

# WZC- PIJNKAAART

WERKINSTRUMENT  
TER BEVORDERING VAN  
**PIJNEVALUATIE,**  
**PIJNCOMMUNICATIE EN**  
**PIJNBEHANDELING**  
BIJ WZC-BEWONERS  
IN DE REGIO  
BRUGGE EN OMGEVING

CRA-platform Regio Brugge en Omgeving

i.s.m.

Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen  
Pijnfunctieverpleegkundigen van de Ziekenhuizen in Brugge en Omgeving  
Geriatrische Diensten van de Ziekenhuizen in Brugge en Omgeving  
Palliatieve Zorgcoördinatoren van de WZC in Brugge en Omgeving  
Huisartsenkring van Brugge en Omgeving (HABO)  
Werkgroep PaGe Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen

NOVEMBER 2005

## INHOUDSTAFEL

ABSTRACT: Ontwikkeling en implementatie van een pijnkaart in WZC om pijnevaluatie, -communicatie en –behandeling bij WZC-bewoners te optimaliseren.....	Pagina 3
INLEIDING: Enkele kerngedachten.....	Pagina 4
SYMBOLLEN: Duiding symbolen en afkortingen in het stroomdiagram.	Pagina 5
<b>FLOW-CHART PIJNEVALUATIE</b> .....	Pagina 6
<b>FLOW-CHART PIJNBEHANDELING</b> .....	Pagina 7-8
BIJLAGE 1: Voorkomend pijngedrag bij dementerende bejaarden.....	Pagina 9
BIJLAGE 2: Pijninterview.....	Pagina 10
BIJLAGE 3: Algemene richtlijnen voor het goed gebruik van een pijnschaal.....	Pagina 11
BIJLAGE 4: Pijn Zelfevaluatie Schaal.....	Pagina 12
BIJLAGE 5: Pijngedrag Observatie Schaal.....	Pagina 13
BIJLAGE 6: Pathofysiologie van pijn.....	Pagina 14
BIJLAGE 7: Adjuverende pijnbehandeling .....	Pagina 15
BIJLAGE 8: Basisprincipes van elke pijnbehandeling.....	Pagina 16
BIJLAGE 9: Voorstel om paracetamol met codeïne te combineren conform het RVT-formularium.....	Pagina 17
BIJLAGE 10: Enkele bijzonderheden van Transtec (buprenorfine transdermaal).....	Pagina 18
BIJLAGE 11: Gebruik van subcutane medicatiepomp Graseby MS 26.....	Pagina 19-22
BIJLAGE 12: Nevenwerkingen van opioïden.....	Pagina 23
BIJLAGE 13: Praktisch gebruik van Durogesic (fentanyl TTS).....	Pagina 24-25
REFERENTIES.....	Pagina 26-27
DANKWOORD.....	Pagina 28-29

## **ABSTRACT: ONTWIKKELING EN IMPLEMENTATIE VAN EEN PIJNKAART IN WZC OM PIJNEVALUATIE, -COMMUNICATIE EN -BEHANDELING BIJ WZC-BEWONERS TE OPTIMALISEREN**

**AUTEURS:** HANS BOGAERT, MOERKERKSE STEENWEG 429, 8310 BRUGGE, [dr.hans.bogaert@skynet.be](mailto:dr.hans.bogaert@skynet.be), 050371977, CRA WZC HUIZE VAN ZUYLEN, OCMW BRUGGE; LUT DEPOORTER, CRA WZC ST-JOZEF, OOSTKAMP; NIEK VERVAECK, PZT-ARTS PZ-NWVL; BEA TEMMERMAN, GERIATER AZ ST-JAN BRUGGE

**INLEIDING:** Tijdens overleg tussen de PZ-coördinatoren van de regio Brugge en omgeving, en het Palliatief Netwerk werd de zorg geuit dat communicatie tussen verschillende zorgpartners (WZC-personeel, huisartsen, PZT-verpleegkundigen) over palliatieve zorg bij WZC-bewoners niet steeds optimaal verloopt. Vooral evaluatie van, en communicatie over pijn bij (dementerende) bewoners verloopt vaak moeizaam, wat kan leiden tot inadequate pijnbehandeling.

**MATERIAAL EN METHODE:** Conform de CRA-taakomschrijving om bij te dragen tot een palliatieve zorgcultuur binnen RVT's, werd deze zorg besproken op het CRA-platform (halfjaarlijks overleg tussen alle CRA's van de regio Brugge en omgeving). Vanuit dit platform werd een CRA-werkgroep opgestart met als doel een werkinstrument te ontwikkelen om pijnevaluatie, -communicatie en -behandeling bij WZC-bewoners te helpen optimaliseren. Dit instrument werd nadien voorgelegd aan de PZ-coördinatoren van de WZC. Het werd in zijn ontwikkeling ook mee geëvalueerd door de betrokken partners: de medische raad van het Palliatief Netwerk, de PZT-equipe, de WZC-directies, de huisartsenkring en de geriatrische diensten van de regionale ziekenhuizen. Zo werd, reeds vóór implementatie, een breed draagvlak gecreëerd.

**RESULTATEN:** Uit dit proces groeide de WZC-pijnkaart, bestaande uit twee flow-charts: één i.v.m. pijnevaluatie (pijngedrag, -interview, -schalen,...), vooral gericht naar de WZC-zorgverstreker, met daaraan gekoppeld de communicatie hierover naar de huisarts toe, en één over pijnbehandeling (gekoppeld aan het RVT-formularium), vooral gericht naar de huisarts. Doel is deze pijnkaart uniform te implementeren in alle WZC van de regio.

**DISCUSSIE:** De vraag stelt zich of deze WZC-pijnkaart daadwerkelijk bijdraagt tot betere detectie van onderbehandelde pijn, betere communicatie over pijn tussen verschillende hulpverleners, en betere pijntherapie.

**BESLUIT:** Het langzame proces naar het uniform implementeren van een WZC-pijnkaart in alle WZC van een brede regio waar een Palliatief Netwerk actief is, werkt de communicatie tussen de verschillende zorgpartners over pijn bij (dementerende) WZC-bewoners alvast in de hand. Het creëert de verwachting dat deze pijnkaart uiteindelijk ook leidt tot een meer optimale pijnevaluatie en -therapie. Evaluatie hiervan volgt in een latere fase.

**REFERENTIES:** American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. JAGS 2002; 50:205-224.



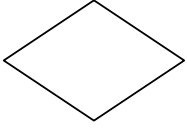

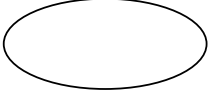
**NUTTIGE URL'S:** [www.kgbn.be](http://www.kgbn.be), [www.pzwwl.be](http://www.pzwwl.be), [www.americangeriatrics.org](http://www.americangeriatrics.org)

