



FTO-module Pijn bij kwetsbare ouderen

Werkmateriaal voor een FTO-bijeenkomst

Colofon

Auteur

Marinka van Dalfsen, apotheker, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van

Paul Geels, niet praktiserend specialist ouderengeneeskunde, Instituut Verantwoord Medicijngebruik

Annelore van Dalen, specialist ouderengeneeskunde, Florence

Rian Bibo, specialist ouderengeneeskunde, Sevagram

Saskia ter Horst, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Valkenhof
Leden van de klankbordgroep, project 'Optimalisatie van de zorg voor verpleeghuisbewoners met pijn'

Illustratie

Len Munnik

2020

Deze FTO-module is ontwikkeld in het kader van het project 'Optimalisatie van de zorg voor verpleeghuisbewoners met pijn' door het Instituut Verantwoord Medicijngebruik in samenwerking met Verenso, LOC Zeggenschap in de zorg, het Pijnplatform en het Leids Universitair Medisch Centrum. Het project is gefinancierd door ZonMw (projectnummer: 848023003).

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut 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 Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht
T 0888 800 400
info@ivm.nl
www.ivm.nl

Inhoud

Inleiding	4
Een FTO-bijeenkomst over Pijn bij kwetsbare ouderen	5
Doel	5
Toelichting	5
Programma	5
Uitvoering	6
Voor de bijeenkomst	6
Tijdens de bijeenkomst	7
Bijlagen	
1 Handleiding prescriptiecijfers	9
2A Kennistoets	14
2B Toelichting kennistoets	16
3A Casuïstiek voor de arts en apotheker	19
3B Toelichting casuïstiek	27
4 Voorbeeldafspraken	32
5 Stroomschema 'Diagnostiek van pijn bij kwetsbare ouderen'	33
6 Overzicht niet-medicamenteuze interventies bij pijn	34
Literatuur	35

Inleiding

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@ivm.nl.

In het verpleeghuis worden zowel de termen patiënt, bewoner als cliënt gebruikt. Voor de eenduidigheid kiezen we in dit materiaal voor de term patiënt.

Deze FTO-module is bedoeld voor specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en (ziekenhuis)apothekers die een FTO-bijeenkomst voorbereiden over pijn bij kwetsbare ouderen. De module bevat werkvormen voor een bijeenkomst van ongeveer anderhalf uur.

Het programma in deze module richt zich op de behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Daarnaast richt deze module zich op het bevorderen van de samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en apothekers bij de behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Aan de hand van een kennistoets en casuïstiek bespreekt u eerst de belangrijkste aandachtspunten. Vervolgens gebruikt u prescriptiecijfers om het actuele gebruik van pijnmedicatie in kaart te brengen en te beoordelen of het beleid in overeenstemming is met de aanbevelingen uit de Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016). Tot slot maakt u afspraken over de behandeling van pijn en het geven van voorlichting.

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 Pijn bij kwetsbare ouderen

Doel

De deelnemers

- kennen de niet-medicamenteuze en medicamenteuze adviezen uit de Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016)
- hebben inzicht in hun eigen voorschrijfbeleid voor pijn bij kwetsbare ouderen
- maken afspraken over de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen en het geven van voorlichting hierover
- maken afspraken over de samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en apothekers bij kwetsbare ouderen met pijn

Chronische pijn is geassocieerd met tal van andere problemen, zoals depressie, angst, verminderde zelfredzaamheid, slaapproblemen, sociale isolatie, fysieke inactiviteit, (verdere) achteruitgang van cognitief functioneren en een verminderde kwaliteit van leven.

Uit onderzoek blijkt dat de herkenning en behandeling van chronische pijn niet optimaal is bij kwetsbare ouderen. Dit komt onder andere doordat zorgverleners de beschikbare instrumenten om pijn te herkennen en te meten nog (te) weinig inzetten. Daarnaast vindt de behandeling van pijn nog onvoldoende systematisch plaats aan de hand van de pijnladder van de World Health Organisation (WHO).

