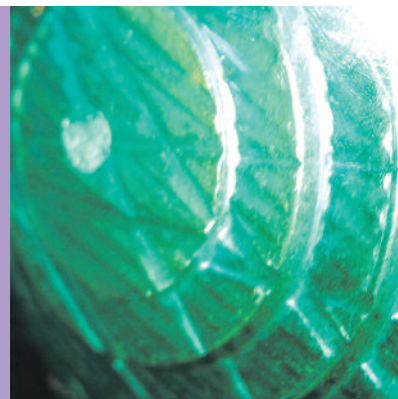


FTO-module



Pijnbestrijding in de palliatieve fase

Werkmateriaal voor een FTO-bijeenkomst



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteur

dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van

Daphne Dost BA, apotheker, KNMP

Paul Geels, niet praktiserend specialist ouderengeneeskunde, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Annemieke Horikx BA, apotheker, KNMP

Karen de Leest, apotheker, KNMP

Marleen van Venrooij, kaderhuisarts en consulent palliatieve zorg, NHG

Monique Verduijn, apotheker, NHG

Illustratie

Len Munnik

2016

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 pijnbestrijding in de palliatieve fase

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

Bijlagen

- 8 1 Handleiding prescriptiecijfers
- 14 2A Casuïstiek voor de huisarts
- 16 2B Casuïstiek voor de apotheker
- 18 2C Toelichting casuïstiek
- 24 3A Stellingen
- 25 3B Toelichting stellingen
- 30 4 Voorbeeldafspraken
- 31 Literatuur

Materiaal voor een FTO over pijnbestrijding in de palliatieve fase

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 pijnbestrijding in de palliatieve fase voorbereiden. Deze module bevat materiaal voor een bijeenkomst met een duur van ongeveer anderhalf uur.

Het programma richt zich op een algemene oriëntatie rondom pijnbestrijding in de palliatieve fase. Aan de hand van casuïstiek, stellingen 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 pijnbestrijding in de palliatieve fase.

De inhoudelijke informatie is voornamelijk afkomstig uit de NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016), de multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker* (2015) en de IKNL-richtlijn *Pijn* (versie 2.1; 2016). Voor meer inhoudelijke achtergrondinformatie verwijzen wij u naar de literatuur zoals die vermeld staat in de literatuurlijst achter in deze uitgave.



Een FTO-bijeenkomst over pijnbestrijding in de palliatieve fase

Doel

- De deelnemers kennen de mogelijkheden van en knelpunten bij de medicamenteuze therapie bij pijnbestrijding in de palliatieve fase.
- De huisartsen hebben inzicht in hun eigen beleid ten aanzien van het voorschrijven van opioïden en relevante comedicatie.
- De deelnemers maken gezamenlijk afspraken over het voorschrijfbeleid bij pijnbestrijding in de palliatieve fase.

Toelichting

Pijnbestrijding is een belangrijk onderdeel van de totale zorg bij patiënten in de palliatieve fase. Bij patiënten met kanker komt matige tot ernstige pijn in 40 tot 50 procent van de gevallen voor. Een optimale behandeling kan bij ongeveer 90 procent van de patiënten de pijn op een acceptabel niveau met aanvaardbare bijwerkingen brengen (multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker*, 2015). In de praktijk ligt dit percentage echter vaak aanzienlijk lager.

Dat de pijnbehandeling bij patiënten in de palliatieve fase niet optimaal is, heeft meerdere oorzaken. Zo praten patiënten liever niet met hun arts en verzorgers over pijnklachten, waardoor de arts de frequentie en intensiteit van de pijn onderschat. Ook staan de kennis en ideeën van artsen, patiënten en hun familie over pijnbehandeling - vooral bij opioïden - een goede behandeling in de weg.

Er is bijvoorbeeld angst voor afhankelijkheid, ademhalingsdepressie en vervroegd overlijden (de Graaf, 2013; Scholten, 2015).

Bij pijn in de palliatieve fase is het behouden van de kwaliteit van leven door een effectieve pijnbestrijding met zo min mogelijk nadelige effecten het allerbelangrijkste. Bij het gebruik van opioïden is het belangrijk dat u misselijkheid, obstipatie en delier door opioïden voorkomt of behandelt. Ook een delier door overdosering van een opioïd is in het algemeen goed te behandelen, echter de oorzaak van de symptomen wordt niet altijd goed ingeschat (bv. als onvoldoende pijnstilling in plaats van overdosering opioïd als oorzaak van delier).

In deze module is aandacht voor de algemene principes van pijnbestrijding in de palliatieve fase en de mogelijkheden voor de aanpak en/of het voorkómen van specifieke problematiek.

TIP

Maak gebruik van het Medicijn-journaal 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/video.



Programma

- | | |
|------------|-----------------------|
| 5 minuten | Inleiding en doel |
| 5 minuten | Invullen casuïstiek |
| 35 minuten | Stellingen |
| 20 minuten | Bespreking 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

Nodig ook de palliatief consulent uit in uw FTO en maak gezamenlijk afspraken over het beleid bij pijn in de palliatieve fase.

TIP

Wilt u andere casuïstiek in uw FTO gebruiken? Kijk dan op www.medicijngebruik.nl voor de FTO-casuïstiek 'Pijnbestrijding en sedatie in de palliatieve fase bij allochtonen'.

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* (actualisering november 2016), de multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker* (2015), de IKNL-richtlijn *Pijn* (versie 2.1, 2016), bijlagen 2C en 3B 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 vindt u beschreven 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 2A voor alle huisartsen, 2B voor alle apothekers en de grafieken en bijlage 2C, 3A en 3B 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.

Invullen casuïstiek (5 min)

- Deel de casuïstiek van bijlage 2A en 2B uit. Laat de deelnemers individueel de vragen beantwoorden en de ingevulde casuïstiek bewaren tot een later tijdstip van de bijeenkomst. Bespreek dus nog niet de antwoorden.

Stellingen (35 min)

- Deel de stellingen van bijlage 3A 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 toelichting van bijlage 3B.
- Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussies verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Bespreking casuïstiek (20 min)

- Laat de deelnemers nu nog eens kijken naar de casuïstiek van bijlage 2A en 2B. Zouden hun antwoorden er nu anders uitzien?
- Bespreek de antwoorden aan de hand van bijlage 2C.
- Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Eigen beleid (10 min)

- Presenteer de grafieken. Bespreek de onderlinge verschillen en ga na in welke mate de deelnemers voorschrijven volgens de NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016).
- Laat de deelnemers aangeven waarom zij eventueel afwijken en welke problemen zij ervaren met het volgen van de adviezen in de NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016).
- Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Vaststellen beleid (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.

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.

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 2C en 3B uit.
- Sluit de bijeenkomst af.

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.

TIP

Ter voorbereiding op dit FTO kunnen huisartsen de volgende PIN-modules van het NHG volgen:

- Pijn
- Palliatieve zorg in de praktijk
- Ethische vragen rond het levenseinde

Bijlage 1

Handleiding prescriptiecijfers

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 MijnBrocef) of een applicatieprogramma (zoals ADA4Care van IMS).

Instructie voor de voorbereiders

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

1. Hoeveel gebruikers van sterkwerkende opioïden gebruiken tevens een laxans?
2. Welke laxantia gebruiken gebruikers van sterkwerkende opioïden?
3. Welke toedieningsvorm schrijft de huisarts voor bij sterkwerkende opioïden?

