
Het meten van pijn bij ouderen met ernstige dementie

De eerste stap op weg naar adequate behandeling.

Sandra M.G. Zwakhalen, Jan P.H. Hamers.

Inleiding

Uit hoge prevalentiecijfers blijkt dat pijn bij ouderen met dementie inadequaet wordt behandeld. Onderzoek toont aan dat maar liefst 45 tot 80% van de verpleeghuisbewoners met dementie pijn ervaart [Blomqvist and Hallberg, 1999, Ferrell et al., 1995, Marzinski, 1991, Sentagen and King, 1993, Wagner et al., 1997]. Dit komt onder andere door pijnlijke aandoeningen die vaker optreden naarmate men ouder wordt, zoals gewrichts-

Een groot deel van de verpleeghuispopulatie met dementie ervaart pijn. Om pijn effectief te kunnen behandelen is adequate pijnbeoordeling van groot belang. Met het toenemen van de ernst van dementie vermindert de toepasbaarheid van zelfrapportageschalen. De ontwikkeling en het gebruik van pijnobservatieschalen die pijn meten bij mensen met ernstige dementie neemt de laatste jaren sterk toe.

In dit artikel wordt een aantal van deze schalen besproken waarbij gezocht wordt naar de schaal die momenteel het meest bruikbaar, betrouwbaar en valide is.

Drs Sandra MG Zwakhalen is verpleegkundige en gezondheidswetenschapper. Onderzoeker bij de Universiteit Maastricht, Cluster zorgwetenschappen, Sectie verplegingswetenschap. Dr. Jan PH Hamers is verpleegkundige, verplegingswetenschapper. Hoogleraar 'verpleging en verzorging van ouderen' bij de Universiteit Maastricht, Cluster zorgwetenschappen, Sectie verplegingswetenschap.

klachten. Echter, in het geval van dementie treden vaak nog bijkomende gezondheidsproblemen op, die eveneens pijn kunnen veroorzaken.

Wanneer pijn niet adequaat wordt behandeld kan dit ernstige gevolgen hebben. Onbehandelde pijn kan namelijk een negatieve invloed hebben op o.a. gedrag, slaappatroon en deelname aan sociale activiteiten met als gevolg verlies van kwaliteit van leven [Feldt and Warne, 1998, Ferrell, 2004]. Ondanks de alarmering die uitgaat van de hoge prevalentiecijfers en de

ernstige gevolgen van onbehandelde pijn, blijken hulpverleners niet afdoende in staat om pijn bij ouderen met dementie op een effectieve manier te beoordelen en te behandelen. Onderzoek heeft aangetoond dat ouderen met dementie significant minder analgetica krijgen dan cognitief intacte ouderen met een vergelijkbare aandoening [Horgas and Tsai, 1998, Morrison and Siu, 2000].

Hoewel verschillende factoren bijdragen aan een ineffektieve pijnbestrijding, is één van de belangrijkste factoren inadequate pijnbeoor-