**SLEUTELWOORDEN (MESH):** pain measurement, homes for the aged

## INLEIDING: ENKELE KERNGEDACHTEN

1. **De flow-chart PIJNBEHANDELING kan enkel worden gehanteerd in vervolg op de flow-chart PIJNEVALUATIE.** Behandeling van pijn kan immers niet optimaal gebeuren na een grondige evaluatie ervan. Zo blijft het essentieel om eerst een eventuele oorzaak van acute pijn of exacerbatie van chronische pijn op te sporen en desgevallend te behandelen. De flow-chart PIJNEVALUATIE maakt dit ook duidelijk.
2. De flow-chart PIJNBEHANDELING staat volledig in het teken van de farmacologische aanpak van persisterende pijn. De niet-farmacologische aspecten van pijnbehandeling mogen echter niet uit het oog worden verloren. We denken hierbij aan een aangepaste positionering van de patiënt, kinesitherapeutische technieken, warmte-toepassingen, nabijheid van de zorgverstreker, de algemene principes van “love-and-tender care”,... **Deze niet-farmacologische aspecten blijven bovendien van essentieel belang tijdens elke stap binnen de pijnbehandeling.** Ook de meer invasieve technieken (percutane of chirurgische pijnbestrijding, chemo- of radiotherapie) worden in deze pijnkaart niet besproken.
3. **De flow-chart PIJNBEHANDELING is vooral van toepassing bij nociceptieve pijn.** Vandaar dat een voorafgaande evaluatie van de pathofysiologie van persisterende pijn noodzakelijk is. Vaak is immers een adjuverende pijnbehandeling noodzakelijk, eventueel in aanvulling van de principes van de flow-chart PIJNBEHANDELING. Dit wordt verder duidelijk gemaakt in de flow-chart en de betreffende bijlagen.
4. **De flow-chart PIJNBEHANDELING is gekoppeld aan het RVT-formularium van de regio Brugge en Omstreken.** In de flow-chart worden enkel de stofnamen gebruikt van de gekozen medicaties. De overeenkomstige gekozen merknamen vindt u terug in het RVT-formularium. Ook de gehanteerde principes om deze keuzes te maken, vindt u terug in het RVT-formularium.  
Deze koppeling betekent uiteraard niet dat in bepaalde specifieke gevallen en omstandigheden andere behandelingskeuzes kunnen gemaakt worden. De therapeutische vrijheid van de huisarts blijft ook hier gelden. Dit neemt niet weg dat we ervan overtuigd zijn dat een goede kennis van de gekozen therapie – niet alleen door de huisarts, maar ook door de RVT-zorgverstreker – van essentieel belang is om de behandeling te optimaliseren. Er wordt dan ook verondersteld dat de RVT-zorgverstreker (met name de verpleegkundige) de principes van de behandelingskeuzes gebruikt in de flow-chart PIJNBEHANDELING beheerst.
5. **Er werd bewust geopteerd om deze pijnkaart op te stellen met behulp van meerdere bijlagen.** Dit stelt ons in staat om de pijnkaart – zonder het geheel te schaden - gemakkelijk aan te passen en mee te laten evolueren met recente wetenschappelijke inzichten.
6. **Als een eventuele pijnevaluatie en –behandeling kadert in een palliatieve zorgverlening en/of meer complexe technische zorg vereist, kan de huisarts – in overleg met de palliatieve zorgcoördinator van het RVT - steeds een beroep doen op de ondersteuning van PZT/CTZT (Palliatieve Zorg Thuis / Complexe Technische Zorg Thuis).**  
Een goede communicatie tussen de verschillende zorgpartners (huisarts, RVT-zorgverstreker en PZT-verpleegkundige) zal dan uiteraard essentieel zijn om de zorgtaken en –verantwoordelijkheden goed op elkaar af te stemmen.

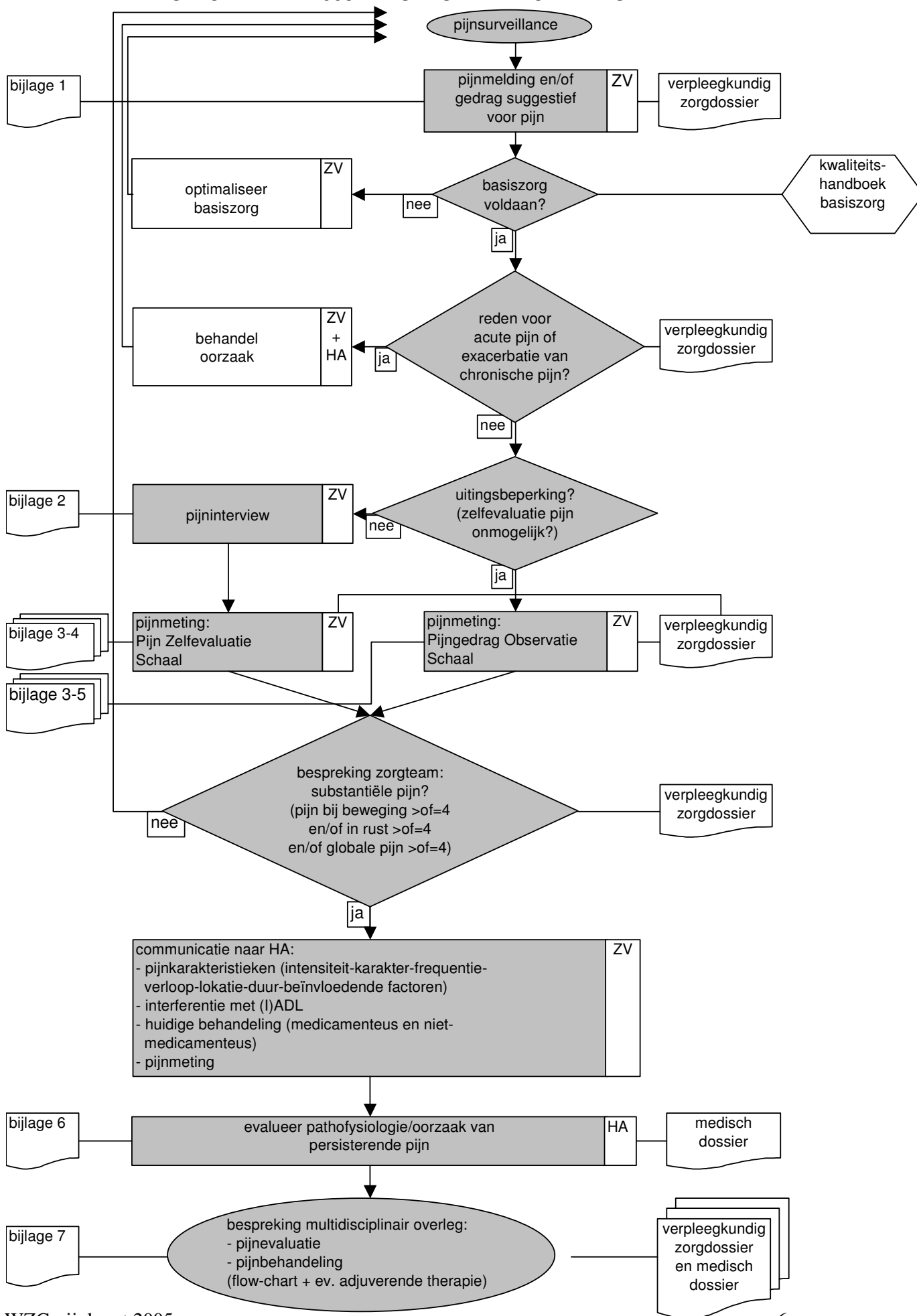
## SYMBOLEN: DUIDING SYMBOLEN EN AFKORTINGEN IN HET STROOMDIAGRAM

	<p>Handeling, waarin telkens via initialen of een code de verantwoordelijke kan worden aangeduid. De verantwoordelijke wordt in de rechterkant van de rechthoek genoteerd, in de voorziene ruimte (kleine rechthoek binnen de rechthoek).</p>
	<p>Administratief gegeven of document. Indien het links staat: info die als input kan dienen. Indien het rechts staat: info die als output kan dienen.</p>
	<p>Beslissing.</p>
	<p>Kwaliteitsplan die de kwaliteitsnormen weergeeft waaraan de organisatie wenst te voldoen (een document waar niets kan aan gewijzigd worden).</p>
	<p>Begin of einde.</p>

