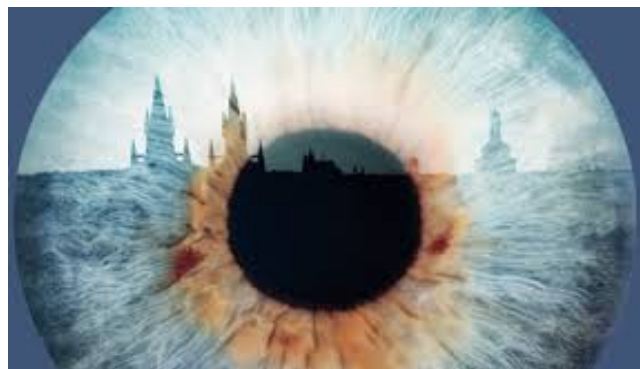


# Het oog van de wijkverpleegkundige

over vroegtijdige signalering van pijn bij kwetsbare ouderen.



Bachelor opleiding verpleegkundige

Student: Liesbeth Bokkers

Datum: 04-06-2015

## Samenvatting

Vroegtijdig herkennen van pijn is van belang om intensieve en kostbare zorg te voorkomen. Hierin heeft de thuiszorgverpleegkundige een belangrijke taak. Het aantal ouderen in Nederland groeit snel. Bij de helft van de ouderen van 65 jaar is sprake van twee of meer chronische aandoeningen. Deze aandoeningen gaan vaak gepaard met pijn en worden onvoldoende gesignaleerd. Dit heeft grote gevolgen voor deze mensen en de samenleving. Chronische pijn kan een leven ingrijpend veranderen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. Pijnmanagement, het beheersen van pijn, is nodig om het leven niet verder te ontwrichten.

Politici zien vergrijzing als een groot probleem voor de toekomst. Aangenomen wordt dat ouderen veel zorg nodig hebben en daardoor hoge kosten genereren. De vraag rijst dan: hoe wordt dit betaald? (Campen van, 2011). Kwetsbare ouderen moeten langer thuis blijven wonen. Verpleegkundigen in de thuiszorg zijn bij uitstek geschikt om pijn te signaleren, omdat ze regelmatig en langdurig contact hebben met deze ouderen. De hoofdvraag in dit artikel luidt: welke interventies kan de thuiszorgverpleegkundige toepassen om pijn bij kwetsbare ouderen te signaleren? Als verpleegkundigen beter zicht hebben op deze interventies, zal de cliënt beter geholpen kunnen worden bij het bestrijden van pijn.

Voor het beantwoorden van de vraagstelling is gebruik gemaakt van evidence-based literatuurstudie. Om de informatie uit het literatuuronderzoek te verifiëren en aan te vullen met gegevens uit het veld, zijn drie deskundigen geïnterviewd op micro-, meso- en macroniveau.

Uit de verschillende informatiebronnen blijkt dat verpleegkundigen onvoldoende kennis hebben over pijn. Meetinstrumenten om pijn op te sporen en te monitoren worden te weinig gebruikt. Scholing aan verpleegkundigen over pijn, pijnmedicatie, het gebruik van valide pijnmeetinstrumenten en protocollen is noodzakelijk om pijn te signaleren en te behandelen

## Inleiding

De thuiszorgverpleegkundige komt gedurig in aanraking met kwetsbare ouderen. Daarom heeft het onderwerp pijn bij ouderen en de gebrekkige signalering ervan mijn belangstelling gewekt. Ook in het thuiszorgteam wordt dit onderwerp regelmatig besproken. Cliënten worden gescreend op huidletsel, ondervoeding, depressie, dementie, incontinentie, gebruik van medicatie en een verhoogd risico op vallen. Pijninterventies worden toegepast als de cliënt dit zelf aangeeft. Een grote groep ouderen kan dit echter niet aangeven door lichamelijke en/of mentale omstandigheden.

Het onderwerp van dit artikel is chronische pijn bij thuiswonende ouderen. Het blijkt dat chronische pijn bij deze ouderen veelvuldig voorkomt maar onvoldoende door de thuiszorgverpleegkundige wordt gesignaleerd. De kwaliteit van hun leven gaat hierdoor achteruit. Op basis hiervan is de volgende vraagstelling geformuleerd: welke interventies kan de verpleegkundige in de thuiszorg toepassen om pijn bij kwetsbare ouderen te signaleren?

