

Uitgangspunt

Personen met een handicap hebben veelvuldig tot zelfs dagelijks pijn, zo blijkt uit literatuur. Vaak zijn ze niet in de mogelijkheid dit zelf aan te geven, hierdoor zijn ze voor de pijnbeoordeling vaak aangewezen op andere personen. Deze beoordeling is vaak subjectief. Dit is ook in vzw Stijn een probleem.

Het is dan ook belangrijk dat pijn objectief beoordeeld kan worden door derden. Het is de bedoeling een manier (test, meting...) te vinden om dit te doen (Aerts, 2009)

Wat is pijn?

Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die al dan niet verband houdt met actuele of potentiële weefselbeschadiging, of wordt beschreven in termen van zo'n beschadiging." Dit is de definitie van pijn van de International Association for the Study of Pain (IASP). De IASP voegt hieraan toe: "Pijn is altijd subjectief. Elk individu leert de applicatie van het woord door het ervaren van letsels die op jonge leeftijd worden opgelopen. [...] Pijn is (zonder twijfel) een gevoel in één of meer lichaamsdelen, maar is (ook) altijd onaangenaam en daarom ook een emotionele ervaring." Deze definitie benadrukt de lichamelijke en psychologische componenten van pijn, en wijst duidelijk op het subjectieve karakter.

Een andere definitie: Pijn is wat de persoon zegt dat het is en treedt op wanneer hij zegt dat het optreedt. (Margo McCaffrey)

Deze definitie gaat er echter vanuit dat elke persoon pijn zelf kan aangeven, wat uiteraard niet het geval is bij onze doelgroep.

Pijn bij personen met een handicap

Mensen met een handicap hebben dezelfde kans om in pijnlijke situaties terecht te komen, maar ze hebben ook extra risico zoals valpartijen, orthopedische materialen, slecht-passende rolstoelen. Vanuit literatuur komt evidentie naar voren dat mensen met een verstandelijke handicap meer pijnlijke situaties doormaken dan de algemene populatie en dat ze dus als een risicogroep ten aanzien van pijn kunnen beschouwd worden (Lotan, 2009a).

Onderliggende neurologische processen kunnen de pijnbeoordeling beïnvloeden. De hersenen en het zenuwstelsel zijn bij mensen met een verstandelijke handicap minder goed ontwikkeld en/of beschadigd. Dit heeft ertoe geleid dat er gedacht werd aan een grotere kans op pijnongevoeligheid. Er is echter tot op heden geen aantoonbare reden waarom personen met een verstandelijke handicap pijn bespaard zou blijven (Zwakhalen, 2004).

Drie systemen zijn van belang voor het begrijpen van pijn en verstandelijke handicap: leren, sensorische en metabole systemen. Vroege leermechanismen zoals belonen en modelling zijn relevant in het begrijpen van de vroege ontwikkeling van het ervaren en uiten van pijn. Met andere woorden, pijngedrag kan beïnvloed worden door sociale en observationele leerprocessen. Op sensorisch gebied is er discussie over de sensitiviteit voor pijn bij personen met een handicap. In de meeste studies worden, in tegenstelling tot wat vroeger algemeen werd aanvaard, lagere pijndrempels en gestegen sensitiviteit voor pijn gevonden.

Omdat mensen met een verstandelijke handicap een breed spectrum van chronische medische condities hebben die het centrale zenuwstelsel, het gastro-intestinale systeem, het immuun systeem beïnvloeden, is er een groot risico voor medicatie-medicatie interacties die effectief pijnmanagement kunnen beïnvloeden. Een uitdaging voor het onderzoek is uitzoeken of en hoe het neurologische letsel dat leidt tot de verstandelijke handicap het pijnsysteem beschadigt. (Symons, 2008).