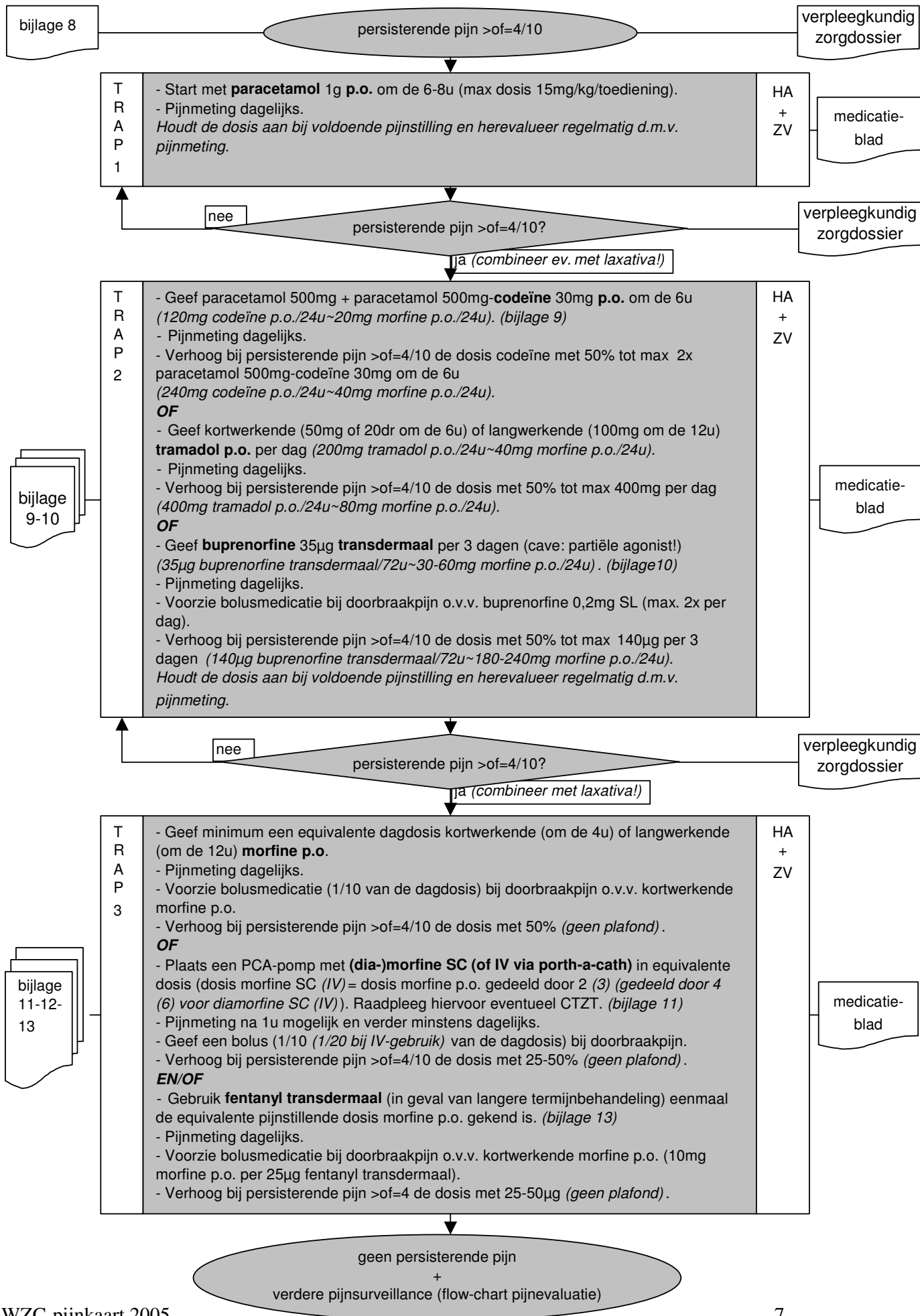
ZV = zorgverstreker in een WZC

HA = huisarts

# WZC-PIJNKAART 2005 - FLOW-CHART PIJNEVALUATIE



# WZC-PIJNKAART 2005 - FLOW-CHART PIJNBEHANDELING



In onderstaande tabel vindt u de merknamen terug, geselecteerd in het RVT-formularium van Brugge en omgeving versie 2005, die van toepassing zijn op deze pijnkaart:

TRAPPEN PIJNLADDER	STOFNAAM PIJNKAART	MERKNAAM FORMULARIUM
1	paracetamol p.o.	Dafalgan
2	paracetamol + codeïne p.o.	Dafalgan codeïne
	tramadol p.o. kortwerkend	Tramadol EG
	tramadol p.o. langwerkend	Doctramado
	buprenorfine transdermaal	Transtec
	buprenorfine SL	Temgesic
3	morfine p.o. kortwerkend	MS Direct
	morfine p.o. langwerkend	Morfine Teva
	morfine SC	Morfine ampullen
	diamorfine SC	Diamorfine via apotheek AZ Sint-Jan (PZT)
	fentanyl transdermaal	Durogesic

*Meer gedetailleerde gegevens over deze producten vindt u terug in het RVT-formularium van Brugge en omgeving.*



# **BIJLAGE 1: VOORKOMEND PIJNGEDRAG BIJ DEMENTERENDE BEJAARDEN**

*Aandacht hebben voor pijn (pijnsurveillance) betekent:*

- *een spontane melding van pijn opmerken.*
- *regelmatig (tijdens de dagelijkse zorg) vragen naar mogelijke pijn.*
- *gedrag suggestief voor pijn opmerken (cfr. infra).*

## **1. gezichtsuitdrukkingen**

- fronsen
- verdrietig, angstig gezicht
- grimassen
- gesloten of dichtgeknepen ogen
- elke verstoorde expressie
- knipperen met de ogen

## **2. stemgeluiden**

- zuchten
- klagen
- grommen
- knarsetanden
- zeuren
- roepen
- luid ademen
- om hulp vragen
- verwensen

## **3. lichaamsbewegingen / houdingen**

- rigiditeit
- wrikkelen
- hoofdschudden
- beperkte beweeglijkheid
- bewegingsveranderingen

## **4. veranderingen in sociale interacties**

- agressiviteit
- combativiteit
- verminderde sociale interacties
- storende interacties
- teruggetrokkenheid

## **5. veranderingen in gewoontes**

- voedsel weigeren
- smaakwijzigingen
- toenemende rustperiodes
- veranderd slaappatroon
- plots stoppen van bepaalde gewoontes

## **6. mentale veranderingen**

- huilen
- toegenomen verwardheid
- agitatie

### Opmerking:

- a. Deze gedragingen zijn soms weinig specifieke kenmerken voor pijn, maar kunnen wijzen op discomfort, wat onder andere veroorzaakt kan worden door pijn.
- b. Sommige dementerende bejaarden vertonen weinig of weinig-specifiek gedrag geassocieerd met pijn, waardoor de pijn onderschat kan worden.

## **BIJLAGE 2: PIJNINTERVIEW**

*Aan de hand van dit interview worden vooral de veranderingen in sociale interacties, veranderingen in gewoontes en mentale veranderingen bevroegd. Dit komt dus overeen met pijngedragingen 4, 5 en 6 bij dementerende bejaarden zoals vermeld in bijlage 1.*

*Stel de vragen zoveel mogelijk in de tegenwoordige tijd, of ga maximum een week terug in de tijd, omdat ook niet-dementerende bejaarden een wat verminderd geheugen kunnen hebben. Hieronder vindt u enkele zinvolle vragen.*

1. Hoe intens is uw pijn nu? Wat-hoe-wanneer was uw ergste pijn de laatste week?
2. Hoeveel dagen van de laatste week kon u niet doen wat u wou omwille van de pijn?
3. Hoe dikwijls tijdens de laatste week, kon u niet voor uzelf zorgen (wassen, eten, kleden, toiletbezoek) omwille van de pijn?
4. Hoe dikwijls tijdens de week neemt u deel aan groepsactiviteiten binnen het rusthuis? Hoe dikwijls kon u tijdens de afgelopen week, niet deelnemen aan deze activiteiten omwille van de pijn?
5. Hoe dikwijls doet u lichaams oefeningen per week (kine, ergo)? Hoe dikwijls kon u tijdens de afgelopen week, niet deelnemen aan deze oefeningen omwille van de pijn?
6. Hoe dikwijls kunt u moeilijk nadenken omwille van de pijn?
7. Hoe dikwijls hebt u minder eetlust omwille van de pijn? Bent u vermagerd?
8. Hoe dikwijls kon u de afgelopen week niet goed slapen omwille van de pijn?
9. Hebt u minder energie, minder goede moed omwille van de pijn?
10. Is sociaal contact lastig omwille van de pijn?
11. Hoe dikwijls nam u pijnmedicatie tijdens de laatste week?
12. Hoe goed is uw gezondheid op een schaal van 0-10?