Het doel van dit artikel is om teams in de thuiszorg te voorzien van middelen waarmee zij pijn bij kwetsbare ouderen beter kunnen signaleren.

## Pijn en vergrijzing

Het onderwerp van dit artikel is het signaleren van pijn bij kwetsbare ouderen door thuiszorgverpleegkundigen. De vergrijzing van de Nederlandse bevolking is een actueel onderwerp. Het is een gevolg van de demografische ontwikkeling, waarbij het aantal kinderen per gezin ten opzichte van vroeger is gedaald en mensen tegenwoordig langer leven. Het aantal 65-plussers zal zelfs toenemen van 2,5 miljoen in 2009 naar 4,5 miljoen in 2040 (Campen van, 2011).

Bij de helft van de ouderen van 65 jaar is sprake van twee of meer chronische aandoeningen. Deze groep is kwetsbaar

en daardoor aangewezen op complexe zorg.

Het Sociaal Cultureel Planbureau stelt: *'Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)'* (Vilans, 2014).

Chronische aandoeningen gaan vaak gepaard met pijn en worden vaak onvoldoende gesignaleerd. Dit leidt regelmatig tot een verminderde kwaliteit van leven door afname van zelfredzaamheid, achteruitgang van het fysieke en cognitieve functioneren, angst, depressie, sociale isolatie en een verminderde participatie. Het gevolg hiervan is een verhoogde zorgconsumptie. Het is daarom van belang om pijn snel op te sporen en te behandelen (Verenso, 2011).

Meer dan twee miljoen volwassen Nederlanders hebben dagelijks pijn. Deze chronische pijn komt vaker voor dan welke chronische aandoening dan ook (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011).

*" Pijn is een onaangename sensorische en emotionele gewaarwording die verband houdt met feitelijke of mogelijke weefselschade, of wordt beschreven in termen van weefselschade. Pijn is altijd subjectief. Ieder individu leert het woord pijn te gebruiken op basis van ervaringen met weefselschade vroeg in het leven"* (Cranenburgh van, 2009).

Diagnostiek en behandeling van pijn bij ouderen is onvoldoende door gebrek aan kennis en aandacht. Vooral bij aandoeningen als CVA, dementie, MS en Morbus Parkinson, is pijnherkenning lastig door de veranderde pijnbeleving en communicatieve beperkingen (Achterberg W. , 2008). In zulke gevallen kan een lichte aanraking al heftige pijn veroorzaken, en heftige pijn tot agressief gedrag leiden. (Verenso, 2011).

De behandeling van pijn is een multidisciplinair probleem, waarbij communicatie, kennis van neuropathologie, psychologie en klinische farmacologie een belangrijke rol spelen. Alleen betrouwbare diagnostiek kan onderbehandelen tegengaan. Hierbij zijn psychometrische kwaliteiten, kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van pijn van groot belang.

## Methode

Voor het beantwoorden van de vraagstelling wordt gebruik gemaakt van een literatuurstudie en interviews met experts op micro-, meso- en macro niveau. De literatuurstudie bestaat uit wetenschappelijke artikelen, richtlijnen en rapporten, die via internet en de mediathèque van de Hogeschool Utrecht verkregen zijn. De artikelen zijn valide, betrouwbaar en beoordeeld volgens de beoordelingscriteria onderzoeksartikel (Hunink, et al., 2011).

Om het aantal hits te verminderen, wordt uitgegaan van de criteria: 'review en niet ouder dan 5 jaar'. Om de informatie uit het literatuuronderzoek te verifiëren en aan te vullen met gegevens uit het veld, zijn drie deskundigen geïnterviewd:

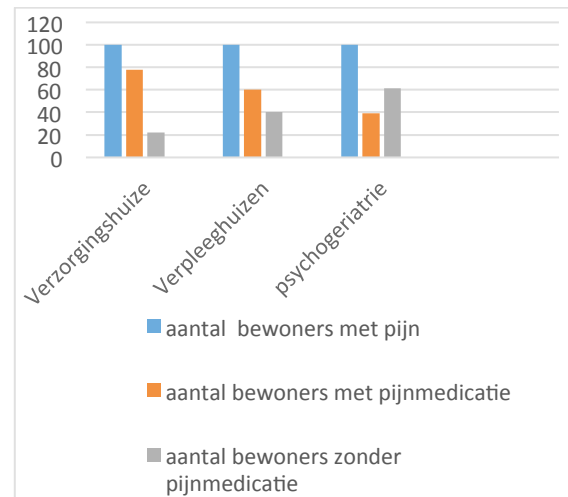
Pim Giel, zorginnovator en directeur Stichting Happy Motion.