Een laatste aandachtspunt is de medicatieoverdracht bij ontslag uit het verpleeghuis, een geriatrische revalidatie-afdeling of ziekenhuis, zodat huisartsen, apothekers en andere zorgverleners de pijnbehandeling kunnen evalueren en zo nodig bijstellen. Dit kan bijdragen aan verminderen van ongepast gebruik van opioïden en risico's op bijwerkingen verkleinen.

Toelichting

Het aantal ouderen in Nederland neemt snel toe. In 2040 zijn er naar verwachting 4,8 miljoen 65-plussers in Nederland (CBS, 2017). Dit betekent dat ook het aantal kwetsbare ouderen toe zal nemen. Bij kwetsbare ouderen is de chronische aanwezigheid van pijn een veelvoorkomend probleem. Dit betreft kwetsbare ouderen die thuis wonen en kwetsbare ouderen die (tijdelijk) verblijven in zorginstellingen.



Programma

- 5 minuten Inleiding en doel
- 10 minuten Themajournaal Pijn
- 15 minuten Kennistoets
- 30 minuten Casuïstiek
- 15 minuten Eigen voorschrijfbeleid
- 10 minuten Maken van afspraken
- 5 minuten Afsluiting

Uitvoering

Artsen en apothekers die meer werk willen maken van professionalisering van het FTO, kunnen hierbij ondersteuning krijgen van het IVM. Voor meer informatie zie www.ivm.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.

Voor de bijeenkomst

- Bereid de bijeenkomst drie tot vier weken van tevoren voor (specialist ouderengeneeskunde, huisarts en apotheker samen). Bekijk het programma en de werkwijze van de bijeenkomst en maak samen afspraken over de taakverdeling tijdens de bijeenkomst.
- Bestudeer de materie. U kunt hiervoor gebruik maken van de Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016), de toelichting bij de kennistoets (bijlage 2B), de toelichting bij de casuïstiek (bijlage 3B), bijlage 5, bijlage 6 en de literatuurlijst.
- Voor het verkrijgen van inzicht in het medicamenteuze beleid van de deelnemers van de FTO-groep maakt u gebruik van cijfers. Bepaal aan de hand van de handleiding prescriptiecijfers (bijlage 1) of u gebruik maakt van de gegevens afkomstig uit het verpleeghuis, de huisartsenpraktijk of de apotheek. In bijlage 1 vindt u welke gegevens in dit kader zinvol zijn en hoe u die kunt genereren.
- Stuur drie weken voor de bijeenkomst bijlage 1 naar de deelnemende apotheker(s) of artsen die de gegevens zullen genereren. Vraag ze de gegevens uiterlijk een week voor de bijeenkomst terug te sturen.
- Maak van de prescriptiecijfers grafieken voor het FTO. Gebruik daarbij de instructies van bijlage 1.
- Bekijk de PowerPoint-presentatie behorend bij deze FTO-module en pas deze zo nodig aan.
- Bekijk het themajournaal Pijn (zie www.ivm.nl) en bepaal of u dit wilt laten zien in het FTO. Op de website vindt u ook een link waarmee u het journaal kunt downloaden, zodat u het journaal tijdens het FTO kunt bekijken zonder internet-verbinding.
- Stuur uiterlijk een week voor de FTO-bijeenkomst een uitnodiging en agenda naar alle deelnemers.
- Kopieer bijlage 2A, 2B, 3A, 3B en de grafieken voor alle deelnemers.

Tijdens de bijeenkomst

Inleiding en doel (5 min)

- Leid de bijeenkomst in met behulp van de tekst onder 'Doel' en 'Toelichting' en bespreek het programma.

Themajournaal Pijn (10 min)

- Toon het themajournaal Pijn (zie www.ivm.nl/journaal). Dit audiovisueel journaal besteedt aandacht aan onder andere de diagnose en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen.

Kennistoets (15 min)

- Deel de kennistoets uit (bijlage 2A) en vraag de deelnemers deze in 5 minuten te beantwoorden.
- Bespreek de kennistoets door bij elke vraag een deelnemer naar zijn antwoorden te vragen. Vraag vervolgens de overige deelnemers naar afwijkende antwoorden.
- Bekijk of de antwoorden overeenkomen met het beleid uit de Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016). Maak hierbij gebruik van de toelichting op de kennistoets (bijlage 2B).
- Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussie beoordelen of er reden is voor aanpassing van het eigen beleid. Laat hen verbeterpunten benoemen. Noteer deze op een flap-over.