Pijnobservatieschaal/ auteurs/ herkomst	Dimensies/items Scorebereik
DOLOPLUS 2 Wary <i>et al.</i> , (1992 1e versie DOLOPLUS, Frankrijk)	10 items, 3 dimensies somatic (N=5 items), psychomotor (N=2), psycho-social (N=3) scorebereik 0-30
L'Echelle Comportementale pour Personne Agées (ECPA) Alix <i>et al.</i> (1993, Frankrijk)	11 items, 3 dimensies pre-care, post-care, during activities scorebereik 0-44
L'échelle Comportementale simplifiée (l'ECS) Baulon <i>et al.</i> (1995, Frankrijk)	10 items scorebereik 0-14
The Observational Behavior Tool Simons & Malabar (1995, UK)	25 items, 7 dimensies verbal response (N=8); facial expression (N=3); body language (N=5); conscious state (N=3); physiological change (N=3); behavioral change (N=1); feedback from others (N=2) scorebereik 0-25
Checklist of Non-Verbal Pain Indicators (CNPI) Feldt <i>et al.</i> (2000, USA)	6 geclusterde items (rust vs. beweging) scorebereik 0-6
Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) Hadjistavropoulos <i>et al.</i> (2002, Canada)	60 items, 4 dimensies facial expressions (N= 13); activity/body movements (N=20); social/personality/mood (N=12); physiological/eating/ sleeping/vocal (N=15) scorebereik 0-60
Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Warden, Hurley and Volicer. (2002, USA)	5 (categorische) items breathing; negative vocalization; facial expression; body language; consolability scorebereik 0-10
Pain Assessment in Dementing Elderly (PADE) Villanueva <i>et al.</i> (2003, USA)	24 items, 3 parts physically observable facial expressions; global pain assessment; functional activities
Rating pain in Dementia (RaPID) Sign & Orrell. (2003, UK)	18 (geclusterde) items, 4 dimensies behavioral (N= 11); emotional (N=2); autonomic (N= 2); postura: (N=3) scorebereik 0-54
The Abbey Pain Scale Abbey <i>et al.</i> (2004, Australië)	6 (categorische) items vocalization; facial expression; change in body language; behavioral change; physiological change; physical change scorebereik 0-18
The Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) Snow <i>et al.</i> (2004, USA)	4 secties/ delen o.a. observed daily activities, pain response (6 items: words, pain faces, bracing, noises, rubbing, Restlessness, 6 point Likert scale), pain location, pain thermometer
Pain Assessment Tool for Use with Cognitive Impaired Adults Davies <i>et al.</i> (2004, Australië)	11 secties/ delen o.a.. existing painful conditions; physiological measures; self-report of pain; facial expression; usual behaviors; changes in behaviors (5 headings: vocalization, body posture, activities of daily living, cognitive functioning, physical changes); usual and new comfort measures

deling. Om pijn goed te kunnen behandelen, moet deze eerst gesignaleerd worden. Bij ouderen met dementie kan deze inschatting gepaard gaan met de nodige obstakels. Pijn is een ingewikkeld fenomeen dat subjectief en persoonlijk is. Daarom wordt veelal de volgende definitie gehanteerd: 'Pijn is dat wat de persoon die pijn ervaart zegt dat het is, en is aanwezig telkens wanneer hij of zij zegt dat het aanwezig is' [McCaffery, 1979]. Deze begripsomschrijving gaat er vanuit dat mensen zelf kunnen aangeven dat ze pijn ervaren. Een deel van de mensen met dementie kan pijn niet meer aangeven doordat zij zich verbaal niet of onvoldoende kunnen uiten. Dementerende ouderen met uitingsbeperking zijn dan aangewezen op de inschatting van pijn door derden. Deze derden zullen op alle mogelijke pijnsignalen moeten anticiperen om als het ware de "pijnpuzzel" op te lossen. Zij moeten signaleren of er sprake is van pijn, hoe intens deze pijn is en waar deze gelokaliseerd is. Het signaleren van pijn wordt nog meer bemoeilijkt doordat ouderen met dementie pijn mogelijk op een andere manier uiten dan cognitief intacte ouderen. Zo kunnen subtiele gedragsveranderingen duiden op pijn, maar ook uitingen die we daar misschien niet zo snel mee in verband brengen kunnen een uitingsvorm van pijn zijn. Het moeilijke van deze uitingsvormen is dat ze niet pijn-specifiek zijn, maar ook voorko-

men bij angst of stressreacties.

De afgelopen jaren is er steeds meer onderzoek gedaan naar het beoordelen van pijn bij mensen met dementie.

Zelfrapportage-instrumenten en pijnobservatieschalen zijn ontwikkeld en getest bij deze doelgroep. Gebleken is dat zelfrapportage bruikbaar is voor mensen met een lichte of matige vorm van dementie en dat deze schalen valide en betrouwbaar zijn [Chibnall and Tait, 2001, Herr et al., 2004, Pautex et al., 2005, Taylor et al., 2005]. Wanneer de ernst van de dementie toeneemt vermindert de toepasbaarheid van zelfrapportageschalen, hoewel sommige ouderen met ernstige dementie in staat blijken een zelfrapportageschaal te gebruiken [Closs et al., 2004, Pautex et al., 2005, Pautex et al., 2006].

