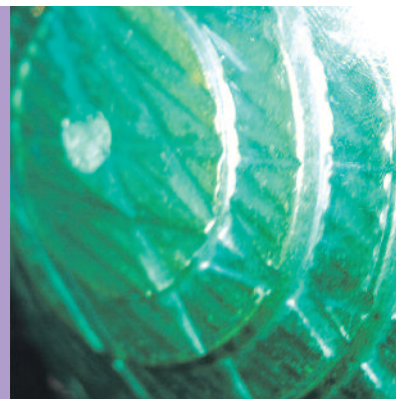
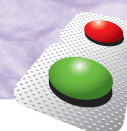


FTO-module



Pijn

Werkmateriaal voor een FTO-bijeenkomst



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteur

drs. Sjoukje van Beek - Dop, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van

drs. ir. Wendy Borneman, NHG

Daphne Dost MSc BA, KNMP

Karen de Leest, apotheker, KNMP

dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Monique Verduijn, apotheker, NHG

Illustratie

Len Munnik

2015

Deze FTO-module is ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik in samenwerking met KNMP en NHG.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@medicijngebruik.nl www.medicijngebruik.nl





Materiaal voor een FTO over pijn

- 4 Inleiding
- 5 Doel
- 5 Toelichting
- 5 Programma
- 6 Uitvoering

Bijlagen

- 8 1 Handleiding prescriptiecijfers
- 13 2A Kennistoets
- 14 2B Antwoorden kennistoets
- 17 3A Casuïstiek voor de huisarts
- 20 3B Casuïstiek voor de apotheker
- 23 3C Toelichting casuïstiek
- 31 4 Voorbeeldafspraken
- 32 Literatuur

Materiaal voor een FTO over pijn

Wij hopen dat deze FTO-module aan uw wensen voldoet. Wij horen het echter graag als u suggesties heeft voor verbetering. Zo kunnen wij onze materialen verbeteren en u de hoogste kwaliteit leveren. Mail uw reactie naar helpdeskfto@medicijngebruik.nl.

Inleiding

De werkvormen in deze uitgave zijn bedoeld voor huisartsen en apothekers die een FTO-bijeenkomst over pijn voorbereiden. Deze module bevat een bijeenkomst met een duur van ongeveer anderhalf uur.

Het programma in deze module richt zich op het medicamenteuze beleid bij pijn. Aan de hand van een kennistoets, casuïstiek en eigen voorschrijfgegevens bespreekt u de algemene principes, het eigen beleid en eventuele knelpunten. U sluit de bijeenkomst af met het maken van afspraken over het (gezamenlijk) beleid bij pijn.

De inhoudelijke informatie is voornamelijk afkomstig uit de NHG-Standaard *Pijn* (2015). Voor meer inhoudelijke informatie verwijzen wij u naar de literatuur, zoals die vermeld staat in de literatuurlijst achter in deze uitgave.



Een FTO-bijeenkomst over pijn

Doel

De deelnemers

- ▶ kennen de medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-Standaard *Pijn* (2015)
- ▶ hebben inzicht in hun eigen voorschrijfbeleid bij patiënten met pijn
- ▶ maken gezamenlijk afspraken over het voorschrijfbeleid bij pijn

Toelichting

Pijn is een veel voorkomend probleem. Adequate pijnbestrijding in de (sub)acute fase is belangrijk. Hiermee kunt u het ontstaan van chronische pijn door centrale sensitisatie voorkomen. Ook de keuze van de pijnmedicatie is belangrijk. Met name kwetsbare ouderen zijn gevoeliger voor de bijwerkingen van NSAID's. Bovendien hebben zij vaak meerdere aandoeningen en meerdere geneesmiddelen. Hierdoor hebben zij meer kans op het optreden van interacties en de gevolgen daarvan.

NSAID's zijn verantwoordelijk voor een aanzienlijk aantal vermijdbare ziekenhuisopnames per jaar in Nederland (Leendertse, 2008; HARM-Wrestling, 2009). Vooral ouderen en risicopatiënten hebben een verhoogde kans op maagdarmbloedingen. Dit kunt u voorkomen door de inzet van adequate maagprotectie.

Deze module gaat over pijnbestrijding in de acute fase en de behandeling van volwassenen met chronische pijn en met neuropathische pijn. Voor specifieke aanbevelingen bij pijn in de palliatieve fase verwijzen we u naar de FTO-module 'Terminale pijnbestrijding'.

TIP

Maak gebruik van het Medicijnjournaal in het FTO. Het audiovisuele Medicijnjournaal praat u in ongeveer 10 minuten bij over de laatste ontwikkelingen op het gebied van nieuwe geneesmiddelen. Het themajournaal '**Pijn**' van het najaar 2015 besteedt onder andere aandacht aan de nieuwe NHG-Standaard *Pijn*. Aan de journaals werken onder andere het NHG, CBG en Zorginstituut Nederland mee. Bekijk de journaals op www.medicijnbalans.nl/journaal.



Programma

- 5 minuten Inleiding en doel
- 25 minuten Kennistoets
- 35 minuten Casuïstiek
- 10 minuten Eigen beleid
- 10 minuten Afspraken
- 5 minuten Afsluiting

Uitvoering

Apothekers en huisartsen die meer werk willen maken van professionalisering van het FTO, kunnen hierbij ondersteuning krijgen van het IVM. Voor meer informatie zie www.medicijngebruik.nl. U vindt hier onder andere informatie over de FTO-nieuwsbrief en het handboek FTO, met tips over de agenda, voorbereiding, taakverdeling, voorzittertips en een verslagformulier.

TIP

Wilt u andere casuïstiek in uw FTO gebruiken? Kijk dan op de website van het IVM (www.medicijngebruik.nl) voor FTO-casuïstiek Pijn.

Voor de bijeenkomst

- ▶ Bereid de bijeenkomst drie à vier weken van tevoren voor (huisarts en apotheker samen). Bekijk het programma en de werkwijze van de bijeenkomst en maak afspraken over de taakverdeling tijdens de bijeenkomst.
- ▶ Bestudeer de materie. Maak hierbij gebruik van de NHG-Standaard *Pijn* (2015), bijlagen 2B en 3C en de literatuurlijst.
- ▶ Voor het verkrijgen van inzicht in het eigen beleid maakt u gebruik van prescriptiecijfers. Besluit of u gebruik wilt maken van de cijfers afkomstig van de apotheek of van de huisarts. In bijlage 1 beschrijven we welke gegevens in dit kader zinvol zijn en hoe u die kunt genereren.
- ▶ Stuur uiterlijk twee weken voor de FTO-bijeenkomst bijlage 1 naar de apothekers of huisartsen met het uitdrukkelijke verzoek de gegenereerde cijfers uiterlijk een week voor de FTO-bijeenkomst terug te sturen.
- ▶ Maak van de prescriptiecijfers grafieken voor het FTO. Gebruik daarbij de instructies van bijlage 1.
- ▶ Stuur uiterlijk een week voor de FTO-bijeenkomst een uitnodiging voor het FTO met de agenda naar alle deelnemers.
- ▶ Bekijk de PowerPoint-presentatie behorend bij deze FTO-module en pas deze zo nodig aan.
- ▶ Kopieer bijlage 3A voor alle huisartsen, 3B voor alle apothekers en de grafieken en bijlage 2A, 2B en 3C voor alle deelnemers.



Tijdens de bijeenkomst

Inleiding en doel (5 min)

- Leid de bijeenkomst in met behulp van de tekst onder 'Doel' en 'Toelichting'. Gebruik hierbij zo mogelijk het themajournaal 'Pijn'.