Casuïstiek (30 min)

- Deel bijlage 3A uit aan de deelnemers. Vraag de deelnemers de vragen in 5 tot 10 minuten te beantwoorden.
- Bespreek de casuïstiek. Gebruik hierbij de informatie van bijlage 3B. Besteed expliciet aandacht aan het signaleren van pijn en de niet-medicamenteuze behandeling. Vermijd zoveel mogelijk discussie over de casuïstiek zelf.
- Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussie verbeterpunten benoemen. Noteer deze op een flap-over.

Eigen voorschrijfbeleid (15 min)

- Presenteer de grafieken. Bespreek de onderlinge verschillen en ga na in welke mate de deelnemers voorschrijven volgens de adviezen in de Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016).
- Laat de artsen aangeven waarom zij (eventueel) afwijken en welke problemen zij ervaren met het volgen van het beleid in de Verenso-richtlijn.
- Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen. Noteer deze op een flap-over.



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.

Maken van 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 terug in het kader 'Voorbeeld evaluatieprogramma'.
- Deel bijlage 2B, 3B en de grafieken 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 resultaatdoelstellingen.

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

Bij het genereren van gegevens uit AIS kunt u gebruik maken van standaardscripts of een rapportgenerator, 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).

Instructies voor de voorbereiders

Bij het bespreken van de behandeling van pijn in het FTO zijn cijfers die antwoord geven op de volgende vragen relevant:

1. Welke pijnmedicatie schrijven artsen voor bij patiënten ≥ 70 jaar?
2. Hoeveel patiënten (≥ 70 jaar) gebruiken een maagbeschermer bij het gebruik van NSAID's?
3. Hoeveel patiënten (≥ 70 jaar) gebruiken een laxans bij het gebruik van opioïden?

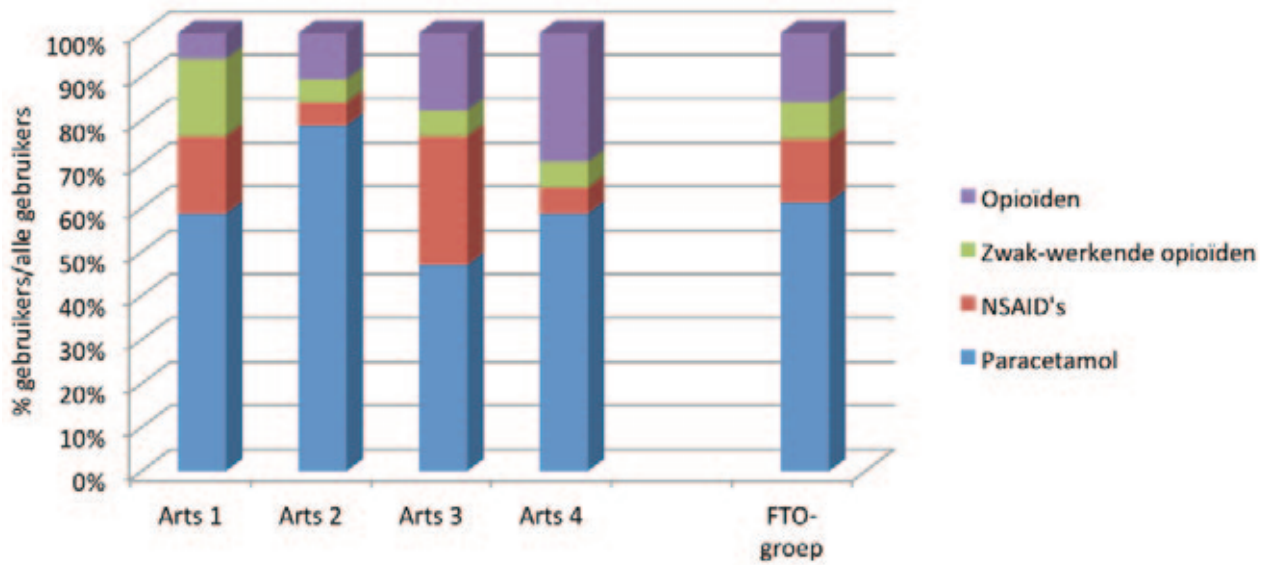
Voor het inzichtelijk maken van het medicamenteuze beleid kunt u gebruik maken van gegevens uit het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) van het verpleeghuis of apotheekinformatiesysteem (AIS). Als huisartsen deelnemen aan het FTO kunt u ook gebruik maken van het huisartseninformatiesysteem (HIS). Vraag 2 en vraag 3 zijn standaard als FPZ-search aanwezig in Medimo. Afhankelijk van de mogelijkheden in uw FTO beslist u welke gegevensbron u gebruikt voor het verzamelen van de gegevens. Kies voor één type gegevensbron per vraag, vanwege eventuele verschillen tussen de te genereren gegevens.