Mede verantwoordelijk voor de idee dat personen met een handicap pijnongevoelig zijn is hun onvermogen om pijn te uiten, het gebrek aan sensitiviteit van de observatoren, alsook het uiten van bepaalde gedragingen die verschillende oorzaken kunnen hebben. Bepaalde gedragingen kunnen veroorzaakt worden door pijn, of andere oorzaken van stress, maar kan ook gewoon deel uit maken van gedragsrepertoire van zorggebruiker. Bepaalde indicatoren van pijn zoals grimassen, kreunen of veranderd slaappatroon kunnen ook voorkomen wanneer er geen pijn is. Het hangt waarschijnlijk meer samen met het niveau van handicap als met pijn, maar kan ook onderdiagnose van pijn veroorzaken (Lotan, 2009a).

Vanuit de literatuur komen enkele principes voor pijnmanagement die van belang zijn voor een goede pijnmanagement als het gaat om mensen met een verstandelijke handicap (Zwakhallen, 2004) :

- zorg voor goede voorlichting en begeleiding van betrokkenen (ouders, verzorgers, groepsleiding)
- ga na welke pijnervaringen het kind in het verleden heeft gehad
- documenteer hoe het kind gebruikelijk op pijn reageert en welke interventies kunnen helpen. Hier kan een individueel pijnprofiel bij helpen
- inventariseer en documenteer tevens welke farmacologische en non farmacologische methoden in het verleden hielpen om pijn te bestrijden. Vertrouw op informatie van direct betrokkenen.
- probeer een manier te vinden hoe te communiceren met het kind en ouders over de pijn
- betrek ouders bij het proces van pijnmanagement, zij brengen hun deskundigheid mee
- werk met een multidisciplinaire benadering
- geef geregeld analgetica om pijn te voorkomen en beoordeel de aanwezigheid van pijn regelmatig
- wees alert op een verhoogd risico op sensibele reguliere stoornissen (slaap etc)
- cluster ingrepen zoveel mogelijk
- neem aan dat hetgeen voor jezelf pijnlijk is dat ook is voor de patiënt met een verstandelijke handicap tenzij het tegendeel is bewezen
- een uitgebreid behandelplan moet non-farmacologische en farmacologische mogelijkheden bevatten met als doel 'distress' te reduceren en het functioneren te maximaliseren
- regelmatige evaluatie van pijnbestrijding en eventuele aanpassing van doseringen na enkele dagen.

Wij zullen er bij het opstellen van een procedure voor pijnmanagement met deze aspecten rekening moeten houden.

Welke problemen worden ervaren in de praktijksituatie?

Na een beperkte rondvraag bij enkele betrokkenen, kunnen volgende vragen geformuleerd worden:

- wat zijn de signalen/uitingen van pijn bij personen met een handicap (eventueel verschillend naar niveau)
- welke zijn de meest voorkomende pijnen of oorzaken van pijn bij personen met een handicap (eventueel verschillend naar niveau)
- welke testen bestaan er om pijn bij personen met een verstandelijke handicap te detecteren en welke is in onze setting het meeste aangewezen?
- pijnsensitiviteit bij personen met een handicap
- het onderscheid kunnen maken tussen pijn en andere oorzaken van gedragsveranderingen/gedragsproblemen: vaak stellen zorggebruikers een bepaald gedrag

waarvan de oorzaak vaak onbekend is. Eén van de hypothesen is dan vaak pijn. Men is vragende partij naar een systeem waarin gedrag in zijn context kan geanalyseerd worden en zo mogelijke oorzaken waaronder pijn kunnen nagegaan worden.

Deze vragen zullen bekeken worden vanuit een beknopte literatuurstudie om op basis daarvan een verdere strategie voor pijnmanagement te bepalen. Vanuit praktische en inhoudelijk logische motieven zullen de vragen in een verschillende volgorde behandeld worden.

Welke zijn de meest voorkomende pijnen of oorzaken van pijn bij personen met een handicap (eventueel verschillend naar niveau)

Zoals hierboven reeds staat vermeld, wordt in de literatuur aangegeven dat mensen met een verstandelijke handicap meer pijnlijke situaties doormaken dan de algemene populatie en dat ze dus als een risicogroep ten aanzien van pijn kunnen beschouwd worden (Lotan, 2009).