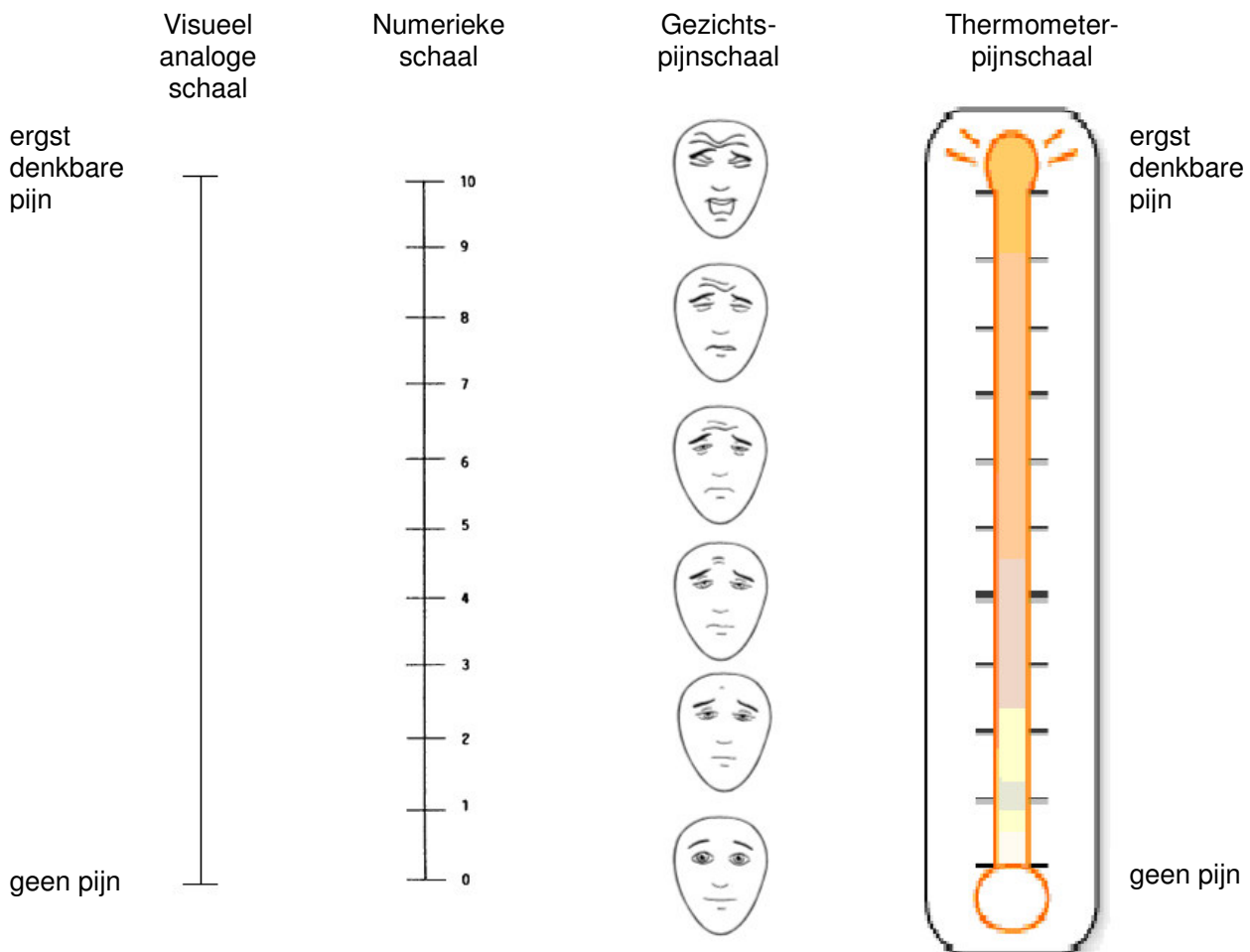
## **BIJLAGE 3: ALGEMENE RICHTLIJNEN VOOR HET GOED GEBRUIK VAN EEN PIJNSCHAAL**

1. **Herhaald oefenen.**  
Het professioneel gebruik van een pijnschaal veronderstelt vooral oefening in het gebruik ervan. De tijdsinvestering bij pijnmeting vermindert met het opdoen van ervaring.
2. **Pijnmeting door multidisciplinair team.**  
Laat de pijn bij eenzelfde bewoner meten door verschillende zorgvertrekkers (verpleging, verzorging, kine, ergo,...).
3. **Gebruik steeds dezelfde pijnschaal bij dezelfde bewoner.**
4. **Volg de evolutie van de pijnscore.**  
Volg de pijnevolucie dmv een pijndagboek.
5. **Vergelijk geen pijnscores van verschillende bewoners.**  
Pijn is een subjectief en persoonlijke sensatie en emotie.
6. **Bij twijfel, aarzel niet om een proefbehandeling met een adequate pijnstillert uit te voeren.**  
Geef steeds het voordeel aan de twijfel of er al of niet sprake is van pijn. Dien dan in overleg met de huisarts een gepaste pijnstillert toe. Als het gedrag van de bewoner verandert na toediening van pijnstillende medicatie, is er inderdaad sprake van pijn.
7. **Gebruik bij voorkeur zelfevaluatieschalen.**  
Van zodra het enigszins mogelijk is, wordt bij voorkeur een zelfevaluatieschaal van 0-10 gebruikt. De aangepaste pijnobservatieschaal wordt gebruikt bij bejaarden met een uitingsbeperking waardoor het gebruik van een zelfevaluatieschaal totaal onmogelijk is, meestal in het kader van een gevorderd dementieel beeld. Blijf echter ook aandacht hebben voor pijngedrag bij bejaarden zonder uitingsbeperking.
8. **Zelfevaluatieschalen meten enkel pijn, niet de mate van depressiviteit, afhankelijkheid of cognitieve vermogens.**  
Zelfevaluatieschalen leggen de nadruk op de intensiteit van de pijn, terwijl observatieschalen ook een idee geven van de affectieve aspecten van pijn. Depressiviteit, afhankelijkheid en een verminderde cognitie kunnen de pijntolerantie beïnvloeden. Omgekeerd kunnen depressiviteit, afhankelijkheid en verminderde cognitieve vermogens pijn induceren.
9. **Geef geen score als een item binnen de pijngedrag-observatie-schaal niet van toepassing is.**  
Wat je niet kunt meten, kun je geen score geven.
10. **Hou bij de pijnmeting rekening met de vaak hogere pijntolerantie bij dementerende bejaarden.**  
De pijndrempel bij dementerende bejaarden is te vergelijken met die van niet-dementerenden, maar hun pijntolerantie ligt vaak merkkelijk hoger. Daardoor kan de ernst van de pijn bij de dementerende bejaarde worden onderschat.

## BIJLAGE 4: PIJN ZELFEVALUATIE SCHAAL

Probeer eerst en vooral na te gaan welke zelfevaluatieschaal de bejaarde kan begrijpen. Evalueer op een schaal van 0-10 hoeveel pijn de bejaarde op dit moment voelt. Bij de (beginnend dementerende) bejaarde kiezen we voor een verticaal georiënteerde schaal.

- Verbale schaal: Laat de bejaarde een cijfer zeggen van 0-10 overeenkomstig de pijn op dit moment (0=geen pijn en 10=ergst denkbare pijn)
- Visueel analoge schaal: Laat de bejaarde een merkteken plaatsen op een verticale lijn van 10cm waarbij het onderste punt overeenkomt met "geen pijn" en het bovenste punt met "ergst denkbare pijn". Meet de afstand in cm vanaf de onderkant van de lijn tot aan het merkteken van de bejaarde.
- Numerieke schaal: Laat de bejaarde op een verticale schaal van 0-10 aanduiden hoeveel pijn zij/hij ervaart op dit moment.
- Gezichtspijnschaal: Vraag eerst aan de bejaarde welk gezichtje volgens haar/hem geen pijn heeft en welk gezichtje de ergst denkbare pijn. Gebruik geen woorden als "blij" of "bedroefd". Indien dit correct werd beoordeeld, vraag haar/hem dan het gezichtje aan te duiden dat laat zien hoeveel pijn zij/hij voelt op dit moment. Het onderste gezichtje=0, het volgende 2, dan 4, 6, 8, en het bovenste=10.
- Thermometerpijnschaal: Laat de bejaarde op de getekende thermometer aangeven hoe hoog zij/hij haar/zijn pijn zou meten. Onderaan staat 0 en helemaal bovenaan 10.





## **BIJLAGE 6: PATHOFYSIOLOGIE VAN PIJN**

### **Nociceptieve pijn**

Kan visceraal of somatisch zijn.

Is meestal veroorzaakt door stimulatie van pijnreceptoren.

Karakter: kloppend, nijpend, snijdend,...