Kennistoets (25 min)

- Deel de kennistoets van bijlage 2A uit. Vraag de deelnemers deze in te vullen.
- Laat een deelnemer zijn antwoord geven bij de eerste vraag en vraag naar argumenten. Laat andere deelnemers aanvullen. Gebruik bij de discussie tevens de antwoorden van bijlage 2B.
- Doe dit voor alle vragen.
- Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussies verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Casuïstiek (35 min)

- Deel de casuïstiek van bijlage 3A en 3B uit. Laat de deelnemers individueel de vragen beantwoorden.
- Bespreek de antwoorden aan de hand van bijlage 3C.
- Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Eigen beleid (10 min)

- Deel de grafieken uit. Bespreek de onderlinge verschillen en ga na in welke mate de deelnemers voorschrijven volgens de NHG-Standaard *Pijn* (2015).
- Laat de deelnemers aangeven waarom zij eventueel afwijken en welke problemen zij ervaren met het volgen van het beleid in de NHG-Standaard.
- Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Afspraken (10 min)

- Herhaal kort de genoteerde verbeterpunten. Laat de deelnemers aangeven welke verbeterpunten zij (als eerste) willen aanpakken en welke resultaten zij hiermee willen bereiken.
- Formuleer de beoogde resultaten volgens de SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) principes. Zie bijlage 4 voor voorbeelden van afspraken en resultaatdoelstellingen.

Afsluiting (5 min)

- Laat alle deelnemers hun leermomenten en persoonlijke voornemens benoemen.
- Neem de gezamenlijke afspraken en persoonlijke voornemens op in het verslag.
- Spreek af hoe u de gemaakte afspraken gaat evalueren.
- Stel een datum vast voor de evaluatie van de afspraken. Een voorbeeldprogramma voor de evaluatie vindt u in het kader 'Voorbeeld evaluatieprogramma'.
- Deel bijlage 2B en 3C uit.
- Sluit de bijeenkomst af.

Bedenk dat afspraken de meeste kans van slagen hebben als ze behapbaar zijn en relatief eenvoudig praktisch uitvoerbaar. Maak niet te veel afspraken en houd ze concreet.

Voorbeeld evaluatieprogramma

Gemaakte afspraken (10 min)

- Presenteer de gemaakte afspraken kort.
- Vraag de deelnemers naar hun ervaringen (succesfactoren en knelpunten).
- Controleer of de resultaatdoelstellingen zijn behaald.

Knelpunten (10 min)

- Inventariseer de knelpunten bij niet nagekomen resultaatdoelstellingen.
- Bedenk oplossingen voor de gevonden knelpunten.
- Bepaal of de afspraken moeten worden bijgesteld.

Vaststellen nieuwe afspraken (5 min)

- Formuleer nieuwe afspraken en doelstellingen.

Afsluiting (5 min)

- Stel een datum vast voor de evaluatie van de nieuwe afspraken.
- Neem alle afspraken op in het verslag.

Bijlage 1

Handleiding prescriptiecijfers

TIP

Wilt u prescriptiecijfers over opioïd-gebruik of maagprotectie bij NSAID's bespreken in uw FTO? Kijk dan op de website van het IVM (www.medicijngebruik.nl) voor de FTO-module 'Terminale pijnbestrijding' en de FTO-module 'Maagprotectie bij NSAID's en trombocytenaggregatieremmers'.

Bij het genereren van gegevens uit HIS of AIS kunt u gebruik maken van standaardscripts of een rapport-generator, bijvoorbeeld MuSQLe, Crystal Reports of Q-module. Ook is het mogelijk gebruik te maken van een aanvullend zorgprogramma (zoals NControl, WeCare of MijnBrocacef) of een applicatieprogramma (zoals AFTO4Win van Paracletos of ADA4Care van IMS).

Instructie voor de voorbereiders

Voor een FTO over pijn zijn prescriptiecijfers die antwoord geven op de volgende vragen relevant:

1. Welke NSAID's schrijft de huisarts voor?
2. Hoeveel patiënten van 75 jaar en ouder krijgen een NSAID?
3. Aan hoeveel patiënten schrijft de huisarts paracetamol 1000 mg voor?

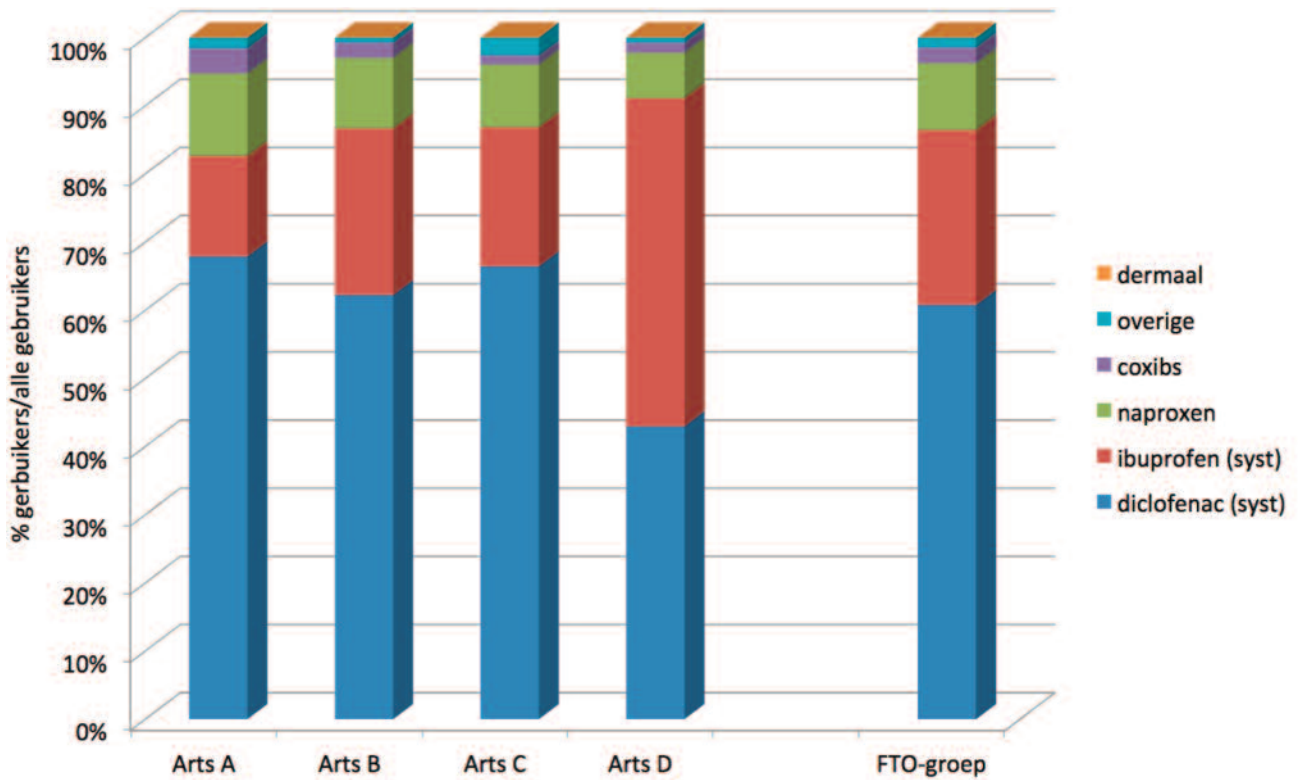
Voor het beantwoorden van de vragen kunt u gebruik maken van gegevens uit het huisartsinformatiesysteem (HIS), het apotheekinformatiesysteem (AIS) of SFK Select van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Afhankelijk van de mogelijkheden in uw FTO beslist u welke gegevensbron u gebruikt voor het verzamelen van de gegevens.

Na het verzamelen van de afzonderlijke gegevens van de huisartsen of apotheker(s) maakt u een grafiek, bijvoorbeeld met behulp van Excel. Hieronder vindt u voorbeeldgrafieken. Indien de gegevens afkomstig zijn van meerdere apothekers, dan dient u eerst per huisarts de totale aantallen patiënten te berekenen.