Na het verzamelen van de afzonderlijke gegevens van de artsen of apotheker(s) maakt u de bijbehorende grafieken bijvoorbeeld met behulp van Excel. Hieronder vindt u voorbeeldgrafieken.

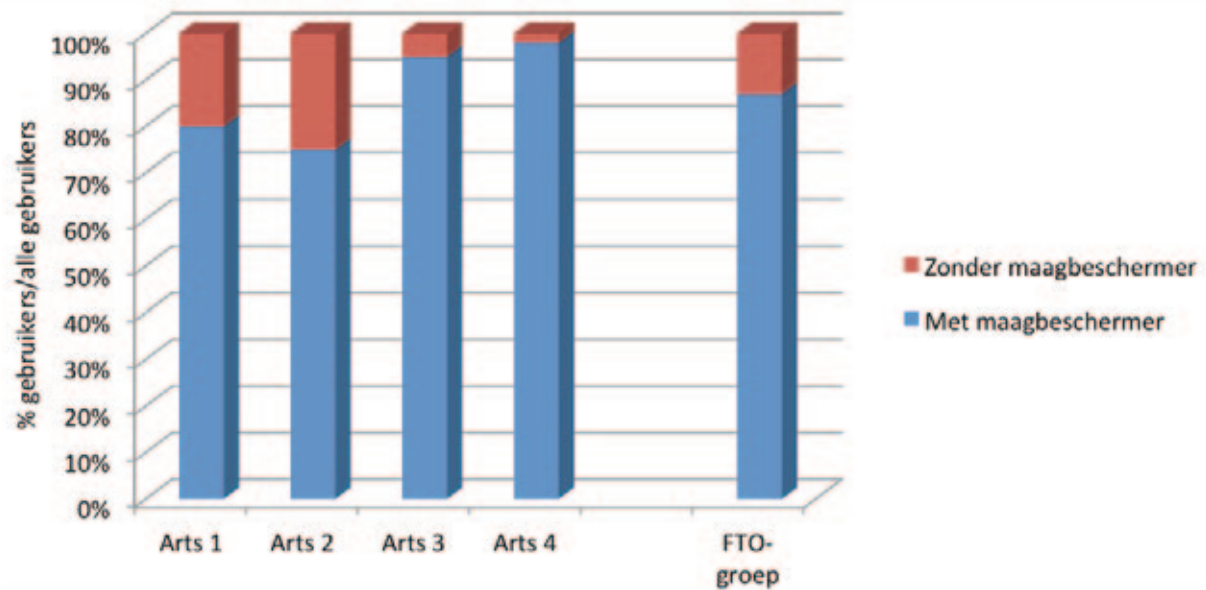
Wanneer u een vraag heeft over het verkrijgen van gegevens en het maken van de grafieken, kunt u contact opnemen met de helpdesk 'cijfers' van het IVM via helpdeskcijfers@ivm.nl.

