

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

MEDISCH

OUD ZEER

Diagnostiek en behandeling van pijn bij ouderen is onder de maat

Goede pijnbehandeling bij ouderen ontbreekt vaak. En al helemaal bij ouderen die een hersenaandoening zoals dementie hebben. De communicatieve beperkingen die dat met zich meebrengt, maken herkenning van de pijn erg lastig.

WILCO ACHTERBERG c.s.

Momenteel is 14 procent van de bevolking ouder dan 65 jaar. In 2030 zal dit 25 procent (4 miljoen) zijn.¹ Binnen deze groep ouderen is een groep kwetsbare ouderen te onderscheiden die zich kenmerkt door multiële morbiditeit, verminderde zelfredzaamheid en vaak ook beperkingen in het cognitief functioneren. Veel van deze kwetsbare ouderen ontvangen in meerdere of mindere mate zorg van professionele zorgverleners: thuis of in verzorgings- en verpleeghuizen.²

Pijn bij ouderen komt veel voor, en de herkenning en behandeling ervan is al jaren onderwerp van wetenschap-

pelijke en klinische discussies.³ Meetinstrumenten om de pijn op te sporen, goed in kaart te brengen en te monitoren worden nog te weinig gebruikt. Ook de behandeling van pijn bij ouderen is over het algemeen onder de maat. Binnen deze groep ouderen is er een grote subgroep waarbij de problemen in herkenning en behandeling nog groter zijn: dat zijn die kwetsbare ouderen die ook nog een (degeneratieve) hersenaandoening hebben zoals na een CVA, bij dementie, multiële sclerose (MS) of de ziekte van Parkinson.

Het aantal CVA-patiënten neemt sterk toe (prevalentie ruim 200.000 in 2003).⁴ Pijnklachten komen bij deze patiënten frequent voor: zowel schouderpijn aan de hemiplegische arm als >>

<< allodynie (extreme pijngevoeligheid in een deel van het lichaam, uitgelokt door een lichte niet-pijnlijke prikkel) en de zogenaamde *post-stroke* pijn. Deze laatste wordt centraal veroorzaakt door schade in de hersenen en reageert niet op 'normale' medicatie die in de WHO-pijnladder wordt aanbevolen. Overigens is het aantal onderzoeken naar effectiviteit van geneesmiddelen tegen deze pijn zeer beperkt.⁵

DEMENTIE

Het aantal dementiepatiënten zal waarschijnlijk oplopen tot circa 207.000 in 2010 en 412.000 in 2050.⁶ Het aantal aandoeningen die pijn kunnen veroorzaken, neemt in de hele populatie toe, dus ook bij deze groep. Hulpverleners in de eerste en tweede lijn zullen hiermee in toenemende mate te maken krijgen. Het herkennen van pijn bij dementiepatiënten is door communicatieve beperkingen echter lastig.⁷ Er is wel een aantal instrumenten ontwikkeld die ook bij diepere dementie pijnsymptomen kunnen vaststellen, maar deze worden nog maar mondjesmaat gebruikt. Recent Nederlands onderzoek heeft wel geleid

is slechts een klein aantal klinische studies naar pijn bij de verschillende typen dementie voorhanden. Deze laten echter wel interessante verschillen zien: zo lijkt de pijndrempel bij alzheimerpatiënten intact te blijven, maar is de beleving ervan mogelijk wel al in een vroege fase gestoord, dat wil zeggen verminderd. Zijn er echter bij iemand met alzheimer veel wittestoflaesies aanwezig, dan zou de pijnervaring ook kunnen toenemen. Bij vasculaire dementie staan wittestoflaesies op de voorgrond en uit één studie (overigens de enige beschikbare) komt naar voren dat deze groep patiënten inderdaad een toename in pijnbeleving kent. Er is slechts één studie verricht naar de relatie tussen frontotemporale dementie en pijnbeleving; hieraan deden ook patiënten met alzheimer mee. De resultaten laten zien dat patiënten met frontotemporale dementie nog minder pijn ervaren dan alzheimerpatiënten. Bij vasculaire en frontale dementie treedt mogelijk juist meer ervaren pijn op.¹⁰