Het kan het gevolg zijn van:

- Weefselinflammatie
- Mechanische deformatie
- Trauma
- Weefselschade

Pijnbehandeling kan verlopen volgens de principes van de pijnkaart.

### **Neuropathische pijn**

Is het gevolg van een pathofysiologisch proces ter hoogte van het perifeer of centraal zenuwstelsel.

Karakter: brandend, tintelend, schietend,...

Voorbeelden:

- Diabetische neuropathie
- Trigemineusneuralgie
- Postherpetische neuralgie
- Pijn ikv CVA-sequellen
- Fantoempijn
- ...

Pijnbehandeling volgens de principes van de pijnkaart moet meestal worden aangevuld met adjuverende pijnbehandeling. Cfr bijlage 7.

### **Gemengde pijn**

Hier spelen een aantal gemengde of nog ongekende mechanismen een rol.

Voorbeelden:

- Recidiverende hoofdpijnklachten
- Vasculitis pijnsyndromen
- ...

Resultaat van pijnbehandeling is meestal onvoorspelbaar en is vaak een zaak van trial and error.

### **Andere**

Soms kunnen psychische stoornissen bepaalde pijnklachten beïnvloeden.

Voorbeelden:

- Conversieve stoornis
- ...

Behandeling valt buiten het bestek van deze pijnkaart en vraagt meestal een specifieke psychiatrische behandeling.

## **BIJLAGE 7: ADJIVERENDE PIJNBEHANDELING**

*Schema opgesteld in functie van het RVT-formularium van Brugge en omgeving*

<b>zenuwcompressiepijn</b>	methylprednisolon ( <i>Medrol</i> ) 16-32mg 2-3/dag
<b>neuropathische pijn chronisch</b>	amytriptiline ( <i>Redomex</i> ) 25-50mg 's avonds
<b>neuropathische pijn schietend</b>	carbamazepine ( <i>Merck-Carbamazepine</i> ) 100-200mg/dag, ev wekelijks met 100-200mg te verhogen tot 800mg in 2 innames
<b>subobstructie met intestinale kolieken</b>	methylprednisolon ( <i>Medrol</i> ) 16-32mg 2-3/dag / hyoscine ( <i>Buscopan</i> ) 1-2 tabl 3-5/dag
<b>pijn tgv viscerale en wekedeleninfiltratie</b>	methylprednisolon ( <i>Medrol</i> ) 8-16mg 2-3/dag / hyoscine ( <i>Buscopan</i> ) 1-2 tabl 3-5/dag
<b>hoofdpijn tgv verhoogde intracranieële druk</b>	methylprednisolon ( <i>Medrol</i> ) 16-48mg 3-4/dag
<b>pijn tgv spanning op leverkapsel</b>	methylprednisolon ( <i>Medrol</i> ) 8-16mg 2-3/dag
<b>pijn bij lymfoedeem</b>	compressiekous + furosemide ( <i>Furosemide EG</i> ) 40mg/dag + methylprednisolon ( <i>Medrol</i> ) 16-32mg 2-3/dag
<b>spierspasmen</b>	lorazepam ( <i>Temesta expidet</i> ) 2,5-7,5mg/dag
<b>pijn en angst</b>	lorazepam ( <i>Temesta expidet</i> ) 2,5-7,5mg/dag

## **BIJLAGE 8: BASISPRINCIPES VAN ELKE PIJNBEHANDELING**

1. Hou steeds voor ogen dat pijnbehandeling deel uitmaakt van een globaalbehandelingsplan en gericht moet zijn op zowel lichamelijk, psychisch als spiritueel welbevinden. We spreken van “love-and-tender care”.
2. Hou rekening met factoren die van invloed zijn op de pijnperceptie van de patiënt:
  - Fysiek: andere symptomen, negatieve effecten van een behandeling
  - Psychisch: angst, depressie, woede,...
  - Sociaal
  - Spiritueel
3. Voor de eerste toediening van pijnmedicatie wordt steeds gestart met trap 1.
4. Trap 1 is associeerbaar met trap 2 en 3. Trap 2 is niet associeerbaar met trap 3.
5. Bij een persisterende pijn in rust  $\geq 4/10$  of een globale pijn  $\geq 4/10$  dient men de medicatie steeds op vaste tijdstippen toe, rond de klok.
6. Bij een persisterende pijn bij beweging  $\geq 4/10$  dient men een preventieve bolus toe, bijvoorbeeld 45 minuten voor de verzorging.
7. Geef bij voorkeur perorale medicatie, indien mogelijk.
8. Titreer de dosis individueel.
9. Dien eventueel adjuverende medicatie toe in functie van de soort pijn.
10. Evalueer op geregelde tijdstippen de (neven-)effecten van de pijnbehandeling en behandel ze preventief.
11. Het onderscheid maken tussen algemeen discomfort en meer specifieke pijn bij bejaarden met een uitingsbeperking is niet altijd eenvoudig. Na eventuele oppuntstelling van de basiszorg, kan een proefbehandeling met pijnstillende medicatie steeds worden overwogen.
12. Het mag duidelijk zijn dat elke pijnklacht van een patiënt au serieux moet worden genomen en dat er nooit plaats is voor een placebo-behandeling.



## **BIJLAGE 9: VOORSTEL OM PARACETAMOL MET CODEÏNE TE COMBINEREN CONFORM HET RVT-FORMULARIUM**

Bedoeling is om de dosis paracetamol stabiel te houden op 1g om de 6u, en de dosis codeïne te verhogen op geleide van de pijn.

- Start met 1 tablet Dafalgan 500mg + 1 tablet Dafalgan codeïne 500/30mg om de 6u.
- Om de dosis codeïne met 50% te verhogen kunt u ½ tablet Dafalgan 500mg combineren met 1+1/2 tablet Dafalgan codeïne 500/30mg om de 6u.
- De maximale dosis bedraagt 2 tabletten Dafalgan codeïne 500/30mg om de 6u.

## **BIJLAGE 10: ENKELE BIJZONDERHEDEN VAN TRANSTEC (BUPRENORFINE TRANSDERMAAL)**

Transtec is een **partiële agonist** en heeft bijgevolg deels een antagonistische werking. Daardoor kan de conversie naar morfine (zuivere agonist) soms moeilijk verlopen. Waar men nog optitratie van de pijnbehandeling kan verwachten is Transtec dus geen middel van eerste keuze.

Hou bovendien rekening met de **lange halfwaardetijd**.

### **Equivalentietabel**

<b>TRANSTEC</b>	<b>35µg/u</b>	<b>52,5µg/u</b>	<b>70µg/u</b>
Codeïne p.o.	120-240mg	-360mg	
Tramadol p.o.	150-300mg	-450mg	-600mg
Buprenorfine SL	0,4-0,8mg	-1,2mg	-1,6mg
Morfine p.o.	30-60mg	-90mg	-120mg

## **BIJLAGE 11: GEBRUIK VAN SUBCUTANE MEDICATIEPOMP GRASEBY MS 26**

### **1. Nodige materiaal**

- medicatiepomp graseby MS 26
- alkaline batterij 9v + 1 in reserve
- vleugelnaald 21-23Gx3/4
- opaak (geel) steriel katheter verlengstuk voor spuitpompen (ref 72191)
- spuit luer lock 20 ml
- optreknaald roze luer 18Gx1 ½
- transparant folie

Het nodige materiaal zou steeds aanwezig moeten zijn bij de pomp.

### **2. Plaatsen van de batterij**

Verwijder aan de achterzijde van de infuuspomp het afdekplaatje van de batterijhouder door deze naar rechts te schuiven. Plaats de batterij in de houder en let daarbij op de + en – tekens.

De batterij dient dusdanig geplaatst te worden, dat de + op de + en de – op de – komt.

Schijf hierna het afdekplaatje weer terug over de batterijhouder, terwijl je op de batterij blijft duwen. Zo niet wipt hij er terug uit.

Direct na het plaatsen van de batterij zal een alarmsignaal te horen zijn. Dit signaal zal na enige seconden verdwijnen.

Indien dit alarm niet zal klinken, is het elektronische gedeelte niet in orde. De pomp kan dan niet gebruikt worden. (Cave: controleer eerst met een nieuwe batterij indien er geen alarmsignaal is.)

Levensduur batterij: 1 - 1 ½ maand.