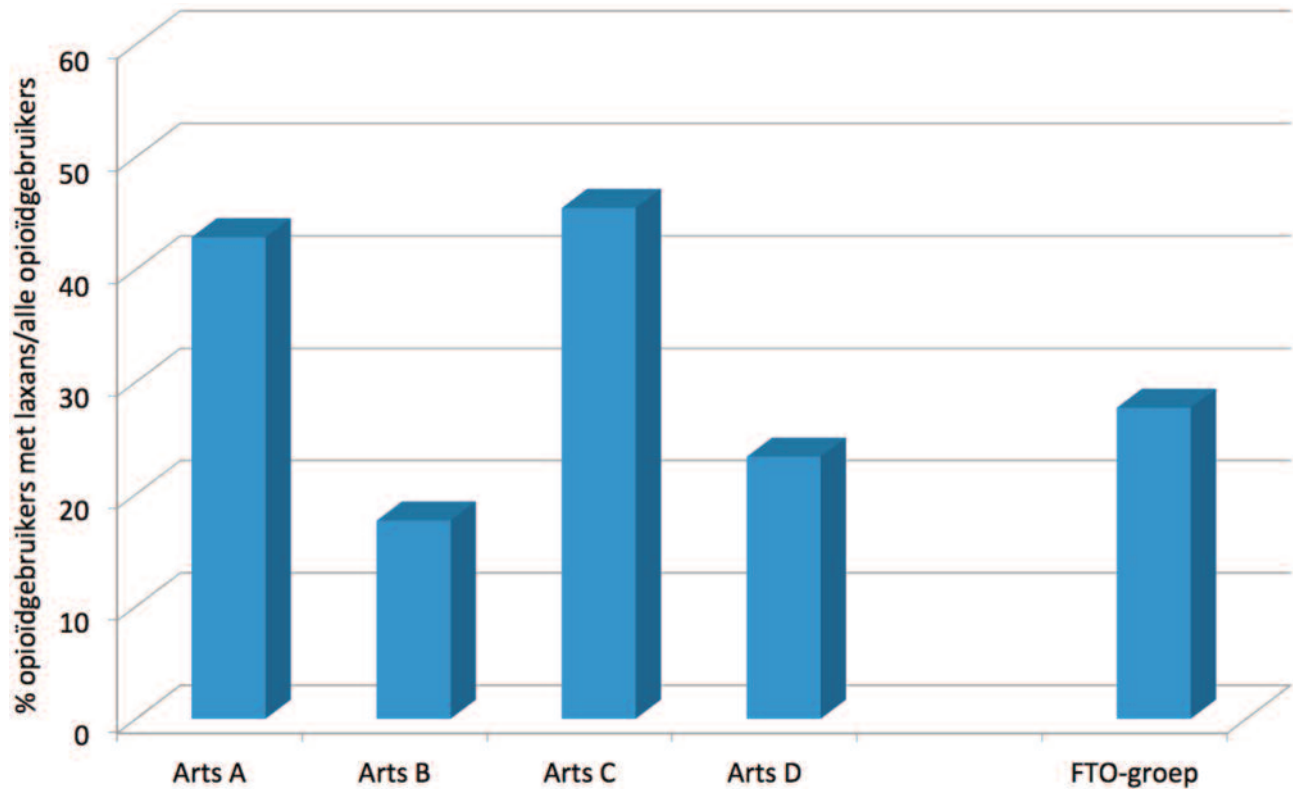
Voor het beantwoorden van de vragen kunt u gebruik maken van gegevens uit het huisartsinformatiesysteem (HIS), het apotheekinformatiesysteem (AIS) of SFK Select van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Afhankelijk van de mogelijkheden in uw FTO beslist u welke gegevensbron u gebruikt voor het verzamelen van de gegevens. Realiseer u dat u bij de selectie van gebruikers van sterkwerkende opioïden ook patiënten selecteert die niet in de palliatieve fase zijn. Dat is geen probleem. Het advies over toevoegen van een laxans is namelijk voor alle gebruikers van sterkwerkende opioïden hetzelfde.

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.

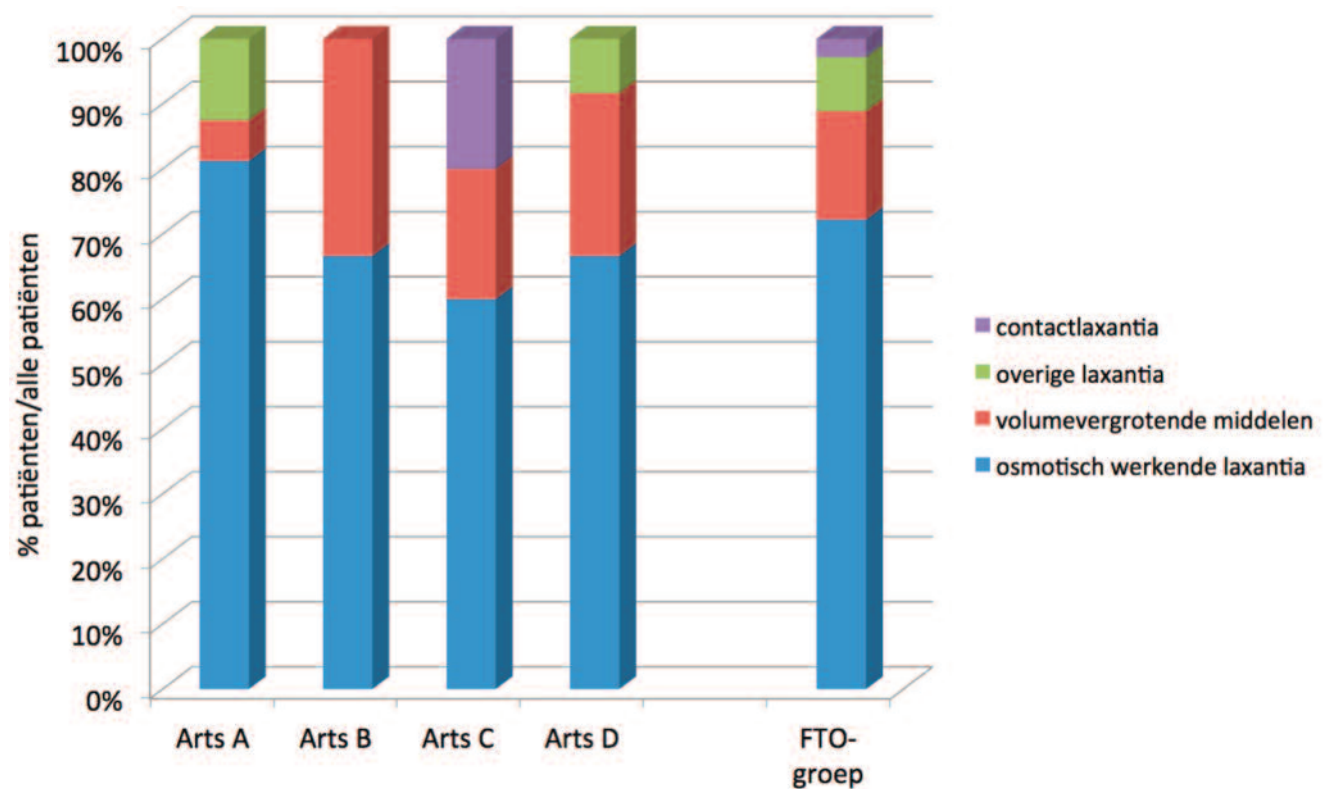
Wanneer u een vraag heeft over het verkrijgen van gegevens en het maken van de grafieken, kunt u contact opnemen met de helpdesk 'cijfers' van het IVM via helpdeskcijfers@medicijngebruik.nl.

