|  |
| --- |
| Zorgprogramma pijn |
| Ipse de Bruggen |

|  |  |
| --- | --- |
| Versie | 1.0 |
| Datum | April 2020 |
| Auteur(s) | Pijnteam Ipse de Bruggen |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Pijnteam Ipse de Bruggen |  |
| www.ipsedebruggen.nl |  |
| pijnteam@ipsedebruggen.nl |  |

*Ontwikkelgroep zorgprogramma pijn:*

*Maud Kempen – Praktijkverpleegkundige*

*Naftha Jelluma – Arts VG*

*Mieke Hogerbrug – tandarts VG*

*Dianne Keijzer – Gedragskundige*

*Karin van Asten – Ergotherapeut*

*Leendert Sneep – Fysiotherapeut*

*Feedback:*

*Dr. Nanda de Knegt; gedragskundige prinsenstichting; postdoc Klinische Neuropsychologie VU*

*Dr Anneke Boerlage; Verpleegkundig onderzoeker ICK en kinderaneshesie; Erasmus MC*

*Dr Marieke van Schijndel; beleidsmedewerker Ipse de Bruggen*

*Vakgroep Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten Ipse de Bruggen*

*Vakgroep gedragskundigen Ipse de Bruggen*

*Vakgroep praktijkverpleegkundigen Ipse de Bruggen*

*Vakgroep Ergotherapie Ipse de Bruggen*

*Vakgroep fysiotherapie Ipse de Bruggen*

**Inhoudsopgave Pagina**

Omschrijving van de problematiek en motivatie voor het zorgprogramma 3

Werkwijze 8

Samenwerking en implementatie 15

Evaluatie 15

Knelpunten en aanbevelingen 18

Literatuur 20

Bijlage 1: format pijnanamnese 22

Bijlage 2: Format interdisciplinair overleg bij chronische pijn 23

Bijlage 3: discipline-informatie Arts 30

Bijlage 4: discipline-informatie PVK en CVP 31

Bijlage 5: discipline-informatie gedragskundige en behandelcoördinator 32

Bijlage 6: discipline-informatie tandarts 34

Bijlage 7: discipline-informatie fysiotherapie en ergotherapie 36

Bijlage 8: meetinstrumenten 39

**Zorgprogramma pijn**

Inhoud

**Visie**

Volgens onderzoek(1) is pijn een veel voorkomend probleem bij mensen met een verstandelijke en/of meervoudige beperking. Dit hangt mogelijk samen met het vaker voorkomen van lichamelijke aandoeningen bij deze doelgroep. Daar komt bij dat veel mensen met een verstandelijke beperking pijn niet goed kunnen aangeven (2). Hierdoor wordt de pijn niet altijd voldoende onderkend en adequaat behandeld. Aandacht voor pijn is noodzakelijk.

Ipse de bruggen biedt zorg en behandeling aan mensen met een verstandelijke en/of meervoudige beperking. In het Expertisecentrum bieden we in samenwerking met wonen en dagbesteding goede diagnostiek en behandeling bij pijn:

**Bij elke client wordt pijn tijdig herkend en de juiste pijndiagnostiek gedaan. Pijndiagnostiek dient altijd als uitgangspunt voor de behandeling of advisering** (3)**. Het proces van herkenning, diagnostiek en behandeling is goed op elkaar afgestemd en verloopt methodisch en efficiënt.**

**Herkenning, diagnostiek en behandeling zijn gebaseerd op de meest recente inzichten en waar mogelijk evidence based en/of best practice.**

**Doel**Het doel van het zorgprogramma is:

|  |  |
| --- | --- |
| Cliënt | Elke client krijgt tijdig de juiste pijndiagnostiek en -behandeling |
| Behandelaars/  Behandelcentrum | Herkenning, diagnostiek en behandeling van pijn is goed op elkaar afgestemd en verloopt methodisch en efficiënt. |
| Proces/ tevredenheid | Communicatie over het proces van herkenning, diagnostiek en behandeling van pijn is duidelijk en transparant voor alle betrokken partijen. |

**Definitie cliënten/ doelgroep**

Het zorgprogramma wordt toegepast op cliënten van Ipse de Bruggen met WLZ indicatie inclusief behandeling met (sub)acute of chronische pijn of een vermoeden van pijn.

Dit zorgprogramma wordt geïntegreerd in totale diagnostiek en behandeling van de client.

Dit zorgprogramma is ontwikkeld voor alle medewerkers van het Expertisecentrum van Ipse de Bruggen.

**Prevalentie**

Mensen met een verstandelijke beperking hebben doorgaans meer ziekten en medische aandoeningen en ondergaan procedures die gepaard (kunnen) gaan met pijn. Maar juist bij deze mensen, die pijn vaak niet goed op de gebruikelijke manier kunnen uiten, wordt pijn vaak onderschat en dus onderbehandeld (2). Dat heeft een negatieve invloed op hun kwaliteit van leven.

Vaak wijkt het gedrag van mensen met een verstandelijke beperking bij pijnmomenten af van wat je zou verwachten. Zorgverleners hebben soms ook moeite om het gedrag van hun cliënten te ‘lezen’ en vast te stellen of het door pijn wordt veroorzaakt of niet. De manier waarop iemand pijn ervaart kan ook veranderen onder invloed van een aandoening of syndroom, zoals bijvoorbeeld dementie of na een hersenbloeding. Door de omgeving kan bepaald gedrag van een cliënt niet herkend worden als een mogelijke uiting van pijn. Daarin speelt ook een rol dat veel zorgverleners vaker agogisch dan (para)medisch geschoold zijn. Daardoor kan binnen teams onvoldoende kennis aanwezig zijn over pijn, pijnbehandeling, pijnregistratie en achterliggende (medische) problematiek. (4)

Door de heterogene doelgroep, verschillen in cognitieve mogelijkheden, verschillen in signaleren en diagnostiek is er in veel gevallen sprake van ondersignalering en is het moeilijk betrouwbare cijfers te vinden over het vóórkomen van pijn.

Recente inzichten suggereren dat de pijngevoeligheid en pijnbeleving kunnen verschillen afhankelijk van het genetisch syndroom onderliggende aan de verstandelijke beperking of de lichamelijke aandoening onderliggend aan de pijn (5).

**Beschrijving van de problematiek**

Definitie:

‘Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging.’ (6)

Deze definitie wordt in de richtlijn pijn signaleren van de Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (4) aangevuld met:

‘Het onvermogen om pijn verbaal kenbaar te maken sluit niet uit dat iemand pijn lijdt en dat een adequate pijnbehandeling nodig is. Pijn is altijd subjectief.’ (6)

Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak een combinatie van lichamelijke en verstandelijke beperkingen, die vervolgens kan leiden tot lichamelijke problemen die pijn met zich mee (kunnen) brengen (4), bv:

* Cerebrale parese, afwijkend looppatroon of rolstoel gebonden zijn
* Contracturen
* Niet ADL-zelfstandig zijn (m.a.w. is er iemand anders die bepaald hoe hard je wordt afgedroogd bijvoorbeeld)
* Hoofdpijn door veelvuldig medicatie gebruik
* Vallen (ook i.v.m. afwijkend looppatroon en slechtere visus)
* Osteoporose
* Reflux oesophagitis
* Minder mogelijkheden kunnen bedenken om de pijn te verlichten
* Slaapproblemen

Soorten pijn (4,6)

Acute pijn - Pijn die recent is begonnen, waarschijnlijk kort duurt en meestal samenhangt met letsel of ziekte. Ook kan sprake zijn van een inflammatoire respons, waardoor de pijn wat langer dan acuut kan duren maar nog niet meteen chronisch is.

Subacute pijn - Pijn die aanwezig is gedurende minimaal zes weken en maximaal drie maanden.

Chronische pijn - Pijn die aanhoudt voorbij het punt, waarop genezing naar verwachting volledig zou zijn (meestal drie maanden) of die optreedt bij ziekteprocessen waarbij geen genezing plaatsvindt. Chronische pijn kan ernstige psychische, lichamelijke, functionele en sociale gevolgen hebben en ook worden ervaren wanneer er geen aanwijzingen voor weefselschade zijn.

Chronische pijn kan worden onderverdeeld in:

* Chronische pijn zonder aantoonbare lichamelijke oorzaak: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)
* Chronische neuropathische pijn
* Chronische pijn als gevolg van een lichamelijke oorzaak (bv artrose of kanker). Hierbij is de pijn wel verklaarbaar vanuit een lichamelijke oorzaak.
* Combinaties van bovenstaande 3 categorieën

Nociceptieve pijn - Pijn als gevolg van een actieve of dreigende weefselschade waardoor de aan de buitenzijde van het lichaam gelegen pijnsensoren worden geactiveerd. Bijvoorbeeld door stoten of vallen.

Neuropathische pijn - Pijn als gevolg van een beschadiging aan, een verstoring in de werking van, het zenuwstelsel. Een voorbeeld is fantoompijn.

Gebits-en mondproblemen kunnen voor pijn zorgen en deze komen veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking. Daarbij lopen zij ook meer risico op tandbederf en tandvleesontsteking door minder toezicht op mondhygiëne en eetgewoonten als ze zelfstandig of begeleid wonen, of omdat ze van anderen afhankelijk zijn voor het goed uitvoeren van de dagelijkse mondzorg. (4, 7)

**Gevolgen van pijn**

Pijn kan op alle vlakken van het leven gevolgen hebben. Zowel fysiek als psychisch en sociaal (8).