Voorbeeldgrafieken

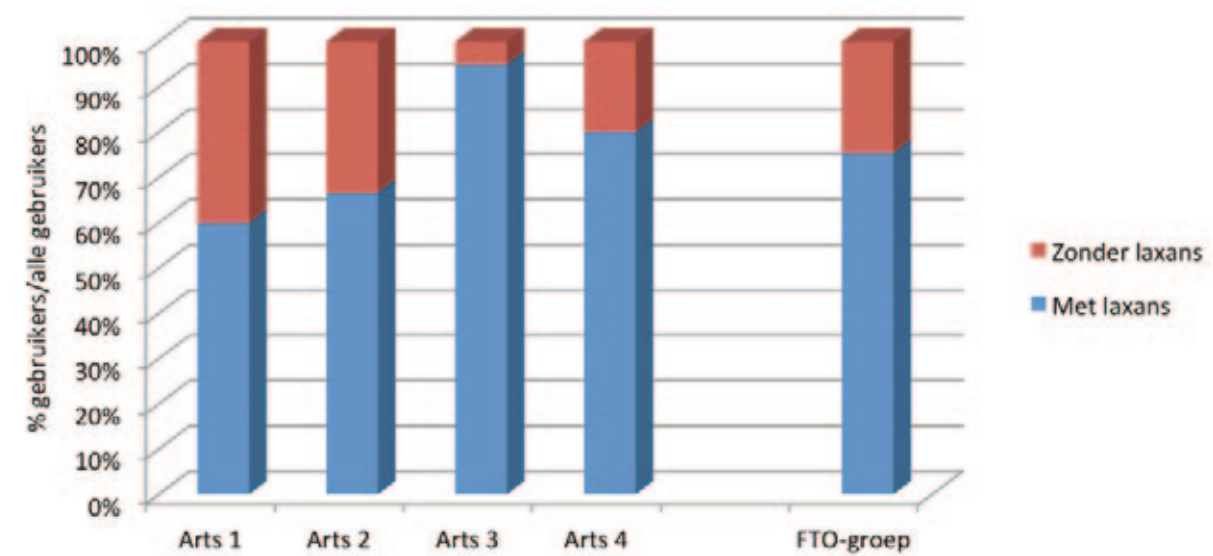
Voorbeeldgrafiek 1 Gebruik pijnmedicatie



Voorbeeldgrafiek 2 NSAID's en maagbescherming



Voorbeeldgrafiek 3 Opioiden en laxans



Instructies voor huisartsen en apothekers

Via het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS)

Vraag 1 Welke pijnmedicatie schrijven artsen voor?

- Bepaal per arts van de FTO-groep het totaal aantal voorschriften van pijnmedicatie in de afgelopen 12 maanden.
- Bepaal het aantal voorschriften per type pijnstiller:
 - paracetamol
 - NSAID's
 - zwak-werkende opioïden
 - opioïden
- Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Vraag 2 Hoeveel patiënten gebruiken een maagbeschermer bij het gebruik van NSAID's?

- Selecteer per arts van de FTO-groep alle patiënten die op dat moment een NSAID gebruiken.
- Bepaal het aantal patiënten met een maagbeschermer.
- Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Vraag 3 Hoeveel patiënten gebruiken een laxans bij het gebruik van opioïden?

- Selecteer per arts van de FTO-groep alle patiënten die op dat moment een opioïd gebruiken.
- Bepaal het aantal patiënten met een laxans.
- Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

Optioneel: eventueel kunt u het beleid per afdeling of locatie van het verpleeghuis bepalen in plaats van per afzonderlijke arts.

Via het huisartseninformatiesysteem (HIS) of apotheekinformatiesysteem (AIS)

Vraag 1 Welke pijnmedicatie schrijven artsen voor?

- Selecteer alle patiënten van 70 jaar of ouder.
- Bepaal per arts van de FTO-groep het totaal aantal voorschriften van pijnmedicatie in de afgelopen 12 maanden.
- Bepaal het aantal voorschriften per type pijnstiller:
 - paracetamol
 - NSAID's
 - zwak-werkende opioïden
 - opioïden
- Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Vraag 2 Hoeveel patiënten gebruiken een maagbeschermer bij het gebruik van NSAID's?

- Selecteer alle patiënten van 70 jaar of ouder.
- Selecteer per arts van de FTO-groep alle patiënten die een NSAID gebruiken.
- Bepaal het aantal patiënten met een maagbeschermer.
- Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Vraag 3 Hoeveel patiënten gebruiken een laxans bij het gebruik van opioïden?