Voorbeeldgrafieken

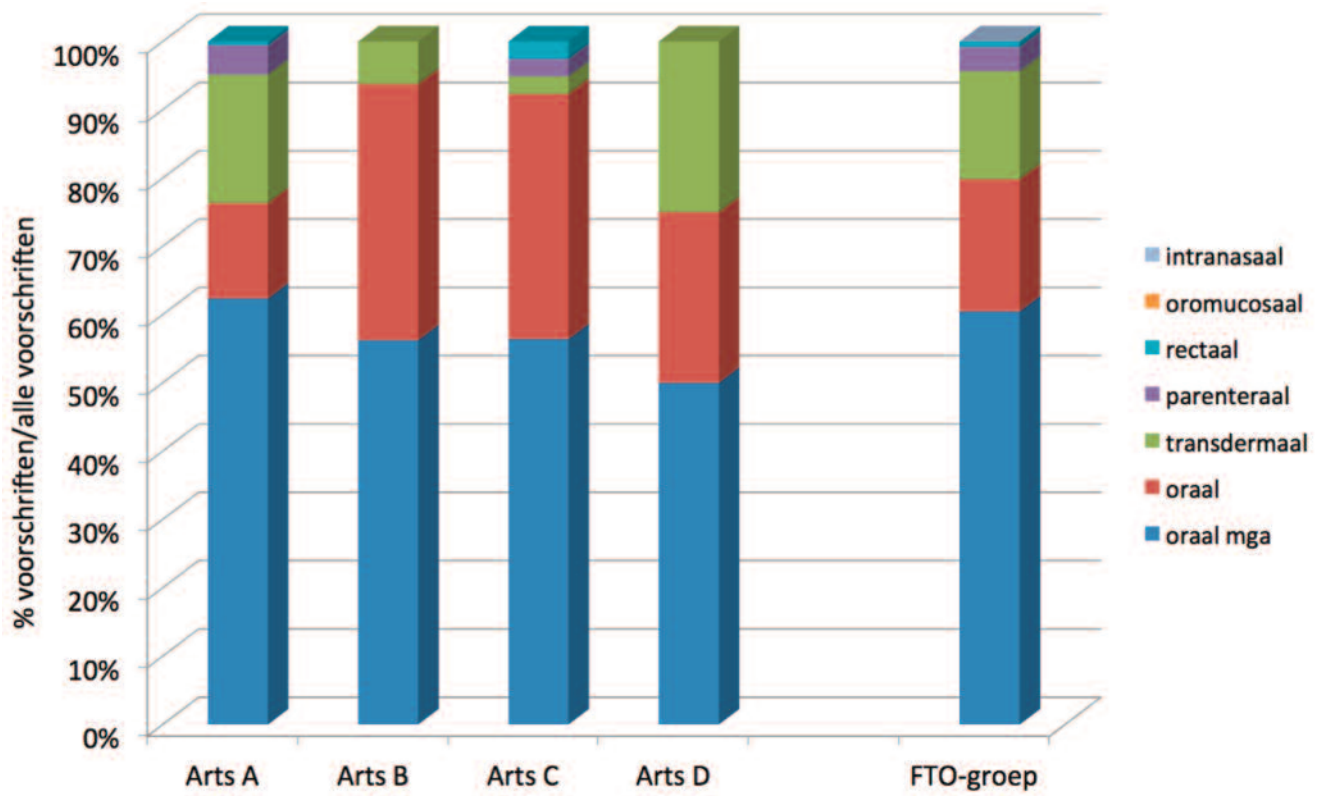
Voorbeeldgrafiek 1 Laxantia bij gebruikers van sterkwerkende opioïden



Voorbeeldgrafiek 2 Keuze laxantia bij gebruikers van sterkwerkende opioïden



Voorbeeldgrafiek 3 Keuze toedieningsvorm sterkwerkende opioïden



Instructies voor huisartsen en apothekers

Via het AIS

Vraag 1: Hoeveel gebruikers van sterkwerkende opioïden gebruiken tevens een laxans?

- ▶ Selecteer per huisarts alle patiënten met een sterkwerkend opioïd in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal per huisarts het aantal gebruikers van een sterkwerkend opioïd met en zonder laxans.*
- ▶ Stuur de aantallen patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

* Houd rekening met eventuele verschillen in afleverfrequentie tussen sterkwerkende opioïden en laxantia. Sterkwerkende opioïden worden vaak in kleinere hoeveelheden voorgeschreven dan laxantia.

Vraag 2: Welke laxantia gebruiken gebruikers van sterkwerkende opioïden?

- ▶ Selecteer per huisarts alle patiënten met een sterkwerkend opioïd en een laxans in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal het aantal opioïdgebruikers met emolliëntia, met contactlaxantia, met volumevergroterende laxantia, met osmotisch werkende laxantia en met overige laxantia.
- ▶ Stuur de aantallen patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

Vraag 3 Welke toedieningsvorm schrijft de huisarts voor bij sterkwerkende opioïden?

- ▶ Selecteer per huisarts alle voorschriften voor sterkwerkende opioïden in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal het aantal voorschriften per toedieningsvorm. Maak onderscheid tussen oraal zonder gereguleerde afgifte, oraal met gereguleerde afgifte, oromucosaal, transdermaal, rectaal, parenteraal en intranasaal.
- ▶ Stuur de aantallen voorschriften op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante codes van de farmaceutische vormen.

SFK Select

Wilt u als apotheker gebruik maken van de FTO-rapportage 'Pijnbestrijding in de palliatieve fase' 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 in Gedeelde rapporten en 3. FTO rapportages de optie FTO-modules (IVM), gevolgd door 'Pijnbestrijding in de palliatieve fase'.
- ▶ 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 of voorschriften per huisarts.
- ▶ Stuur de informatie op naar de voorbereiders van het FTO.

Via het HIS

Vraag 1: Hoeveel gebruikers van sterkwerkende opioïden gebruiken tevens een laxans?

- ▶ Selecteer alle patiënten met een sterkwerkend opioïd in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal het aantal gebruikers van een sterkwerkend opioïd met en zonder laxans.*
- ▶ Stuur de aantallen patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

* Houd rekening met eventuele verschillen in frequentie van uitgeschreven recepten tussen sterkwerkende opioïden en laxantia. Sterkwerkende opioïden worden vaak in kleinere hoeveelheden voorgeschreven dan laxantia.

Vraag 2: Welke laxantia gebruiken gebruikers van sterkwerkende opioïden?

- ▶ Selecteer alle patiënten met een sterkwerkend opioïd en een laxans in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal het aantal opioïdgebruikers met emolliëntia, met contactlaxantia, met volumevergrotende laxantia, met osmotisch werkende laxantia en met overige laxantia.
- ▶ Stuur de aantallen patiënten op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

Vraag 3 Welke toedieningsvorm schrijft de huisarts voor bij sterkwerkende opioïden?

- ▶ Selecteer alle voorschriften voor sterkwerkende opioïden in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal het aantal voorschriften per toedieningsvorm. Maak onderscheid tussen oraal zonder gereguleerde afgifte, oraal met gereguleerde afgifte, oromucosaal, transdermaal, rectaal, parenteraal en intranasaal.
- ▶ Stuur de aantallen voorschriften op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante codes van de farmaceutische vormen.

Tabel 1 Relevante ATC-codes en codes farmaceutische vormen	
ATC-code	Geneesmiddel
N02AA + AB + AC (excl. N02AA59)	Sterkwerkende opioïden
Laxantia	
A06A	Laxantia
A06AA	Emolliëntia
A06AB	Contactlaxantia
A06AC	Volumevergrotende laxantia
A06AD	Osmotisch werkende laxantia
A06AG + AH + AX	Overige laxantia
Code farmaceutische vorm	Toedieningsvorm sterkwerkende opioïden
4 + 16 + 200 + 230 + 300 + 379 + 400	Oraal (zonder gereguleerde afgifte)
310 + 350	Oraal met gereguleerde afgifte
75 + 80 + 330 + 331	Oromucosaal/sublinguaal
752	Transdermaal
100	Rectaal
79 + 83 + 540 + 541 + 550	Parenteraal
521	Intranasaal

Bijlage 2A

Casuïstiek voor de huisarts

1A1

Meneer Bakker, 58 jaar, heeft een longtumor in de linker onderkwab en metastasen in de botten. Hij krijgt momenteel geen curatieve behandeling meer, maar alleen nog een palliatieve behandeling. In overleg met het behandelteam in het ziekenhuis is in een eerder stadium al afgesproken dat meneer Bakker niet in aanmerking komt voor een eventuele radiotherapeutische pijnbehandeling. Voor de pijn heeft hij zich tot nu toe prima kunnen helpen met paracetamol en een NSAID. Sinds een aantal dagen is de pijn echter aanzienlijk toegenomen. Hij vraagt u andere pijnmedicatie voor te schrijven.

Hoe bepaalt u de ernst en het soort pijn?

Welke pijnmedicatie is zinvol als nociceptieve pijn het meest waarschijnlijk is? En wat is uw doel daarbij?

Wat zijn belangrijke aandachtspunten bij de pijnbehandeling?

1A2

U heeft meneer Bakker morfine voorgeschreven. Hij gebruikt sinds enkele weken tweemaal daags 30 mg morfine (tabletten met gereguleerde afgifte). Vandaag gaat u opnieuw bij hem op huisbezoek. De laatste paar dagen komt de pijn zowel overdag als 's nachts terug.