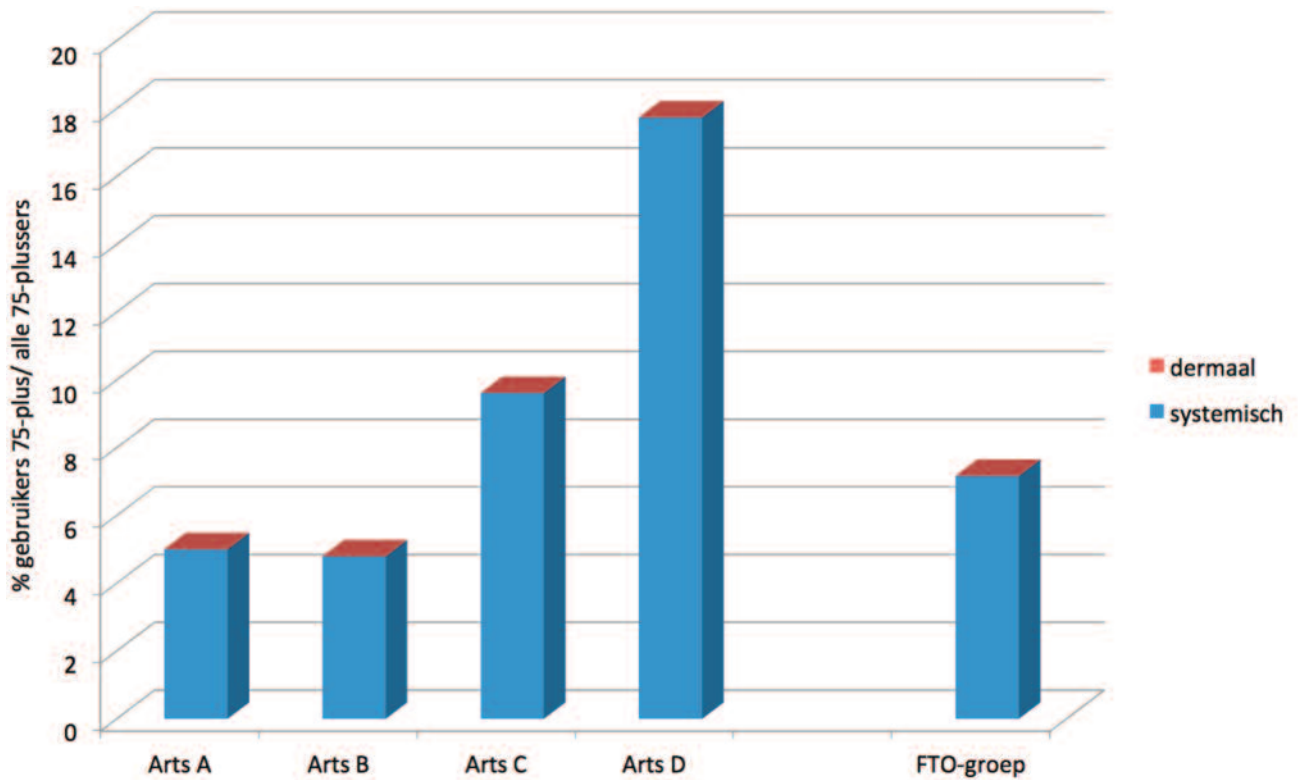
Wanneer u een vraag heeft over het verkrijgen van gegevens en het maken van de grafieken, kunt u contact opnemen met de helpdesk 'cijfers' van het IVM via helpdeskcijfers@medicijngebruik.nl.

Voorbeeldgrafieken

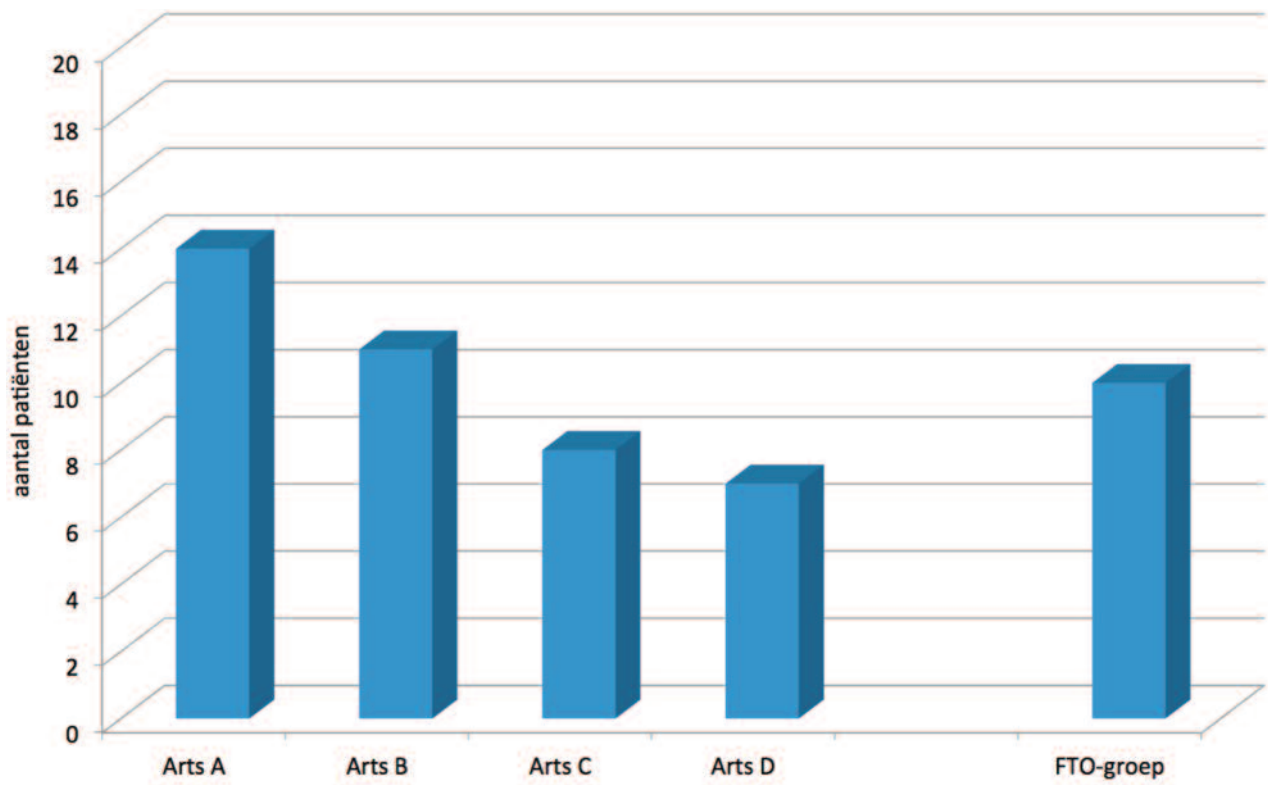
Voorbeeldgrafiek 1 Keuze NSAID's



Voorbeeldgrafiek 2 NSAID's bij ouderen



Voorbeeldgrafiek 3 Paracetamol 1000 mg



Instructies voor huisartsen en apothekers

Via het AIS

Vraag 1. Welke NSAID's schrijft de huisarts voor?

- ▶ Selecteer per huisarts alle patiënten met een NSAID in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal per huisarts het aantal patiënten per geneesmiddel(groep):
 - diclofenac (systemisch)
 - ibuprofen (systemisch)
 - naproxen
 - coxibs
 - dermale NSAID's
 - overige middelen
- ▶ Stuur de aantallen patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Vraag 2. Hoeveel patiënten van 75 jaar en ouder krijgen een NSAID?

- ▶ Selecteer per huisarts alle patiënten van 75 jaar en ouder in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal per huisarts:
 - het totaal aantal patiënten van 75 jaar en ouder
 - het aantal patiënten van 75 jaar en ouder met een systemisch NSAID
 - het aantal patiënten van 75 jaar en ouder met een dermaal NSAID
- ▶ Stuur de aantallen patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Vraag 3. Aan hoeveel patiënten schrijft de huisarts paracetamol 1000 mg voor?

- ▶ Selecteer per huisarts alle patiënten met paracetamol 1000 mg in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal per huisarts het aantal patiënten met paracetamol 1000 mg.
- ▶ Stuur de aantallen patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

SFK Select

Wilt u als apotheker gebruik maken van de FTO-rapportage 'Pijn' in SFK Select, dan moet u deelnemer van de SFK zijn. Voor meer informatie zie www.sfk.nl.