Laetitia Schillemans, gespecialiseerd oncologieverpleegkundige bij Beweging 3.0.

Nynke de Vries, kwaliteitsfunctionaris van Beweging 3.0.

## Resultaten

Een knelpunt in de behandeling van pijn is dat er onvoldoende pijnmedicatie aan ouderen wordt verstrekt. De onderstaande grafiek maakt dit duidelijk.



### *Hoeveelheid bewoners met pijn die behandeld worden met pijnmedicatie en niet worden behandeld met pijnmedicatie.*

In deze grafiek wordt weergegeven dat 22% van de bewoners in zorginstellingen, 40% van de bewoners in verpleeghuizen en 61% van de bewoners op een psychogeriatric afdeling geen pijnmedicatie ontvangen, terwijl bij die bewoners wel pijn is geconstateerd door een arts (Verenso, 2011). Duidelijk is dat als er onvoldoende medicatie wordt gegeven de pijn zal blijven bestaan.

Onvoldoende behandelen van pijn komt voort uit gebrek aan kennis over pijn. Naast chronische en acute pijn zijn er ook nog andere soorten pijn zoals centrale pijn. Uit de literatuur blijkt dat deze vorm van pijn vermoedelijk het minst wordt herkend. Moeilijke herkenning van centrale pijn doet zich vooral voor bij ouderen die pijn niet kunnen uiten in taal of gebaar (Verenso, 2011).

Centrale pijn: *“pijn door een laesie of dysfunctie in het centrale zenuwstelsel”* (Cranenburgh van, 2009).

Verder blijkt dat er te weinig aandacht is voor chronische pijn. Deze pijn komt veel vaker voor dan de geschatte prevalentie van coronaire hartziekten (1.300.000), diabetes (600.000) en kanker (400.000). Chronische pijn wordt gezien als een symptoom en niet als een ‘disease in its own right’. Dit is waarschijnlijk de reden

waarom pijn onvoldoende aandacht krijgt (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011).

20% van de volwassen Europeanen leidt aan chronische pijn. Hiervan heeft 60% pijn van 2 tot 15 jaar en 21% pijn langer dan 15 jaar.  
25% ervaart nadelige invloed werkstatus.  
21% heeft ook een depressie als diagnose.  
Chronische pijn is vaak ernstig: 34% scoort 8 of hoger op een 10 punten schaal.  
54% heeft 2 tot 6 verschillende artsen bezocht. 38% heeft nooit een pijnspecialist geraadpleegd.

(Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011).

#### Analyse van pijn.

Om chronische pijn adequaat te bestrijden is een gedegen pijnanalyse noodzakelijk. Deze analyse moet de aard, de oorzaken en de gevolgen van pijn beschrijven. Zelfrapportage, anamnese, heteroanamnese, observatie, oorzaak van de pijn vaststellen, lichamelijk onderzoek, het monitoren en evalueren van de gevolgen van pijn en de pijnbehandeling, vormen belangrijke onderdelen van de analyse en diagnostiek.

Om pijn te kunnen beoordelen wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten met intacte cognitie en patiënten met gevorderde communicatieve stoornis. Meetinstrumenten zijn noodzakelijk om de intensiteit van pijn en pijngedrag te beoordelen. (Verenso, 2011). In de zorg wordt onvoldoende gebruik gemaakt van richtlijnen om chronische pijn vast te stellen (Rastogi & Meek, 2013).

Het wordt aanbevolen om tijdens elk zorgmoment alle ouderen de vraag te stellen of ze pijn hebben (Verenso, 2011).

Observatie is een belangrijk middel om pijn te kunnen waarnemen. Zintuigen als voelen, zien, ruiken en horen zijn hierbij van essentieel belang. Bij verpleegkundige observaties heeft een systematische

aanpak de voorkeur om belangrijke gegevens te verzamelen. (Wilkinson, 2013).

Verder blijkt uit de literatuur ook dat een goede relatie tussen de patiënt en de hulpverlener van belang is om pijn te behandelen. Duidelijke communicatie is hierbij noodzakelijk.