Welke mogelijkheden heeft u nu?

Welke mogelijkheden heeft u bij het optreden van doorbraakpijn?

Welke alternatieven heeft u als de pijnklachten blijven toenemen?



Bijlage 2B

Casuïstiek voor de apotheker

1B1

Meneer Bakker, 58 jaar, heeft een longtumor in de linker onderkwab en metastasen in de botten. Hij krijgt momenteel geen curatieve behandeling meer, maar alleen nog een palliatieve behandeling. In overleg met het behandelteam in het ziekenhuis is in een eerder stadium al afgesproken dat meneer Bakker niet in aanmerking komt voor een eventuele radiotherapeutische pijnbehandeling. Voor de pijn heeft hij zich tot nu toe prima kunnen helpen met paracetamol en een NSAID. Sinds een aantal dagen is de pijn echter aanzienlijk toegenomen. Hij heeft aan de huisarts andere pijnmedicatie gevraagd.

Welke pijnmedicatie is zinvol als nociceptieve pijn het meest waarschijnlijk is? En wat is het doel daarbij?

Wat zijn belangrijke aandachtspunten bij de pijnbehandeling?

1B2

De huisarts heeft meneer Bakker morfine voorgeschreven. Hij gebruikt sinds enkele weken tweemaal daags 30 mg morfine (tabletten met gereguleerde afgifte). De huisarts was vandaag opnieuw bij hem op huisbezoek. De laatste paar dagen komt de pijn zowel overdag als 's nachts terug.

Welke mogelijkheden heeft de huisarts nu?

Welke mogelijkheden heeft de huisarts bij het optreden van doorbraakpijn?

Welke alternatieven heeft de huisarts als de pijnklachten blijven toenemen?

Bijlage 2C

Toelichting casuïstiek

De antwoorden in deze bijlage zijn voornamelijk gebaseerd op de NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016), de multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker* (2015) en de IKNL-richtlijn *Pijn* (versie 2.1, 2016). Indien andere bronnen zijn gebruikt, dan is dat aangegeven.

1A1/1B1

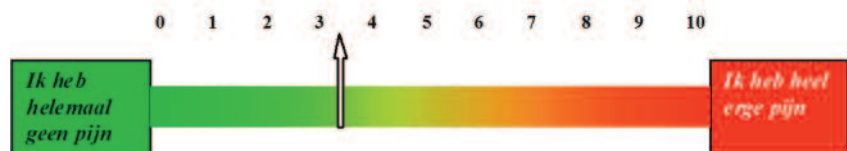
Hoe bepaalt u de ernst en het soort pijn? *Huisarts*

Voor een adequate behandeling van de pijn is het belangrijk dat u de ernst van de pijn en het soort pijn vaststelt. Ook is het belangrijk dat u de factoren in kaart brengt die van invloed zijn op de pijnbeleving en het pijngedrag van de patiënt ('total pain' concept).

Ernst van de pijn

De ernst van de pijn kunt u inschatten aan de hand van de Numerical Rating Scale (NRS), de Visual Analogue Scale (VAS) of de Verbal Rating Scale (VRS). Bij patiënten met kanker heeft de NRS de voorkeur (zie figuur 1). U kunt met deze subjectieve meetinstrumenten het verloop van de pijn in de tijd volgen. Bij patiënten met cognitieve beperkingen die hun pijn niet aan kunnen geven met een NRS, VAS of VRS, kunt u gebruik maken van gedragsobservatieschalen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de Nederlandse versie van de Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia (Pacslac-D; Verenso-richtlijn *Pijn*, 2011). Ook kan navragen bij familie of mantelzorger van de patiënt veel nuttige informatie opleveren.

Figuur 1 Voorbeeld van een Numerical Rating Scale (NRS)



Type pijn

Voor het inschatten of er sprake is van neuropathische pijn - die het gevolg is van beschadiging van het perifere of centrale zenuwstelsel - kunt u gebruik maken van de DN4-vragenlijst of de PainDETECT-vragenlijst.

Pijnbeleving

Voor het achterhalen in hoeverre somatische, cognitieve, affectieve, sociale, existentiële en culturele factoren van invloed zijn op de pijn en de pijnbeleving kunt u bijvoorbeeld gebruik maken van de SCEGS-vragenlijst (Somatische, Cognitieve, Emotionele, Gedragmatige en Sociale dimensies) of de landelijke Pijnanamnese (www.pijnverpleegkundigen.nl).

Welke pijnmedicatie is zinvol als nociceptieve pijn het meest waarschijnlijk is? En wat is uw/het doel daarbij? *Huisarts/apotheker*

Als paracetamol en een NSAID niet meer voldoende werken, dan kan de huisarts een opioïd voorschrijven. Bij de behandeling van matige tot ernstige pijn bij patiënten in de palliatieve fase hebben sterkwerkende opioïden de voorkeur en kan de huisarts de behandelstap met een zwakwerkend opioïd overslaan.

Op basis van effectiviteit en bijwerkingen (anders dan obstipatie) is er geen voorkeur voor een specifiek sterkwerkend opioïd. In situaties met een grote kans op obstipatie heeft transdermaal fentanyl de voorkeur. De kans op obstipatie blijft echter aanwezig, waardoor de NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016) adviseert bij alle sterkwerkende opioïden continu een laxans toe te voegen ter voorkoming van obstipatie (tenzij er sprake is van diarree). Realiseer u bij transdermale toediening dat de dikte van de onderhuidse vetlaag van invloed is op de depotvorming in de huid en daarmee op de werkingsduur. Dit is vooral van belang bij patiënten met cachexie. Andere argumenten bij de keuze voor een specifiek opioïd kunnen zijn:

- ▶ toedieningsweg: bij de keuze voor orale toediening hebben preparaten met een vertraagde afgifte de voorkeur; als orale toediening bezwaarlijk is, heeft transdermaal fentanyl de voorkeur
- ▶ voorkeur van de patiënt (op basis van eerdere ervaringen)
- ▶ ervaring van de huisarts met een specifiek opioïd
- ▶ kosten
- ▶ ernstige nierfunctiestoornissen: bij morfine kan een verminderde nierfunctie leiden tot accumulatie van de actieve metaboliet morfine-6-glucuronide; dit is vooral van belang bij een hoge doses en/of toediening gedurende langere tijd; doseren op geleide van effect en bijwerkingen blijft het uitgangspunt

Wat zijn belangrijke aandachtspunten bij de pijnbehandeling?

Huisarts/apotheker

Basis principes

Het doel van de behandeling is om pijn op een acceptabel niveau te brengen en te houden. Kwaliteit van leven in relatie tot mogelijke bijwerkingen en eigen regie en keuzemogelijkheden zijn daarbij het uitgangspunt. Behandeling - zo mogelijk - de oorzaak van de pijn. Is dit niet mogelijk of onvoldoende effectief, dan komt symptomatische behandeling in aanmerking. Dit is ook zinvol in afwachting van het effect van de oorzakelijke behandeling. Evaluatie van het effect van de behandeling en de bijwerkingen moet regelmatig plaatsvinden. Het effect van een medicamenteuze behandeling bij nociceptieve pijn kunt u doorgaans na een tot twee dagen (orale medicatie) of na enkele uren (subcutane of intraveneuze medicatie) beoordelen.

Een integrale benadering van de pijnbehandeling is belangrijk. Een optimale behandeling is op de individuele situatie van de patiënt afgestemd en houdt rekening met de wensen van de patiënt. Naast aandacht voor de somatische dimensie van pijn is ook aandacht voor de cognitieve, affectieve, gedragsmatige, sociale, existentiële en culturele dimensies belangrijk. Goede voorlichting, heldere communicatie en continuïteit van (ondersteunende) zorg bevorderen het effect van de behandeling. Dit geldt ook voor (gevoelens van) autonomie en controle van patiënten en hun naasten.

De medicamenteuze pijnbestrijding volgt een stappenplan (volgens de WHO-ladder) en moet een preventief karakter hebben. Dat betekent dat u een vast medicatieschema hanteert, waarbij de werkingsduur van het geneesmiddel het doseerinterval bepaalt. Aanpassen van de medicatie vindt plaats op geleide van de pijnklachten.