### **3. Klaarmaken van de spuit**

De inhoud wordt steeds door de huisarts of door de PZT-arts bepaald.

De medicatie wordt in de spuit opgetrokken (20ml luer-lock) d.m.v. een optreknaald.

De spuit wordt gebruikt op de pomp.

Eerst wordt de medicatie opgetrokken, nadien het eventuele fysiologisch serum.

De maximale vulling van de spuit om in de pomp te kunnen plaatsen is 16,7ml.

B.v.: Bewoner met braakneigingen, pijn en wat reutels in palliatieve setting. De arts beslist om een SC pomp te laten plaatsen. Zij/hij laat een spuit maken voor 2 dagen met de volgende medicatie:

<i>Per 24u:2 amp Litican</i>	<i>=2ml/ampx2amp x 2 voor 2 dagen =8ml</i>
<i>2 amp Morfine 10mg</i>	<i>=1ml/ampx2amp x 2 voor 2 dagen =4ml</i>
<i>2 amp Robinul</i>	<i>=1ml/ampx2amp x 2 voor 2 dagen =4ml</i>

*1/ Trek de nodige medicatie op. Je bekomt 16ml.*

*2/ Indien nodig kan er fysiologisch serum (steriele amp van 5ml) bijgevoegd worden om meer bulk te krijgen - in ons voorbeeld hoeft het niet, je zit reeds aan 16 ml.*

Aangezien de spuit in het woon en zorgcentrum niet onder laminaire flow (steriliteitsgarantie) gemaakt wordt, is het beter de spuit om de 24uur te vervangen. Dus: de medicatiesamenstelling bij voorkeur per 24 uur (max 48 uur) vragen aan de arts. Deze spuit ook niet op voorhand klaarmaken.

De spuiten van PZT zijn onder laminaire flow gemaakt en bieden een langere steriliteitsgarantie (kan dagen blijven zitten). Deze kunnen ook enkele dagen in de frigo bewaard worden.

Indien de samenstelling meer dan 16,7ml zou bedragen, moet men ofwel 2 spuitjes maken (één met de pijnstilling en één met andere medicatie en 2 pompen gebruiken) ofwel de spuit laten klaarmaken door PZT. In de apotheek van PZT kan men diamorfine (2x zo krachtig als morfine) gebruiken.

We sluiten de gele katheter aan op de spuit en aan het vleugelnaaldje. (bescherming van de naald nog niet verwijderen)

We purgeren het volledige systeem tot er een paar druppels uit het vleugelnaaldje komt.

*Er zal dus in ons bovenstaande voorbeeld geen 16 ml meer in de spuit zitten.*

#### **4. Samenstelling van de medicatie van de subcutane pomp**

- Morfine = dosis morfine p.o. gedeeld door 2
- Diamorfine = dosis morfine p.o. gedeeld door 4
- Dexamethasone (Acidexam) 5mg/1ml (gemiddeld 2-4 amp per dag) = dosis methylprednisolon gedeeld door 4
- Midazolam (Dormicum) 15mg/3ml (gemiddeld 2 amp per dag)
- Haloperidol (Haldol) 5mg/1ml (gemiddeld 2 amp per dag)
- Alizapride (Litican) 50mg/2ml (gemiddeld 3 amp per dag)
- Glycopyrroneum bromide (Robinul) 0.2mg/1ml (gemiddeld 4 amp per dag)
- Ranitidine (Zantac) 50mg/2ml (gemiddeld 4 amp per dag)
- Octreotide (Sandostatine) 0.5mg/1ml (gemiddeld 3 amp per dag)

Cave: Ga na of de verschillende produkten die u wenst te gebruiken verenigbaar zijn in één en dezelfde spuit. Dexamethasone is immers niet verenigbaar met haloperidol en/of midazolam. Zo ook is ranitidine niet verenigbaar met haloperidol en/of midazolam.

#### **5. Instellen van de snelheid van de pomp**

Meet de vloeistofkolom (lengte) van je spuit. Gebruik hiervoor de mm-schaal op de voorzijde van de infuuspomp.

**Cave:** bij vervanging van een spuit, de nieuwe spuit steeds opnieuw afmeten.

Vloeistofkolom lengte in mm wordt gedeeld door de infusietijd in dagen.

*B.v. 13 ml vloeistof = 42 mm op de pomp afgemeten  
42 mm per 2 dagen = 21 mm per dag*

Deze mm-instelling geschiedt aan de voorzijde van de infuuspomp rechts, door middel van verdraaiing van de 2 instelschroeven. Gebruik hiervoor een kleine schroevendraaier of een schaarpunt of een paperclip.

Min. instelling is 1 mm/24 uur

Max. instelling is 99mm/24uur

#### **6. Plaatsen van de spuit op de pomp**

De spuit wordt bovenaan op de pomp geplaatst t.h.v. het ronde draagvlak.

De vleugel van de spuit (=achterste vast stuk van de spuit) wordt in de inkeping in het witte plastic op het einde van het draagvlak van de spuit geplaatst. Zo zit de spuit vast.

Het ronde gedeelte van de stamper van de spuit wordt in de zwarte aandrijfblok geplaatst. Deze zwarte aandrijfblok kan men ontkoppelen en verschuiven door de witte knop erop goed in te drukken.

**Cave:** Er moet contact zijn tussen de stamper en het ronde gedeelte van de zwarte aandrijfblok. (Anders krijgt de bewoner in het begin geen medicatie.) Het ronde gedeelte van de aandrijfblok duwt de stamper vooruit.

De spuit wordt nu volledig gefixeerd door de zwarte rubberen bevestigingsstrip stevig over de spuit te trekken en te bevestigen in de bevestigingsleuf vooraan.

## **7. Opstarten van de pomp**

Door het indrukken van de toets “start/boost” wordt de infuuspomp in werking gesteld.

Door de toets “start/boost” ingedrukt te houden bij het in werking stellen, kan men de functies van de pomp controleren.

Het gele lampje (rechts op de pomp vooraan) zal nu gaan knipperen. Frequentie knipperen: iedere 25 sec.

Auditief alarm (blijft niet continu doorgaan!):

- lege spuit
- infuus geblokkeerd
- start/boost toets langer dan 3-4 sec ingedrukt
- plaatsen van nieuwe batterij

Visueel alarm:

- lage batterijspanning (gele indicatielampje zal niet meer knipperen). De pomp zal nu nog 24 uur kunnen werken. Batterij zeker voordien verwisselen.

## **8. Plaatsen van de pomp bij de bewoner**

Na lokale ontsmetting van de huid wordt het vleugelnaaldje SC geplaatst.

Voorkeurslokalisaties zijn het abdomen of de voorkant van de dijen. (In principe mag het overal.)

Bij voorkeur niet plaatsen op een pijnlijke plaats of een plaats waar er in de buurt een infectie is.

Het vleugeltje met een stukje katheter (in een niet knikkende lus) wordt met transparant folie gefixeerd.

## **9. Observatie injectieplaats**

T.h.v. de injectieplaats

- mag geen roodheid ontstaan (infectieteken).
- mag geen harde knobbelvorming ontstaan. (Anders wordt de medicatie niet goed opgenomen.)
- mag geen papel ontstaan. (Anders wordt de medicatie niet opgenomen.)

## **10. Vervanging spuit**

De vloeistofkolom van de nieuwe spuit wordt opnieuw gemeten en aan de hand daarvan wordt de snelheid van de pomp opnieuw ingesteld.

De oude spuit wordt losgemaakt van de pomp. De katheter wordt ontkoppeld van de oude spuit en steriel op de nieuwe gestoken. De nieuwe spuit wordt terug op de pomp gefixeerd zoals beschreven in punt 5.

### **11. Vervanging van de naald**

De naald kan ter plaatse blijven gedurende 3 dagen tot 1 week. Dit is afhankelijk van de medicatie die in de spuit zit en van het huidtype van de bewoner. Observeer enkele keren per dag de injectieplaats.

Bij vervanging van de naald, koppelt met de oude af en plaatst men de nieuwe steriel aan de katheter.

Druk op de toets "start/booster" tot er aan de punt van de naald een druppel medicatie hangt, dan pas mag men terug aanprikken. Fixeren zoals bij 8.