Dit wordt verduidelijkt in het pijnmodel van Loeser (9):

![Afbeelding met diagram

Automatisch gegenereerde beschrijving]()

Naarmate de pijn langer duurt zullen de buitenste aspecten (pijnbeleving en pijngedrag) een grotere rol gaan spelen.

Het gedrag (wat we als buitenwereld zien van pijn) is de laatste stap en varieert dus per persoon afhankelijk van de onderliggende aspecten en ervaringen uit het verleden.

Gedragingen als gevolg van pijn kunnen bijvoorbeeld zijn (4):

* Inactiviteit/ immobiliseren of juist overactief worden
* Pijnlijke lichaamsdeel beschermen
* Prikkelbaarheid of teruggetrokken gedrag
* Passiviteit/ jezelf afsluiten
* Zelfverwondend gedrag

Het model van Loeser geeft tevens aan waarom pijn diagnosticeren en behandelen bij mensen met een verstandelijke beperking zo complex is: waar in de algehele bevolking zelfrapportage (pijnbeleving) gebruikt wordt als gouden standaard en criterium voor de behandeling, is dit veelal bij mensen met een verstandelijke beperking niet adequaat en niet betrouwbaar. In dat geval zijn we aangewezen op observatie van het pijngedrag, wat beïnvloed wordt door meerdere factoren en daardoor minder betrouwbaar is.

**Risicocategorieën/ -factoren**

Onderzoek suggereert dat pijn vaak voorkomt bij mensen met een verstandelijke beperking (4, 1, 10). Mogelijk komt dit door een verhoogd risico op lichamelijke aandoeningen. Daarnaast kunnen veel cliënten met een verstandelijke beperking niet adequaat communiceren over pijn. Daardoor wordt pijn vaak niet of laat herkend en dus ook niet adequaat gediagnosticeerd en behandeld.

Alle mensen met een verstandelijke beperking kunnen pijn hebben. Groepen met een hoger risico op pijnklachten en/of afwijkende of beperkte uiting van pijn zijn:

* Cliënten met Zeer Ernstige Verstandelijke en Meervoudige Beperkingen (ZEVMB) en cliënten met een Zeer Ernstige Verstandelijke Beperking (ZEVB)
* Oudere cliënten en met name cliënten met dementie
* Cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag

**Noodzaak en urgentie**

Gezien de ingrijpende gevolgen die pijn kan hebben op het dagelijks leven, het relatief vaak optreden en de beperkte communicatiemogelijkheden van veel cliënten, zijn goed afgestemde interdisciplinaire diagnostiek en behandeling van groot belang.

**Beschrijving signalen die door het kernteam aangegeven worden aan het Expertisecentrum**

* De client heeft pijn
* De client beschermt zijn arm/been/hoofd/buik/etc.
* De client wil niet meer lopen/eten/etc.
* De client is teruggetrokken of overactief
* De client is prikkelbaar
* De client vertoont zelfverwondend gedrag
* De client gedraagt zich anders dan anders
* Etc…

**Wat is de huidige situatie**

De richtlijn pijndiagnostiek (11) is al zes jaar in gebruik bij het behandelcentrum volwassenen. Sinds twee jaar wordt er ook scholing gegeven over pijn signaleren aan begeleiders van wonen en dagbesteding. Dit heeft meer bewustzijn en een grotere alertheid op pijn gebracht. In de zomer van 2018 heeft het pijnteam van Ipse de Bruggen een enquête uitgezet onder begeleiders wonen en dagbesteding en de medische diensten van het behandelcentrum volwassenen. Daarin werd aangegeven en dat was ook de ervaring uit de praktijk dat de aansluiting tussen het signaleren (woning/dagbesteding) en de diagnostiek/behandeling (behandelcentrum) niet altijd goed verloopt.

Daarnaast zijn er nieuwe inzichten op het gebied van diagnostiek en behandeling van pijn die bruikbaar kunnen zijn bij mensen met een verstandelijke beperking.

**Strekking van het zorgprogramma**

Door middel van dit zorgprogramma willen we zorgdragen voor een goede afstemming tussen herkenning, diagnostiek en behandeling en duidelijke communicatie daarover.

Het uiteindelijk gevolg daarvan is de juiste diagnostiek en behandeling voor elke client met (een vermoeden van) pijn.

Dit is een verbetering ten opzichte van de richtlijn pijndiagnostiek (11)

**Betrokkenen bij de ontwikkeling van het zorgprogramma,**

Betrokken disciplines:

* Praktijkverpleegkundige (PVK)
* Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (Arts VG)
* Tandarts
* Gedragskundige
* Ergotherapeut
* Fysiotherapeut

**Regisseur zorgprogramma**

Bij subacute pijn is de PVK regisseur. Die doet de intake en onderhoud de contacten met alle betrokken disciplines inclusief huisarts en behandelcoördinator. Ook is de praktijkverpleegkundige de eerste contactpersoon naar het kernteam.

Bij chronische pijn is de behandelcoördinator regisseur. De behandelcoördinator onderhoud contact met alle betrokken disciplines en zorgt dat diagnostiek en behandeling op elkaar afgestemd zijn en overzichtelijk blijven voor cliënt en cliëntsysteem.

**Gezamenlijke registratie**

In het Cliënt Volg en Ondersteuningssysteem (CVO) is er op dit moment nog geen plek om interdisciplinair te kunnen registreren. Er is daarom gekozen om (tijdelijk) een Pijn Volg Dossier (PVD) in gebruik te nemen. Hierbij rapporteren alle betrokken disciplines (inclusief begeleiders) in een gezamenlijk doel. Deze zetten we neer bij:

* CVO 🡪 Werkplan 🡪 Doelen en afspraken 🡪 Doelen 🡪Lichamelijk welbevinden 🡪Risico op pijn 🡪 Zelf tekst invullen: Pijn Volg Dossier

Alle betrokken disciplines (inclusief begeleiders wonen en evt. dagbesteding) rapporteren vervolgens in het Pijn Volg Dossier. Zij rapporteren hun conclusies op het doel en voegen testresultaten toe bij documenten in het CVO.

**Werkwijze van het zorgprogramma**



**Subacute pijn**

Onderstaande tekst is een toelichting op het bovenstaande stroomschema subacute pijn.

Dit deel van het zorgprogramma kan ook worden ingezet worden bij acute pijn, echter in veel gevallen zal er bij acute pijn direct behandeld worden.

Voor de opbouw van de diagnostiek wordt gebruik gemaakt van de aanbevelingen in het artikel: “Pain Assessment in the patient unable to Self-report” in Pain Management Nursing (12)

Vermoeden van pijn

De pijndiagnostiek begint bij aanwijzingen dat een cliënt pijn kan hebben.

Onderstaande situaties zijn voorbeelden, waarbij je aan pijn kan denken:

* Zelfrapportage door cliënt
* Verandering van gedrag; bv: onrust, agressie, veranderde contactname, terugtrekken, zelfverwondend gedrag, gillen, huilen, ontwijken
* Veranderingen in de mimiek, lichaamshouding of lichaamsbewegingen van de cliënt.
* Veranderingen in de vitaliteit (eten, drinken slapen, fysiologie, zintuigelijke overbelasting (veranderde gevoeligheid voor prikkels), initiatief).
* Aandoeningen met verwachting van pijn, zoals chronische aandoeningen, tumoren en/of na operatie of trauma
* Afname of verandering van mobiliteit en vallen
* Verandering van slaappatroon, angst, depressie, delier
* Verandering in alertheid
* Palliatief traject (zie zorgprogramma palliatieve zorg in ontwikkeling)

In eerste instantie zullen de begeleiders van wonen of dagbesteding mogelijk oorzaken voor pijn checken, zoals een knellende schoen, en zo mogelijk verhelpen.

Wanneer hierna het vermoeden van pijn nog aanwezig is, wordt dit gemeld aan de medische dienst/PVK. De melding kan worden gedaan door elke medewerker die betrokken is bij de zorg van de cliënt. De melder stelt de pb-er op de hoogte.

Wanneer een medewerker van het behandelcentrum tijdens onderzoek of behandeling vermoedt dat een client pijn heeft, kan deze wanneer hij hierin getraind is zelf een meetinstrument inzetten om dit vermoeden te bevestigen of ontkrachten.

Pijnanamnese en/of heteroanamnese

De PVK neemt de pijnanamnese en heteroanamnese af.

Gebruik hierbij de handleiding pijnanamnese (zie bijlage 1; 13) als leidraad voor de uit te vragen onderwerpen.

Geadviseerd wordt een pijnanamnese zoveel mogelijk af te nemen bij de cliënt zelf. Hierbij zul je de vraagstelling aan moeten passen aan het begripsniveau van de client. Realiseer je dat er een risico is op onbetrouwbare antwoorden en/of invullen voor de client.

Wanneer communicatie met de client beperkt is, kan hulp of advies worden gevraagd aan de persoonlijk begeleider of evt. de logopedist.

Als aanvulling op de pijnanamnese bij de client wordt een hetero-anamnese afgenomen bij iemand die de cliënt goed kent, bijvoorbeeld de persoonlijk begeleider of een familielid. Bij hen wordt uitgevraagd of er veranderingen in het gedrag zijn die zouden kunnen wijzen op pijn en de oorzaak daarvan. Hierbij moet men erop attent zijn dat uitspraken over de pijnbeleving van de client een interpretatie zijn en die duidelijk onderbouwd moeten worden aan de hand van observaties en ervaringen.