MINDER PIJNSTILLERS

Een alarmerende bevinding uit epidemiologische studies is dat patiënten met

afdelingen van het verpleeghuis weer minder dan op somatische afdelingen, ongeacht het niveau van cognitief functioneren of het aanwezig zijn van pijn.¹³

Uit een recente studie komt naar voren dat er een relatie is tussen pijn en cognitief functioneren bij patiënten met alzheimer, maar niet binnen een groep ouderen zonder dementie. Binnen de groep ouderen zonder dementie was er alleen een relatie tussen depressieve symptomen en cognitie.¹⁴

Zowel bij parkinson als MS kunnen cognitieve stoornissen voorkomen. Het lijkt erop dat de pijnperceptie alleen is gestoord als die cognitieve stoornissen aanwezig zijn.¹⁵ Ook aan pijn bij parkinson en MS wordt in klinische en epidemiologische studies relatief weinig aandacht besteed. Dit is des te opmerkelijker, omdat pijn bij beide ziekten een belangrijk klinisch symptoom is, in tegenstelling tot bij alzheimer. De informatie die wel aanwezig is, wijst ook bij deze ziekten op een slechte herkenning en een forse onderbehandeling.

PIJNSCHALEN

Kortom, een adequate pijnbehandeling van ouderen met een degeneratieve hersenafwijking is dikwijls afwezig, vanwege gebrek aan kennis en aandacht in zowel kliniek als wetenschappelijk onderzoek. Het betreft een multidisciplinaire aanpak, waarbij communicatieve aspecten en kennis van neuropathologie, psychologie en klinische farmacologie zeer belangrijk zijn.

Onnodige pijn bij kwetsbare ouderen dient effectief te worden behandeld. Alleen betrouwbare pijndiagnostiek kan onderbehandeling bestrijden. De psychometrische kwaliteiten van verschillende *self-report* pijnschalen en observatieschalen zijn dan ook onderwerp van recente studies.^{8, 16} Ook toekomstig onderzoek moet zijn gericht op de psychometrische kwaliteiten van bestaande schalen en niet op de ontwikkeling van nieuwe pijnschalen. De psychometrische eigenschappen van de verbale pijnschalen, de visueel analoge pijnschalen en de numerieke pijnschalen, zijn in verschillende studies onderzocht.¹⁷⁻¹⁹ Sommige *self-report pain rating scales* meten alleen kwantitatieve aspecten van pijn (hoeveel pijn heeft de patiënt) en niet de kwalitatieve aspecten van pijn, oftewel hoeveel de patiënt lijdt onder de pijn: emotionele pijnbeleving dus. De zogenaamde *faces*

**Pijn
wordt slecht
herkend**

tot bruikbare Nederlandstalige instrumenten; de uitdaging is nu om deze in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de eerste lijn ook ingevoerd te krijgen.^{8, 9}

Wat de diagnostiek van pijn bij dementie ook beïnvloedt, is dat de pijnervaring kan veranderen op basis van neuropathologie. De neuropathologie zal per subtype dementie (ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontotemporale dementie) verschillen. Er

dementie minder pijnstillers gebruiken dan ouderen zonder dementie, ook al hebben zij een heupfractuur, gewrichtsaandoeningen of kanker.^{11, 12} Er bestaat kennelijk terughoudendheid in het geven van pijnmedicatie, die niet op rationele gronden is gebaseerd. Deze terughoudendheid is bijvoorbeeld ook gerelateerd aan de omgeving: in ziekenhuizen krijgt deze groep meer pijnstilling dan in het verpleeghuis, en op psychogeriatrische

pain scale is overigens een voorbeeld van een *self-report* schaal die wel emotionele aspecten meet. Observatieschalen zijn bij uitstek geschikt om emotionele aspecten van pijn in kaart te brengen; men kijkt bijvoorbeeld naar gezichtsgrimassen die mogelijk op pijn betrekking hebben. Juist deze emotionele aspecten van pijn vereisen ook een medische behandeling.