Vraag 1-3.

- ▶ Ga op www.sfk.nl naar SFK Select en log in.
- ▶ Selecteer de optie Gedeelde rapporten, gevolgd door 3. FTO rapportages.
- ▶ Selecteer FTO-module Pijn.
- ▶ Selecteer de huisartsen van uw FTO en de gewenste rapportageperiode en voer het document uit.
- ▶ Kies uw apotheek of cluster. U krijgt dan de benodigde aantallen patiënten per huisarts.
- ▶ Stuur de informatie op naar de voorbereiders van het FTO.

Via het HIS

Vraag 1. Welke NSAID's schrijft de huisarts voor?

- ▶ Selecteer alle patiënten met een NSAID in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal het aantal patiënten per geneesmiddel(groep):
 - diclofenac (systemisch)
 - ibuprofen (systemisch)
 - naproxen
 - coxibs
 - dermale NSAID's
 - overige middelen
- ▶ Stuur de aantallen patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Vraag 2. Hoeveel patiënten van 75 jaar en ouder krijgen een NSAID?

- ▶ Selecteer alle patiënten van 75 jaar en ouder in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal:
 - het totaal aantal patiënten van 75 jaar en ouder
 - het aantal patiënten van 75 jaar en ouder met een systemisch NSAID
 - het aantal patiënten van 75 jaar en ouder met een dermaal NSAID
- ▶ Stuur de aantallen patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Vraag 3. Aan hoeveel patiënten schrijft de huisarts paracetamol 1000 mg voor?

- ▶ Selecteer alle patiënten met paracetamol 1000 mg in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal het aantal patiënten met paracetamol 1000 mg.
- ▶ Stuur het aantal patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Tabel 1 Relevante ATC- en GPK-codes

ATC-code	Geneesmiddel(groep)
M01A (excl. GPK-codes 1457 + 127947 + 139890 + 145270)	NSAID's (systemisch)
M01AB05 + M01AB55 (excl. GPK-codes 127947 + 145270)	Diclofenac (en combinaties; systemisch)
M01AE01 (excl. GPK-code 139890)	Ibuprofen (systemisch)
M01AE02 + M01AE52	Naproxen (en combinaties)
M01AH	Coxibs
M01A (excl. AB05 + AB55 + AE01 + AE02 + AE52 + AH)	Overige NSAID's
GPK-code	
125822	Paracetamol 1000 mg tablet
1457 + 127947 + 139890 + 145270	Dermale NSAID's



Kennistoets

1. Bij patiënten met chronische pijn is lang aanhoudende pijn zonder duidelijke oorzaak een waarschuwings-sig-naal voor weefselschade.

☐ *juist*
☐ *onjuist*
2. Bij een verminderde nierfunctie dient u de dosering of het doseerinterval van paracetamol aan te passen.

☐ *juist*
☐ *onjuist*
3. Bij gebruik korter dan één maand en bij afwezigheid van risicofactoren is de maximale dagdosering paracetamol voor volwassenen 4 g.

☐ *juist*
☐ *onjuist*
4. U mag bij kinderen ouder dan 1 jaar paracetamol maximaal een week hoger doseren dan de normale kinderdosering.

☐ *juist*
☐ *onjuist*
5. Het effect van dermaal en oraal diclofenac op de vermindering van pijn door gonartrose is vergelijkbaar.

☐ *juist*
☐ *onjuist*
6. Als een NSAID bij kinderen is geïndiceerd, dan geeft u diclofenac.

☐ *juist*
☐ *onjuist*
7. Opiaten zijn niet geïndiceerd als de oorzaak van de pijn niet bekend is.

☐ *juist*
☐ *onjuist*
8. Als paracetamol onvoldoende pijnstilling geeft, kunt u codeïne toevoegen.

☐ *juist*
☐ *onjuist*
9. Carbamazepine is het middel van eerste keus bij trigeminusneuralgie.

☐ *juist*
☐ *onjuist*

Bijlage 2B

Antwoorden kennistoets

Tenzij anders weergegeven, is de informatie afkomstig uit de volgende bronnen:

- ▶ NHG-Standaard *Pijn* (2015)
- ▶ NHG-Standaard *Maagklachten* (2013)

1. Bij patiënten met chronische pijn is lang aanhoudende pijn zonder duidelijke oorzaak een waarschuwingssignaal voor weefselschade.

Onjuist

Lang aanhoudende pijn zonder duidelijke oorzaak is meestal géén waarschuwingssignaal voor weefselschade.

Pijn heeft vaak wel een duidelijke oorzaak: iets in het lichaam is beschadigd of werkt niet zoals het hoort. Zoals bij een wond, een botbreuk of een acute ontsteking. De zenuwen in het beschadigde lichaamsdeel geven dan een seintje naar de hersenen en de patiënt voelt pijn. De oorzaak van de pijn behoeft dan dringend aandacht of behandeling.

Is de oorzaak onverklaarbaar, dan kunt u afwachten hoe de pijn zich ontwikkelt. Kan de patiënt door de pijn niet meer goed bewegen, werken of slapen, dan kunnen dat redenen zijn om pijnmedicatie te gebruiken. Blijft de pijn terugkomen of houdt de pijn lang aan, dan zijn mogelijk vaker pijnmedicatie nodig. Andere maatregelen, zoals een gezonde leefwijze met voldoende afleiding, beweging en ontspanning, kunnen helpen en de behoefte aan pijnmedicatie verminderen. Op www.thuisarts.nl en www.apotheek.nl vindt u informatie over pijn bestemd voor de patiënt.

2. Bij een verminderde nierfunctie dient u de dosering of het doseerinterval van paracetamol aan te passen.

Onjuist

Aanpassing van de dosering of het doseerinterval van paracetamol is niet nodig bij een verminderde nierfunctie ($\text{eGFR} > 10 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). Paracetamol wordt gemetaboliseerd in de lever en daarna uitgescheiden in de urine. Bij een verminderde nierfunctie cumuleren de metabolieten in het bloed. Omdat deze metabolieten inactief zijn, heeft dit geen klinische gevolgen.

3. Bij gebruik korter dan één maand en bij afwezigheid van risicofactoren is de maximale dagdosering paracetamol voor volwassenen 4 g.

Juist

De maximale dagdosering is 4 g voor volwassenen bij gebruik korter dan één maand en bij maligne aandoeningen. De maximale dagdosering bij gebruik langer dan één maand is 2,5 g. De maximale dagdosering voor volwassenen met risicofactoren voor leverschade is 2 g (1,5 g indien meerdere risicofactoren tegelijk aanwezig zijn).

Risicofactoren voor leverschade zijn:

- ▶ leverziekte
- ▶ genetisch bepaalde langzame metabolisatie voor paracetamol
- ▶ hoge leeftijd (vanwege langzame metabolisatie)
- ▶ laag lichaamsgewicht (< 50 kg)
- ▶ vasten
- ▶ slechte voedingstoestand
- ▶ langdurig meer dan matig alcoholgebruik (twee of meer alcoholconsumpties per dag)
- ▶ gebruik van combinaties van pijnmedicatie
- ▶ gebruik van geneesmiddelen die het leverenzym CYP2E1 induceren zoals isoniazide, rifampicine, carbamazepine, fenobarbital en fenytoïne
- ▶ roken

4. U mag bij kinderen ouder dan 1 jaar paracetamol maximaal een week hoger doseren dan de normale kinderdosering.

Onjuist

Incidenteel mogen kinderen vanaf 1 jaar gedurende maximaal drie dagen viermaal daags 22,5 mg/kg oraal paracetamol en gedurende maximaal drie dagen driemaal daags 30 mg/kg paracetamol zetpillen gebruiken.