### **12. Vervanging van verlengleiding**

Moet niet vervangen worden als de naald vervangen wordt.

Vervangen als die verstopt zit of als er neerslag in aanwezig is.

Als men de medicatie in de spuit verandert, moet men ook de katheter vervangen.

### **13. Bolus**

Een bolus is het bijgeven van een eenmalige stoot medicatie.

1 bolus = x aantal keren bijdrukken

1 bolus SC = 1/10 van de dagdosis (1 bolus IV = 1/20 dagdosis)

Als men 1x op de "start/boost" knop drukt, geeft men 1/4 mm medicatie.

*B.v. dagdosis = 15 mm (dus pomp staat op 15 mm/24u)*

*bolus=1/10 van 15 mm=1.5mm*

*1x drukken is 1/4 mm*

*dus 1.5 mm = 6x drukken = 1bolus*

Omdat een bolus actief zou zijn tijdens een verzorging moet die 15 - 30 minuten voor de verzorging gegeven worden bij SC infuus (bij IV infuus werkt de bolus onmiddellijk).

### **14. Aanpassen dosis**

Indien men 6 keer per 24 uur een bolus moet bijgeven moet men de dagdosis verhogen met 1/2 van de huidige dagdosis. Dit doet men t.h.v. van de 2 instelschroeven, cfr4.

*B.v. dagdosis 14 mm/24uur -> nieuwe dagdosis wordt 14mm+7mm=21mm/24u.*

### **15. Veranderen van de medicatie**

Bij veranderen van (de concentratie van) de medicatie moet men de spuit en de katheter vernieuwen.

## **BIJLAGE 12: NEVENWERKINGEN VAN OPIOIDEN**

Gezien de farmacokinetiek en –dynamie van opioïden hebben ouderen een groter risico op bijwerkingen.

<b>NEVENWERKING</b>	<b>Bijzonderheden</b>	<b>Beleid</b>
OBSTIPATIE		Vezelrijke voeding Voeg preventief steeds laxativa toe.
NAUSEA EN BRAKEN	Vaak spontane resolutie na enkele dagen.	Domperidon p.o. <b>of</b> Alizapride p.o. (2-3x50-100mg) of SC (200-400mg) <b>en/of</b> Haloperidol p.o. (1-6mg) of SC (2,5-10mg)
SEDATIE	Vaak spontane resolutie na enkele dagen. Overdosering indien ook miosis en ademhalingsdepressie.	Stop niet-essentiële sedativa. Dosisvermindering zo mogelijk. Eventueel opioïd-rotatie (toedieningsweg en/of soort opioïd wijzigen).
VERWARDHEID EN DELIRIUM	Vaak spontane resolutie in eerste 48u. Zoek naar bevorderende factoren (onderbehandelde pijn, slapeloosheid, sepsis, ionenstoornissen, blaasretentie, faecale impactie, sterk ontregelde glycemie, hersenmeta's, longinfectie, ...)	Behandel de eventuele bevorderende factoren. Haloperidol zo nodig. Eventueel opioïd-rotatie.
URINERETENTIE EN INCONTINENTIE	Retentie eerder bij mannen, incontinentie eerder bij vrouwen.	Controleer regelmatig op globus. Zo nodig (tijdelijke) blaassondage.
JEUK	Vaak spontane resolutie na enkele dagen. Voornamelijk bij parenterale toediening.	Eventueel opioïd-rotatie. Zo nodig Cetirizine p.o.
ADEMHALINGSDEPRESSIE	Enkel ten gevolge van overdosering die ver de analgische dosis overschrijdt.	Bij acute ademhalingsdepressie: Naloxone (Narcan) 1amp verdunnen tot 10ml en per ml IV toedienen + observatie gedurende 24u.
VERHOOGD VALRISICO	Zeker bij bejaarden.	Neem voorzorgsmaatregelen.

## **BIJLAGE 13: PRAKTISCH GEBRUIK VAN DUROGESIC (FENTANYL TTS)**

De pleister wordt aangebracht op niet-geïrriteerde en niet-bestraalde huid ter hoogte van de thorax of de bovenarm. Op de plaats van toediening wordt het haar (indien geen onbehaarde plaats kan worden gevonden) geknipt (niet geschoren), vooraleer de pleister aan te brengen. De plaats van toediening wordt best gereinigd met zuiver water. Zeep, olie, lotion of elk ander product dat de huid kan irriteren of de eigenschappen ervan kan wijzigen, wordt bij voorkeur vermeden. De huid moet volledig droog zijn vooraleer de pleister kan worden aangebracht. Durogesic mag gedurende 72 uren worden gedragen. Een nieuwe pleister wordt bij voorkeur steeds op een andere plaats aangebracht teneinde lokale irritatie te voorkomen. Bij magere patiënten (<50kg) in de terminale fase kan wegens onvoldoende onderhuids vet de pleister vlugger uitgewerkt zijn. Hierdoor kan vanaf de derde dag de pijnstilling afnemen en kan overwogen worden de pleister na 2 dagen te vervangen.

### **1. Starten**

Bij het opstarten van fentanyl, berekent men eerst de dosisequivalentie t.o.v. morfine p.o. en geeft men de aanvankelijke dosis morfine (of andere pijnstilling) nog volledig door gedurende 8u, nadien geeft men zo nodig nog 50% van de aanvankelijke dosis gedurende de volgende 8u.

#### Conversietabel van orale morfine naar Durogesic

Orale morfine (mg/24 uur)	Durogesic-pleister(s)
60-100	25
90-200	50
150-300	75
210-400	100
360-600	150
540-800	200

#### **Opmerkingen:**

- Hogere doseringen van Durogesic boven de 200µg kunnen noodzakelijk zijn om de pijn voldoende onder controle te houden.
- De pleister kan zo nodig geknipt worden, zodat b.v. bij het opstarten van de behandeling ook een lagere dosis kan gebruikt worden dan 25µg. Dit kan eventueel ook handig zijn bij het combineren van fentanyl transdermaal met morfine p.o.
- Durogesic is niet geschikt voor de behandeling van acute of postoperatieve pijn, omdat men de dosistitratie niet op korte termijn kan uitvoeren.



## 2. Onderhoud

**Principieel:** vervang de pleister(s) **om de 3 dagen**.

Wat in geval van doorbraakpijn?

- Men zal deze pijn vooreerst controleren met kortwerkende morfine.
- Welke hoeveelheid : 10 -15mg per pleister van 25µg. (v.b. bij een pleister van 100µg., 40 tot 60mg kortwerkende morfine).
- Naargelang de dosis additionele kortwerkende morfine die men dient te geven om een optimale pijncontrole te bekomen, zal men de dosis Durogesic **na drie dagen** aanpassen in stappen van 25µg.

Wat in geval de patiënt reeds een hoge dosering Durogesic gebruikt (> 150µg) en de pijn sterk toeneemt?

- In die gevallen kan de dagelijkse nood aan supplementaire morfine dermate hoog oplopen, dat een doseringsaanpassing van 25µg de patiënt onvoldoende pijncontrole zal geven.
- Overweeg dan, gebaseerd op de klinische toestand van de patiënt, eventueel de dosering van Durogesic te verhogen met 50µg.

Indien de patiënt doorbraakpijn vertoont, b.v. bij het wassen of verplaatsen, **30 minuten op voorhand een extra dosis kortwerkende morfine toedienen**.

## 3. Stoppen

Indien men overschakelt op een andere vorm van pijnstilling, moet men rekening houden met het feit dat de werking van Durogesic nog een tijdje aanhoudt. Na het verwijderen van de pleister duurt het gemiddeld 17 uur vooraleer de plasmaspiegel gehalveerd is.

Bij het verwijderen van de pleister zal de analgetische werking afnemen. Dit kan leiden tot een plotselinge pijnaanval en mogelijke dervingsverschijnselen. Voorzie eventueel vervangmedicatie.

Bij het overschakelen van fentanyl naar (dia-)morfine berekent men eerst de dosisequivalentie, en start men na het verwijderen van de fentanyl met 25% van de equivalente dosis (dia-)morfine, waarna men om de 8u telkens opnieuw 25% van de equivalente dosis (dia-)morfine toevoegt tot men uiteindelijk aan de berekende dosisequivalentie komt. Na elke 8u evalueert men echter de noodzaak van het toevoegen van nog eens 25%.