Gezichtsgrimassen vertellen ook veel

Om deze reden wordt aanbevolen observatieschalen (of observatie) niet alleen te gebruiken bij patiënten die niet meer kunnen communiceren over de pijn, maar ook bij patiënten die dat wél kunnen. Zo ontstaat een completer beeld van de pijn.

GEZAMENLIJKE AANPAK

Artsen, verzorgenden en verpleegkundigen, psychologen en paramedici kunnen met behulp van de eerdergenoemde diagnostische instrumenten, kennis van farmacologische en niet-farmacologische interventies en goede samenwerkingsafspraken de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen die pijn hebben, verbeteren. De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn kan dit in hoge mate ondersteunen, mits deze in diverse settings bruikbaar is: zowel thuis als in verzorgings- en verpleeghuizen.

We bevinden ons aan de vooravond van een periode van klinisch onderzoek waarvan de resultaten een belangrijke bijdrage moeten leveren aan de zorg voor en kwaliteit van leven van de oudere met een degeneratieve hersenafwijking. Het is bemoedigend dat naast wetenschappelijke interesse van diverse universiteiten in Nederland, ook de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (NVVA) en de branchevereniging van de V&V-sector (ActiZ) dit thema verder onder de aandacht willen brengen van hun leden. Een gezamenlijke aanpak

SAMENVATTING

- Pijn bij ouderen wordt al jaren onderschat en onderbehandeld.
- Bij ouderen die ook nog een degeneratieve hersenafwijking hebben, zoals dementie, CVA, multipale sclerose of de ziekte van Parkinson, is het nog moeilijker om pijn te herkennen en te behandelen.
- Toch zijn er ook voor deze groep dubbel kwetsbare ouderen goede mogelijkheden voor adequate diagnostiek en betere pijnbehandeling.
- Hiervoor is het van belang dat wetenschap en praktijk de handen ineen slaan en samen tot een multidisciplinaire richtlijn komen.

van management, artsen, paramedici, zorgverleners en familie is nodig om de pijnbestrijding bij de onderbelichte, dubbel kwetsbare groep ouderen te verbeteren. Het symposium 'Stop onnodige pijn bij kwetsbare ouderen' van ActiZ, NVVA en het Nationaal PijnFonds op 18 oktober 2007 gaf hiervoor de aftrap. ■

dr. W.P. Achterberg,
verpleeghuisarts, verpleeghuisgeneeskunde VUmc

dr. M. Smalbrugge,
verpleeghuisarts, verpleeghuisgeneeskunde VUmc

prof. dr. E.J.A. Scherder,
hoogleraar neuropsychologie, Vrije Universiteit van Amsterdam

drs. I. van der Stelt,
kwaliteitsmedewerker, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters NVVA

Correspondentieadres: wp.achterberg@vumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

Presentaties, verslagen van workshops en veel meer van het Congres Stop onnodige pijn bij kwetsbare ouderen vindt u via de digitale versie van dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl.

VELDWERK

Sorry



Ik heb een fout gemaakt. Het recept amoxicilline voor meneer H. heb ik voorgeschreven op

het receptenblad van meneer L., het bed ernaast. Ik kom er pas de volgende dag achter. Gelukkig is meneer L. niet allergisch, maar het 24 uur onthouden van antibiotica aan meneer H. geeft mij slapeloze nachten. De heren hebben het, dankzij de flexibele verpleging, niet in de gaten gehad en beiden kunnen in goede conditie worden ontslagen.