- Selecteer alle patiënten van 70 jaar of ouder.
- Selecteer per arts van de FTO-groep alle patiënten die een opioïd gebruiken.
- Bepaal het aantal patiënten met een laxans.
- Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

Tabel 1 Relevante ATC-codes*

ATC-code	Geneesmiddel
A02BA	H2-antagonisten
A02BB01	Misoprostol
A02BC	Protonpompremmers
A06A	Middelen bij obstipatie
N02BE01	Paracetamol
NSAID's	
M01AB05	Diclofenac
M01AB55	Diclofenac combinatiepreparaten
M01AC06	Meloxicam
M01AE01	Ibuprofen
M01AE02	Naproxen
M01AH01	Celecoxib
M01AH05	Etoricoxib
Zwak-werkende opioïden	
N02AA59	Codeïne combinatiepreparaten
N02AX02	Tramadol
N02AX52	Tramadol combinatiepreparaten
R05DA04	Codeïne
Opioïden**	
N02AA01	Morfine
N02AA03	Hydromorfon
N02AA05	Oxycodon
N02AA55	Oxycodon combinatiepreparaten
N02AB03	Fentanyl
N02AX06	Tapentadol
N02AE01	Buprenorfine
N07BC02	Methadon

* Middelen voor neuropathische pijn blijven buiten beschouwing, omdat artsen deze middelen ook voor andere indicaties dan pijn kunnen voorschrijven.

** Middelen die alleen als intraveneuze toedieningsvorm beschikbaar zijn, zijn buiten beschouwing gelaten.

Bijlage 2A

Kennistoets

Kruis bij elke vraag de juiste optie(s) aan.

1. **Hoeveel procent van de verpleeghuisbewoners ervaart pijn?**
 - 5 tot 20 procent
 - 20 tot 40 procent
 - 40 tot 70 procent
 - 70 tot 90 procent

2. **Kwetsbare ouderen met multiple sclerose ervaren een hogere pijnintensiteit dan patiënten zonder multiple sclerose.**
 - Juist
 - Onjuist

3. **Wat is voor kwetsbare ouderen (zonder risicofactoren voor leverschade) de maximale paracetamoldosering na 4 weken gebruik?**
 - 1,5 gram per dag
 - 2,5 gram per dag
 - 3 gram per dag
 - 4 gram per dag

4. **Wat is een risicofactor voor leverschade bij gebruik van paracetamol?**
 - Roken
 - Gebruik van carbamazepine
 - Laag lichaamsgewicht (< 50 kg)
 - Alle genoemde opties zijn juist

5. **Bij kwetsbare ouderen met maagklachten hebben COX-2-remmers de voorkeur boven klassieke NSAID's.**
 - Juist
 - Onjuist

6. **Welke NSAID moet een voorschrijver vermijden bij een patiënt die acetylsalicylzuur gebruikt?**
 - Diclofenac
 - Ibuprofen
 - Meloxicam
 - Naproxen

7. **Als paracetamol bij kwetsbare ouderen onvoldoende pijnstilling geeft, is codeïne een geschikt alternatief.**
 - Juist
 - Onjuist

8. Welke opioïden zijn geschikt voor behandeling van doorbraakpijn bij kanker? *Meerdere opties zijn juist.*

- Buprenorfine (pleister)
- Fentanyl (neusspray)
- Fentanyl (sublinguale tablet)
- Oxycodon met directe afgifte
- Oxycodon met gereguleerde afgifte

9. Welk middel heeft de voorkeur bij kwetsbare ouderen met trigeminusneuralgie?

- Amitriptyline
- Carbamazepine
- Gabapentine
- Sertraline

10. Van welke medicatie past u de dosering aan bij een nierfunctie van 45 ml/min/1,73 m²?

- Nortriptyline
- Duloxetine
- Pregabaline
- Oxycodon

Bijlage 2B

Toelichting kennistoets

De antwoorden op deze kennistoets zijn vooral gebaseerd op de Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016). Waar een andere bron is gebruikt, is dit aangegeven.

1. Hoeveel procent van de verpleeghuisbewoners ervaart pijn?

40 tot 70 procent

Uit onderzoek blijkt dat in Nederlandse verpleeghuizen de prevalentie van pijn varieert tussen de 43% en 68% (Smalbrugge, 2007; Boerlage, 2008; Hendriks, 2015; van Kooten, 2017). De meeste van deze ouderen hadden chronische pijn. De belangrijkste oorzaken voor chronische pijn zijn musculoskeletale stoornissen, zoals artrose, rugpijn of nekpijn. Chronische pijn kan gevolgen hebben voor lichamelijk, psychologische en/of sociaal functioneren. Hierdoor kunnen beperkingen en handicaps ontstaan in het dagelijks leven, bijvoorbeeld verlies van sociale contacten en verlies van bezigheden.