Aanvullend kan gebruik worden gemaakt van rapportagelijsten om meer duidelijkheid te krijgen. Aan begeleiders kan gevraagd worden gedurende een week (of langer) bij te houden in welke situaties en welke tijdstippen de client pijn aangeeft en welke gedragingen de client daarbij laat zien.

Meetinstrument

Door middel van een meetinstrument objectiveert de PVK of er sprake is van pijn en in welke situaties de pijn zich voordoet.

Er kunnen verschillende meetinstrumenten worden ingezet:

* Zelfrapportage: gezichtenschaal (mate van pijn en type pijn) en cijferschaal (mate van pijn) (zie bijlage 8; 14, 15) Voor gebruik van zelfrapportage dient altijd eerste te worden getoetst of de client het meetinstrument begrijpt. Gebruik hiervoor de bijbehorende begripstoets (zie bijlage 8; 14, 15)
* Pijnobservatie: Hierbij maken we gebruik van de Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS, bijlage 8; 15, 16, 17) In specifieke situaties kan worden gekozen voor een ander meetinstrument. Overleg met het pijnteam voor advies over gebruik van een ander meetinstrument.

Wanneer er geen sprake is van pijn wordt de pijndiagnostiek beëindigd.

Wanneer er waarschijnlijk sprake is van pijn wordt de client in eerste instantie doorgestuurd naar de huisarts. Bij complexe problematiek kan er ook (door de huisarts of PVK) worden doorverwezen naar de AVG.

Anamnese en lichamelijk onderzoek

De huisarts neemt eventueel een aanvullende anamnese af en doet lichamelijk onderzoek.

Lichamelijk onderzoek zal omvatten: algemeen onderzoek (zoals oren, longen, hart, buik), onderzoek van de (mogelijk) pijnlijke regio, spierskelet, functioneel onderzoek (bewegen, voor zover mobiliteit dit toelaat) en neurologisch onderzoek. Tijdens lichamelijk onderzoek kan ervoor gekozen worden een pijnobservatie te doen (REPOS) door de PVK. Hiermee kan bepaald worden welke onderzoekshandelingen pijnlijk zijn. Het is hierbij handig als ook een begeleider of familielid aanwezig is om te helpen de reacties van de client te interpreteren.

Differentiaal diagnostiek (dd)

De huisarts stelt naar aanleiding van de anamnese, heteroanamnese en lichamelijk onderzoek differentiaal diagnoses (dd) als oorzaken van de pijn in volgorde van waarschijnlijkheid. Naar aanleiding daarvan worden de vervolgstappen bepaald. De vervolgstappen zijn erop gericht de differentiaal diagnoses te bevestigen of ontkrachten om zo tot een waarschijnlijke oorzaak voor de pijn te komen.

Aanvullend medisch onderzoek

Nadat er een dd is opgesteld, wordt door de huisarts (eventueel na interdisciplinair overleg) aanvullend medisch onderzoek gedaan of aangevraagd om de oorzaak van de gedragsverandering of pijnklachten op te sporen. Hierbij moet er altijd een afweging worden gemaakt tussen de belasting en de opbrengst van het onderzoek.

Interdisciplinair onderzoek/overleg

Er wordt een interdisciplinair (IDO) overleg gepland als na dd of uit aanvullend medisch onderzoek blijkt dat andere factoren een rol kunnen spelen bij het vermoeden van pijn. De huisarts zal dan aangeven behoefte te hebben aan overleg met andere disciplines. Welke disciplines betrokken worden hangt af van de vraag. In elk geval zijn aanwezig: PVK en/of huisarts, aangevuld met paramedici, gedragskundige en tandarts. De PVK kan de huisarts indien nodig vervangen tijdens een IDO. Deze disciplines kunnen evt. zelf een onderzoek doen (zie discipline-informatie, bijlages 3 tm 7). Daarnaast zal overleg plaatsvinden tussen de verschillende disciplines. Hierin worden de verschillende componenten van de behandeling besproken en op elkaar afgestemd. De behandelcoördinator zal door de PVK geïnformeerd worden en indien wenselijk worden betrokken bij het IDO.

Oorzaak bekend

Naar aanleiding van de uitkomsten van het aanvullend medisch en/of het multidisciplinair onderzoek en overleg, wordt een behandeling gestart. Deze kan bestaan uit behandeling van de oorzaak, pijnstilling (volgens WHO pijnladder) en/of adviezen ter preventie van pijn. In veel gevallen zal tegelijkertijd oorzaak en pijn worden behandeld.

Soms zullen na succesvolle behandeling van oorzaak en pijn ook nog de gevolgen van de pijn (bv ontwijkend gedrag, slaapproblemen of mobiliteitsbeperkingen) moeten worden behandeld.

*Bij de behandeling is het belangrijk te streven naar zo min mogelijk en zo kortdurend mogelijk medicatie: zoek zo nodig naar alternatieven voor behandeling van de pijn (zie discipline-informatie, 18)*

Oorzaak onbekend

Indien de oorzaak van de pijn niet bekend is na (uitputtend) aanvullend medisch en/of interdisciplinair onderzoek, kan worden gekozen voor een proefbehandeling om de oorzaak van de pijn vast te stellen. Gedacht kan worden aan een proefbehandeling met pijnmedicatie; aanpassen van factoren in ADL (Activiteiten van het Dagelijks Leven) of PDL (Passiviteiten van het Dagelijks Leven); aanpassen van een hulpmiddel, enzovoort…

De proefbehandeling wordt uitgevoerd door de daarvoor verantwoordelijke discipline en moet worden gecombineerd met een meetinstrument ter evaluatie.

Evaluatie

Door de betrokken disciplines en het kernteam (Client en betrokkenen) wordt geëvalueerd of de behandeling en/of adviezen het gewenste effect hebben. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van zelfrapportage, criteria vanuit de pijnanamnese of heteroanamnese of gedragsobservatie en rapportagelijsten. Naar aanleiding van de evaluatie wordt besloten of de pijndiagnostiek en –behandeling wordt afgesloten of dat er een vervolg nodig is.

Na 3 maanden gaan pijnklachten aspecten van chronische pijn vertonen. Daarom is de aanbeveling om in elk geval binnen 3 maanden te evalueren.

Overweeg bij regelmatig terugkerende pijnklachten om door de PVK in samenwerking met de begeleider(s) een pijnsignaleringsplan (zie bijlage 8) voor die cliënt op te stellen

Vervolg

Indien de behandeling en/of adviezen geen of onvoldoende effect hebben gegeven of als er vervolgdiagnostiek en/of behandeling noodzakelijk is, wordt door de betrokken disciplines besloten op welke manier diagnostiek en/of behandeling vervolgd wordt.

Wanneer pijn langer dan 3 maanden heeft bestaan, bijvoorbeeld doordat die laat herkend werd of doordat die niet (afdoende) behandeld kon worden, ontstaan er vaak aspecten van chronische pijn. Welke moeten worden behandeld volgens het stroomschema chronische pijn en de toelichting hierbij.

Door het interdisciplinaire team kan worden besloten dat met behulp van het zorgprogramma de pijn onvoldoende gediagnosticeerd of behandeld kan worden. In dat geval kan het pijnteam worden ingeschakeld voor advies. Dit gebeurt op verwijzing van de betrokken arts.



**Chronische pijn**

Toelichting bij bovenstaand stroomschema chronische pijn

Bij cliënten met chronische pijn zal in bijna alle situaties eerst het stroomschema voor subacute pijn doorlopen zijn.

Interdisciplinair overleg (IDO)

Het is belangrijk in deze meestal complexe gevallen te starten met een interdisciplinair overleg. In elk geval zijn aanwezig de behandelcoördinator, de AVG, de (betrokken) PVK en het kernteam. Tevens de disciplines die van belang kunnen zijn bij de behandeling; paramedici en/of gedragskundige.

In dit IDO worden de verschillende dimensies van pijn besproken volgens de SCEGS (Somatisch – Cognitief – Emotioneel – Gedrag – Sociaal) acroniem (19) Deze worden daarna uitgewerkt en vervolgens geanalyseerd om een behandelplan op te stellen. Hierbij moet worden afgewogen of de potentiele effecten van de behandeling opwegen tegen de belasting en welke disciplines wel/niet betrokken moeten zijn. Gebruik hierbij het format voor het interdisciplinair overleg bij chronische pijn (zie bijlage 2).

*Bij het invullen van deze vragen moet men erop attent zijn dat uitspraken over de pijnbeleving van de client een interpretatie zijn en die duidelijk onderbouwd moeten worden aan de hand van observaties en ervaringen.*

*Overweeg of deze vragen gedeeltelijk en in aangepaste vorm beantwoordt zouden kunnen worden door de client.*

Voor de behandeling worden interdisciplinaire doelen gesteld. Deze kunnen gericht zijn op:

* Client/cliëntsysteem leren omgaan met de pijn
* Het weer opbouwen van de activiteiten in het dagelijks leven
* Het verbeteren van de belastbaarheid
* (Medische) Behandeling van de onderliggende problematiek

*Bij de behandeling is het belangrijk te streven naar zo min mogelijk en zo kortdurend mogelijk medicatie: zoek naar alternatieven voor medicamenteuze behandeling van de pijn (zie discipline-informatie)*

Typering Pijn

In het IDO wordt de pijn ingedeeld in één van de volgende categorieën:

* Chronische pijn met lichamelijk oorzaak
* Somatisch onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)
* Neuropathische pijn
* Combinaties van bovenstaande.