De normale kinderdoseringen in de NHG-Standaard *Pijn* (2015) zijn viermaal daags 15 mg/kg oraal paracetamol (tabletten, oplostabletten, kauwtabletten en drank 24 mg/ml) of twee tot driemaal daags 20 mg/kg paracetamol zetpillen bij kinderen vanaf 1 jaar.

5. Het effect van dermaal en oraal diclofenac op de vermindering van pijn door gonartrose is vergelijkbaar.

Juist

Het effect van diclofenacgel 1-3% en oraal diclofenac op de vermindering van de pijn door gonartrose is vergelijkbaar. Diclofenacgel 1-3% is niet geassocieerd met systemische bijwerkingen als de huid intact is. Er zijn geen gegevens bekend bij gebruik langer dan drie weken.

6. Als een NSAID bij kinderen is geïndiceerd, dan geeft u diclofenac.

Onjuist

Diclofenac is niet geregistreerd voor de indicatie pijn bij kinderen (behalve voor juveniele reumatoïde artritis in een dosering minder dan 2 mg/kg/dag). Kinderen ouder dan één maand kunnen wel ibuprofen veilig gebruiken. De combinatie ibuprofen en paracetamol leidt niet tot een beter algemeen welbevinden bij kinderen.

7. Opiaten zijn niet geïndiceerd als de oorzaak van de pijn niet bekend is.

Juist

Bij chronische pijn door een benigne oorzaak geeft u sterkwerkende opiaten alleen op strikte indicatie. Vermijd opiaten bij chronische pijn door een onbekende oorzaak. Onderschat niet het risico van chronisch gebruik van sterkwerkende opiaten op gewenning en dosisescalatie. Er bestaat een dosisafhankelijk risico op (ernstige) bijwerkingen.

8. Als paracetamol onvoldoende pijnstilling geeft, kunt u codeïne toevoegen.

Onjuist

De NHG-Standaard *Pijn* (2015) raadt codeïne niet aan. Bij volwassenen is er een gebrek aan effectiviteit en treden regelmatig bijwerkingen op. Mensen met een verhoogd CYP2D6-metabolisme zetten meer codeïne om in morfine, waardoor het risico op morfinegerelateerde bijwerkingen - zoals ademhalingsdepressie - groter is. Kinderen jonger dan 12 jaar mogen codeïne niet meer gebruiken naar aanleiding van meldingen van overleden kleuters na een standaarddosering codeïne.

Als paracetamol onvoldoende werkt, adviseert de NHG-Standaard *Pijn* (2015) een NSAID te geven of toe te voegen. Bij kinderen adviseert de NHG-Standaard *Pijn* (2015) ibuprofen te geven.

Voor een FTO over terminale pijnbestrijding verwijzen we u naar de FTO-module 'Terminale pijnbestrijding'. Zie www.medicijngebruik.nl.

9. Carbamazepine is het middel van eerste keus bij trigeminusneuralgie.

Juist

Bij trigeminusneuralgie is carbamazepine het middel van eerste keus. Bij overige neuropathische pijn (met uitzondering van HIV-neuropathie) is de aard van de neuropathische pijn geen leidraad voor de keuze van het geneesmiddel.



Bijlage 3A

Casuïstiek voor de huisarts

1A1

Meneer Visser (61 jaar) bezoekt uw spreekuur. Hij is tijdens het snoeien van de plataan van het trappetje gevallen en heeft nu veel pijn aan zijn rug en ribben. U doet lichamelijk onderzoek. Op basis van uw bevindingen stelt u vast dat de rug en ribben gekneusd zijn. De spieren zijn aangedaan en meneer Visser heeft blauwe plekken ter hoogte van de kneuzingen.

Wat is uw beleid?

Welke informatie geeft u?

1A2

U heeft meneer Visser driemaal daags 2 tabletten 500 mg paracetamol voorgeschreven en hem vertelt om bij blijvende klachten of onvoldoende pijnstilling zelf de dosering te verhogen naar maximaal viermaal daags 2 tabletten 500 mg paracetamol. Als de pijnmedicatie dan nog onvoldoende werkt, dient hij contact met u op te nemen. Na vijf dagen neemt meneer Visser contact met u op omdat hij nog steeds veel pijn heeft.

Wat is uw beleid?

Wat is uw beleid als meneer Visser hartfalen heeft en hiervoor een ACE-remmer en een lisdiureticum gebruikt?

Wat is uw beleid als meneer Visser dagelijks acetylsalicylzuur 80 mg gebruikt?

Wat is uw beleid als meneer Visser niet 61 jaar, maar 82 jaar oud is?

2A1

Mevrouw Ottens (56 jaar) is twee maanden geleden bij u op het spreekuur geweest met een herpes zoster infectie. U heeft toen een kuur van een oraal antiviraal middel voorgeschreven. Nu komt zij bij u op het spreekuur en geeft aan dat ze last heeft van pijn en overgevoeligheid voor aanraken op de plaats waar de huiduitslag zat. U denkt dat zij last heeft van postherpetische neuralgie.

Hoe stelt u vast of er daadwerkelijk sprake is van neuropathische pijn?

Wat is uw beleid?

Welke informatie geeft u?

Wat is uw beleid als mevrouw Ottens niet 56 jaar, maar 79 jaar oud is?



Bijlage 3B

Casuïstiek voor de apotheker

1B1

Meneer Visser (61 jaar) komt bij u in de apotheek met een recept. Hij is tijdens het snoeien van de plataan van het trappetje gevallen en heeft nu veel pijn aan zijn rug en ribben. De huisarts heeft gezegd dat hij een gekneusde rug en ribben heeft.

Welke medicatie verwacht u dat de huisarts heeft voorgeschreven?

Welke informatie geeft u?

1B2

De huisarts heeft meneer Visser driemaal daags 2 tabletten 500 mg paracetamol voorgeschreven en hem vertelt om bij blijvende klachten of onvoldoende pijnstilling zelf de dosering te verhogen naar maximaal viermaal daags 2 tabletten 500 mg paracetamol. Als de pijnmedicatie dan nog onvoldoende werkt, dient hij contact met de huisarts op te nemen. Na vijf dagen komt meneer Visser bij u terug in de apotheek met een recept van de huisarts omdat hij nog steeds veel pijn heeft.

Welk beleid verwacht u nu van de huisarts?

Welk beleid verwacht u als meneer Visser hartfalen heeft en hiervoor een ACE-remmer en een lisdiureticum gebruikt?

Welk beleid verwacht u als meneer Visser dagelijks acetylsalicylzuur 80 mg gebruikt?

Welk beleid verwacht u als meneer Visser niet 61 jaar, maar 82 jaar oud is?

2B1

Mevrouw Ottens (56 jaar) is twee maanden geleden bij u in de apotheek geweest met een recept voor een kuur van een oraal antiviraal middel tegen gordelroos. Nu komt zij bij u in de apotheek met een recept omdat ze last heeft van pijn en overgevoeligheid voor aanraken op de plaats waar de huiduitslag zat. De huisarts heeft gezegd dat dit komt door postherpetische neuralgie.

Welke medicatie verwacht u dat de huisarts heeft voorgeschreven?

Welke informatie geeft u?

Welk beleid verwacht u als mevrouw Ottens niet 56 jaar, maar 79 jaar oud is?

Bijlage 3C

Toelichting casuïstiek

De antwoorden in deze bijlage zijn voornamelijk gebaseerd op de NHG-Standaard *Pijn* (2015). Indien andere bronnen zijn gebruikt, dan is dat aangegeven.

1A1/1B1

Wat is uw beleid? *Huisarts*

Welke medicatie verwacht u dat de huisarts heeft voorgeschreven?