Monitoring

Vroegtijdige behandeling van pijn in de palliatieve fase - zowel bij kanker als bij andere ziekten - draagt bij aan een betere kwaliteit van leven en sterven. Het signaleren en monitoren van pijn is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de patiënt zelf, artsen, verpleegkundigen en mantelzorgers. Betrek patiënten daarom actief bij de pijnbehandeling door het geven van uitleg over pijn en pijnbehandeling en handvatten hoe hiermee om te gaan. U kunt hiermee ook eventuele weerstanden wegnemen en de therapietrouw bevorderen. Houd voor ogen dat volgens professionals bij ongeveer 90 procent van de patiënten met een optimale behandeling de pijn op een acceptabel niveau met aanvaardbare bijwerkingen mogelijk is. Helaas ligt dit percentage in de praktijk vaak aanzienlijk lager.

TIP

Geef de patiënt een folder mee over de fabels en feiten over morfine. Het IKNL (zie www.kanker.nl) en diverse andere organisaties en ziekenhuizen geven zo'n folder uit.

Voorlichting

Geef duidelijke voorlichting en educatie over het gebruik van opioïden bij pijn in de palliatieve fase. Daarmee kan de patiënt (en mantelzorger) behandelvoorstellen beter inschatten en keuzes maken die bij hem of haar passen. Attendeer de patiënt en de mantelzorger op betrouwbare informatiebronnen, zoals www.thuisarts.nl en www.kanker.nl. Het is belangrijk dat patiënten en mantelzorgers onder andere het volgende weten over het gebruik van opioïden:

- ▶ Een verhoging van de dosering is meestal nodig vanwege de tumorprogressie en soms door gewenning. Verslaving treedt niet op bij adequaat gebruik van opioïden bij pijn.
- ▶ Het is beter om niet te lang te wachten met opioïden en vanaf de start van het gebruik de pijn goed onder controle te houden. Ook is het beter niet te lang te wachten met het ophogen van de dosering als opioïden de pijn niet meer voldoende verminderen.
- ▶ Als de oorzaak van de pijn verdwijnt, kan de patiënt het opioïd afbouwen. Vanwege lichamelijke afhankelijkheid is in één keer stoppen niet verstandig.
- ▶ Opioïden in therapeutische doseringen werken niet levensbekortend.
- ▶ Bijwerkingen zoals ademhalingsdepressie en (psychische) verslaving treden meestal alleen op bij onnodig te hoge doseringen.

Angst

Wees alert op (onnodige) angst voor het gebruiken van opioïden bij de patiënt en/of mantelzorgers. Deze angst is vaak gebaseerd op hardnekkige, algemene misverstanden over opioïden in de samenleving. Zo denkt men vaak dat je sneller dood gaat bij gebruik van opioïden. Hierdoor kan therapieontrouw ontstaan en dus onnodige pijn, die vervolgens tot angst, depressie of slaapproblemen kan leiden.

TIP

Bekijk voor meer informatie over pijnstilling bij allochtonen de website www.huisarts-migrant.nl of de FTO-casuïstiek 'Pijnbestrijding en sedatie in de palliatieve fase bij allochtonen'. U kunt deze casuïstiek downloaden op www.medicijngebruik.nl.

Religie

Veel niet-westerse allochtonen ervaren pijn als een (terechte) straf of genoegdoening voor fouten, waardoor ze pijn zo stil mogelijk proberen te dragen. Daardoor is er waarschijnlijk veel onderrapportage van pijn. Volgens de Islam is het niet toegestaan om pijnstilling toe te passen die het leven mogelijk verkort. Wel is pijnstilling mogelijk met de intentie de pijn te verzachten.

Bijwerkingen

Informeer de patiënt over mogelijke bijwerkingen van opioïden. De meest voorkomende bijwerkingen zijn obstipatie, misselijkheid en braken en sufheid. Deze bijwerkingen - uitgezonderd obstipatie - komen vooral voor in het begin van de behandeling en na een dosisverhoging en zijn reversibel. Patiënten hebben minder last van deze bijwerkingen bij langzaam opbouwen. Verder komen droge mond en jeuk vaak voor. Vooral bij ouderen kan urineretentie voorkomen, net als vermindering van cognitieve functies, hallucinaties en verwardheid (KNMP Kennisbank - Informatorium Medicamentorum).

Geef bij het starten met een sterkwerkend opioïd ook altijd een laxans - zoals lactulose of macrogol - ter voorkoming van obstipatie, tenzij er sprake is van diarree. Als aan het begin van de behandeling misselijkheid optreedt, kunt u kortdurend een anti-emeticum voorschrijven (metoclopramide of domperidon).

1A2/1B2**Welke mogelijkheden heeft u/de huisarts nu? *Huisarts/apotheker***

Opioïden kunt u doseren op geleide van het analgetische effect. Bij onvoldoende effect van het opioïd kunt u de dosering dus verder verhogen. Ook als gewenning optreedt, kunt u de dosering verhogen om de gewenste pijnstilling te behouden (op voorwaarde dat de patiënt goed reageert op het opioïd). De benodigde dosering kan per individu sterk wisselen, afhankelijk van gewenning en verschillen in respons op en tolerantie voor het opioïd. Er bestaat geen maximale dosering. Bij buprenorfine en tapentadol worden echter hogere doseringen niet geadviseerd (zie tabel 2).

Welke mogelijkheden heeft u/de huisarts bij het optreden van doorbraakpijn? *Huisarts/apotheker*

Doorbraakpijn bij kanker en in de palliatieve fase kunt u behandelen met een snelwerkend preparaat (oraal, oromucosaal, buccaal, sublinguaal, intranasaal of parenteraal). Zorg dat een snelwerkend preparaat al bij de start van een langwerkend preparaat beschikbaar is. Als de doorbraakpijn aan een situatie gebonden en dus voorspelbaar is (bijvoorbeeld bij verzorgen van de patiënt of bij bepaalde activiteiten van de patiënt), dan kan de patiënt de doorbraakmedicatie 30 tot 60 minuten van tevoren gebruiken. De NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016) geeft de voorkeur aan een kortwerkend preparaat van het opioïd dat de patiënt al als onderhoudsbehandeling gebruikt:

- ▶ Bij langwerkend morfine: 10-15% van de 24-uurs onderhoudsdosering in de vorm van snelwerkend morfine zonder gereguleerde afgifte.
- ▶ Bij langwerkend preparaat fentanyl: in eerste instantie een vast oromucosaal, sublinguaal of buccaal preparaat (starten met 100-200 µg); overweeg bij onvoldoende snel effect en heftige doorbraakpijn de dosering te verhogen of een (veel duurder) intranasaal preparaat (starten met 50 µg).

Multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker* (2015)

Voorspelbare doorbraakpijn

Kies voor een snelwerkend opioïd of een snelwerkend fentanylpreparaat. Laat u bij de keuze van het soort snelwerkende fentanylpreparaat of van het soort snelwerkend opioïd primair leiden door de voorkeur, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Weeg zo nodig de kosten mee bij de keuze.

Onvoorspelbare doorbraakpijn

Start met een snelwerkend fentanylpreparaat. Schrijf een ander snelwerkend opioïd voor als het effect van het snelwerkend fentanylpreparaat onvoldoende lang aanhoudt.

Dosering

- ▶ Start bij een snelwerkend fentanylpreparaat met de laagste beschikbare dosering (met uitzondering van de sublinguale tablet van 67 µg) en titreer de dosis aan de hand van het effect op de doorbraakpijn.
- ▶ Start bij een ander snelwerkend opioïd met een zesde van de (equivalente) dagdosering van het opioïd.

Als meer dan drie keer per 24 uur onvoorspelbare doorbraakmedicatie nodig is (dus naast de situatie gebonden doorbraakpijn) of als de patiënt klaagt over meer pijn, verhoog dan de dosering van de basismedicatie met 50 procent. Let op: bij fentanylpleisters niet het doseerinterval verkleinen.