Naast de dagdagelijkse risico's waar elke persoon mee te kampen krijgt, hebben personen met een handicap vaak meer problemen rechtstreeks verbonden aan hun handicap (spasmen, constipatie,...) alsook meer medische onderzoeken en ingrepen die ze moeten ondergaan. Deze laatste veroorzaken verhoogde kans op procedurale en/of postoperatieve pijn.

Zo geeft onder andere Lotan (2009 b) dat veel personen met een verstandelijke handicap medische condities hebben waardoor ze vaak een variëteit van pijnlijke medische procedures moeten ondergaan. Hij geeft aan dat uit literatuur blijkt dat 99% van de mensen met verstandelijke handicap in een voorziening minstens 1 chronische conditie heeft die regelmatige controle behoeft, bv hartproblemen, diabetes, maagzweer, longontstekingen.

Gelijkaardig geven Beange et al. (1995) aan dat mensen met verstandelijke handicaps meer cardiovasculaire risico's lopen en dat de gemiddelde ziekenhuisopname van personen met een handicap hoger ligt dan die van de algemene populatie. De medische problemen die gediagnosticeerd worden, zijn de volgende: contracturen, scoliose, osteoporose, gedrags- en psychiatrische problemen.

Meer gedetailleerde informatie ivm pijnen en oorzaken van pijn werden voorlopig niet teruggevonden.

Pijnsensitiviteit bij personen met een handicap

In het onderdeel 'pijn bij personen met een handicap', kan al een belangrijk deel informatie worden teruggevonden. Ten eerste is de ervaring en uiting (al dan niet verbaal) van pijn afhankelijk van een samenspel van factoren, zowel biologisch als omgevingsgebonden. Ten tweede blijkt uit onderzoek dat in tegenstelling tot wat algemeen werd aangenomen, personen met een handicap wel degelijk sensitief zijn voor pijn, al is er discussie over de hoogte van hun pijndrempel en de mate van sensitiviteit.

De reden waarom lang werd aangenomen dat personen met een handicap niet of minder sensitief zijn voor pijn zijn de volgende: Cognitieve, motorische en communicatieve beperkingen vormen een barrière in de pijnbeoordeling bij mensen met een verstandelijke handicap. Zo geeft Logan (2009 b) aan dat hun onvermogen om te rapporteren over pijn vaak een onvoldoende behandeling veroorzaakt. Aangetoond is dat personen met verstandelijke handicap minder postchirurgische pijnstillers krijgen als mensen zonder handicap, na dezelfde procedure. De betekenis van gedrag van de persoon met een handicap is ook niet altijd duidelijk. Ze hebben ieder een individueel scala aan gedragingen als manier van reageren op pijn. Zoals hierboven ook reeds werd aangegeven, kunnen bepaalde gedragingen meerdere oorzaken hebben, bv/ pijn, stress, behorend tot het normale gedragsrepertoire van de zorggebruiker. Ook het gebrek aan sensitiviteit van de observatoren wordt mee aangegeven als oorzaak van de onderdiagnose van pijn. Tenslotte kan pijngewaarwording en pijnbeoordeling ook bemoeilijkt worden door het gebruik van medicatie. Zoals hierboven aangegeven kunnen diverse medicaties elkaar gaan beïnvloeden.

Hoe sensitief ze dan wel zijn en wat het onderscheid is met de doorsnee populatie staat ter discussie. Uit een literatuurstudie van Symons (2008) blijkt dat uit onderzoek naar voren komt dat de sensatie en sensorische functies intact zijn bij personen met een handicap. Twee van de drie besproken studies geven zelfs aan dat er een lagere pijndrempel en een verhoogde sensitiviteit voor pijn is. Hierbij moet niet alleen rekening gehouden worden met eventuele biologische voorbestemdheid, maar ook met andere elementen zoals sociale context (zie boven).

Onderzoek met betrekking tot dit thema is lopende en zal in de toekomst verder noodzakelijk blijven. Zo is het interessant te onderzoeken of de neurologische stoornissen die leiden tot de verstandelijke handicap ook zijn invloed hebben op de perceptie van pijn en zo de sensitiviteit en pijndrempel beïnvloeden.