Door vragen te stellen over zijn ziekte kan de cliënt meebeslissen over zijn behandeling. Dit zal een positieve invloed op de therapietrouw hebben (Beers, 2005).

*Pijnmanagement is het geheel van signaleren, diagnosticeren, behandelen en evalueren van pijn* (Verenso, 2011).

#### Hiaten in het pijnmanagement.

Patiënten	Hulpverleners
Weerstand medicatie, misvattingen: niet klagen, pijn hoort bij het ouder worden, comorbiditeit: dementie, depressie en veranderde cognitie.	Gebrek aan kennis, gebrek aan pijnprotocollen, persoonlijke vooroordelen en tijdsdruk.

(Rastogi & Meek, 2013).

De zorgverleners maken te weinig gebruik van pijnprotocollen bij gezondheidsproblemen (Rastogi & Meek, 2013). Deskundigen moeten beter bereikbaar zijn zodat een pijnbeleid beter afgestemd kan worden. Ook onvoldoende multidisciplinaire samenwerking en onduidelijkheid wie de pijn moet signaleren, spelen een rol (Verenso, 2011).

#### Pijnmanagement

De verantwoordelijkheid voor het signaleren van pijn ligt bij zowel bij de patiënt als de hulpverlener en alle andere betrokkenen. Observatie en luisteren vormen het fundament voor het vroegtijdig signaleren van pijn. Om pijn te meten en te evalueren zijn goede instrumenten

nodig. Het verdient ook aanbeveling om een verpleegkundige aan te stellen die het pijnbeleid coördineert, en een manager die dit beleid invoert. Pijnmanagement zorgt voor betrokkenheid en motivatie van de patiënten.

Scholing van verpleegkundigen over pijnherkenning, medicatie, het gebruik van valide pijnmeetinstrumenten en protocollen, is nodig om pijn adequaat te kunnen signaleren. (Verenso, 2011). Ook komt uit verschillende onderzoeken naar voren dat zelfmanagement van de patiënt belangrijk is. Zelfmanagement bestaat uit strategieën om pijn te verminderen door individueel gedrag te veranderen, door cognitieve en emotionele reacties op pijn te verbeteren en door de omgang met pijn te versterken. Mensen zijn sneller gemotiveerd om een doel te bereiken als ze vertrouwen in zichzelf hebben (Reid, et al., 2008) en (Franek, 2013).

Zelfmanagement resulteert in meer kennis over onder andere over ziektebeelden en de behandelopties. (Hadjistavropoulos, 2012).

Gemeenschappelijke cursussen voor mensen met dezelfde chronische aandoening kunnen bijdragen aan zelfmanagement. Met name het lotgenotencontact wordt als positief ervaren (Carnes, et al., 2013; Reid et al., 2008, Franek, 2013).

In het gezondheidsbeleid voor de toekomst moet zelfmanagement ertoe leiden dat mensen hun gezondheid zien als een taak en niet als een levenslot. De zorgsector moet vanuit gezondheid en gedrag gaan denken, in plaats vanuit ziekte en zorg. (Jansen & Kuiper de, 2011).

#### *Meetinstrumenten om de intensiteit van pijn te beoordelen*

Diverse studies laten zien dat bij intacte cognitie of mild beperkte cognitie of communicatieve vaardigheden de numerieke en verbale rating-scales het meest valide en betrouwbaar zijn om de pijnintensiteit aan te duiden. De verbale

beoordelingsschaal kan veranderingen in pijn minder vaststellen dan de numerieke beoordelingsschaal. De visueel analoge schalen (VAS) blijkt het minst effectief te zijn. Pijnschalen met pictogrammen van gezichtjes zijn minder effectief bij deze doelgroep.

Verder zijn pijnkaarten redelijk betrouwbaar en doelmatig om de pijnintensiteit te bepalen, omdat alle kwetsbare ouderen pijn kunnen aanwijzen. (Verenso, 2011). De toepasbaarheid van elke schaal moet geschikt zijn voor ouderen. Met het ouder worden neemt het focussen, het onderscheiden van kleuren en gezichtsscherpte af. Daarom dient gebruik gemaakt te worden van grote, duidelijke letters of cijfers, bij voorkeur zwart/wit en gemeten bij een goede verlichting (Verenso, 2011).