Apotheker

De huisarts geeft uitleg over de oorzaak van de pijn en de behandeling ervan en bespreekt de noodzaak van eventuele aanpassing van activiteiten en werkzaamheden. De huisarts legt uit dat:

- ▶ acute pijn een waarschuwingssignaal is voor weefselschade
- ▶ zoveel mogelijk in beweging blijven goed is, ook in aanwezigheid van pijn
- ▶ op vaste tijden (tijdcontingent) en voldoende hoog gedoseerd een pijnstiller innemen beter is omdat de pijn daarmee onder controle komt
- ▶ als de pijn niet afneemt of wanneer de pijnmedicatie onvoldoende werkt de patiënt contact op kan nemen
- ▶ na tijdelijke aanpassing van het activiteiten patroon dagelijkse, lichte werkzaamheden weer opgepakt kunnen worden
- ▶ daarna de pijnstilling geleidelijk kan worden afgebouwd

Bij de behandeling van acute en chronische pijn gaat de NHG-Standaard *Pijn* (2015) uit van een stapsgewijze aanpak (zie tabel 2). Paracetamol is voor alle leeftijden het middel van eerste keus, omdat hiermee ruime ervaring is opgedaan en omdat paracetamol van de beschikbare pijnmedicatie het breedste veiligheidsprofiel heeft. Dit geldt in het bijzonder voor oudere patiënten, omdat zij gevoeliger zijn voor de bijwerkingen van andere analgetica zoals NSAID's.

De huisarts start bij voorkeur de behandeling met drie tot viermaal daags 1-2 tabletten paracetamol van 500 mg. De maximale dagdosering voor volwassenen zonder risicofactoren is 4 g bij gebruik korter dan 1 maand en bij maligne aandoeningen. Bij gebruik langer dan 1 maand is de maximale dagdosering 2,5 g. De maximale dagdosering voor volwassenen met risicofactoren voor leverschade is 2 g (1,5 g indien meerdere risicofactoren tegelijk aanwezig zijn).

Omdat pijnmedicatie ook vrij verkrijgbaar is, vraagt u of de patiënt zelf al pijnmedicatie heeft genomen.

Tabel 2 Stapsgewijze aanpak behandeling pijn

Stap 1	paracetamol
Stap 2	NSAID - dermaal - oraal (eventueel rectaal of intramusculair)
Stap 3	tramadol (zwakwerkend opioïd)
Stap 4	sterkwerkend opioïd (oraal of pleister)
Stap 5	subcutane of intraveneuze toediening van sterkwerkend opioïd

bron: NHG-Standaard *Pijn* (2015)**Welke informatie geeft u? Huisarts/apotheker**

U geeft informatie over de manier van innemen en mogelijke bijwerkingen. Op vaste tijdstippen een voldoende hoge dosering innemen is beter, omdat daarmee de pijn onder controle komt. U legt uit dat paracetamol in de juiste dosering de voorkeur heeft, omdat de kans op ernstige bijwerkingen kleiner is dan bij andere pijnmedicatie. Bij blijvende klachten of onvoldoende pijnstilling kan meneer Visser zelf de dosering verhogen naar maximaal viermaal daags 2 tabletten 500 mg paracetamol. Als de pijnmedicatie dan nog onvoldoende werkt, kan meneer Visser contact opnemen met de huisarts.

Ter ondersteuning van de mondelinge voorlichting kunt u schriftelijk voorlichtingsmateriaal meegeven of verwijzen naar relevante websites (zie tabel 3).

Tabel 3 Voorlichtingsmateriaal en webinformatie

Bron	Onderwerpen
KNMP-publieksfolder	spier- en gewrichtspijn hoofdpijn verkoudheid, griep en hoest
www.apotheek.nl	informatie over klachten, ziektes en geneesmiddelen
www.thuisarts.nl	informatie over gezondheid, ziekte en geneesmiddelen (bijvoorbeeld informatie over pijn)

1A2/1B2**Wat is uw beleid? Huisarts****Welk beleid verwacht u nu van de huisarts? Apotheker**

Bij onvoldoende pijnstilling ondanks verhoging van de dosering adviseert de NHG-Standaard *Pijn* (2015) een middel te geven (of toe te voegen) uit de volgende stap in het stappenplan (zie tabel 2).

Dermaal NSAID

Dermale NSAID's zijn effectief bij de behandeling van gelokaliseerde pijn. Bij acute spier- en gewrichtspijn kan de huisarts een NSAID-gel voorschrijven (mits de huid in tact is): twee- tot viermaal daags diclofenacgel 1-3% of ibuprofengel 5% zacht op de pijnlijke plek inwrijven. Combinatie van een dermaal NSAID met paracetamol is mogelijk. Dermale NSAID's geven vergeleken met placebo vaker (doorgaans lichte en voorbijgaande) lokale bijwerkingen maar zijn minder sterk geassocieerd met systemische bijwerkingen. Er zijn geen gegevens bekend bij gebruik langer dan 3 weken.

Orale (en rectaal en intramusculair toegediende) NSAID's

Bij orale (en rectaal en intramusculair toegediende) NSAID's kiest de huisarts afhankelijk van patiëntkenmerken (comorbiditeit en comedatie) voor naproxen, ibuprofen of diclofenac. Naproxen heeft het laagste cardiovasculaire risico, diclofenac het hoogste (dosisafhankelijk). Van de klassieke NSAID's heeft diclofenac het laagste gastro-intestinale risico, naproxen het hoogste. NSAID's (waarschijnlijk met uitzondering van naproxen) verhogen het risico op het optreden van veneuze trombo-embolische gebeurtenissen. Dit risico is afhankelijk van de toegepaste dosering, ook bij kortdurend gebruik.

Vanwege de mogelijk (ernstige) bijwerkingen van NSAID's houdt de huisarts de dosering zo laag mogelijk en de gebruiksduur zo kort mogelijk. Zie tabel 4 voor doseringen bij volwassenen. Overschrijd de geregistreerde maximale dagdosering nooit. Boven deze dosering is de kans op bijwerkingen sterk verhoogd, terwijl er geen bewijs is voor extra pijnvermindering.

De COX-2-selectieve NSAID's (celecoxib) geven minder gastro-intestinale complicaties dan de klassieke NSAID's (naproxen, ibuprofen en diclofenac), maar geven vergelijkbare maagklachten (maagpijn). COX-2-selectieve NSAID's beveelt de NHG-Standaard *Pijn* (2015) niet aan, vanwege een hoger risico op cardiovasculaire complicaties zonder aangetoonde voordelen ten opzichte van de klassieke NSAID's gecombineerd met een protonpompremmer.

U wijst meneer Visser op de schriftelijke informatie over NSAID's op www.thuisarts.nl en www.apotheek.nl.

Tabel 4 Doseringen van NSAID's bij volwassenen			
NSAID	Oraal	Rectaal	Parenteraal
Naproxen	2x daags 250-500 mg	2x daags 250-500 mg	-
Ibuprofen	3-4x daags 400-600 mg	3-4x daags 500 mg	-
Diclofenac	▸ 2-3x daags 25-50 mg of ▸ 2x daags 75 mg of ▸ zo nodig 2x daags 100 mg gedurende maximaal 1-2 dagen	▸ 2-3x daags 25-50 mg of ▸ zo nodig 2x daags 100 mg gedurende maximaal 1-2 dagen	25 mg/ml (ampul 3 ml)

bron: NHG-Standaard *Pijn* (2015)

Wat is uw beleid als meneer Visser hartfalen heeft en hiervoor een ACE-remmer en een lisdiureticum gebruikt? *Huisarts*

Welk beleid verwacht u als meneer Visser hartfalen heeft en hiervoor een ACE-remmer en een lisdiureticum gebruikt? *Apotheker*

Als meneer Visser hartfalen heeft en hiervoor een ACE-remmer en een lisdiureticum gebruikt, kan hij dermale NSAID's krijgen (mits de huid in tact is). Dermale NSAID's zijn minder sterk geassocieerd met systemische bijwerkingen.

Orale (en rectaal en intramusculair toegediende) NSAID's zijn gecontraïndiceerd bij gelijktijdig gebruik van ACE-remmers en diuretica. NSAID's kunnen namelijk het effect van RAS-remmers en diuretica verminderen door water- en zoutretentie. Bovendien is hartfalen een risicofactor voor gastro-intestinale complicaties bij oraal NSAID-gebruik. De huisarts kan overwegen een zwakwerkend opioïd aan paracetamol toe te voegen. Start één tot vier maal daags 50 mg tramadol en verhoog de dosering zo nodig elke drie tot vijf dagen tot maximaal 400 mg per dag.