Een groot deel van de ernstig dementerenden blijft echter aangewezen op een pijninschatting door derden, omdat zij niet in staat zijn om pijn aan te geven met behulp van een zelfrapportageschaal. Er kan dan gebruik worden gemaakt van een zogenaamde pijnobservatieschaal. Deze pijnschalen omvatten de meest voorkomende pijnsignalen en dragen er toe bij dat pijn op een meer eenduidige manier wordt bekeken en pijnscores worden vastgelegd. Dit artikel gaat over het gebruik van observatieschalen om pijn te meten bij mensen met ernstige dementie. Centraal staat welke schalen het meest bruikbaar zijn en de beste psychometrische kwaliteiten hebben.

Methoden

Om observatieschalen te traceren is gezocht naar publicaties over pijnbeoordeling bij mensen met de-

mentie die verschenen zijn in de periode 1988-2005. Hierbij werd gebruik gemaakt van de databases: Medline, Psychinfo en de Cumulative Index to Nursing and allied Health Literature (CINAHL). Additioneel werden bronverwijzingen gescreend om relevante publicaties te achterhalen. Gezocht is met behulp van de volgende Engelstalige sleutelwoorden die op verschillende manieren met elkaar werden gecombineerd: (pain) en (scale of measure of assessment) en (dementia of geriatric of resident of nursing home of cognitive impairment of Alzheimer). Inclusie van publicaties vond plaats als artikelen een pijnschaal beschreven voor ouderen met dementie. Bovendien diende het desbetreffende artikel gepubliceerd te zijn in het Nederlands, Engels, Duits of Frans. Casuïstiekbeschrijvingen en secundaire bronnen werden niet meegenomen in de uiteindelijke selectie.

Resultaten

Pijnobservatie-instrumenten voor mensen met dementie.

De zoekstrategie leverde uiteindelijk 25 relevante publicaties op die betrekking hadden op 12 pijnobservatieschalen. Deze 12 getraceerde observatieschalen worden gepresenteerd in Tabel 1.

Uit een onlangs gepubliceerde overzichtsstudie [Zwakhalen et al., 2006a], waarin de psychometrische kwaliteit en bruikbaarheid van de observatieschalen zijn beoordeeld, blijkt dat de meeste schalen matig van kwaliteit zijn als het gaat om betrouwbaarheid en validiteit. De schalen DOLOPLUS-2, ECPA, PACSLAC en PAINAD scoren het best aan de hand van vooraf gestel-

Zie bladzijde 24 voor tabel 1: Overzicht pijnobservatieschalen

LICHAMELIJKE REACTIES			score
4	Gelaatsuitdrukking	Normale gelaatsuitdrukking	0
		Pijnlijke gelaatsuitdrukking bij toenadering	1
		Pijnlijke gelaatsuitdrukking ook zonder toenadering	2
		Voortdurend ongebruikelijke uitdrukkingsloze gelaatsuitdrukking (stil, verstard, lege blik)	3
5	Slaappatroon	Normaal slaappatroon	0
		Problemen met inslapen	1
		Vaak wakker worden (onrust)	2
		Slapeloosheid met als gevolg slaperigheid overdag	3
PSYCHOMOTORE REACTIES			
6	Verzorgen en aankleden	Geen verandering in gebruikelijke mogelijkheden	0
		Gebruikelijke mogelijkheden zijn beperkt (verzorgen en/of aankleden is moeilijk maar wel volledig mogelijk)	1
		Gebruikelijke mogelijkheden zijn zeer beperkt, verzorgen en/of aankleden is moeilijk en maar gedeeltelijk mogelijk	2
		Verzorgen en/of aankleden is onmogelijk, de patiënt verzet zich bij elke poging	3

Tabel 2: Voorbeeld sectie uit de DOLOPLUS-2

de criteria over o.a. betrouwbaarheid, validiteit, bruikbaarheid en worden daarom hieronder toegelicht.