#### *Meetinstrumenten om pijngedrag te beoordelen*

Bij gevorderde cognitieve/communicatieve stoornissen scoren de Pain assessment check list for seniors with severe dementia (PACSLAC), de DOLOPLUS-2 of de Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD) en de Abdij pijn schaal het hoogst op validiteit, betrouwbaarheid en een klinische toepasbaarheid. (Aubin, Giguère, Hadjistavropoulos, & Verreault, 2007) en (Verenso, 2011).

Uit een prospectief onderzoek blijkt de PACSLAC eenvoudig toepasbaar te zijn. De doloplus-2 is ontwikkeld voor de integrale beoordeling van pijn. De PAINAD is kort en makkelijk bruikbaar.

De DOLOPLUS-2 is moeilijker toepasbaar en vereist evaluatie in een multidisciplinair team. Voor kwetsbare ouderen met een Mini Mental Status Examination (MMSE) -score van minder dan 18 hebben pijnintensiteit-schalen een beperkte waarde.

Zelfrapportage, de informatie die ouderen zelf geven over pijn, is de gouden standaard. Deze rapportage is valide voor alle ouderen. Verder zijn er screeningsinstrumenten om de multidimensionaliteit van pijn te meten.

Aanbevolen valide en goed te gebruiken meetinstrumenten zijn: de Brief Pain Inventory (BPI), die de ernst meet van pijn, het effect van pijn op de stemming en de belemmering op de dagelijkse activiteit. De PEG is een verkorte versie van de BPI. Geen enkel instrument blijkt volledig betrouwbaar te zijn (Verenso, 2011).

Observatie door mantelzorgverleners is eveneens waardevol om pijn te monitoren. Scholing is noodzakelijk om goed om te gaan met meetinstrumenten en die routinematig in te zetten. (Verenso, 2011).

### *Interviews*

Pijn Samen is een initiatief van Stichting Happy Motion met Pim Giel als directeur. Hij heeft 30 jaar ervaring als zorginnovator en meerdere functies bekleed in de ouderenzorg. Daarnaast maakt hij regelmatig films zonder winstoogmerk over maatschappelijke relevante vraagstukken

Het doel van Pijn Samen is aandacht te vragen voor een doelmatige behandeling van chronische pijn bij alle pijnprofessionals, patiënten, zorgverzekeraars, beleidsmakers en het grote publiek in Nederland.

Volgens Pim Giel valt er nog veel winst te behalen om betere en goedkopere zorg te bieden. Denk hierbij aan: voorlichting, educatie, coördinatie en samenwerking tussen patiënten en specialisten, multidisciplinaire samenwerking, onderzoeken om het zelfmanagement van de patiënt te verbeteren.

Pijn wordt gezien als een symptoom in plaats van een aandoening. Hierdoor is het pijnbeleid versnipperd, terwijl er juist behoefte is aan landelijk eenduidig beleid. Beleidsmakers hebben ook onvoldoende aandacht voor pijn. Internationale literatuur over pijnbeleid is nauwelijks beschikbaar. Momenteel ontwikkelen Samenwerkende Pijnpatiënten Verenigingen (pijnpatiënten naar één stem) en de Dutch Pain Society een Zorgstandaard Chronische Pijn om de diagnostiek en behandeling van chronische pijn landelijk te verbeteren. Pijn

Samen zal ervoor zorgen dat deze richtlijn tijdens de week van de pijn (2016) onder de aandacht wordt gebracht. De reguliere medische sector behandelt pijn overwegend symptomatisch. Bij pijn spelen echter meerdere factoren een rol. Samenwerking tussen de reguliere-, paramedische- en complementaire sector zal de pijnbestrijding ten goede komen. In de opleiding voor verpleegkundigen moet meer aandacht besteed worden aan pijn. Het ontbreekt regelmatig aan een eindregisseur die slim kan organiseren en verbinden om het pijnmanagement te verbeteren.

Tenslotte beveelt Pim Giel aan meer te luisteren en te praten met de mensen. Chronische pijnpatiënten hebben baat bij steun uit hun omgeving. Hierbij is openheid en serieus nemen van pijn heel belangrijk. Er rust door onze opvoeding nog teveel een taboe op het praten over pijn. Dat moet volgens Pim Giel veranderen.