Welke testen bestaan er om pijn bij personen met een verstandelijke handicap te detecteren en welke is in onze setting het meeste aangewezen?

Pijn is een subjectief en multidimensioneel gegeven. Het kan beoordeeld worden door verschillende methodes afhankelijk van de individuele cliënt en zijn communicatieve mogelijkheden. Deze methodes zijn: zelfrapportage, fysiologische en gedragsobservationele metingen.

Aangezien pijn, zoals gezegd, een subjectieve ervaring is, wordt zelfrapportage vaak gezien als de gouden standaard. Er zijn dan ook vele instrumenten die de subjectieve ervaring vertalen in betekenisvolle gegevens die kunnen gebruikt worden om professionals te helpen in hun diagnose en behandeling. Voorbeelden hiervan zijn:

-Visueel Analoge Schaal: waarbij de patiënt op een lat met een lijn aangeeft hoe de pijn ervaren wordt. Op de achterkant van de lat staat een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ondraaglijke pijn).

-Numeric Rating Scale: waarbij de patiënt een cijfer geeft aan de pijn op een schaal van 1 (geen pijn) en 10 (ondraaglijke pijn).

-Verbal Descriptor Scale: bestaat uit een aantal beschrijvingen die een bepaald niveau van pijn aangeven. De patiënt geeft aan welke van de beschrijvingen het best overeenkomen met de pijn die hij/zij ervaart.

-The Faces Pain Scale: bestaat uit gezichten die een verschillende intensiteit van pijn uitdrukken. De patiënt geeft aan welke van de gezichten best laat zien hij/zij zich voelt.

-McGill Pain Questionnaire: multidimensionele schaal waarbij de patient op een tekening moet aangeven waar hij/zij pijn heeft en waarbij ook vragen gesteld worden over de pijn waar men last van heeft.

-Multi Dimensional Pain Inventory: multidimensionele schaal met vragen over de pijn.

Echter, zelfrapportage schalen kunnen enkelen gebruikt worden bij individuen die oud genoeg zijn of genoeg cognitieve mogelijkheden hebben om valide informatie te geven over de plaats, kwaliteit, intensiteit en tolerantieniveau van de pijnlijke ervaring. Uit onderzoek komt naar voren dat zelfs bij mensen met een licht tot matig verstandelijke handicap zelfrapportage moeilijk is. Om deze reden kunnen deze instrumenten onbruikbaar of ineffectief zijn voor individuen die niet-conventionele methoden van communicatie gebruiken of bij mensen die niet de nodige cognitieve capaciteiten hebben om hun ervaringen om te zetten in begrijpbare taal (Lotan, 2009a).

Fysiologische metingen zoals harstlag, bloeddruk, cortisol-waarde worden gebruikt om pijn te beoordelen. Hoewel fysiologische metingen kunnen gezien worden als objectief, is er van geen enkele fysiologische index bewezen dat deze uniek en specifiek genoeg is om pijn te

meten. Veel fysiologische parameters veranderen immers niet enkel in functie van pijn, maar ook onder invloed van emoties, temperatuur, lichaamsbeweging,... Ook is het meten van deze fysiologische parameters vaak tijd en kostintensief (Lotan, 2009a).

Individuele metingen met cognitieve en verbale beperkingen zijn vaak niet in de mogelijkheid om hun fysisch ongemak of pijngevoelens te beschrijven, zodanig dat zelfrapportage onmogelijk blijkt. In dit geval worden vaak gedragsobservaties gedaan. Gedragsindicatoren zoals gezichtsuitdrukking, wenen en lichaamsbewegingen worden gebruikt om de aanwezigheid en intensiteit van pijn in nonverbale of preverbale kinderen en personen met cognitieve beperkingen na te gaan (Lotan, 2009a). Er zijn een aantal schalen die niet specifiek ontwikkeld zijn voor personen met een verstandelijke beperking, maar hier wel op getest zijn. Daarnaast bestaan er schalen die specifiek voor personen met een verstandelijke handicap ontwikkeld zijn.