De DOLOPLUS-2 is bedoeld om pijn te meten bij ouderen en werd ontwikkeld door Wary et al. [Wary and Doloplus, 1999]. Hoewel de schaal van oorsprong Franstalig is, is er ook een Engelstalige en een Nederlandstalige versie beschikbaar [Zwakhalen et al.]. De schaal bestaat uit tien gedragingen, onderverdeeld in drie dimensies: somatisch, psychomotorisch en psychosociaal. Elk van de tien items kan worden gescoord op een 4 puntsschaal (range 0-3), waarbij een hogere score meer pijn weergeeft. Een totaalscore van 5 of meer duidt op de mogelijke aanwezigheid van pijn. Tabel 2 geeft ter illustratie een deel van de items weer.

Er zijn verschillende valideringstu-

dies uitgevoerd in diverse geriatrische en palliatieve zorginstellingen [Michel et al., 2000; Serbouti et al., 2002]. Het aantal mensen met uitingbeperkingen dat werd geïncludeerd in deze studies was betrekkelijk klein (1-5% van de steekproef). De interne consistentie van de schaal is goed ($\leq .82$). De auteurs tonen aan dat de DOLOPLUS-2 valide (convergent) en betrouwbaar (intrabeoordelaar en test-hertest) is. Er wordt echter weinig informatie verstrekt over de exacte psychometrische waarden.

Gezien de complexiteit van de items is het voor te stellen dat met name lager opgeleide hulpverleners moeite hebben met het scoren van de items. De auteurs van de DOLOPLUS-2 adviseren dan ook een multidisciplinaire hantering van de schaal. Daarnaast is het essentieel dat men de persoon goed kent, om de schaal in te kunnen vullen. Voor hulpverleners die niet bij de dage-

lijkse zorg betrokken zijn, zoals paramedische zorgverleners kan dit een nadeel zijn. Meer informatie over de schaal is te vinden op de website www.DOLOPLUS.com.

L'echelle Comportementale pour Personnes Agees (ECPA) ontwikkeld door Alix et al., is een pijnobservatieschaal voor ouderen die zich niet verbaal kunnen uiten [Jean et al., 1998; Morello et al., 1998]. Er is een Franstalige en Duitstalige versie [Kunz, 2003] van de schaal beschikbaar. Een factoranalyse toonde aan dat de schaal bestaat uit drie dimensies: pre-care, post-care en gedurende activiteit. De 11 items worden gescoord op een 5 puntsschaal (0-4), waarbij een hogere score meer pijn weergeeft.

De homogeniteit van de schaal is redelijk ($\leq .70$) evenals de samenhang tussen de ECPA en de VAS (convergente validiteit = .67). De interbeoordelaars betrouwbaarheid

Gelaatsuitdrukking Aanwezig	
Grimas	
Verdrietige blik	
Vertrokken gezicht	
Gemene blik	
Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder, meer bewegingen)	
Wenkbrauwen fronsen	
Uitdrukking van pijn	
Activiteit/lichaamsbeweging	
Zenuwachtig bewegen	
Terugtrekken	
Achteruitdeinzen	

Tabel 3: Voorbeeld sectie uit de PACSLAC

is goed (Intra-class betrouwbaarheidscoëfficiënt =.80). De klinische bruikbaarheid en verdere psychometrische kwaliteit dienen nader onderzocht te worden.

De Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) is ontwikkeld voor ouderen met dementie die zich niet verbaal kunnen uiten. De schaal werd ontwikkeld door Fuchs en Hadjistavropoulos [Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, 2004]. De meest recente versie bestaat uit een uitgebreide checklist met 60 items in 4 categorieën (gelaatsuitdrukking, activiteit/ lichaamsbeweging, sociaal/ persoonlijkheid/ stemming, anders) die gescoord worden als zijnde aanwezig of afwezig. Deze items zijn verzameld op basis van interviews gehouden met professionals. Ter illustratie wordt in Tabel 3 een aantal items uit de schaal weergegeven.

De schaal is recentelijk vertaald in het Nederlands [Zwakhalen et al.].