Maar dan komt mevrouw S. op mijn afdeling met algehele malaise en gewichtsverlies. Een CT-scan laat gemetastaseerde kanker zien. Als ik het haar wil gaan vertellen, kom ik erachter dat ze zes maanden geleden nog te genezen zou zijn geweest. Dat wil zeggen, als haar vorige CT-scan nauwkeurig was bekeken. Ik wend me met dit dilemma tot mijn supervisor. Ik krijg de uitdrukkelijke instructies patiënte niet in te lichten. Een ander geeft me het advies om mijn vertrouwensrelatie niet op het spel te zetten en juist eerlijk te zijn. Ik vraag me af wat voor de patiënte het beste zou zijn. De radiologen vinden het niet zinvol om het probleem te bespreken. Ik besluit te kiezen voor een gulden middenweg. Mevrouw S. overlijdt een week na ons gesprek.

Gelukkig gaat het regionale onderwijs over 'omgaan met fouten' en kan ik mijn vragen kwijt. Na een uur discussiëren met de juristen is het me duidelijk. Nooit bekennen, want toegeven is een veroordeling. Juristen vragen zich niet af waar dokters en patiënten echt bij gebaat zijn.

Ik ben opgevoed met een ouderwets 'sorry' en 'ik zal het de volgende keer beter doen'. Maar klaarblijkelijk kan dat niet meer als je volwassen bent. ■

Annemarie Bosch

de arts-assistent

Literatuur

1. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3023n21018.html
2. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5021n20327.html
3. Buffum MD, Hutt E, Chang VT, Craine MH, Snow AL. Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges. *J Rehabil Res Dev* 2007; 44 (2): 315-30.
4. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3223n17966.html
5. Frese A, Husstedt IW, Ringelstein EB, Evers S. Pharmacologic treatment of central post-stroke pain. *Clin J Pain* 2006; 22 (3): 252-60.
6. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.
7. Herr K, Decker S. Assessment of pain in older adults with severe cognitive impairment. *Ann Long-Term Care: Clin Care Aging* 2004; 12: 46-52.
8. Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *J Adv Nurs* 2007 (58): 493-502.
9. Herk R van, Dijk M van, Baar FP, Tibboel D, Wit R de. Observation scales for pain assessment in older adults with cognitive impairments or communication difficulties. *Nurs Res* 2007; 56: 34-43.
10. Scherder EJ, Sergeant JA, Swaab DF. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurol* 2003; 2 (11): 677-86.
11. Feldt KS, Ryden MB, Miles S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 1079-85.
12. All AC, Huycke LI. Pain, cancer, and older adults. *Geriatr Nurs* 1999; 20: 241-6.
13. Achterberg WP, Pot AM, Scherder EJ, Ribbe MW. Pain in the nursing home: assessment and treatment on different types of care wards. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 480-7.
14. Scherder EJ, Eggermont L, Plooij B, Oudshoorn J, Vuijk PJ, Pickering G, Lautenbacher S, Achterberg W, Oosterman J. Relationship between Chronic Pain and Cognition in Cognitively Intact Older Persons and in Patients with Alzheimer's Disease. *The Need to Control for Mood*. *Gerontology* 2008 Jan 10; [Epub ahead of print].
15. Scherder E, Wolters E, Polman C, Sergeant J, Swaab D. Pain in Parkinson's disease and multiple sclerosis: its relation to the medial and lateral pain systems. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29 (7): 1047-56.
16. Pautex S, Herrmann FR, Michon A, Giannakopoulos P, Gold G. Psychometric properties of the Doloplus-2 observational pain assessment scale and comparison to self-assessment in hospitalized elderly. *Clin J Pain* 2007; 23: 774-9.
17. Manz BD, Mosier R, Nusser-Gerlach MA, Bergstrom N, Agrawal S. Pain assessment in the cognitively impaired and unimpaired elderly. *Pain Manag Nurs* 2000; 1: 106-15.
18. Kaasalainen S, Crook J. A comparison of pain-assessment tools for use with elderly long-term-care residents. *Can J Nurs Res* 2003; 35: 58-71.
19. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2006; 6: 3.