Pijnbeoordeling middels het gebruik van bestaande gedragsobservationele schalen:

- Dalhousie Everyday Pain Scale (DEPS)

-Children's hospital of Eastern Ontario pain Scale (CHEOPS): gedragsschaal om postoperatieve pijn bij jonge kinderen te evalueren. Het kan ook gebruikt worden om de effectiviteit van interventies na te gaan. Minimum score=4, maximum score=13

-Riley Infant Pain Scale (RIPS): pijn beoordelen bij preverbale kinderen, score van 0-18, hoe hoger de score hoe meer afgelijnd de pijn.

-COMFORT Scale: postoperatief pijninstrument voor 0-3 jarigen. Zowel gedrags als fysiologische items. Goede betrouwbaarheid en validiteit.

Pijnbeoordeling middels gedragsobservationele methoden ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke handicap

De laatste jaren is men overtuigd geraakt van het feit dat er voor mensen met een verstandelijke handicap specifieke gedragsobservationele pijnbeoordelingsschalen ontwikkeld moeten worden (Zwakhalen, 2004). Deze schalen zijn telkens in bijlage toegevoegd.

-Non-communicating Children's Pain Checklist-R (NCCPC-R). Een schaal van 30 items waarvan op een schaal van 0 tot 3 de mate van voorkomen tijdens de laatste 2 uur moet aangeduid worden. De cut-off score bedraagt 7 of meer, wanneer deze score bereikt wordt is er indicatie dat het kind pijn heeft. Goede psychometrische eigenschappen: interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie, sensitief voor pijn.

-Non-Communicating Children's Pain Checklist-postoperative version (NCCPC-PV): De NCCPC voor postoperatief gebruik. Een schaal van 27 items waarvan op een schaal van 0 tot 3 de mate van voorkomen tijdens de laatste 10 minuten moet aangeduid worden. Bij score tussen 6-10 is er sprake van milde pijn, bij 11 of meer heeft een kind matige tot ernstige pijn. Intern consistent, specifiek voor pijn.

-Non-Communicating Adults Pain Checklist (NCAPC): de NCCPC-R voor gebruik bij volwassenen. 18 items in een periode van 10 minuten te observeren. Cut-off is onbekend. De NCAPC is sensitief voor pijn op alle niveaus van handicap, heeft een goede interne consistentie, hoge betrouwbaarheidsscores, differentieert tussen pijn en geen pijn. Vooral nut nagegaan bij procedurele pijn.

-Kids with Intellectual Disabilities Pain Assessment Instrument for Nonverbal Signs (KIDPAINS): deze schaal werd ontwikkeld om pijn te meten bij kinderen met een zeer ernstig verstandelijke handicap. Het gaat om 18 items waarvan op een schaal van 0-4 de mate van voorkomen moet aangeduid worden. Score ≥ 10 = matige pijn, score ≥ 21 = ernstige pijn. Schaal die een goede validiteit, betrouwbaarheid, sensitiviteit en specificiteit heeft.

-Checklist Pijn Gedrag (CPG): deze schaal is bedoeld om pijn te meten bij kinderen met een zeer ernstig verstandelijke handicap. 10 items waarvan enkel het voorkomen moet gescoord

worden, kan aangevuld worden met Numerieke Pijn Schaal. Wordt gebruikt bij postoperatieve pijn, verandering in pijnmedicatie en (sub)acute pijn.

-Pijngedraganalyse (PGA): dit is een verzameling instrumenten waarmee op methodische wijze gedragsveranderingen van zorgvragers met een verstandelijke beperking kunnen worden gesignaleerd en geanalyseerd in relatie tot het vermoeden van de aanwezigheid van pijn bij de zorgvrager. Bestaat uit een individueel pijnprofiel, een individueel pijnbestrijdingsplan en observatielijsten.

- Pain and Discomfort Scale (PADS): schaal die moet afgenomen worden tijdens bepaalde procedure, de items worden gescoord op voorkomen tijdens deze procedure.

-Paediatric Pain Profile: bestaat uit 20 items die op een 4 puntenschaal van niet tot heel veel gescoord moeten worden. Range 0-60, cut-off=14. Goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie en sensitiviteit.

-Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC): 5 categorieën die op een 2 puntenschaal moeten gescoord worden, de totale score= 0-10. 0-3=milde pijn, 4-6=matige pijn, 7-10=ernstige pijn.

-Facial Action Coding System: op basis van gezichtsuitdrukkingen wordt pijn bepaald. Goede psychometrische eigenschappen. Echter, uit onderzoek blijkt dat gezichtsuitdrukkingen enkel sensitief zijn bij licht en matig verstandelijke handicap.

Bij diverse van de opgesomde schalen kan als opmerking geven worden dat de te observeren indicatoren moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn. Zo zit in de CPG zowel het item gespannen gezicht als grimas als lijn tussen neus en mondhoek dieper.

Ook is de oorzaak van het gedrag niet steeds even duidelijk, wanneer er een grimas is, kan dit nog door een andere reden veroorzaakt worden als louter door pijn. Een oplossing daarvoor is om een baseline meting te doen, wanneer je de schaal ook al afneemt wanneer er geen sprake is van pijn, kan een deel van deze problematiek opgevangen worden. Door bv de auteurs van de NCAPC wordt dit expliciet aangeraden. Ze geven aan dat 'Geen pijn' immers toch nog tot diverse scores kan leiden op veel van deze schalen en op deze manier heeft men een vergelijkingspunt.

Het niveau van de handicap beïnvloedt het baselinegedrag en het gedrag bij pijn. Het is dus belangrijk om de juiste instrumenten te gebruiken. Instrumenten zoals bijvoorbeeld de FACS geven een hoge basisscore bij mensen met een ernstigere verstandelijke handicap en kunnen de foute indruk geven dat mensen met een ernstig of diep verstandelijke handicap minder gevoelig zijn voor pijn. Voor deze groep is de NCCPC –R beter geschikt.

Al deze opmerkingen ten spijt, van een heel aantal van deze instrumenten en schalen is de betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit bewezen.

Wat zijn de signalen/uitingen van pijn bij personen met een handicap (eventueel verschillend naar niveau)

Wanneer we kijken naar de schalen die speciaal ontwikkeld zijn voor personen met een handicap komen daar steeds dezelfde items in terug. Aangezien bij de meerderheid van deze schalen bewijzen voor de inhoudsvaliditeit en de sensitiviteit voor pijn kunnen we daaruit besluiten dat er een redelijk duidelijk beeld is over de gedragingen die pijn (kunnen) voorspellen.

Wanneer we een vergelijking maken tussen schalen:

	NCCPC	NCCPC PV	NCAPC	CPG	kidpains	PGA	PADS	PPP	FLACC
vocaal									1
kreunen/zeuren	1	1	1	1	1	1	1	1	
wenen	1	1	1	1	1	1	1	1	
roepen/schreeuwen	1	1	1	1	1	1	1		
 sociaal	1								1
niet meewerken, ongelukkig	1	1	1			1	1		
terugtrekken	1	1				1	1	1	
troost zoeken	1	1				1			
moeilijk af te leiden/te plezieren	1	1	1		1	1	1	1	
paniekerig					1				
boosheid					1				
gezichtsuitdrukking	1								1
fonsen/grimas	1	1	1	1	1	1	1	1	
verandering in ogen (wij open, toegenepen)	1	1	1	1	1	1	1	1	
sip gezicht	1	1	1	1	1	1		1	
getuite/trillende lippen	1	1	1			1	1		
tandenklapperen	1	1				1	1	1	
activiteit	1								1
niet bewegen/minder actief	1	1	1			1			
op en neer springen, zeer actief	1	1			1	1		1	
lichaam	1								1
slap	1	1							
stijf, spastisch, gespannen	1	1	1			1		1	
het lichaamsdeel dat pijn doet tonen	1	1	1						
beschermen van pijnlijke lichaamsdeel	1	1	1			1	1	1	
wegtrekken van pijnlijke lichaamsdeel	1	1	1			1	1	1	
fysiologisch	1								
bibberen	1	1				1			
verandering van kleur	1	1	1			1			
zweten	1	1				1			
tranen	1	1		1	1	1	1		
naar adem happen	1	1	1		1	1	1		
adem inhouden	1	1	1			1	1		
eten/slaap	1								
minder eten	1					1		1	
toegenomen slaap	1					1		1	
afgenomen slaap	1					1		1	

We zien dat vooral items met betrekking tot gezichtsuitdrukking en vocale uitingen (kunnen) wijzen op pijn. Dit zijn dan ook de elementen die we vooral in het oog moeten houden willen we pijn adequaat kunnen detecteren.