Voorlopig valideringsonderzoek toont aan dat de interne consistentie van de totale schaal hoog is ($\leq .82-.92$). De subschalen scoren lager (IC variërend van .55-.73). Ook worden significante verschillen aangetoond tussen PACSLAC-scores in pijnlijke en niet-pijnlijke situaties. De auteurs van de PACSLAC geven aan dat de schaal in beperkte mate ($r=.39-.54$) samenhangt met pijnintensiteitscores gemeten met een ander instrument [Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, 2004]. Score-interpretatie is tot op heden onbekend en aanvullend onderzoek is nodig om de psychometrische kwaliteit verder te ontwikkelen en de klinische bruikbaarheid te onderzoeken. Kennis van de bewoner is niet noodzakelijk, omdat items direct observeerbaar en concreet zijn.

Hierdoor is de schaal eveneens bruikbaar voor zorgverleners en paramedici die niet bij de directe dagelijkse zorg betrokken zijn.

In 2003 ontwikkelde Warden et al. de Pain Assessment IN Advanced Dementia Scale (PAINAD) om pijn te meten bij mensen met een gevorderd stadium van dementie. De PAINAD bestaat uit 5 items en is een modificatie van de DS-DAT [Lane et al., 2003, Warden et al., 2003]. Elk item kan worden gescoord op een driepuntsschaal (range 0-2). Een Nederlandstalige versie van de PAINAD is beschikbaar [Zwakhalen et al.].

De schaal is getest op een psychogeriatrische afdeling bij een kleine groep patiënten ($n=19$). De interne consistentie van de schaal was lager dan gewenst (< 0.70). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was hoog (Pearson $r = .82-.97$) en de PAINAD was in staat om te discrimineren tussen pijn en geen pijn. De schaal vertoont samenhang met de DS-DAT en een visuele analoge schaal (VAS). De auteurs van de PAINAD geven aan dat de schaal, na een korte training, eenvoudig in gebruik is [Lane et al., 2003, Warden et al., 2003]. Daarbij is het niet noodzakelijk dat de observator de bewoner zeer goed kent.

Discussie

Deze overzichtstudie toont aan dat er momenteel ten minste 12 pijnobservatieschalen zijn. De meeste pijnschalen zijn matig van kwaliteit en behoeven verdere psychometrische ontwikkeling. Op basis van de huidige stand van zaken valt niet één specifieke gedragsobservatieschaal aan te wijzen die de absolute voorkeur verdient. Alle pijnschalen

hebben een aantal beperkingen. Dit geldt ook voor de 4 meest belovende schalen: DOLOPLUS-2, ECPA, PACSLAC, en PAINAD.

Evaluatie van de pijnschalen leert dat er in het algemeen een aantal methodologische en praktische tekortkomingen is gesignaleerd. Er is sprake van methodologische beperkingen door kleine veelal heterogene onderzoekspopulaties, een beperkt aantal pijnsituaties hetgeen generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt, en van beperkte geteste validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Daarnaast verschaffen auteurs vaak geen informatie over het voorkomen (frequentie) en de belangrijkheid van items in hun onderzoekspopulatie en de situatie waarin ze frequent optreden.

Verdergaand onderzoek is noodzakelijk met als doel de verdere ontwikkeling van de schalen, het verbeteren van de psychometrische aspecten en een nadere inspectie van de bruikbaarheid. Het is dan ook de vraag welke van de vier genoemde schalen kan worden aanbevolen. Om deze vraag te beantwoorden is het van belang om twee punten nader te bekijken.

Het eerste heeft betrekking op het vermogen van de schaal om kleine gedragsveranderingen waar te nemen die mogelijk op pijn duiden. Juist deze specifieke uitingen verschaffen de hulpverleners waardevolle informatie. Daar waar PAINAD, DOLOPLUS-2 en ECPA focussen op meer generieke indicatoren zoals gezichtsuitdrukkingen, focust de PACSLAC primair op meer gedetailleerde uitingen zoals wenkbrauwen fronsen of verandering in de ogen.