Nynke de Vries is werkzaam als kwaliteitsfunctionaris bij beweging 3.0. De thuiszorgorganisatie in de extramurale setting hanteert geen beleid om pijn te signaleren. Uitgangspunt is het eigen professionele inzicht van de thuiszorgmedewerker. De organisatie heeft destijds zorgvuldig gekozen op basis van wetenschappelijk onderzoek om cliënten te screenen op dementie, depressie, incontinentie, huidletsel, ondervoeding, medicatiegebruik en vallen. Pijn is in relatie tot kwaliteit geen thema dat naar voren is gekomen. Wellicht is het een blinde vlek. Nieuwe ontwikkelingen in de organisatie kunnen mogelijk een positieve bijdrage leveren aan het signaleren van zorgproblemen. Door een nieuwe werkwijze, verbindend werken, wil de organisatie bereiken dat deze zorgproblemen waaronder pijn, voortaan vanuit verschillende vakgebieden bekeken worden. Nynke de Vries oppert het idee om dit artikel op de website Andere handen community te plaatsen. Vervolgens kan er een discussie tussen

professionals plaatsvinden over de vraag of er een pijnbeleid opgesteld moet worden.

Laetitia Schillemans is oncologieverpleegkundige bij Beweging 3.0. Zij ervaart kennistekort over pijn en medicatiegebruik bij zowel de cliënten als de thuiszorgmedewerkers. Pijn wordt onvoldoende gesignaleerd en in kaart gebracht, waardoor waarschijnlijk onderbehandeling plaatsvindt. Het gevolg is dat de cliënt het vertrouwen in de behandeling verliest. Bij een onvolledige pijnanamnese verloopt ook de communicatie tussen

thuiszorgmedewerkers en de artsen stroef. Pijn verdient een multidimensionale aanpak. Ze is dan ook een groot voorstander van de signaleringsbox van het Integraal Kankercentrum Nederland. Het vijf stappenplan en de signaleringskaarten zijn bruikbaar voor zorgverleners om pijn bij alle ouderen te signaleren. Daarnaast zouden medewerkers meer advies kunnen vragen aan gespecialiseerde verpleegkundigen over pijn in relatie met chronische aandoeningen.

## Conclusie

De vraag welke interventies de thuiszorgverpleegkundige kan toepassen om pijn bij kwetsbare ouderen te kunnen signaleren kan afdoende worden beantwoord. Uit de verschillende informatiebronnen blijkt dat pijn onvoldoende wordt gesignaleerd en behandeld door gebrek aan kennis en aandacht. Verpleegkundigen kunnen echter gericht een aantal interventies toepassen om pijn op te merken en te reduceren. Ten eerste kunnen verpleegkundigen door structureel te observeren komen tot een snelle herkenning van pijn. Ten tweede geeft een gedegen pijnanalyse inzicht in de intensiteit van pijn en in het pijngedrag. Ten derde is het meten, registreren en evalueren van pijn van belang om het pijnproces bij de cliënt te monitoren waardoor er effectiever behandeld kan worden. Om deze interventies met succes te kunnen uitvoeren, is een geïntegreerde aanpak van pijn op basis van een eenduidig beleid nodig. Het verdient aanbeveling om een verpleegkundige aan te stellen die het pijnbeleid coördineert, en een manager die dit beleid invoert.

Verder is scholing noodzakelijk om goed om te gaan met de meetinstrumenten. Observaties door mantelzorgverleners zijn eveneens waardevol om pijn te monitoren. Wat ook moet veranderen is de bereikbaarheid van de deskundigen. Als zij beter bereikbaar zijn kan het pijnbeleid gericht worden afgestemd op de cliënt.

Het vergroten van de deskundigheid van de verpleegkundigen en het intensiever gebruiken van pijnprotocollen en meetinstrumenten voor het opsporen van pijn, zal in sterke mate bijdragen aan het vroegtijdig signaleren van pijn.

Tenslotte dienen verpleegkundigen pijn bij ouderen te zien als iets wat niet normaal is. Het ageïsme zal moeten verdwijnen! Dit geldt ook voor het taboe dat rust op het praten over pijn. Chronische pijnpatiënten hebben baat bij steun uit de omgeving. Openheid en erkenning van pijn is hierbij onmisbaar.

Het literatuuronderzoek is kleinschalig. Dit betekent dat de uitkomsten in beperkte mate bruikbaar zijn. Daarom is het aan te bevelen om verder onderzoek uit te voeren. Mogelijk moeten er nog andere meetinstrumenten ontwikkeld worden om pijn vroegtijdig te signaleren. Uit de literatuur blijkt ook dat alle instrumenten getest moeten worden om een betrouwbaar resultaat te krijgen. Dit onderzoek beschrijft geen ontwikkelingen over e-health die wellicht toegepast kunnen worden als interventie om pijn eerder te herkennen.