2. Kwetsbare ouderen met multiple sclerose ervaren een hogere pijnintensiteit dan patiënten zonder multiple sclerose.

Juist

Kwetsbare ouderen met multiple sclerose ervaren een hogere pijnintensiteit. Ze hebben een lagere detectiedrempel voor kou en tast, een hogere detectiedrempel voor warmte en een lagere pijndrempel voor druk op spieren. Als patiënten met multiple sclerose ook cognitieve beperkingen hebben, is de pijnintensiteit gelijk of hoger dan zonder cognitieve beperkingen. Ook andere aandoeningen kunnen de pijnintensiteit verhogen, zoals een CVA, vasculaire of semantische dementie. Aandoeningen die de pijnintensiteit verlagen zijn bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer en Lewy body dementie.

3. Wat is voor kwetsbare ouderen (zonder risicofactoren op het ontstaan van leverschade) de maximale paracetamoldosering na 4 weken gebruik?

2,5 gram per dag

De maximale dosering bij chronisch gebruik van paracetamol (langer dan 4 weken) is 2,5 gram per dag. Verlaging van de dosering bij chronisch gebruik is nodig vanwege risico op leverschade. In de literatuur zijn casussen beschreven van patiënten waarbij na langdurig gebruik van paracetamol leverbeschadiging optrad. Bij gebruik in de juiste dosering, heeft paracetamol een gunstig veiligheidsprofiel. De kans op bijwerkingen is ook bij kwetsbare ouderen minder hoog dan bij andere pijnstillers, zoals NSAID's en opioïden. Bij gebruik korter dan 4 weken is de maximale dosering maximaal 4 gram.

4. Wat is een risicofactor voor leverschade bij gebruik van paracetamol?

Alle genoemde opties zijn juist

Roken, gebruik van carbamazepine en een laag lichaamsgewicht zijn risicofactoren voor leverschade bij paracetamolgebruik. Daarom adviseert de Verenso-richtlijn om bij aanwezigheid van één of meerdere risicofactoren de paracetamoldosering te verlagen. De maximale dagdosering bij één risicofactor is 2,0 gram per dag. Als meerdere risicofactoren aanwezig zijn, is de maximale dagdosering 1,5 gram per dag. Andere risicofactoren voor leverschade bij paracetamolgebruik zijn:

- bestaande leverziekte
- chronisch alcoholgebruik (> 2 glazen per dag)
- hoge leeftijd
- genetisch bepaalde lage metabolisatiesnelheid
- gebruik van CYP2E1-enzym-inducerende middelen, zoals fenytoïne, fenobarbital, isoniazide, rifampicine
- vasten, slechte voedingstoestand, eiwit-armdieet
- gecombineerd gebruik van meerdere pijnstillers

5. Bij kwetsbare ouderen met maagklachten hebben COX-2-remmers de voorkeur boven klassieke NSAID's.

Onjuist

COX-2-remmers hebben geen plaats bij de behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deze middelen bieden onvoldoende bescherming tegen gastro-intestinale bloedingen, terwijl ze evenveel risico geven op cardiovasculaire en renale toxiciteit als klassieke NSAID's. Gezien de frequente bijwerkingen bij kwetsbare ouderen zijn ook de klassieke NSAID's geen eerste keus middelen. Bij patiënten met artritis kan de voorschrijver klassieke NSAID's met grote voorzichtigheid toepassen. Verhoogde voorzichtigheid is vooral geboden bij mensen met een lage nierfunctie, gastropathie, hart- en vaatziekten of congestief hartfalen. Als de arts een NSAID voorschrijft, is adequate maagbescherming noodzakelijk.

6. Welke NSAID moet een voorschrijver vermijden bij een patiënt die acetylsalicylzuur gebruikt?

Ibuprofen

Ibuprofen remt de werking van acetylsalicylzuur, waardoor het de patiënt onvoldoende bescherming geeft. Diclofenac heeft geen nadelig effect op de werking van acetylsalicylzuur. Van de andere NSAID's is niet bekend of ze de werking van acetylsalicylzuur verminderen.