De typering van de pijn heeft consequenties hebben voor de behandeling

Aanvullende diagnostiek

Naar aanleiding van de uitkomsten van het IDO wordt bepaald of er aanvullende diagnostiek gedaan wordt. Die kan bestaan uit:

* Aanvullende anamnese of hetero-anamnese; verder uitvragen van de SCEGS-dimensies
* Gebruik van een meetinstrument voor chronische pijn. Vooralsnog wordt ook voor chronische pijn de REPOS gebruikt.
* Indien er aanwijzingen zijn voor neuropathische pijn overweeg dan gebruik van een meetinstrument voor neuropathische pijn. De werkgroep beveelt aan, afhankelijk van de mogelijkheden van de client, gebruik te maken van de DN4 (20; zie bijlage 10) of van de zelfrapportage pictogrammenset: type pijn zoals ontwikkeld door N.C. de Knegt (14, 15; zie bijlage 8).

*Deze meetinstrumenten zijn niet gevalideerd bij mensen met een verstandelijke beperking.*

Hierbij is het belangrijk je te realiseren dat deze meetinstrumenten alleen geschikt zijn voor zelfrapportage en dat daarvoor het begrip hiervan getoetst moet worden (14, 15)

Wees je ervan bewust dat uitspraken over de verschillende typen van pijn door derden een interpretatie zijn en onderbouwd moeten worden met observaties en ervaringen.

* Gebruik van meetinstrumenten voor het in kaart brengen van belasting, belastbaarheid en de dagindeling van de cliënt (zie discipline-informatie fysio- en ergotherapie en gedragskundige – bijlage 7).

Medische behandeling

Afhankelijk van de oorzaak en de aard van de pijnklachten/pijnsymptomen wordt medische behandeling voortgezet of opnieuw ingesteld door een arts.

Pijneducatie en voorlichting

Er wordt altijd door één van de betrokken behandelaars pijneducatie gegeven aan de cliënt en/of het cliëntsysteem, bij voorkeur aan beide op een passend niveau. De aard van de klachten/symptomen en de vraag bepaalt wie de pijneducatie geeft. Bij voorkeur gebeurt dit door één persoon. Betrek hierbij indien nodig voor de communicatie een logopedist en/of gedragskundige.

Doel van pijneducatie is inzicht geven in de SCEGS-dimensies en cliënt en het cliëntsysteem leren om op een goede manier om te gaan met de pijn.

Bij chronische of recidiverende pijnklachten wordt door de PVK in samenwerking met de begeleider(s) een pijnsignaleringsplan (zie bijlage 8) voor die cliënt opgesteld.

Behandeling gericht op zelfmanagement en belasting/belastbaarheid

Afhankelijk van de uitkomst van het IDO en in het verlengde van de pijneducatie zullen één of meerdere disciplines worden betrokken voor deze diagnostiek en behandeling:

* Ergotherapeut: Diagnostiek naar belastbaarheid en belasting van de client en interventie om deze beter in evenwicht te brengen. (Zie discipline-informatie fysio-ergo; bijlage 7)
* Fysiotherapeut: Diagnostiek naar de trainbaarheid van de cliënt en indien haalbaar beweeginterventie ter verbetering van de belastbaarheid en vermindering van de pijnklachten/pijnsymptomen. (Zie discipline-informatie fysio-ergo, bijlage 7)
* Gedragskundige: Psychologische behandeling met als doel het leren omgaan met pijn, behandeling van eventuele traumatische gevolgen van pijn of pijnlijke handelingen en de overweging van verwijzen naar een vaktherapeut. Bij psychiatrische stoornissen wordt de behandeling van de pijn hierop afgestemd. (Zie Discipline-informatie gedragskundige, bijlage 6)

Evaluatie

Het effect van de verschillende interventies wordt geëvalueerd door de betrokken behandelaars. Indien nodig wordt het stroomschema meermaals doorlopen.

Wanneer de medische behandeling voldoende is ingesteld en zelfmanagement door cliënt en/of cliëntsysteem voldoende bereikt is, dan wordt het zorgprogramma afgesloten.

Gedurende het zorgprogramma chronische pijn kan zich op verschillende momenten ook weer (sub)acute pijn voordoen. Vaak in relatie tot de oorspronkelijke klachten/symptomen. Deze nieuwe (sub)acute pijn dient ook als (sub)acuut te worden gediagnosticeerd en behandeld. Gebruik indien nodig opnieuw het stroomschema subacute pijn.

Door het interdisciplinaire team kan worden besloten dat met behulp van de richtlijn de pijn onvoldoende gediagnosticeerd en behandeld kan worden. In dat geval kan het pijnteam worden ingeschakeld voor advies. Dit gebeurt op verwijzing van de betrokken arts.

**Betrokkenheid kernteam**

Bij instroom in het zorgprogramma (voor aanvang van de diagnostiek) dient akkoord te worden gevraagd aan de wettelijk vertegenwoordiger.

Gedurende het hele proces van diagnostiek en behandeling dient het kernteam steeds geïnformeerd te worden over het beloop. Met wie het contact plaatsvindt moet worden afgestemd bij intake. De rol van het kernteam (ouders, begeleiders en anderen die de client goed kennen) is vooral belangrijk:

* Bij het signaleren van pijn (zie aanbeveling over scholing)
* Bij de pijnanamnese en hetero-anamnese
* Bij het signaleren en rapporteren in het kader van diagnostiek en (proef)behandeling

**Implementatie binnen het Expertisecentrum**

Zie: basisplan implementatie zorgprogramma’s

Bij de implementatie van het zorgprogramma moet prioriteit worden gegeven aan de cliënten met chronische of recidiverende pijnklachten

*.*

**Implementatie binnen Ipse de Bruggen**

Zie: basisplan implementatie zorgprogramma’s

**Evaluatie**

De evaluatie vindt jaarlijks plaats en wordt geïnitieerd door de eigenaar van het zorgprogramma. De volgende vragen zijn van belang bij de evaluatie:

1. Krijgt elke client tijdig de juiste pijndiagnostiek en -behandeling?
2. Zijn herkenning, diagnostiek en behandeling van pijn goed op elkaar afgestemd en verlopen die methodisch en efficiënt?
3. Is communicatie over het proces van herkenning, diagnostiek en behandeling van pijn duidelijk en transparant voor alle betrokken partijen?

Methode:

* Steekproefsgewijs evalueren. Per regio 2 casussen navragen bij alle betrokkenen (behandelaars, begeleiders, kernteam).

Tevens evaluatie aan de hand van het gevulde PijnVolgDossier voor deze cliënten.

* Per regio voor enkele woningen navragen bij PVK, gedragskundige en begeleider hoeveel cliënten zij denken dat er pijn hebben. Dit vergelijke met aantal PijnvolgDossiers. Hierdoor beter zicht krijgen op evt. onderdiagnostiek en onderbehandeling.
* Evaluatie door vragenlijst bij vakgroepen van betrokken disciplines
* Evaluatie door vragenlijst bij kernteams
* Evaluatie door vragenlijst bij client of vertegenwoordiger

**Mogelijke knelpunten bij implementatie en uitvoering**

* Onderdiagnostiek en onderbehandeling door niet (tijdig) signaleren, diagnosticeren of behandelen.
* Beperkte beschikbaarheid van de PVK en overige behandelaren
* Beperkte kennis van behandelaren met name over chronische pijn
* Borging van de inzet van het zorgprogramma
* Gebruik van het zorgprogramma door huisartsen (deze zijn veelal extern)
* Beschikbaarheid van (voor de doelgroep betrouwbare en valide) meetinstrumenten met name bij chronische pijn
* Onvoldoende afstemming tussen het kernteam en het Expertisecentrum
* Kennis en beschikbaarheid van begeleiders voor signaleren

**Aanbevelingen**

Prioriteit 1 (Start <6 maanden)

* Scholing betrokken vakgroepen: PVK/CVP, gedragskundigen, AVG, fysiotherapie en ergotherapie en tandheelkunde (incl mondhygiënisten en tandartsassistenten) voor juli 2020. Hiermee start gebruik vh zorgprogramma.
* Voorafgaand aan de scholing uitzetten van vragenlijsten onder behandelaars en begeleiders (zie voorstel 0-meting)
* Eerste halfjaar van de implementatie hanteren als pilot, waarna de uitkomsten van de 0-meting en evt feedback geintegreerd kan worden in het zorgprogramma. Gedurende deze periode ook per geincludeerde client een korte interdisciplinaire evaluatie doorlopen over de inhoud en organisatie van het zorgprogramma.
* Advies vragen aan het pijnteam laagdrempeliger maken voor behandelaars door scholing vakgroepen en navragen wat hierbij het knelpunt is.
* Bij de implementatie van het zorgprogramma de nadruk leggen op gebruik van het zorgprogramma bij chronische en recidiverende pijnklachten.
* Eventuele onderdiagnostiek en onderbehandeling inzichtelijk maken door een goede nulmeting en evaluatie. (zie voorstel 0-meting)
* Huisartsen expliciet betrekken bij implementatie van het zorgprogramma (interdisciplinair), vanwege hun grote rol hierin
* Tandartsen, mondhygiënisten en tandartsassistenten expliciet betrekken in de implementatie van het zorgprogramma.
* Ondersteunen van de afronding van de REPOS-VB studie. Afhankelijk van uitkomsten van het onderzoek implementeren van gebruik van de ‘Chronic Pain Scale for Non-verbal Adults with Intellectual Disabilities (21)
* Voortzetten van het pijnteam met als doel:

1. Adviesfunctie bij complexe casuïstiek, bijvoorbeeld als behandelaren twijfelen over de juiste diagnostiek of behandeling of als na uitvoeren van het zorgprogramma niet het gewenste resultaat is bereikt.
2. Adviesfunctie management over pijnbeleid.
3. Scholing vakgroepen in gebruik van het zorgprogramma en scholing begeleiders in signaleren
4. Implementatie van het zorgprogramma en (bovenstaande) aanbevelingen
5. Kennisfunctie intern:

* Volgen (inter)nationale ontwikkelingen op het gebied van pijn en deze interdisciplinair integreren en verspreiden. Advies management/ directie t.a.v. wetenschappelijk onderzoek pijn.
* Evaluatie uitvoering zorgprogramma en ophalen van knelpunten t.a.v. pijn diagnostiek en behandeling intern en op basis daarvan behandelmanagers adviseren over aanpassingen in beleid.
* Medewerkers voorzien van kennis en kunde door middel van scholingen, workshops en informatie op Mijn IdB

Prioriteit 2 (Start <12 maanden)

* Implementatie van het gebruik van pijnsignaleringsplannen bij mensen met chronische of recidiverende pijnklachten. Meerwaarde hiervan is dat op basis van deze signaleringsplannen pijn sneller herkend en dus ook sneller behandeld kan worden.
* Zorgdragen voor goede preventie en signalering van pijnklachten in het mondgebied. De reden hiervoor is dat mogelijk pijnlijke aandoeningen in het mondgebied vaak voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking en een risico vormen voor hun gehele lichamelijke gezondheid, maar weinig worden herkend. Deze aanbeveling opnemen in de scholing die aan begeleiders geboden wordt.
* Contact leggen met een pijnpoli in de regio voor doorverwijzen van cliënten en om advies te vragen voor complexe casuistieken.

Prioriteit 3 (Start <24 maanden)

* Pijn terug laten komen als onderdeel van het jaarlijkse goed leven gesprek. Dit mn bij cliënten die geïncludeerd zijn geweest in het zorgprogramma en/of chronische of recidiverende klachten hebben.
* Ontwikkelen van een pijnanamneseformat voor cliënten, waarbij vraagstellingen en ondersteunende communicatie per ontwikkelingsniveau worden uitgewerkt.
* Inventariseren van het vóórkomen van neuropathische pijn. Inventariseren van de noodzaak hiervoor meetinstrumenten te ontwikkelen.
* Onderzoeken van mogelijkheden voor gebruik van neurodynamica (22) als behandelmethode bij chronische en neuropathische pijn (fysio).
* Deelname aan de IPP (individueel pijn profiel) studie van Nanda de Knegt (VU). Deze studie heeft als doel het onderzoeken wat de meerwaarde is van het gebruik van individuele pijnprofielen op de kwaliteit van de behandeling, maar ook de kwaliteit van leven. (subsidie-aanvraag moet nog gedaan; startdatum onbekend)
* Voorzetten van het pijnteam met als doel:

1. Kennisfunctie extern: beschikbaar voor complexe casuïstiek extern en geven van scholingen. Vertegenwoordiging IdB op symposia/ congressen. Verbinding landelijke pijnpoli’s

**Literatuur**

1. Stallard P, Williams L, Lenton S, Velleman R: “Pain in cognitively impaired, non-communicating children.” Arch Dis Child, 2001
2. De Knegt, N.C., Pieper, H.M., Lobberzoo, F., Schuengel, Evenhuis, H. M., Passchier, J., & Scherder, E.J.A. (2013, Behavioural pain indicators in people with intellectual disabilities: a systematic review. *The Journal of Pain*, 14(9), 885-896.
3. “Visie pijndiagnostiek van Ipse de Bruggen”. Interne publicatie; 2012
4. “Multidisciplinaire richtlijn signaleren van pijn bij mensen met een verstandelijke beperking”. V&VN, 2015
5. N. de Knegt: “Pain assessment and experience in adults with Down syndrom and the relationship with neuropsychological cognition.” Vrije Universiteit, 2015
6. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214) Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, ©1994

<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

1. Lobbezoo, F., Weijenberg, R. A. F., & Scherder, E. J. A. (2011): “Topical review: orofacial pain in dementia patients: a diagnostic challenge.” Journal of Orofacial Pain, 2011
2. Breau et al: “Pain impacted all areas of function (communication, daily living, social and motor skills”. 2007
3. Dingemans WA, Groenman NH, Kleef M van, Krijgsman MJ. Pijnen pijnbehandeling. Een basaal onderwijscurriculum, Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn. Maastricht: Universitaire Pers, 1993
4. Breau et al: ‘”The incidence of pain in children with severe cognitive impairments” Arch Pediatr Adolesc Med. 2003
5. “Richtlijn pijndiagnostiek van Ipse de Bruggen.” Interne publicatie; 2012
6. Herr et al: “Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Clinical Practice Recommendations in Support of the ASPMN 2019 Position Statement” Pain Management Nursing, 2019
7. Landelijk verpleegkundig pijnnetwerk:, Pijnanamnese, 2006
8. Dr. Nanda de Knegt, proefschrift “The Down Side of Pain: Pain Assessment and Experience in Adults with Down Syndrome and the Relationship with Cognition”, Vrije Universiteit Amsterdam, 2015.
9. De Knegt, NC, Schuengel, C, Lobbezoo, F, Visscher, CM, Evenhuis, HM, Boel, JA, Scherder, EJA (2016): “Comprehension of pictograms for pain quality and pain affect in adults with Down syndrome”, Journal of Intellectual & Developmental Disability, 41:3, 222-232, DOI: 10.3109/13668250.2016.1176129
10. Boerlage, e.a., “Having a feel for others pain” Erasmus Universiteit Rotterdam, 2011
11. Van Herk et al: “The Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS): a new behavioral pain scale for non-communicative adults and cognitively impaired elderly persons” Journal of Pain, 2008
12. “Rotterdam Elderly Pain Observation Scale; REPOS: een observatieschaal voor pijnmeting bij volwassenen en ouderen met een uitingsbeperking.” CD-ROM, Boerlage, van Dijk, van Herk; Erasmus MC en medisch multimedia; Rotterdam, 2008
13. Janet E.M. Bootsma, Paul Cornelissen en Rob J. van Marum: “Medicamenteuze behandeling van pijn bij ouderen; 10 tips vanuit de klinische farmacologie” Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2019.
14. Olde Hartman, TC, ea: “NHG standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK).” NHG, 2013
15. Van Seventer, Huygen, ea: “Gevalideerde Nederlandse vertaling van de DN4”, 2009
16. Burkitt, Breau ea., (2009). “Pilot study of the feasibility of the Non‐Communicating Children’s Pain Checklist –Revised for pain assessment in adults with intellectual disabilities”. Journal of Pain Management, 2(1). CPS‐NAID © 2009
17. Thoomes-de Graaf, Thoomes: “Neurodynamica is essentieel in moderne musculoskeletale fysiotherapie”. Physios 1-2015
18. De Jong L, ea: “NHG Standaard Pijn.“ NHG, 2018
19. Landelijke werkgroep ergotherapeuten werkzaam in de VG (ETVG): ‘Beroepscompetenties Ergotherapie VG’‘, 2017
20. Doody, O, Bailey, ME: “Interventions in pain management for persons with an intellectual disability”. Journal of Intellectual Disabilities 1-13, 2017

|  |
| --- |
|  |

**Aanbevolen literatuur**

* Kammerer, M, Berendsen, M: “De oorzaak en behandeling van chronische pijn “Centrale sensitisatie”. Ergotherapie Magazine, 3, 2019
* Kraaij, C, Bartholomeus, M: “ReAttach..een ergotherapeutische interventie of niet?”. Ergotherapie Magazine, 3, 2019
* Hamstra, R, Vromen, I: “Zware pijn, pleidooi voor een multidisciplinaire aanpak van chronische pijn en obesitas”. Ergotherapie Magazine, 3, 2019
* Fleming, J. Vollebregt: :”Pijn en het brein; de rol van de hersenen bij ‘onverklaarde’ chronische klachten.” Bert Bakker, 2016
* Jansen, J. Kingma-Thijssen: “Zoeken naar somatische verklaringen voor probleemgedrag”. CCE, 2012
* Verenso. “Multidisciplinaire richtlijn pijn, herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen.” Deel 1. Utrecht. Verenso 2011
* Koot, J.M. (red) (z.j.). Pijn bij verstandelijk gehandicapten. Op weg naar onderkenning en behandeling. Rotterdam: Pijnkenniscentrum Erasmus Universiteit Rotterdam/ Sophia Kinderziekenhuis
* Van Wilgen, P, Nijs, J: “Pijneducatie: een praktische handleiding voor paramedici”. Bohn Stafleu van Loghum, 2010
* Van Wilgen, CP, Keizer, D: “Het sensitisatiemodel: een methode om een patient uit te leggen wat chronische pijn is”. Ned Tijdschr Geneeskd. 2004;148:2535-8

**Bijlage 1: Handleiding pijnanamnese V&Vn pijnverpleegkundigen (13)**

https://www.venvn.nl/media/x1hp213q/vvnp-pijnanamnese.pdf

De verschillende factoren die genoemd worden in het pijnanamnese format moeten worden gezien als handleiding welke informatie van belang is als startpunt voor verdere diagnostiek en behandeling. Deze informatie zal in veel gevallen niet allemaal kunnen worden uitgevraagd in een anamnese bij de client of in de hetero-anamnese bij een begeleider of familielid. In dat geval moet worden geprobeerd de informatie op een andere manier te verzamelen, bijvoorbeeld door dossier-onderzoek en rapportage, gedragsobservatie, gebruik van andere meetinstrumenten en/of proefbehandeling.