Bij ouderen dient u tramadol langzaam te titreren vanwege bijwerkingen. Start in een lagere dosering (10 -25 mg; bijvoorbeeld in druppelvorm) en verhoog langzaam de dosering naar één tot viermaal daags 10-100 mg per dag (vier tot tien druppels).

De NHG-Standaard *Pijn* (2015) adviseert codeïne niet meer, vanwege een matig effect en het risico op morfinegerelateerde bijwerkingen. Mensen met een verhoogd metabolisme voor CYP2D6 vormen meer morfine uit codeïne.

U vertelt meneer Visser dat tramadol de eerste dagen de rijvaardigheid sterk beïnvloedt (zie www.rijveiligmetmedicijnen.nl). Dit komt door bijwerkingen zoals, sufheid, verwardheid en duizeligheid. Na twee weken zijn de meeste mensen voldoende gewend geraakt aan de effecten en mag meneer Visser weer rijden. Andere bijwerkingen van tramadol kunnen zijn misselijkheid, braken, hoofdpijn, droge mond, obstipatie en zweten. Bij misselijkheid of slikproblemen kan meneer Visser zetpillen tramadol krijgen. Als hij last heeft van obstipatie, schrijft de huisarts een laxans voor. Naast uw mondelinge informatie wijst u meneer Visser op de schriftelijke informatie over tramadol op www.apotheek.nl en www.thuisarts.nl.

Wat is uw beleid als meneer Visser dagelijks acetylsalicylzuur 80 mg gebruikt? *Huisarts*

Welk beleid verwacht u als meneer Visser dagelijks acetylsalicylzuur 80 mg gebruikt? *Apotheker*

De NHG-Standaard *Pijn* (2015) raadt ibuprofen in combinatie met salicylaten als trombocytenaggregatieremmers af. Ibuprofen remt namelijk de (irreversibele) trombocytenaggregatieremmende werking van het salicylaat. Van naproxen is het effect onbekend. Diclofenac en COX-2-selectieve NSAID's hebben geen nadelig effect op deze werking van salicylaten. Ze lijken daarom op farmacologische gronden de voorkeur te verdienen bij gebruikers van acetylsalicylzuur met een dwingende noodzaak voor een NSAID.

Let op!

Sinds medio 2013 mag u diclofenac - evenals de COX-2-selectieve NSAID's en sinds oktober 2014 ook aceclofenac (DHPC Aceclofenac, 2014) - niet (meer) voorschrijven/afleveren aan patiënten met hartfalen, onvoldoende doorbloeding van het hart (angina pectoris, ischemische hartziekte), perifeer arterieel vaatlijden of een eerder doorgemaakte beroerte (DHPC Diclofenac, 2013). Bij dit advies is echter geen rekening gehouden met eventueel gelijktijdig gebruik van acetylsalicylzuurderivaten.

Wat is uw beleid als meneer Visser niet 61 jaar, maar 82 jaar oud is?*Huisarts***Welk beleid verwacht u als meneer Visser niet 61 jaar, maar 82 jaar oud is?***Apotheker*

Ouderen met verminderde nierfunctie of hartfalen kunnen een NSAID-gel gebruiken als de huid intact is. Dermale NSAID's zijn namelijk minder sterk geassocieerd met systemische bijwerkingen.

Bij ouderen dient u extra voorzichtig te zijn met het gebruik van orale (en rectaal en intramusculair toegediende) NSAID's. Als een oraal NSAID noodzakelijk is, geeft u een zo laag mogelijke dosering voor een zo kort mogelijke periode. COX-2 selectieve NSAID's zijn gecontraïndiceerd bij kwetsbare ouderen, omdat zij een verhoogd risico op trombo-embolische complicaties hebben. De NHG-Standaard *Maagklachten* (2013) beveelt bij NSAID-gebruikers van 70 jaar en ouder een protonpompremmer aan. Het gebruik van een NSAID met een protonpompremmer is tevens één van de START-criteria bij ouderen uit de herziene STOPP- en START-criteria (Knol et al, 2015). Van de systemische NSAID's gaat de voorkeur uit naar een klassiek NSAID. Afhankelijk van de patiëntkenmerken kiest u voor naproxen, ibuprofen of diclofenac.

2A1/2B1**Hoe stelt u vast of er daadwerkelijk sprake is van neuropathische pijn?***Huisarts*

De huisarts kan de DN4-vragenlijst (Douleur Neuropathique en 4 questions; zie tabel 5) gebruiken voor het inschatten of er sprake is van neuropathische pijn. Elk 'ja' antwoord krijgt één punt. Bij een score van vier of meer punten is neuropathische pijn waarschijnlijk.

Tabel 5 DN4-vragenlijst		
	ja	nee
Heeft de pijn één of meerdere van de volgende kenmerken?		
Branderig		
Pijnlijk koude gevoel		
Elektrische schokken		
Gaat de pijn gepaard met één of meerdere van de volgende symptomen in hetzelfde gebied?		
Tintelingen		
Prikkelingen		
Doofheid		
Jeuk		
Is er in het pijngebied t.o.v. een normaal aanvoelend gebied een verminderd gevoel bij:		
Aanraking		
Prikken (cocktailprikker)		
Wordt de pijn verergerd door:		
Wrijven		

bron: NHG-Standaard *Pijn* (2015)

Wat is uw beleid? *Huisarts*

Welke medicatie verwacht u dat de huisarts heeft voorgeschreven?

Apotheker

Bij neuropathische pijn zijn antidepressiva, anti-epileptica en opioïden werkzaam, maar er zijn grote interindividuele verschillen. In het algemeen geldt dat de respons van neuropathische pijn op een medicamenteuze behandeling vaak matig is, het effect onvoorspelbaar en bovendien laat het effect - afhankelijk van het gebruikte middel - enkele weken op zich wachten. De oorzaak van de neuropathische pijn (met uitzondering van trigeminusneuralgie) bepaalt niet de keuze van het geneesmiddel.

Bij neuropathische pijn (anders dan door trigeminusneuralgie of HIV-neuropathie) hebben tricyclische antidepressiva (TCA's) - zoals amitriptyline en nortriptyline - de voorkeur. TCA's hebben een goede effectiviteit en zijn het meest onderzocht (vooral amitriptyline). Bij onvoldoende effect, ongewenste bijwerkingen of een cardiovasculaire contra-indicatie voor een TCA komt het anti-epileptica gabapentine in aanmerking. U kunt bij onvoldoende pijnvermindering ook een combinatie van neuropathische pijnmedicatie met verschillende werkingsmechanismen geven. Paracetamol en NSAID's zijn over het algemeen niet werkzaam bij neuropathische pijn.

Bij de behandeling van neuropathische pijn bij vooral postherpetische neuralgie is topicaal lidocaïne 5% (bij voorkeur lidocaïnebase in crème of zalf) effectief en toepasbaar.

Zie tabel 6 voor doseringsadviezen van geneesmiddelen bij neuropathische pijn.

Tabel 6 Doseringen van geneesmiddelen bij neuropathische pijn (m.u.v. trigeminusneuralgie en HIV-neuropathie) bij volwassenen			
Geneesmiddel	Startdosering	Onderhoudsdosering	Maximale dagdosering
amitriptyline* (off label)	Start vóór de nacht met 10-25 mg, verhoog zo nodig met 25 mg elke 1 tot 2 weken.		125 mg
nortriptyline** (off label)	Start met 10-25 mg, verhoog zo nodig met 25 mg elke 1 tot 2 weken.		100 mg
gabapentine (geregistreerd bij perifere neuropathische pijn zoals diabetische neuropathie en postherpetische neuralgie)	900 mg of 1200 mg per dag, opbouwend in 3 dagen. Dag 1: 1x daags 300 mg Dag 2: 2x daags 300 mg Dag 3: 3x daags 300 mg Zo nodig om de 2-3 dagen in stappen van 300 mg verhogen tot max. 3x daags 1200 mg per dag. De opbouw van een dagdosis van 1800 mg kost minimaal 1 week, een dagdosis van 2400 mg minimaal 2 weken en de maximale dagdosis van 3600 mg minimaal 3 weken.	900-3600 mg per dag in 3 giften. Bij verminderde nierfunctie ▶ 50-80 ml/min/1,73m ² : 600-2400 mg/dag ▶ 30-50 ml/min/1,73m ² : 300-1200 mg/dag ▶ 10-30 ml/min/1,73m ² : 150-600 mg/dag (dosering van 150 mg kan als 300 mg elke 2 dagen worden ingenomen)	3600 mg

* Start bij ouderen en bij ervaren bijwerkingen met een lage dosering en verhoog de dosering langzaam.