Gebruik oromucosaal fentanyl

Buccale tablet

- ▶ Bij een droge mond het wangslimvlies vooraf bevochtigen met wat water.
- ▶ Tablet achter in de mond in de buccale holte houden totdat de tablet uiteenvalt (meestal binnen 14-25 min).
- ▶ Niet zuigen, kauwen of doorslikken (geeft lagere plasmaconcentraties) en niet eten of drinken zolang tablet in buccale holte zit.
- ▶ Alternatief: tablet sublinguaal plaatsen.

Muco-adhesieve buccale tablet

- ▶ Vooraf binnenkant van de wang bevochtigen.
- ▶ Tablet met roze kant op wang plaatsen en minimaal 5 sec duwen totdat de tablet stevig plakt.
- ▶ Tablet lost meestal binnen 15-30 min op.
- ▶ Na 5 min is drinken toegestaan; niet eten of tablet beroeren totdat deze volledig is opgelost.

Zuigtablet

- ▶ Bij een droge mond het wangslimvlies vooraf bevochtigen met wat water.
- ▶ De zuigtablet gedurende 15 min met behulp van de applicator langs de wand van de mondholte verplaatsen voor een maximale blootstelling aan het geneesmiddel.
- ▶ Op de zuigtablet mag worden gezogen, maar niet gekauwd.

Sublinguale tablet

- ▶ Bij een droge mond het wangslimvlies vooraf bevochtigen met wat water.
- ▶ Tablet direct onder de tong op het diepste deel houden.
- ▶ Niet zuigen, kauwen of doorslikken (geeft lagere plasmaconcentraties) en niet eten of drinken totdat de tablet in de sublinguale ruimte volledig is opgelost.

Welke alternatieven heeft u/de huisarts als de pijnklachten blijven toenemen? *Huisarts/apotheker*

Opioïdrotatie

De individuele reactie op opioïden kan per patiënt sterk wisselen en het kan daarom zinvol zijn van opioïd te wisselen bij onvoldoende pijnstilling en/of onacceptabele bijwerkingen:

- ▶ Bij opioïdrotatie vanwege onvoldoende pijnstilling: kies een equivalente dosering van het alternatief. Bij overstap van een oraal opioïd met vertraagde afgifte naar een pleister is het noodzakelijk gedurende de eerste dag na het aanbrengen van een pleister het orale opioïd met vertraagde afgifte in een halve dosering erbij te geven.
- ▶ Bij opioïdrotatie vanwege bijwerkingen: switch naar 50-75 procent van de equivalente 24-uursdosering van het alternatief. Daarna is langzaam verhogen van de dosering mogelijk.

Zie tabel 2 voor het vaststellen van equivalente doseringen van orale en transdermale sterkwerkende opioïden.

Morfine oraal (mg/24 uur)	Morfine s.c./i.v. (mg/24 uur)	Oxycodon oraal (mg/24 uur)	Oxycodon s.c./i.v. (mg/24 uur)	Fentanyl transdermaal (µg/uur)	Hydromorfon oraal (mg/24 uur)	Hydromorfon s.c./i.v. (mg/24 uur)	Buprenorfine transdermaal (µg/uur)	Tapentadol oraal (mg/24 uur)
30	10	20	10	12	6*	2		
60	20	40	20	25	12	4		150
120	40	80	40	50	24	8	52,5	300
180	60	120	60	75	36	12		***
240	80	160	80	100	48	16	105	
360	120	240	120	150	72	24	**	
480	160	320	160	200	96	32		

* in praktijk niet mogelijk (laagste dagdosering preparaat met vertraagde afgifte is 4 mg)

** hogere doseringen dan 140 µg/uur niet geadviseerd

*** maximaal onderzochte dosering is 500 mg/dag; geen uitspraken over hogere doseringen mogelijk

s.c. = subcutaan; i.v. = intraveneus

Bron: IKNL-richtlijn *Pijn* (versie 2.1, 2016) en richtlijn *Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker* (2015)

Subcutane of intraveneuze toediening

Als orale of transdermale opioïden onvoldoende werken, is in de thuissituatie ook subcutane toediening (eenmalig, intermitterend of continu) van sterkwerkende opioïden een geschikte methode van pijnbestrijding in de palliatieve fase. Bij omzetting naar een subcutane toediening kunt u een derde van de orale dagdosis morfine aanhouden.

Overige pijnstillingsmogelijkheden

Als de oorzaak van de pijn niet of onvoldoende te behandelen is en u bereikt met bovengenoemde methoden onvoldoende pijnstilling bij nociceptieve pijn, dan is epidurale of spinale toediening van opioïden of een niet-medicamenteuze behandeling mogelijk nog zinvol. Hiervoor verwijst u de patiënt naar een anesthesioloog-pijnspecialist. Niet-medicamenteuze behandelingen zijn bijvoorbeeld ontspanningstechnieken, radiotherapie (eerste keus bij pijn door botmetastasen) en transcutane elektrische zenuwstimulatie (TENS).



Stellingen

1. In de eerste fase van de pijnbestrijding bij kanker dient de patiënt pijnstillers 'zo nodig' (bij pijn) te gebruiken.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
2. Neuropathische pijn is moeilijk te onderscheiden van nociceptieve pijn.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
3. Opiaten zijn werkzaam bij neuropathische pijn.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
4. Pijn veroorzaakt door botmetastasen reageert als regel goed op NSAID's en matig op morfine.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
5. Patiënten met kanker mogen maximaal 5 gram paracetamol per 24 uur gebruiken als onderhoudsdosering.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
6. Er is geen bovengrens voor de dosering van morfine bij maligne aandoeningen.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
7. Het instellen van een patiënt op een opioïd gebeurt bij voorkeur met een kortwerkend preparaat.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
8. Bij de overstap van orale naar continue subcutane toediening van morfine blijft de dagelijkse dosering gelijk.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
9. De klachten trillen, darmkrampen en onrust - die kunnen optreden na de omzetting van morfine naar fentanyl - zijn onttrekkingsverschijnselen.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
10. Oraal morfine geeft meer obstipatie dan transdermaal fentanyl.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk
11. Een delier is een niet te vermijden consequentie van pijnbestrijding met opioïden in de palliatieve fase.
☐ waar
☐ niet waar
☐ onduidelijk

Bijlage 3B

Toelichting stellingen

De antwoorden in deze bijlage zijn voornamelijk gebaseerd op de NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016), de multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker* (2015) en de IKNL-richtlijn *Pijn* (versie 2.1, 2016). Indien andere bronnen zijn gebruikt, dan is dat aangegeven.

1. In de eerste fase van de pijnbestrijding bij kanker dient de patiënt pijnstillers 'zo nodig' (bij pijn) te gebruiken.

Niet waar

Pijn bij kanker is in de meeste gevallen chronisch van aard en neemt toe in de loop van de ziekte. Het is belangrijk om de pijn goed onder controle te krijgen en te houden. Vroegtijdige bestrijding van pijn in de palliatieve fase (die meestal al begint gedurende de curatieve fase) - zowel bij kanker als bij andere ziekten - draagt bij aan een betere kwaliteit van leven en sterven. In plaats van 'zo nodig' stelt u een vast schema op, waarbij de werkingsduur van de pijnmedicatie de tijdsintervallen bepaalt. U kunt een extra dosis geven bij doorbraakpijn en incidentpijn.

U volgt een stapsgewijze aanpak, gebaseerd op de WHO-ladder. U kunt overgaan naar een volgende stap bij onvoldoende effect op de pijnklachten. Dus niet het verloop van de ziekte maar de mate van pijnstilling is bepalend voor de overgang naar een volgende stap. Bij de behandeling van matige tot ernstige pijn bij patiënten in de palliatieve fase kan de huisarts de behandelstap met een zwakwerkend opioïd overslaan. Vooral de stap naar sterkwerkende opioïden en het verhogen van de dosis vindt in de praktijk nog regelmatig te laat (of niet) plaats.

2. Neuropathische pijn is moeilijk te onderscheiden van nociceptieve pijn.

Niet waar

Nociceptieve pijn is het gevolg van actuele of dreigende schade aan niet-neurogeen weefsel en is het gevolg van activatie van nociceptoren. Neuropathische pijn is het gevolg van een beschadiging of ziekte van het perifere of het centrale zenuwstelsel. Nociceptieve pijn en neuropathische pijn komen regelmatig naast elkaar voor.