Geadviseerd wordt een pijnanamnese zoveel mogelijk af te nemen bij de cliënt zelf. Hierbij zul je de vraagstelling aan moeten passen aan het begripsniveau van de client. Realiseer je dat er een risico is op onbetrouwbare antwoorden en/of invullen voor de client.

Wanneer communicatie met de client beperkt is, kan hulp of advies worden gevraagd aan de persoonlijk begeleider en/of een familielid of evt. de logopedist voor aangepaste communicatie.

Als aanvulling op de pijnanamnese bij de client wordt een hetero-anamnese afgenomen bij iemand die de cliënt goed kent, bijvoorbeeld de persoonlijk begeleider of een familielid. Bij hen wordt uitgevraagd of er veranderingen in het gedrag zijn die zouden kunnen wijzen op pijn en de oorzaak daarvan. Hierbij moet men erop attent zijn dat uitspraken over de pijnbeleving van de client een interpretatie zijn en die duidelijk onderbouwd moeten worden aan de hand van observaties en ervaringen.

**Bijlage 2: Format interdisciplinair overleg bij chronische pijn**

In de meeste gevallen gaat het hier om cliënten die al eerder zijn geweest voor diagnostiek en/of behandeling van pijn. In het interdisciplinair overleg kan je de informatie die tijdens eerdere contacten met de client of cliëntsysteem verzameld is gebruiken om een compleet plaatje te krijgen. In sommige gevallen zal het nodig zijn voor- of achteraf meer informatie uit te vragen aan de client of het cliëntsysteem.

Bij het interdisciplinair overleg wordt gebruik gemaakt van de SCEGS-acroniem (20) om de verschillende aspecten van de pijn duidelijk te krijgen. SCEGS staat voor: Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedrag en Sociaal

*Bij het invullen van deze vragen moet men erop attent zijn dat uitspraken over de pijnbeleving van de client een interpretatie zijn en die duidelijk onderbouwd moeten worden aan de hand van observaties en ervaringen.*

*Overweeg of deze vragen gedeeltelijk en in aangepaste vorm beantwoordt zouden kunnen worden door de client.*

Vervolgens wordt dit geanalyseerd en wordt er een behandelplan opgesteld, waarin keuzes worden gemaakt welke behandelaar betrokken moet zijn en waarvoor.

Somatisch

|  |
| --- |
| Wanneer begon de pijn? |
| Waar is de pijn gelokaliseerd? |
| Straalt de pijn uit? |
| Hoe erg is de pijn (meetinstrument) |
| Hoe is het verloop in de tijd, gerelateerd aan lichamelijke / mentale klachten? |
| Heeft de pijn invloed op de nachtrust? Heeft de nachtrust invloed op de pijn? |
| Zijn er factoren die de pijn verergeren of verlichten? |
| Hoe reageert de pijn en de cliënt op belasting? Is de cliënt trainbaar? |
| Medicatie gebruik ter verlichting (zelfzorg, voorschrift)? |
| Medicatie bijwerkingen die pijn kunnen geven / verergeren? |
| Hoe is de belastbaarheid van de client? (oa: nachtrust, dagindeling, voedingstoestand, fysieke activiteit/ belasting, vermoeidheid, hulpmiddelen, ontlastende maatregelen) |
| Invloed van de prikkelverwerking (oa: zijn er tekenen van overprikkeling?) |

Cognitief:

|  |
| --- |
| Begrip van pijn en van de behandeling (cliënt en cliëntsysteem) |
| Kan de cliënt pijn aangeven? En zo ja, op welke wijze? |
| Is cliënt in staat om de pijn te lokaliseren? |
| Kan de cliënt aangeven welk gedrag en/of welke handeling de pijn verergert of vermindert? |
| Wat verwacht de cliënt wanneer hij/zij pijn aangeeft? |
| Welke gevolgen ziet de cliënt wanneer hij/zij pijn aangeeft (ziektewinst)? |
| Welke associaties heeft de cliënt (en cliëntsysteem) met pijn? |
| Herkent de cliënt de eigen klachten bij anderen? Imiteert de client (pijn)gedrag? |
| Welke verwachtingen hebben de client en het cliëntsysteem over het beloop van de pijn en de behandeling? |
| Welk behandeldoel is voor de client belangrijk? |

Emotioneel:

|  |
| --- |
| Welke emoties (pijnbeleving) ervaart de cliënt zelf tijdens de pijn of denkend over de pijn? |
| Is er sprake van geweest van, voor de cliënt, ingrijpende gebeurtenissen in het (recente) verleden die in relatie kunnen staan tot de pijnbeleving? |
| Kan er sprake zijn van angst en/of depressie? |
| Wordt het psychisch functioneren beïnvloed door de pijn? |
| Trekt de cliënt zich vaker terug? |
| Is de cliënt somber? |
| In hoeverre voelt de cliënt zich gehoord en gesteund? |
| Is de client te motiveren om actief mee te doen aan de behandeling? Zo ja, hoe? |

Gedrag:

|  |
| --- |
| Zijn er gedragsveranderingen waarneembaar bij de cliënt? |
| Is er een verandering in het ondernemen van (voor de cliënt bekende, terugkerende) activiteiten? |
| Is er sprake van een gedragsverandering bij de cliënt? |
| Is er sprake van vermijdend en/of provocerend gedrag? |
| Op welke wijze kan het gedrag worden beïnvloed? |
| Hoe gaat de cliënt/cliëntsysteem om met pijn? |

Sociaal:

|  |
| --- |
| Is er sprake van een verandering in de interactie tussen de cliënt en anderen? |
| Hoe reageert de omgeving/het cliëntsysteem op de pijn/het pijngedrag? |
| Welke functie heeft de pijn in sociaal opzicht? |
| Welke invloed heeft de pijn op het sociale functioneren van de cliënt? |
| In hoeverre is de cliënt zelf in staat om de omgeving te betrekken bij de pijnbeleving en de eventuele gevolgen daarvan? |
| Wat verwacht de cliënt in sociaal opzicht van anderen? |
| Heeft de pijn beperkingen in het sociale leven van de client tot gevolg? |

Analyse en Conclusie

Typering van de pijn

*Chronische pijn met oorzaak, SOLK of neuropathische pijn en toelichting*

Aanvullende diagnostiek:

*Bepalen wat, wie, wanneer, evt prioriteiten stellen en keuzes maken*

Behandelplan:

*Doelstellingen, bepalen wat, wie, wanneer, evt prioriteiten stellen en keuzes maken*

Evaluatie:

*Evaluatiecriteria, wat, wie, wanneer*

**Bijlage 3:**

**Discipline-informatie arts; huisarts / Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG)**

**Subacute pijn**

Verwijscriteria:

Arts (huisarts):

* Oorzaak van de pijn is bekend, via PVK of arts
* Oorzaak van de pijn is onbekend, via PVK of arts

Diagnostiek:

* Pijnanamnese (in principe door PVK); zie bijlage
* Aanvullende anamnese; op diverse gebieden. Denk hierbij aan bewegingsapparaat, gastro-intestinaal, neurologisch.
* Lichamelijk onderzoek (in principe door huisarts): o.a. oren, huid, bewegingsapparaat, neurologisch onderzoek, gastro-intestinaal. Hierbij kan de pijn wordt geprovoceerd om mogelijke oorzaken voor pijn te bevestigen of uit te sluiten. Tijdens het onderzoek kan een meetinstrument worden ingezet (te denken valt aan: zelfrapportage of REPOS door PVK)
* Aanvullende diagnostiek (aanvraag door huisarts): inzet meetinstrumenten (zoals zelfrapportage of REPOS door PVK). Beeldvormend onderzoek, zoals röntgenfoto.
* Indien nodig overleg met AVG, gedragskundige en / of paramedicus

Behandeling (huisarts):

* Starten met medicamenteuze pijnbehandeling volgens WHO-pijnladder
* Verwijzing naar specialist, zoals tandarts, orthopeed, MDL-arts, KNO-arts.
* Verwijzing naar paramedici (fysio, ergo)

**Chronische pijn**

Verwijscriterium (AVG/huisarts):

* Elke chronische pijnvraag die bij medische dienst binnenkomt, via client, begeleiding, arts, gedragskundige, wettelijk vertegenwoordiger, paramedicus.