+ In verband met mogelijke slapeloosheid liever niet vóór de nacht innemen.

bron: NHG-Standaard *Pijn* (2015)

Welke informatie geeft u? Huisarts/apotheker

U legt mevrouw Ottens uit dat ze last heeft van zenuwpijn. De oorzaak van zenuwpijn is een beschadiging of irritatie van de gevoelszenuw. Gevoelszenuwen sturen 'berichten' over aanrakingen en verwondingen naar de hersenen. Beschadigde of geïrriteerde zenuwen versturen de berichten onjuist. De hersenen signaleren dan heftige pijn terwijl er geen verwonding is. U legt dus uit dat de oorzaak van de pijn niet een beschadiging is op de aanraakplek maar een beschadiging of irritatie van de gevoelszenuw. Gewone pijnmedicatie werkt daarom meestal niet bij zenuwpijn.

U stemt de verwachtingen van het effect van de medicatie af met de patiënt. U vertelt dat amitriptyline bij neuropathische pijn de voorkeur heeft. Bij onvoldoende werking, ongewenste bijwerkingen of een cardiovasculaire contra-indicatie voor amitriptyline zijn er andere mogelijkheden. U legt uit dat amitriptyline oorspronkelijk werd gebruikt tegen depressiviteit, maar ook zenuwpijnen bleek te verminderen. De pijnstillende werking van amitriptyline komt op een andere manier tot stand dan de werking tegen depressiviteit. U wijst mevrouw Ottens erop dat de werking van amitriptyline pas na één tot twee weken intreedt. U adviseert de totale dagdosis in een keer 's avonds voor het slapengaan in te nemen met water.

De belangrijkste bijwerkingen van amitriptyline zijn sufheid, droge mond, duizeligheid, hartkloppingen, obstipatie en gewichtstoename. U legt uit dat de meeste bijwerkingen in de eerste week het heftigst zijn en daarna afnemen of verdwijnen. De bijwerkingen gaan weer over als de patiënt met het middel stopt.

U wijst mevrouw Ottens op de schriftelijke informatie over amitriptyline en zenuwpijn op www.apotheek.nl.

Wat is uw beleid als mevrouw Ottens niet 56 jaar, maar 79 jaar oud is?

Huisarts

Welk beleid verwacht u als mevrouw Ottens niet 56 jaar, maar 79 jaar oud is? *Apotheker*

Bij ouderen is nortriptyline het middel van eerste keus. Nortriptyline heeft minder centrale anticholinerge bijwerkingen die invloed kunnen hebben op het cognitief functioneren, dan amitriptyline.



Voorbeeldafspraken

Let op! Dit zijn voorbeeldafspraken. Het is de bedoeling dat elke groep naar aanleiding van de discussie tijdens de bijeenkomst zijn eigen afspraken maakt en resultaatdoelstellingen formuleert.

Afspraak	Actie	Resultaatdoelstelling
Patiënten van 75 jaar en ouder krijgen bij voorkeur geen NSAID's.	HA Schrijft alleen als het niet anders kan een NSAID voor bij patiënten van 75 jaar en ouder.	In de zes maanden na het FTO gebruikt minder dan 10% van de patiënten van 75 jaar en ouder een NSAID.
Alle nieuwe NSAID-gebruikers krijgen diclofenac, ibuprofen of naproxen.	HA - Schrijft aan alle nieuwe NSAID-gebruikers diclofenac, ibuprofen of naproxen voor. APO - Vervangt - in overleg met de huisarts - bij alle nieuwe gebruikers van een ander NSAID het NSAID door diclofenac, ibuprofen of naproxen.	In de zes maanden na het FTO hebben alle nieuwe NSAID-gebruikers diclofenac, ibuprofen of naproxen gekregen.
Kinderen en volwassenen krijgen geen codeïne als toevoeging aan een pijnstiller.	HA - Schrijft geen codeïne als toevoeging aan een pijnstiller voor aan kinderen en volwassenen. APO - Neemt contact op met de huisarts als hij codeïne voorschrijft als toevoeging aan een pijnstiller bij kinderen en volwassenen.	In de zes maanden na het FTO krijgt geen enkele patiënt codeïne als toevoeging aan een pijnstiller.

Literatuur

- ▶ Bemt van den BJF, Benraad HB, Rasker JJ. Cardiovasculaire en gastro-intestinale risico's bij selectieve en niet-selectieve NSAID's. Ned Tijdschr Geneesk 2007;151(19):1062-7.
- ▶ Bemt van den PMLA, Kuipers EJ, Tjwa ETTL. Cardiovasculaire en gastro-intestinale veiligheid van NSAID's. Pharm Weekbl 2014;149(8):A1420.
- ▶ Bemt van den PMLA, Tjwa ETTL, Oijen van MGH. Cardiovasculaire en gastro-intestinale veiligheid van NSAID's. Stand van zaken. Ned Tijdschr Geneesk 2014;158:A7311.
- ▶ Dessel van N. Amitriptyline overschat bij neuropathische pijn. Huisarts Wet 2013;56(7):359.
- ▶ Direct Healthcare Professional Communication (DHPC) Aceclofenac. Utrecht, 2014. Zie www.cbg-meb.nl.
- ▶ Direct Healthcare Professional Communication (DHPC) Diclofenac. Utrecht, 2013. Zie www.cbg-meb.nl.
- ▶ Graaf de L. Neuropathische pijn omgeven met raadsels. Effectiviteit van analgetica teleurstellend. Pharm Weekbl 2013;148(1):20-3.
- ▶ Farmacotherapeutisch Kompas. Zie www.farmacotherapeutisch.kompas.nl.
- ▶ HARM-Wrestling. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009. Zie www.knmp.nl.
- ▶ KNMP Kennisbank. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- ▶ Knol W, Verduijn MM, Lelie-van der Zande ACAM, et al. Onjuist gebruik bij ouderen opsporen. De herziene STOPP en START-criteria. Ned Tijdschr Geneesk 2015;159:A8904.
- ▶ Keyany A, Vollaard H. NSAID-keuze bij cardiovasculaire en/of gastro-intestinale risicofactoren. MFM 2014;4(1):20-4.
- ▶ Leendertse AJ, Egberts ACG, Stoker LJ, et al. Frequency of and Risk Factors for Preventable Medication-Related Hospital Admissions in the Netherlands. Arch Intern Med 2008;168(17):1890-96.
- ▶ NHG-Werkgroep Pijn. NHG-Standaard Pijn. Huisarts Wet 2015;58(9):472-85. Zie www.nhg.org.
- ▶ Numans M, Wit de N, Dirven J, et al. NHG-Standaard Maagklachten. Huisarts Wet 2013;56(1):26-35. Zie www.nhg.org.
- ▶ Pans S. Geneesmiddelen en ouderen. Tijdschr Praktijkond 2009;5:131-5.
- ▶ Scholten W. Gebruik opioïde analgetica voor pijnbestrijding kan beter. Pharm Weekbl 2015;150(7):22-4.
- ▶ Vollaard EJ, Kramers CK, Brouwers JR. Interactie NSAID's en acetylsalicylzuur genegeerd. Ned Tijdschr Geneesk 2014;158:A7893.