Het tweede punt heeft betrekking op de bruikbaarheid van de schaal die van groot belang is. Wanneer hulpverleners de schaal onbruikbaar achten zal de schaal in de praktijk niet succesvol zijn. Auteurs van de besproken schalen geven vaak aan dat de schalen gebruikersvriendelijk en gemakkelijk toepasbaar zijn. Nader onderzoek toont echter aan dat deze gegevens niet altijd volledig of juist zijn. Scoringmethode en interpretatie ontbreken en de bruikbaarheid is slechts zelden getoetst in de klinische praktijk. Daarnaast is vaak niet onderzocht hoe specifiek en

sensitief een bepaalde schaal is. Hoewel geen van de vier hoogstscorende schalen zijn klinische en praktische bruikbaarheid heeft bewezen, zijn de DOLOPLUS en PAINAD het meest uitvoerig onderzocht op aspecten als bruikbaarheid en score-interpretatie. Deze twee belangrijke punten in acht nemend, concluderen wij dat PACSLAC, PAINAD en DOLOPLUS-2 momenteel de meest geschikte pijnschalen zijn om pijn te meten bij ouderen met dementie.

Het is van belang enkele kanttekeningen te maken. De pijnobservatieschalen die werden vergeleken zijn zeer heterogeen als het gaat om operationalisering van pijn, design, methoden en onderzoekspopulatie. Dit bemoeilijkt de eenduidige vergelijking van resultaten.

Hoewel de momenteel beschikbare schalen nog niet optimaal presteren, moet er rekening worden gehouden met het feit dat de meeste schalen nog in ontwikkeling zijn. Psychometristudies borduren vaak voort op kennis uit eerdere deelonderzoeken.

De laatste jaren is enorme vooruitgang geboekt met betrekking tot pijnobservatieschalen. Ondanks deze vooruitgang blijft pijnbeoordeling moeilijk en staan talloze hulpverleners dagelijks voor de uitdaging om pijn op een adequate wijze in te schatten. Het toepassen

“... ouderen met dementie krijgen significant minder analgetica ...”

van een schaal betekent een hulpmiddel en informatiebron die het detecteren van pijn kan vergemakkelijken. Uiteraard betekent dit niet dat andere informatiebronnen, zoals lichamelijk onderzoek of kwalitatieve informatie van familie, van minder groot belang zijn. De combinatie van informatie maakt de pijnpuzzel compleet.

De laatste jaren zien we een enorme toename van pijnschalen. Dit blijkt onder andere uit het feit dat meer dan de helft van de besproken schalen na 2002 werd gepubliceerd. De verwachting is dan ook dat binnen afzienbare tijd wederom een aantal nieuwe pijnschalen zal verschijnen. Om excessieve groei van schalen te voorkomen, willen we er dan ook voor pleiten dat de bestaande, meest belovende schalen, verder

ontwikkeld worden door de betrouwbaarheid, validiteit en klinische bruikbaarheid uitvoerig te testen.

Voor de Nederlandse setting geldt dat geen van de ontwikkelde schalen oorspronkelijk uit Nederland afkomstig is. De DOLOPLUS, PAINAD en de PACSLAC zijn inmiddels in het Nederlands vertaald en de psychometrische kwaliteit is recentelijk onderzocht [Zwakhalen et al., 2006]. Hoewel de schalen verdere ontwikkeling behoeven, tonen de resultaten van het psychometrische onderzoek aan dat alle drie de instrumenten voldoende valide en betrouwbaar zijn wanneer ze gebruikt worden in gecontroleerde testsituaties. Daarnaast blijkt dat de PACSLAC wellicht de meest bruikbare schaal is. Hoewel de ver-

zien als eerste stap op weg naar adequate pijnbehandeling. In de nabije toekomst zal de klinische toepasbaarheid van pijnschalen in de dagelijkse praktijk moeten worden aangetoond en zal daarnaast de focus liggen op de verdere ontwikkeling van de momenteel beschikbare schalen.

Noot

1) Een uitgebreide beschrijving van deze pijnschalen is te vinden op www.nursingscience.nl [research] [pain] [painscales].

Referenties

Blomqvist, K., Hallberg, I.R., 1999. Recognizing pain in older adults living in sheltered accommodation; the views of nurses

pain in Long-Term Care. *Clinical Journal of Pain* 20 [4], 240-243.

