega’s: “cfr. bovenstaande. Op een snelle manier heb je een overzicht van je bewonerssituatie.”

VR7, 50-65 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe

Beleid: “Moeilijk te beoordelen bij dementerenden”
Verder gebruiken: “Dikwijls moeilijk te beoordelen bij dementerenden, ik zou eerder gewoon observeren”
Collega’s: /

2. Thuisverpleegkundigen

VT6, 31-40 jaar, kende PAINAD reeds voordien en paste deze toe

Beleid: “Naast PAINAD wordt PACSLAC ook geregistreerd en dit geeft zelfde resultaat, dus het beleid was reeds goed opgestart.”
Verder gebruiken: “duidelijk en geen tijdrovende schaal”
Collega’s: “duidelijk, niet ingewikkeld, niet tijdrovend”

VT7, 50-65 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe

Beleid: /
Verder gebruiken: “ik gebruik reeds PACSLAC via ons Elektronisch Verpleegkundig Dossier”
Collega’s: /

3. Rusthuiszorgkundigen

ZR6, 31-40 jaar, kende PAINAD voorheen niet en past deze niet toe

Beleid: /
Verder gebruik: “Als je de bewoners kent, zal je het eerder zien en voelen, in plaats van de schaal te gebruiken”
Collega’s: /

4. Huisartsen

HA4, 41-50 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe

Beleid: “In de toekomst misschien wel, tot op heden nog geen invloed gehad op beleid.”
Verder gebruiken: “een iets meer objectieve inschatting van pijn (in plaats van subjectief aanvoelen).”
Collega’s: “Objectievere inschatting van pijn”

HA5, 50 – 65 jaar, kende PAINAD reeds voordien, maar paste niet toe

Beleid: “De PAINAD-schaal bevestigde de pijnevaluatie die ik voordien klinisch en intuïtief had ingeschat.”
Verder gebruiken: “Ik zou ze nog iets vlotter moeten kunnen implementeren, misschien met behulp van een klein kaartje met de te scoren items als geheugensteun.”
Collega’s: /

3) Obstakels voor het implementeren van de PAINAD-schaal: kwalitatieve gegevens

1. Rusthuisverpleegkundigen

VR8, 31-40 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe

VR8 heeft de PAINAD-schaal in de beschouwde periode niet kunnen introduceren in haar team wegens louter tijdsgebrek door grote drukte op de afdeling.
Het aanbieden van een bijscholing of opleiding zou in deze situatie niets veranderd hebben. Desalniettemin zou ze een bijscholing rond PAINAD-schaal wel zeer interessant vinden.

2. Thuisverpleegkundigen

VT8, 21-30 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe

VT8 heeft de implementatie van de PAINAD-schaal tijdens de beschouwde periode uit het oog verloren. Hoewel de PAINAD-schaal haar zeer interessant lijkt, heeft ze weinig tijd gehad om zich toe te leggen op de praktische uitvoering.
Een opleiding over dit topic is altijd welkom voor haar, maar zou niet veel uitgemaakt hebben voor het praktijkproject.

VT9, 21-30 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe

De PAINAD-schaal wordt in haar praktijk niet gebruikt, zelf gebruikt ze graag de VAS-schaal, ook bij patiënten met een cognitieve beperking.
Het feit dat de implementatie van de PAINAD-schaal grotendeels door middel van geschreven informatie en zelfstudie werd geïntroduceerd, was een barrière voor haar om het uit te voeren.
VT9 vermeldt dat een bijscholing ter introductie van de PAINAD-schaal haar er wel zou toe aangezet hebben om de implementatie uit te voeren.

3. Rusthuiszorgkundigen

4. Huisartsen

HA6, 41-50 jaar, kende PAINAD reeds voordien en paste deze reeds toe:

De grote drukte in de praktijk en bijgevolg het gebrek aan tijd zorgde ervoor dat hij er niet toe kwam de PAINAD-schaal te implementeren. Een opleiding vooraf zou hier geen verschil gemaakt hebben.
Desalniettemin lijkt het hem een interessant instrument, waar hij zeker meer en beter wil mee leren werken.

HA7, 41-50 jaar, kende PAINAD voorheen niet en paste niet toe:

HA7 heeft samen met haar associé gezocht naar patiënten die voldeden aan de criteria (zowel cognitief beperkt, als pijn lijdend), maar heeft geen geschikte patiënten gevonden. Ze vindt de opvolging van dergelijke pijnscore ook moeilijk als huisarts, gezien het gaat om momentopnames en het feit dat ze de patiënten niet dagelijks en vaak zelfs niet wekelijks ziet. Tijdsgebrek was geen barrière.
Een opleiding zou haar wel interesseren, maar een opleiding vooraf zou geen verschil gemaakt hebben voor implementatie van de PAINAD-schaal.

HA8, > 65 jaar, kende PAINAD reeds voorheen en paste reeds toe:

HA8 heeft samen met zijn associée gezocht naar patiënten die voldeden aan de criteria (zowel cognitief beperkt, als pijn lijdend), maar heeft geen geschikte patiënten gevonden. Tijdsgebrek was geen barrière.
HA8 heeft geen interesse in een opleiding hieromtrent en dit zou hem bovendien niet extra gemotiveerd hebben om deel te nemen aan de implementatie en nabevraging.