## Discussie

Dit onderzoek beschrijft dat in het gezondheidsbeleid voor de toekomst zelfmanagement ertoe moet leiden dat mensen hun gezondheid zien als een taak en niet als een levenslot. De zorgsector moet gaan denken in termen van gezondheid en gedrag in plaats van ziekte en zorg. In hoeverre is dit doel haalbaar voor kwetsbare ouderen met een cognitieve stoornissen?

Uit onderzoek blijkt dat zelfbeheerprogramma's aan ouderen goed zijn voor het verminderen van pijn. In hoeverre is het ontbreken van een gestandaardiseerde benadering een probleem bij het zelfbeheer?

Uit de verschillende informatiebronnen blijkt dat chronische pijn wordt gezien als een symptoom en niet als een chronische aandoening. Wanneer pijn wordt erkend als een chronische aandoening zal er dan meer aandacht voor komen en ook meer onderzoek naar gedaan worden?

## Bibliografie

Achterberg, W. (2008). Oud zeer. *Medisch contact Nr. 09 - 27 februari 2008*, 365-367.

Achterberg, W. P., Boshuisen, M. L., Geels, P., Haaksema, R., Hillenga, L., Horikx, A., . . . Verduijn, M. M. (2011). *Pijn Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen*. Verenso.

Aubin, M., Giguère, A., Hadjistavropoulos, T., & Verreault, R. (2007). L'évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer. *Pain Res Manage* 12(3), 195-203. Opgehaald van PubMed.

Beers, M. (2005). Therapietrouw bij behandeling van geneesmiddelen. In M. H. Beers, *Merck Manual Medisch handboek* (p. 88 t/m 89). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.

Campen van, C. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Opgehaald van Library wur:

[http://scholar.google.nl/scholar?as\\_ylo=2011&q=library+wur+kwetsbare+ouderen+nederland&hl=nl&as\\_sdt=0,5](http://scholar.google.nl/scholar?as_ylo=2011&q=library+wur+kwetsbare+ouderen+nederland&hl=nl&as_sdt=0,5)

Carnes, D., Homer, K., Underwood, M., Pincus, T., Rahman, A., & Taylor, S. J. (2013). *Pain management for chronic musculoskeletal conditions: the development of an evidence-based and theory-informed pain self-management course*. *BMJ Open* .

Cranenburgh van, B. (2009). *Pijn*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Franek, J. (2013, september 1). *Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis*. Opgehaald van PubMed.

Hadjistavropoulos, T. (2012). *Self-Management of Pain in Older Persons: Helping People Help THemselves*. *Pain Medicine* 2012; 13: S67-S71.



- Hunink, G., Cusveller, B., Bijl van der, J., Linge van, R., & Polhuis, D. (2011). In *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar* (pp. 176-177, 87, 158, 163,164, ). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Jansen, M., & Kuiper de, M. (2011). De nieuwe zorgprofessional. In Michel, *De nieuwe zorgprofessional* (pp. 89-97). Utrecht: Hogeschool.
- Rastogi, R., & Meek, B. (2013, January 16). *Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control*. Opgehaald van PubMed:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3552607/>
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. (2011, November). *Chronische pijn*. Opgehaald van  
<http://www.dutchpainsociety.nl/files/rapport-regieraad-chronischepijn-2011.pdf>
- Reid, C. M., Papaleontiou, M., Ong, A., Breckman, R., Wethington, E., & Pillemer, K. (2008). *Self-Management Strategies to Reduce Pain and Improve Function among Older Adults in Community Settings: A Review of the Evidence*. *Pain Med* ; 9(4): 409–424.
- Verenso. (2011). *Multidisciplinaire Richtlijn Pijn, Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deel 2*. Utrecht: Verenso 2011. Opgehaald van Verenso.
- Vilans. (2014, mei). *www.vilans.nl*. Opgehaald van zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn:  
<http://www.vilans.nl/kennis-en-informatie-publicaties-handreiking-kwetsbare-ouderen-in-de-eerste-lijn.html?highlight=handreiking%20kwetsbare%20ouderen&search=1>
- Wilkinson, J. (2013). In *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces* (pp. 93-94). Amsterdam: Pearson Benelux BV.