Neuropathische pijn kan zich uiten als een abnormale pijnervaring of een overgevoeligheid voor prikkels die normaal geen pijn veroorzaken. Kenmerken van neuropathische pijn zijn: brandend, prikkelend of tintelend van aard, gevoel van 'elektrische schokken', doof gevoel, overgevoeligheid bij aanraking, overgevoeligheid voor warmte of koude. De huisarts kan inschatten of er sprake is van neuropathische pijn met de volgende vragen:

- ▶ Is de pijn branderig van aard?
- ▶ Gaat de pijn gepaard met tintelingen of prikkelingen?
- ▶ Bestaat er een verminderd gevoel bij aanraking?
- ▶ Wordt de pijn verergerd door wrijven?

Met behulp van de DN4-vragenlijst kan de huisarts de inschatting kwantificeren.

3. Opiaten zijn werkzaam bij neuropathische pijn.

Onduidelijk

De NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016) geeft aan dat opioïden (inclusief tramadol) werkzaam zijn bij neuropathische pijn, al zijn er grote interindividuele verschillen. Dit geldt ook voor antidepressiva en anti-epileptica. Paracetamol en NSAID's zijn in de regel niet werkzaam. 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 standaard adviseert opioïden in beginsel bij neuropathische pijn niet aan vanwege het optreden van gewenning en afhankelijkheid.

De multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker* (2015) geeft aan dat er geen uitspraak mogelijk is over de effectiviteit van sterk werkende opioïden bij (zuiver) neuropathische pijn bij patiënten met kanker. Volgens de richtlijn kunnen tramadol en sterkwerkende opioïden wel in aanmerking komen bij de behandeling van neuropathische pijn in de tweede lijn als antidepressiva of anti-epileptica onvoldoende effect hebben.

4. Pijn veroorzaakt door botmetastasen reageert als regel goed op NSAID's en matig op morfine.

Niet waar

Pijn door botmetastasen is vaak het gevolg van weefselbeschadiging en valt onder de nociceptieve pijn. Pijn door botmetastasen is meestal duidelijk gelokaliseerd en constant aanwezig. Behandeling met radiotherapie is daarbij eerste keus. Als u toch medicamenteus wilt behandelen, dan kunt u het op de WHO-ladder gebaseerde stappenplan volgen in de NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016; zie tabel 3). Pijn door botmetastasen reageert goed op zowel NSAID's als opioïden. Bij matige tot ernstige pijn kan de huisarts de behandelstap met een zwakwerkend opioïd overslaan. Vermijd ook bij kwetsbare ouderen het gebruik van zwakwerkende opioïden (Verenso-richtlijn *Pijn*, 2011).

Tabel 3 Medicamenteus stappenplan bij nociceptieve pijn

Stappenplan	Medicatie
Stap 1	paracetamol
Stap 2	NSAID's
Stap 3	zwakwerkende opioïden
Stap 4	sterkwerkende opioïden (oraal of pleister)
Stap 5	sterkwerkende opioïden (subcutaan of intraveneus)

bron: NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016)

5. Patiënten met kanker mogen maximaal 5 gram paracetamol per 24 uur gebruiken als onderhoudsdosering.

Niet waar

Bij maligne aandoeningen is 4 gram de maximale dagdosering bij volwassenen.

De standaard dagdosering van paracetamol is drie- tot viermaal daags 500-1000 mg (oraal). Bij onvoldoende pijnstilling kunt u de dosering - indien mogelijk - verhogen (of overstappen naar de volgende stap van het stappenplan).

6. Er is geen bovengrens voor de dosering van morfine bij maligne aandoeningen.

Waar

Er is inderdaad geen maximale dosis voor morfine bij maligne aandoeningen. Dit geldt ook voor de meeste andere sterkwerkende opioïden (zie tabel 2 in bijlage 2C voor de uitzonderingen). Als de patiënt het sterkwerkende opioïd goed verdraagt, dan kunt u de dosering geleidelijk ophogen om het gewenste analgetische effect te bereiken. De benodigde dosering kan per individu sterk wisselen, afhankelijk van gewenning en tolerantie voor het opioïd en progressie van de ziekte. Een combinatie van sterkwerkende opioïden als onderhoudsbehandeling is niet gewenst.

U hoeft niet terughoudend te zijn met het voorschrijven van morfine vanwege bijverschijnselen zoals (psychische) verslaving en ademdepressie. Deze bijverschijnselen treden alleen op bij onnodig hoge doseringen (dus overdosering) of plotselinge sterke dosisverhoging. Het is echter wel belangrijk dat u het effect van een dosisverhoging goed evalueert. Is er een effect van de dosisverhoging maar is dat nog onvoldoende, dan kunt u de dosis verder verhogen. Is er geen effect, dan is overstappen naar een ander middel nodig. Denk hierbij ook aan opioïdrotatie.

In de palliatieve fase moet u rekening houden met de mogelijkheid van een verslechterende nierfunctie door dehydratie. Bij tekenen van een morfine-intoxicatie (bijvoorbeeld sterk vernauwde pupillen, toenemende sufheid of onrust bij een onveranderde dosering) of van dehydratie, overweegt u verminderen van de dosering of switchen naar een opioïd waarvan de actieve metabolieten niet door de nier worden uitgescheiden.

7. Het instellen van een patiënt op een opioïd gebeurt bij voorkeur met een kortwerkend preparaat.

Niet waar

De voorkeur gaat uit naar een oraal morfinepreparaat met vertraagde afgifte. Dit heeft als voordeel dat een- of tweemaal daagse dosering volstaat. Een nadeel is wel dat het 24 uur duurt voordat het gewenste effect bereikt is. Meestal is dit geen probleem, zeker als u de patiënt goed instrueert over het gebruik van doorbraakmedicatie.

Een rectale toedieningsvorm is niet zinvol vanwege onvolledige en wisselende opname van de werkzame stof. Bij (te voorziene) problemen met een oraal preparaat - bijvoorbeeld bij slikproblemen of een grote kans op obstipatie - gaat de voorkeur uit naar transdermale toediening van fentanyl (met laxans). Indien een snel effect gewenst is, kunt u parenterale toediening van morfine overwegen.

Let op! De kans op obstipatie is ook aanwezig bij fentanyl, waardoor de NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016) adviseert bij alle sterkwerkende opioïden continu een laxans toe te voegen ter voorkoming van obstipatie, tenzij er sprake is van diarree.

8. Bij de overstap van oraal morfine naar parenteraal morfine blijft de dagelijkse dosering ongeveer gelijk.

Niet waar

Bij de overstap van een oraal morfinepreparaat naar een intraveneus preparaat moet u de dosering delen door drie. De verlaging van de dosering is het gevolg van de afwezigheid van de absorptiefase en het first-pass effect bij intraveneuze toediening in vergelijking met orale toediening van morfine (Farmacotherapeutisch Kompas, 2015). Zie voor een omrekening tabel 2 (bijlage 2C).

9. De klachten trillen, darmkrampen en onrust - die kunnen optreden na de omzetting van morfine naar fentanyl - zijn onttrekkingsverschijnselen.

Waar

Een stabiele plasmaconcentratie bij een eerste fentanylpleister wordt pas bereikt na 12 tot 24 uur. Als u de morfinetoediening direct na opplakken van een fentanylpleister staakt, dan is er tijdelijk een verminderde blokkade van de opioïdreceptoren. Dit leidt niet alleen tot onttrekkingsverschijnselen - zoals trillen, darmkrampen en onrust - maar ook tot onvoldoende pijnstilling. Dit kunt u voorkomen door morfine in een halve dosering oraal erbij te geven gedurende de eerste dag na het aanbrengen van de pleister (IKNL-richtlijn *Pijn*, versie 2.1, 2016; NHG-Standaard *Pijn*, actualisering november 2016).

10. Oraal morfine geeft meer obstipatie dan transdermaal fentanyl.

Waar

Er zijn aanwijzingen dat transdermaal fentanyl minder obstipatie geeft dan oraal morfine. De kans op obstipatie blijft echter aanwezig, waardoor de NHG-Standaard *Pijn* (actualisering november 2016) adviseert bij alle sterkwerkende opioïden continu een laxans toe te voegen ter voorkoming van obstipatie, tenzij er sprake is van diarree. Als diarree optreedt door het laxans, dan stop of bouw het laxans af. Middelen van eerste keus zijn lactulose en macrogol (zonder of met elektrolyten; NHG-Standaard *Obstipatie*, 2010). Zie tabel 4 voor doseringen bij volwassenen.