## REFERENTIES

1. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *JAGS* 2002; 50:205-224.
2. Baert L. Pijnmeting van een modegril naar kwaliteitszorg, Opleiding in het kader van een multidisciplinaire aanpak van "pijn" om de zorg binnen een ziekenhuis te optimaliseren. Vormingscel A.Z. Sint-Jan Brugge 1999.
3. Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, Rainero I. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain* 1999; 80: 377-382.
4. CRA-taegus. Een cursus voor huisartsen in de ouderenzorg, sessie 7: Palliatie. U.Z. Gent 22/03/2003.
5. <http://www.cityofhope.com>
6. Mullie A. Basis staand order voor pijncontrole. A.Z. Sint-Jan A.V. Brugge, 8 augustus 2003.
7. Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen. Palliatieve zorg bij terminale patiënten, Symptoomcontrole. 3<sup>de</sup> herwerking, december 1999.
8. Petrovic M, Van den Noortgate N, Velghe A, Mariman A, Michiels W. Is pijn bij de bejaarde echt een probleem? *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2005; 61:417-422.
9. Wanrooij B, Koelewijn M. Verlichting van pijn in de palliatieve fase. *H&W* 2005; 48: 132-139.
10. Pype P et al. Palliatieve Zorg, Leidraad pijn en symptoomcontrole. September 2004: 9-51.
11. Scherder E. Diagnostiek van pijn bij ouderen met een cognitieve uitingsbeperking. Postacademische vorming in de palliatieve zorg voor artsen, bovenbouw 2004-2005. Wemmel, 28 mei 2005.
12. Scherder E, Oosterman J, Swaab D, Herr K, Ooms M, Ribbe M, Sergeant J, Pickering G, Benedetti F. Recent developments in pain in dementia. *BMJ* 2005; 330: 461-464.
13. Stolee P, Hillier L, Esbaugh J, Bol N, McKellar L, Gauthier N. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. *JAGS* 2005; 53: 319-326.
14. Timmerman D, Van Iersel T, Stuurgroep Samen Tegen Pijn. Invoering van een pijnobservatieschaal voor geriatrische patiënten die zich slecht kunnen uiten. *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg* 2005; 4:95-96.
15. Van den Eynden B, Haemers A, Devulder J. Postacademische vorming voor artsen in Palliatieve Zorg, Interuniversitaire cursus, Basisvorming. Universiteit Antwerpen, campus UIA, Sessie1, 16 november 2002.

16. Van den Noortgate N. Pijn bij dementerenden. Postacademische vorming in de palliatieve zorg voor artsen, bovenbouw 2004-2005. Wemmel, 28 mei 2005.
17. Van den Noortgate N, Petrovic M, Velghe A, Michielsen W. De behandeling van chronische pijn met opioïde geneesmiddelen bij een oudere populatie: indicaties en aanbevelingen. Tijdschrift voor Geneeskunde 2005; 61: 434-440.
18. Velghe A, Van den Noortgate N, Petrovic M, Michielsen W. Pijn en de bejaarde: basisprincipes van de behandeling. Tijdschrift voor Geneeskunde 2005; 61:428-433.
19. Vormingscentrum Verpleegkundig Bijblijven i.s.m. Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen en Samenwerkingsinitiatief regio Brugge-regio Oostkust. Pijnbehandeling op maat. 30 maart 2000.
20. Vormingscentrum Verpleegkundig Bijblijven i.s.m. Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen en Samenwerkingsinitiatief regio Brugge-regio Oostkust. Pijnbehandeling via epidurale weg in de thuiszorg. 16 maart 2000.

## DANKWOORD

Deze pijnkaart kwam in zijn huidige vorm tot stand dankzij een samenwerking tussen het CRA-platform van de regio Brugge en omgeving, het Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen, geriatrische diensten van de ziekenhuizen in Brugge en omgeving, pijnfunctieverpleegkundigen van de ziekenhuizen in Brugge en omgeving, palliatieve zorgcoördinatoren van de WZC in Brugge en omgeving, de huisartsenkring van Brugge en omgeving, en de ondersteuning van de werkgroep Palliatieve Zorg en Geriatrie van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen.

Onze oprechte dank voor de actieve medewerking en/of het nauwgezet nalezen en/of de hulp bij het begin van de implementatie van deze pijnkaart in de WZC van de regio Brugge en omgeving gaat hierbij naar (in alfabetische volgorde):

- Dr. Anne Beyen (werkgroep PaGe Federatie Palliatieve Zorg)
- Dr. Roger Crombez (Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen – AZ Sint-Lucas Brugge)
- Dr. Thomas Deckmyn (AZ Sint-Lucas Brugge)
- Mevr. Dina Declerck (AZ Sint-Jan AV Brugge)
- Prof. Dr. Jan De Lepeleire (werkgroep PaGe Federatie Palliatieve Zorg)
- Dr. Frank Devriendt (Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen – HABO)
- Dr. Luc Emsens (geriatrie dienst Gezondheidszorg Oostkust – AZ Koningin Fabiola Blankenberge – AZ OLV Ter Linden Knokke-Heist)
- Dr. Michel Goetinck (CRA-platform regio Brugge en omgeving)
- Dr. Michel Himpe (CRA-platform regio Brugge en omgeving)
- Dr. Peter Hoffman (HABO)
- Dr. Luc Huyghe (Gezondheidszorg Oostkust – AZ Koningin Fabiola Blankenberge – AZ OLV Ter Linden Knokke-Heist)
- Dr. Jacques Lampaert (Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen – geriatrische dienst Elisabeth-ziekenhuis Damme)
- Dr. Jean Marysael (HABO)
- Dr. Guido Marysael (CRA-platform regio Brugge en omgeving)
- Dr. Laurent Mestdagh (CRA-platform regio Brugge en omgeving)
- Dr. Senne Mullie (Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen – AZ Sint-Jan AV Brugge)
- Dr. Guido Sterken (geriatrie dienst AZ Sint-Lucas Brugge)
- Dr. Bea Temmerman (Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen – geriatrische dienst AZ Sint-Jan AV Brugge - werkgroep PaGe Federatie Palliatieve Zorg)
- Mevr. Denise Timmerman (AZ Sint-Jan AV Brugge)
- Prof. Dr. Nele Van den Noortgate (werkgroep PaGe Federatie Palliatieve Zorg)
- Dr. Anthony Van Eeghem (CRA-platform regio Brugge en omgeving)
- Mevr. Trudie Van Iersel (Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen)
- Dr. Isabelle Vanneuville (Elisabeth-ziekenhuis Damme)
- Dr. Marnix Vanpoucke (HABO)
- Dr. Niek Vervaeck (Netwerk Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen)
- Dr. Luc Vogelaers (CRA-platform regio Brugge en omgeving)

De medewerking van deze mensen impliceert echter niet dat zij noodzakelijkerwijze akkoord gaan met alles wat in deze pijnkaart geschreven staat.

Ook danken wij HABO en de firma Janssen-Cilag voor de logistieke ondersteuning.

Wij zien deze WZC-pijnkaart als een dynamisch gegeven dat slechts zijn waarde in de toekomst kan behouden dankzij het regelmatig bijwerken in functie van nieuwe ervaringen en wetenschappelijke inzichten. Daarom willen wij een oproep doen aan alle gebruikers van deze pijnkaart om eventuele opmerkingen, aanvullingen en/of verbeteringen steeds aan ons te melden. Wij danken u hier alvast voor en hopen dat dit werk een stimulans kan betekenen in de samenwerking tussen verschillende zorgpartners om te komen tot een zorgzame pijnevaluatie en –behandeling bij onze WZC-bewoners in de regio.

Dr. Hans Bogaert  
CRA-platform regio Brugge en omgeving  
Moerkerkse Steenweg 429  
8310 Brugge (Sint-Kruis)  
050 37 19 77  
[dr.hans.bogaert@skynet.be](mailto:dr.hans.bogaert@skynet.be)

Dr. Lut Depoorter  
CRA-platform regio Brugge en omgeving  
Brugsestraat 50  
8020 Oostkamp  
050 82 34 21  
[lut.depoorter@telenet.be](mailto:lut.depoorter@telenet.be)