Diagnostiek:

* Doornemen voorgeschiedenis betreffende subacute pijndiagnostiek (denk aan: meetinstrumenten).
* Zo nodig diagnostiek zoals beschreven bij subacute pijnvraag inzetten, herhalen of uitbreiden.
* Probleem analyse SCEGS (Somatiek, Cognities en Coping, Emoties, Gedrag, Sociale situaties) met andere betrokken disciplines. Typering van pijn.

Behandeling (AVG/Huisarts):

* Aanpassen / starten met medicamenteuze pijnbehandeling volgens WHO-pijnladder in overleg met huisarts / AVG
* Verwijzing naar paramedici (fysio, ergo) voor behandeling
* Indien (opnieuw) nodig: verwijzing naar specialist, zoals tandarts, orthopeed, MDL-arts, KNO-arts.

**Bijlage 4:**

**Discipline-informatie PVK en CVP (Coördinerend Verpleegkundige)**

**Subacute pijn**

Verwijscriterium:

Elke subacute pijnvraag die bij de medische dienst binnenkomt, via client, begeleiding, arts, gedragskundige, wettelijk vertegenwoordiger, paramedicus

Diagnostiek:

* (Indien mogelijk) Anamnese afnemen bij client. Zelfrapportage met begripstoets (zie bijlage 10)
* Diagnostiek en risicoanalyse in opdracht van huisarts of AVG middels REPOS of ander gekozen meetinstrument.
* Hetero anamnese afnemen bij betrokken begeleiders. Uitvragen aan de hand van pijnanamnese (zie bijlage 2)
* Bevindingen rapporteren in medisch systeem en voorleggen aan de aanvragend arts.

Behandeling:

* Behandelplan communiceren met begeleiders en kernteam.
* De client/het cliëntsysteem inzicht geven in oorzaken en gevolgen van pijn en adviseren hoe daarmee om te gaan
* Interdisciplinaire afstemming
* Plan (interdisciplinair) evalueren.

**Chronische pijn**

Verwijscriterium:

Elke chronische pijnvraag die bij medische dienst binnenkomt, via client, begeleiding, arts, gedragskundige, wettelijk vertegenwoordiger, paramedicus.

Diagnostiek:

* Verschillende dimensies van de pijn tijdens interdisciplinair overleg uitwerken aan de hand van het format interdisciplinair overleg (bijlage 4)

Behandeling:

* De cliënt/het cliëntsysteem inzicht geven in oorzaken en gevolgen van pijn en adviseren hoe daarmee om te gaan (te denken valt aan een pijnsignaleringsplan of belasting-belastbaarheid)
* Begeleiders en cliënt adviseren en voorlichting geven rondom alle facetten van pijn.
* Plan (interdisciplinair) evalueren.

**Bijlage 5:**

**Discipline-informatie gedragskundige/behandelcoördinator**

De gedragskundige is de behandelcoördinator bij cliënten met een ZZP 6 of 7 en kan deze rol ook hebben bij andere ZZP’s wanneer daar specifieke redenen voor zijn en is afgestemd met andere behandelaren. Hieronder wordt de rol van de gedragskundige beschreven m.b.t. pijndiagnostiek en -behandeling. Er is een onderscheid gemaakt tussen de rol van gedragskundige en de rol van gedragskundige als behandelcoördinator.

Bij de inzet van diagnostiek en/of behandeling moet altijd overwogen worden of het type diagnostiek en/of behandeling aansluit bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Ook moet gekeken worden naar de balans in draagkracht en -last van de cliënt om te bepalen welke diagnostiek en/of behandeling kan worden toegepast.

**Subacute pijn**

Rol gedragskundige diagnostiek

* Signalerend: overwegen, eventueel i.o.m. (para)medici, om pijn als hypothese mee te nemen als oorzaak voor (onverklaarbaar) gedrag
* Bij klachten/symptomen die te maken hebben met pijn differentiaal diagnostisch alert zijn op mogelijke aanwezigheid van SOLK (somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten) en somatische-symptoomstoornissen en daar zonodig onderzoek naar doen;
* Indien nodig aanvullende advisering geven in hoeverre de cliënt in staat is om pijn door middel van verbale communicatie of ondersteunende communicatiemiddelen aan te geven
* Wanneer er onvoldoende bekend is op welke wijze de cliënt omgaat met pijn (coping) wordt overwogen om dit inzichtelijk te maken samen met de pb-er/cliëntbetrokkenen en/of de cliënt zelf (door bijvoorbeeld het opstellen van een observatieschema voor specifieke situaties of een gesprek met de cliënt zelf en/of diens betrokkenen)
* Indien de verwachting is dat onderzoeken naar pijn voor de cliënt psychologisch zeer belastend zullen zijn en psychische risico’s met zich meebrengen, dan kan de gedragskundige, in overleg met de pb-er/cliëntbetrokkenen meedenken of de draagkracht van de cliënt en eventueel het cliëntsysteem voldoende is om het onderzoek uit te kunnen voeren en zo niet wat er nodig is om het wel te kunnen laten plaatsvinden
* Wanneer er een onderzoek naar pijn bij een cliënt kan plaatsvinden dient nagegaan te worden door de gedragskundige in overleg met de pb-er/cliëntbetrokkenen en eventuele andere betrokken disciplines op welke wijze de cliënt voorbereid kan worden op het onderzoek en hoe het onderzoek dusdanig vormgegeven kan worden dat de psychische risico’s voor de cliënt minimaal zijn. Hierbij dient ook rekening gehouden te worden met eventuele psychische effecten na afloop van de onderzoeken

Aanvulling rol gedragskundige als behandelcoördinator m.b.t. diagnostiek

* Deze moet op de hoogte worden gehouden van de uitkomsten van eventuele onderzoeks-/pijnobservatieresultaten en daaruit voortvloeiende vervolgstappen
* In multidisciplinair overleg gezamenlijk de resultaten duiden en vervolgstappen bepalen

Rol gedragskundige behandeling

* Wanneer de gedragskundige inschat dat er behandeling van en/of advies door paramedici nodig is, zal deze, i.o.m. de pb-er/cliëntbetrokkenen/cliënt, de arts verzoeken om hiervoor een verwijzing te schrijven
* In overleg met de pb-er en eventueel de logopedist wordt indien nodig ondersteuning geboden om de cliënt, indien nodig, te leren pijn en gerelateerde emoties aan te geven
* Indien nodig behandeling bieden (zie NHG standaard pijn 2018, 24) wanneer er sprake of een vermoeden is van traumatische ervaringen ten aanzien van de pijn en/of eventuele ingrepen die hebben plaatsgevonden ten aanzien van de pijn.

Aanvulling rol gedragskundige als behandelcoördinator m.b.t. behandeling

* Volgt het behandelproces van betrokken disciplines en wordt door hen hiervan op de hoogte gebracht door middel van rapportages in het CVO en/of mondelinge overdracht tijdens structureel, terugkerende overleggen zoals het ‘Goed leven gesprek’ en/of evaluatieoverleg over de behandeling

**Chronische pijn**

Rol gedragskundige

* Signalerend: overwegen, eventueel in overleg met (para)medici, om pijn als hypothese mee te nemen als oorzaak voor (onverklaarbaar) gedrag.
* Onderzoeken of de pijnklachten/symptomen al dan niet kunnen voortkomen vanuit een psychiatrische stoornis

Aanvulling rol gedragskundige als behandelcoördinator m.b.t. diagnostiek

Geen

Rol gedragskundige behandeling

* In overleg met pb-er/cliëntbetrokkenen, arts, PVK en indien mogelijk de cliënt nagaan of er al dan niet psychologische behandeling moet worden gestart met als doel om te leren gaan met pijn en inschatten welke vorm van behandeling het beste aansluit wanneer de pijn niet of minimaal bestreden kan worden.
* Indien nodig behandeling bieden (zie NHG standaard Pijn, 2018, 24) wanneer er sprake of een vermoeden is van traumatische ervaringen ten aanzien van de pijn en/of eventuele ingrepen die hebben plaatsgevonden ten aanzien van de pijn
* Indien nodig doorverwijzen naar een vaktherapeut voor een behandeling die gericht is op het omgaan met de gevolgen van pijn
* Indien de pijn gerelateerd lijkt te zijn aan het bestaan van een psychiatrische stoornis, dan wordt de behandeling afgestemd op het type stoornis. Hierbij moet er specifiek rekening gehouden worden met SOLK en somatische-symptoomstoornissen

Aanvulling rol gedragskundige als behandelcoördinator m.b.t. behandeling

Geen

**Bijlage 6:**

**Discipline-informatie tandheelkunde**

1. Preventie is van groot belang voor het voorkomen van pijnklachten in het mondgebied, omdat mensen met een verstandelijke beperking een groter risico lopen op tandbederf en tandvleesontsteking (4).

Voor goede mondhygiëne is van belang:

* Evenwichtig voedingspatroon (maximaal 7 eetmomenten per dag met tussen de momenten minimaal 2 uur)
* Goede mondhygiëne door de begeleider ondersteund door tandheelkundig team, tweemaal daags poetsen met fluoride houdende tandpasta bij voorkeur met elektrische tandenborstel. 1 x per dag interdentaal reinigen met stoker of rager. Poets ook 1x per dag de slijmvliezen en de tong. Eventuele aanvulling kan bestaan uit chloorhexidine spray, gel of spoeling en indien haalbaar elke 3 maanden professionele reiniging bij tandarts of mondhygiëniste. Bij hoog cariësrisico kan extra fluoride aangebracht worden met gel, lak of mondspoeling.