Tabel 4 Dosering laxantia bij volwassenen

Laxans	(Onderhouds)dosering
Lactulose stroop 670 mg/ml	15 ml per dag
Lactulose poeder (sachet 6 of 12 g)	6-12 g per dag
Macrogol 4000 (sachet 10 g)	10-20 g per dag
Macrogol 3350/elektrolyten (sachet)	1-4 sachets per dag (afhankelijk van fabrikant)

Bron: Farmacotherapeutisch Kompas, 2015

11. Een delier is een niet te vermijden consequentie van pijnbestrijding met opioïden in de palliatieve fase.**Niet waar**

Opioïden - met name de langwerkende preparaten zoals oraal morfine met geregleerde afgifte en fentanylpleisters - hebben een verhoogd risico op een delier. Een delier treedt regelmatig op bij een overdosering, bijvoorbeeld door ophoping bij een verminderde nierfunctie en uitdroging of bij steeds hogere doseringen bij een voor opioïden ongevoelige pijn. Het is dan ook belangrijk extra alert te zijn op verschijnselen die wijzen op het ontwikkelen van een delier. Als overdosering van opioïden de oorzaak is van een (ontwikkeld) delier, moet u de dosering verlagen (NHG-Standaard *Delier*, 2014). Geef patiënten met dementie niet langdurig opioïden. Het risico op het ontwikkelen van een delier is bij deze patiënten vergroot (NHG-Standaard *Pijn*, actualisering november 2016).

Bijlage 4

Voorbeeldafspraken

Afspraak	Actie	Resultaatdoelstelling
De huisarts maakt gebruik van de Numerical Rating Scale (NRS) en de DN4-vragenlijst voor het vaststellen van de ernst en het soort pijn.	HA - Maakt gebruik van de NRS en DN4-vragenlijst. - Noteert de bevindingen in het HIS.	In de zes maanden na het FTO is bij alle patiënten in de palliatieve fase de ernst en het soort pijn vastgesteld met de NRS en DN4-vragenlijst.
De huisarts start met morfine met gereguleerde afgifte bij patiënten in de palliatieve fase die in aanmerking komen voor een onderhoudsbehandeling met sterkwerkende opioïden.	HA Schrijft morfine met gereguleerde afgifte voor aan alle patiënten in de palliatieve fase die starten met een sterkwerkend opioïd.	In de zes maanden na het FTO zijn alle nieuwe gebruikers van een opioïd in de palliatieve fase gestart met morfine met gereguleerde afgifte.
De huisarts schrijft bij alle patiënten met een sterkwerkend opioïd een laxans voor (tenzij bv. sprake is van diarree).	HA - Schrijft bij elk recept voor een sterkwerkend opioïd tevens een laxans voor. APO - Levert bij elk recept voor een sterkwerkend opioïd ook een laxans af, tenzij de huisarts expliciet op het recept aangeeft dat dit niet nodig is.	In de zes maanden na het FTO gebruikt 90% van de gebruikers van sterkwerkende opioïden tevens een laxans.
De huisarts gaat bij een delier in de palliatieve fase altijd na of een opioïd de oorzaak kan zijn.	HA Controleert bij een delier of een opioïd de oorzaak kan zijn.	In de zes maanden na het FTO is bij alle patiënten in de palliatieve fase met een delier beoordeeld of opioïden de oorzaak kunnen zijn.
Huisarts en apotheker geven alle patiënten met kanker en de betrokken naasten mondelinge en schriftelijke informatie over pijnbestrijding bij kanker.	HA - Geeft mondelinge informatie over werking, bijwerkingen, maximale doseringen, wel/niet bestaan van verslaving en gewenning bij opioïdgebruik. - Verwijst de patiënt naar relevante websites (zoals www.thuisarts.nl en www.kanker.nl) voor meer informatie. APO - Vraagt patiënt naar onduidelijkheden of angsten over de pijnbestrijding. - Verwijst de patiënt naar relevante websites voor meer informatie.	In de zes maanden na het FTO hebben alle patiënten met kanker en de betrokken naasten zowel mondelinge als schriftelijke informatie ontvangen over pijnbestrijding bij kanker.

Literatuur

- ▀ Baraya M, Knuistingh Neven A. Methylnaltrexon en obstipatie. Huisarts Wet 2011;54(11):628.
- ▀ Beuken - van Everdingen van den MHJ, Janssen-Jongen MLE. Het palliatief formularium, een praktische leidraad. 5de editie. Houten: BSL, 2013.
- ▀ Brouwers K. Ouderen lijden te vaak onnodig pijn. Opioiden te weinig ingezet. Pharm Weekbl 2012;147(6):14-5.
- ▀ Denneboom W. Opiaten bij het levenseinde: kennisniveau van apothekers en samenwerking met huisartsen. PW Wetenschappelijk Platform 2012;6:e1205.
- ▀ Dessel van N. Amitriptyline overschat bij neuropathische pijn. Huisarts Wet 2013;56(7):359.
- ▀ Diemel JM, Van den Hurk APJM, Muris JWM, et al. NHG-Standaard Obstipatie. Huisarts Wet 2010;53(9):484-98. Zie www.nhg.org.
- ▀ Eizenga WH, De Bont M, Vriezen JA, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Palliatieve zorg. Huisarts Wet 2006;49(6):208-12. Zie www.nhg.org.
- ▀ Eizenga W, Dautzenberg O, Eekhof J, et al. NHG-Standaard Delier. Huisarts Wet 2014;57(4):184-93. Zie www.nhg.org.
- ▀ Graaf de L. Neuropathische pijn omgeven met raadsels. Effectiviteit van analgetica teleurstellend. Pharm Weekbl 2013;148(1):20-3.
- ▀ Graaf de L. Praat met kankerpatiënt over de pijn. Pijn bij kanker nog steeds niet optimaal behandeld. Pharm Weekbl 2013;148(19):10-3.
- ▀ Graeff de A, Besse TC, Krol RJA. Richtlijn Pijn (2.1). Utrecht: IKNL, 2016. Zie www.pallialine.nl of www.oncoline.nl.
- ▀ Farmacotherapeutisch Kompas. Zie www.farmacotherapeutisch.kompas.nl.
- ▀ Huisarts-migrant.nl. Zie www.huisarts-migrant.nl (onder Ziektebeelden - Kanker en palliatieve zorg).
- ▀ 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.
- ▀ Maathuis H, Dijkstra D. Vermijden van onttrekkingsverschijnselen van fentanylpleisters. Huisarts Wet 2012;55(11):522-4.
- ▀ Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van pijn bij patiënten met kanker. Modulaire herziening. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, 2015. Zie www.oncoline.nl.
- ▀ NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 Huisarts en palliatieve zorg. Utrecht: NHG, 2009. Zie www.nhg.org.
- ▀ NHG-Werkgroep Pijn. NHG-Standaard Pijn aangepast: gewijzigde rotatietabel opiaten. Huisarts Wet 2016;59(11):492. Zie www.nhg.org voor de actuele versie van de NHG-Standaard.
- ▀ Oldenmenger WH. Pijn Lijden of Niet: onderzoek om kankergerelateerde pijnbehandeling te verbeteren. [proefschrift] Rotterdam: Erasmus MC, 2011.
- ▀ Schalkwijk A, Verhagen CAHHVM, Engels Y, et al. Valkuilen in de behandeling van neuropathische pijn bij patiënten met kanker. [Klinische les] Ned Tijdschr Geneesk 2011;155:A2492.
- ▀ Scholten W. Gebruik opioïde analgetica voor pijnbestrijding kan beter. Pharm Weekbl 2015;150(7):22-4.
- ▀ SFK. Gebruik opioïden neemt sterk toe. Pharm Weekbl 2013;148(45):9.
- ▀ Verenso. Multidisciplinaire richtlijn Pijn, Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Utrecht: Verenso, 2011. Zie www.verenso.nl.