Ferrell, B.A., Ferrell, B.R., Rivera, L., 1995. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 10 [8], 591-598.

Fuchs-Lacelle, S., Hadjistavropoulos, T., 2004. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate [PACSLAC]. *Pain Management Nursing* 5 [1], 37-49.

Herr, K.A., Spratt, K., Mobily, P.R., Richardson, G., 2004. Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clinical Journal of Pain* 20 [4], 207-219.

Horgas, A.L., Tsai, P.F., 1998. Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research* 47 [4], 235-242.

Kunz, R., 2003. [Palliative care for patients with advanced dementia: Evidence-based practice replaced by values-based practice]. *Z Gerontol Geriatr* 36 [5], 355-359.

Lane, P., Kuntupis, M., MacDonald, S., McCarthy, P., Panke, J.A., Warden, V., Volicer, L., 2003. A pain assessment tool for people with advanced Alzheimer's and other progressive dementias. *Home Healthcare Nurse* 21 [1], 32-37.

Marzinski, L.R., 1991. The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused non-verbal elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 17 [6], 25-28.

McCaffery, M., 1979. *Nursing management of the patient with pain*. IC Lippincott, Philadelphia.

Morrison, R.S., Siu, A.L., 2000. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of Pain and Symptom Management* 19 [4], 240-248.

Pautex, S., Herrmann, F., Le Lous, P., Fabjan, M., Michel, J.P., Gold, G., 2005. Feasibility and reliability of four pain

“... een bruikbare pijnschaal kan worden gezien als eerste stap op weg naar adequate pijnbehandeling ...”

pleging betrokken bij het onderzoek aangaf dat de schaal nogal uitgebreid was, hadden ze een uitgesproken voorkeur voor deze schaal omwille van de hanteerbaarheid en concreetheid van de PACSLAC.

Het beoordelen van pijn bij ouderen met dementie is een complexe taak. Een taak waarmee dagelijks honderden hulpverleners in de intra- en extramurale zorg te maken hebben. De beschikbaarheid van een betrouwbare, valide en bruikbare pijnschaal is een belangrijke schakel/ hulpmiddel in het proces van pijnbeoordeling en kan worden ge-

and older adults. *International Journal of Nursing Studies* 38, 305-318.

Chibnall, J.T., Tait, R.C., 2001. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain* 92 [1-2], 173-186.

Closs, S.J., Barr, B., Briggs, M., Cash, K., Seers, K., 2004. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *J Pain Symptom Manage* 27 [3], 196-205.

Feldt, K.S., Warne, M.A., 1998. Examining pain in aggressive cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing* november, 14-22.

Ferrell, B.A., 2004. The management of

self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences* 60 [4], 524-529.

Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samaras, D., Michel, J.P., Herrmann, F.,

Giannakopoulos, P., Gold, G., 2006. Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *J Am Geriatr Soc* 54 [7], 1040-1045.

Sentagen, E.A., King, S.A., 1993. The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *JAGS* 41 [5], 541-544.

Taylor, L.J., Harris, J., Epps, C.D., Herr, K., 2005. Psychometric evaluation of selected pain intensity scales for use with cognitively impaired and cognitively intact older adults. *Rehabil Nurs* 30 [2], 55-61.

Wagner, A.M., Goodwin, M., Campbell, B., Eskro, S., French, S.A., Shepherd, P.A., Wade, M., 1997. Pain prevalence and pain treatments for residents in Oregon nursing homes. *Geriatric Nursing* 18 [6], 268-272.

Warden, V., Hurley, A.C., Vollicer, L., 2003. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia [PAINAD] scale. [see comment]. *Journal of the American Medical Directors Association* 4 [1], 9-15.

Wary, B., Doloplus, C., 1999. [Doloplus-2, a scale for pain measurement]. *Soins Gerontol* [19], 25-27.

Zwakhalen, S.M.G., Hamers, J.P.H., Berger, M.P.F., 2006. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain In Press*.



Laat ook UW mening horen. Kijk en reageer op FORUM,

www.nvfgnet.nl