1. Herkenning van pijn: kan door begeleiding of behandelaar. Belangrijke kenmerken die kunnen wijzen op pijn in het mondgebied zijn (7):

* Kwijlen
* Hand in de mond/wrijvingen of drukken mondgebied
* Vinger in het oor
* Slapen op de andere zijde
* Beperkte bewegingen onderkaak
* Verzet of afweer bij mondverzorging
* Veranderingen eetgedrag of mondgedrag

1. Diagnostiek : Beoordelen van verschillende facetten orofaciaal gebied.

* Kaakgewricht
* Musculatuur (Temporo Mandibulair Gewricht (TMG) problematiek), knarsen, klemmen, edentaten zonder vaste beethoogte en met mobiliteit van de onderkaak
* Elementen beoordelen op cariës (tandbederf)
* Parodontale situatie (tandvlees)
* Slijtage van de dentitie (Gastro oesophageale Reflux Ziekte (GORZ), bruxisme)
* Slijmvliezen
* Refered pain (uitstralende pijn) vanuit maag, slokdarm of obstructie darm
* Extra oraal onderzoek (onderzoek van buitenzijde mondgebied: wangen, lippen, aangezicht)
* Eventueel onderzoek combineren met zelfrapportage en/of observatie en score REPOS (praktijkverpleegkundige erbij betrekken)

1. Behandeling :

* Pijnstilling
* Opbeetplaat
* Behandelen cariës
* Parodontale behandeling
* Extractie
* Opbouwen slijtage
* Verwijzing Arts
* Verwijzing kaakchirurg
* Indien niet regulier haalbaar, dan behandeling onder algehele anesthesie

**Bijlage 7:**

**Discipline-informatie fysiotherapie en ergotherapie (25)**

**Subacute pijn**

Verwijscriteria:

Ergotherapie:

* De oorzaak voor de pijnklachten ligt mogelijk in de dagindeling of belastbaarheid van de client.
* De pijnklachten worden mogelijk veroorzaakt door inadequate hulpmiddelen of inadequaat gebruik vanhulpmiddelen.
* De mogelijke pijnklachten geven beperkingen in de dagelijkse handelingen

Fysiotherapie:

* De oorzaak voor de pijnklachten ligt mogelijk in het bewegingsapparaat of de basismotorische vaardigheden.
* De pijnklachten worden mogelijk veroorzaakt door inadequate hulpmiddelen.

Diagnostiek:

* Anamnese (voor zover nog niet bekend vanuit PVK): uitvragen van pijnkenmerken, pijnlijke momenten met als doel mogelijke oorzaken voor pijn op te bepalen. Hierbij eventueel gebruik maken van rapportagelijsten waarop wordt bijgehouden wanneer de pijn zich voordoet en hoe dat gerelateerd is aan activiteiten.
* Observatie van het beweeggedrag (fysio) en de activiteiten (ergo) en dit vergelijken met het normale gedrag van de client. Hierin zoeken naar mogelijke oorzaken voor de pijn en aanknopingspunten voor het lichamelijk onderzoek vinden.
* Lichamelijk onderzoek van het bewegingsapparaat (fysio)(zover nog niet gedaan door de arts), waarbij de pijn wordt geprovoceerd om mogelijke oorzaken voor pijn te bevestigen of uit te sluiten. Tijdens het onderzoek kan een meetinstrument worden ingezet (te denken valt aan: zelfrapportage of REPOS)
* Lichamelijk onderzoek en basismotorische eigenschappen (spierkracht, spierspanning, uithoudingsvermogen, coördinatie, evenwicht en proprioceptie) waar beperkingen hierin een oorzaak zouden kunnen zijn voor pijnklachten/symptomen.

Behandeling:

* In overleg met begeleiders/kernteam en de betrokken disciplines behandelen van de onderliggende oorzaken van de pijn.
* De cliënt/het cliëntsysteem inzicht geven in oorzaken en gevolgen van pijn en adviseren hoe daarmee om te gaan. (te denken valt aan een pijnsignaleringsplan of evenwicht belasting-belastbaarheid)
* Interdisciplinaire afstemming
* Advies over activiteiten, houding en beweging

**Chronische pijn**

Verwijscriteria:

Ergotherapie:

* De oorzaak voor de pijnklachten ligt mogelijk in de dagindeling of belastbaarheid van de client.
* De mogelijke pijnklachten hebben beperkingen in de dagelijkse handelingen tot gevolg
* De client heeft aanpassingen of hulpmiddelen nodig om te kunnen functioneren in het dagelijks leven

Fysiotherapie:

* De client heeft een verminderde belastbaarheid die beïnvloed kan worden door fysieke training
* De client heeft aanpassingen of hulpmiddelen nodig om te kunnen functioneren in het dagelijks leven
* De client wordt gehinderd door langdurige en/of gegeneraliseerde pijn zonder duidelijke lichamelijke oorzaak.

Diagnostiek:

* Doornemen voorgeschiedenis betreffende subacute pijndiagnostiek
* Probleem analyse SCEGS (Somatisch, Cognities en Coping, Emoties, Gedrag, Sociale situaties)
* Beoordelen belastbaarheid en trainbaarheid van de client.

Behandeling:

Ergotherapeut:

* Prioriteiten stellen of keuzes maken ten aanzien van activiteiten (Canadian Occupational Performance Measure, activiteitenweger, Niet Rennen Maar Plannen). Hiervoor in overleg gaan met de client en/of het clientsysteem.
* Clientsysteem leren herkennen wat de grenzen zijn van de client en hoe ze hiermee om kunnen gaan.
* Toewerken naar een dag- en nachtprogramma dat past binnen de belastbaarheid van de client.
* Indien mogelijk uitbouwen van activiteiten om de belastbaarheid te vergroten.
* Indien nodig gebruik maken van hulpmiddelen of ondersteuning (PDL) om de belasting te verminderen.

Fysiotherapeut:

* Beweeginterventie met als doel het verbeteren van de belastbaarheid en lichamelijke reserves
* Clientsysteem leren herkennen wat de grenzen zijn van de client en hoe ze hiermee om kunnen gaan.
* Indien nodig advies over bewegen en ondersteunende hulpmiddelen om de belasting (tijdelijk) te verminderen.
* Overweeg ontspanningsoefeningen en ademhalingsoefeningen wanneer spanning als oorzaak of gevolg van de pijn aanwezig is.
* Overweeg TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) of Massage of vibratie als alternatief voor pijnmedicatie (26)
* Overweeg neurodynamica (23) wanneer de pijn neuropathische aspecten heeft.

**Bijlage 8: Meetinstrumenten**

**Zelfrapportage pictogrammen**

[Zelfrapportage schalen bij type & intensiteit pijn (kennispleingehandicaptensector.nl)](https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/zelfrapportage-schalen-bij-type-intensiteit-pijn)

Zelfrapportage is bij veel mensen met een verstandelijke beperking lastig. Deze schalen zijn getest bij mensen met een verstandelijke beperking. Door vantevoren een begripstoets te doen, kan je nagaan of de client begrijpt hoe hij of zij de schaal moet gebruiken.

Wanneer de begripstoets niet lukt, leveren de schalen geen betrouwbare informatie.

**Rotterdam Elderly Pain Observation Scale (REPOS)**

[comfort\_assessment :: REPOS (comfortassessment.nl)](https://comfortassessment.nl/web/index.php/instruments/repos-nederlands1/)

[Pijnobservatielijst REPOS (kennispleingehandicaptensector.nl)](https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/pijnobservatielijst-repos)

**DN4 vragenlijst voor neuropathische pijn**

[\*DN4.pdf (neuropathie.nu)](https://www.neuropathie.nu/download/Vragenlijsten/DN4.pdf)

Deze vragenlijst is in veel gevallen te moeilijk voor mensen met een verstandelijke beperking en in de hetero-anamnese is het vaak niet mogelijk te bepalen of deze aspecten van pijn spelen bij de client.

De gevraagde informatie zal in veel gevallen op een aangepaste manier verzameld moeten worden: dossieronderzoek, gedragsobservatie, lichamelijk onderzoek en evt proefbehandeling.

**Pijn Signaleringsplan** (overgenomen met toestemming van Philadelphia zorg en N. de Knegt)

**Naam cliënt:**

**Datum Pijn Signaleringsplan:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TEAMCODES**  pijnintensiteit  (overeen stemming binnen team, niet voor cliënten) | **CLIENT GESPREK**  Wat zegt de cliënt (spontaan of bij vragen)?  Open, concrete vragen.  Welk instrument (gezichten, cijfers, lichaam plaatje kleuren, etc) wijst de cliënt aan? | **OBSERVATIES**  Welke specifieke gedragingen zie je?  Wat doet de cliënt? | **ACTIES**  Hoe kunnen anderen de cliënt helpen om zich beter te voelen?  Wat kunnen anderen beter niet doen? |
| **0** | **Geen pijn** | | |
|  | - | . | - |
| **1 t/m 3** | **Milde pijn** | | |
|  | - | - | - |
| **4 t/m 6** | **Matige pijn** | | |
|  | - |  |  |
| **7 t/m 10** | **Ernstige pijn/Ergste pijn ooit!** | | |
|  | - | . |  |