Zoals reeds gezegd moet ook gelet worden op het niveau van handicap bij het bepalen welke uitingen relevant zijn om pijn te detecteren. Bij personen met een ernstig of diep verstandelijke handicap blijken gezichtsuitdrukkingen vaak niet sensitief genoeg te zijn, dus moeten ook andere elementen mee in rekening gebracht worden.

Het onderscheid kunnen maken tussen pijn en andere oorzaken van gedragsveranderingen/gedragsproblemen

Vaak stellen zorggebruikers een bepaald gedrag waarvan de oorzaak vaak onbekend is. Eén van de hypothesen is dan vaak pijn. Vanuit de gedane rondvraag blijkt de behoefte aan een systeem waarin gedrag in zijn context kan geanalyseerd worden en zo mogelijke oorzaken waaronder pijn kunnen nagegaan worden.

In de voorgaande oplijsting van schalen komen vooral schalen naar voren die bij vermoeden van pijn moeten gehanteerd worden. Ze zitten echter niet ingebed in een systematiek die ook een andere mogelijke verklaringen voor het gedrag nagaat. Hierdoor komen de aandachtspunten die eerder al opgesomd zijn rond baseline gedrag, niveau van handicap en dergelijke ook weer naar voren.

Er is 1 systeem dat wel rekening houdt met de hele context rond het gedrag en dat is de Pijngedraganalyse. Zij bedden het gebruik van een observatieschaal in, in een ruimer geheel, waar andere schalen de observatie van pijn als een geïsoleerd gegeven zien.

De pijngedraganalyse wordt als volgt gedefinieerd: het is een verzameling instrumenten waarmee op methodische wijze gedragsveranderingen van zorgvragers met een verstandelijke beperking, kunnen worden gesignaleerd en geanalyseerd in relatie tot het vermoeden van de aanwezigheid van pijn bij de zorgvrager. Aan de hand van een individueel pijnprofiel wordt de pijnuiting, pijngevoeligheid, pijngeschiedenis en pijnbestrijding van de zorgvrager beschreven. Met behulp van een individueel pijnbestrijdingsplan wordt op momenten van pijn het pijnbeleid afgestemd op het actuele pijnbeloop (Ketels, 2008). Het doel is de hulpverlener in de dagdagelijkse praktijk een instrument te bieden waarmee hij/zij tijdig en zo objectief mogelijk pijn vast kan stellen bij zorgvragers die dit zelf niet kunnen aangeven met woorden of geschreven taal.

Referenties

- Beange, H., McElduff, A., & Baker, W. (1995). Medical disorders of adults with mental retardation: A population Study. *American Journal of Mental Retardation*, 99. pp 595-604.
- Ketels, C.G.M. (2008). *Pijngedraganalyse*. Falstaff Media: Alkmaar.
- Lotan (2009a). Assessment of Pain in Adults with Intellectual and Developmental Disabilities: Development of a scale to assess pain behaviors. Doctoraatsproefschrift University of Bergen, Department of Public Health and Primary Health Care, section for Physiotherapy Science, Norway.
- Lotan (2009b). A Modified Version of the Non-comunicating Children Pain Checklist revised, Adapted to Adults With Intellectual and Developmental Disabilities: Sensitivity to Pain and Internal Consistency. *The Journal of Pain*, 10 (4), pp 398-407.
- Symons, F.J., Shinde, S.K., & Gilles, E. (2008). Perspectives on pain and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (4) pp 275-286.
- Zwakhalen, S.M.G., van Dongen, K.A.J., Huijer Abu-Saad, H. (2004). Pijnbeoordeling bij mensen met verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 1, 3-22.