Bron: KNMP Kennisbank (2020)

7. Als paracetamol bij kwetsbare ouderen onvoldoende pijnstilling geeft, is codeïne een geschikt alternatief.

Onjuist

De Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016) adviseert geen codeïne bij kwetsbare ouderen. De meerwaarde van codeïne is bij kwetsbare ouderen niet bewezen, want het geeft veel kans op bijwerkingen en heeft weinig effect. Bijwerkingen zijn bijvoorbeeld duizeligheid, misselijkheid, braken en obstipatie. Bovendien mist ongeveer tien procent van de bevolking het enzym (CYP2D6) dat codeïne in een actieve vorm omzet.

8. Welke opioïden zijn geschikt voor behandeling van doorbraakpijn bij kanker?

Fentanyl (neusspray), fentanyl (sublinguale tablet), oxycodon met directe afgifte

De werking van fentanyl als neusspray en sublinguale tablet, en oxycodon met directe afgifte treedt snel in. Deze middelen zijn daarom geschikt voor behandeling van doorbraakpijn. Dit geldt ook voor andere vormen van rapid onset fentanyl en opioïden met directe afgifte. De keuze voor een geneesmiddel hangt onder andere af van de mogelijkheden en voorkeur van de patiënt, het soort doorbraakpijn en de kosten.

Bron: NVA-richtlijn Pijn bij patiënten met kanker (2019)

9. Welk middel heeft de voorkeur bij kwetsbare ouderen met trigeminusneuralgie?

Carbamazepine

Carbamazepine is het middel van voorkeur bij trigeminusneuralgie. Dit geldt ook voor kwetsbare ouderen. Wel is voorzichtigheid geboden bij kwetsbare ouderen met ernstige hart- en vaatziekten en lever- en nierziekten. Daarnaast gelden voorzorgsmaatregelen: voorafgaand en tijdens de behandeling moet de voorschrijver het volledig bloedbeeld (inclusief trombocyten, reticulocyten en serumijzer vanwege risico op beenmergdepressie) en leverfunctie laten controleren. Als er bewijs is voor een significante beenmergdepressie in combinatie met verslechtering van de leverfunctie of ernstige allergische huidreacties, moet de voorschrijver de behandeling staken.

10. Van welke medicatie past u de dosering aan bij een nierfunctie van 45 ml/min/1,73 m²?

Pregabaline

De nieren scheiden pregabaline vrijwel volledig in onveranderde vorm uit met de urine. Een verminderde nierfunctie leidt tot een verhoogde plasmaconcentratie, waardoor meer bijwerkingen kunnen optreden. Daarom geldt een verlaagde standaarddosering bij patiënten met een verminderde nierfunctie. De afbraak van amitriptyline, duloxetine en oxycodon verloopt voornamelijk via de lever. Bij deze GFR van 45 ml/min/1,73 m² is daarom geen aangepaste dosering nodig.

Bijlage 3A

Casuïstiek voor de arts en apotheker

Casus 1

1A

Meneer Yildiz (76 jaar) heeft 2,5 maand geleden een myocardinfarct gehad. Drie weken geleden kreeg hij een cerebrovasculair accident (CVA). Hij verblijft op een geriatrische revalidatieafdeling. Als gevolg van het CVA is hij incontinent en heeft hij mobiliteitsproblemen. Vanwege zijn migratieachtergrond en het doorgemaakte CVA is alleen eenvoudige communicatie met meneer Yildiz mogelijk. Hij gebruikt onder andere acetylsalicylzuur, gliclazide, hydrochloorthiazide, insuline glargine, metformine en metoprolol. De nierfunctie van meneer Yildiz is verminderd, maar wel stabiel gedurende het laatste jaar (eGFR 48 ml/min/1,73 m²).

Meneer Yildiz is de laatste weken steeds meer geagiteerd. U vraagt zich af of de aanwezigheid van pijn het gedrag van meneer Yildiz veroorzaakt.

Hoe kunt u in kaart brengen of meneer Yildiz pijn heeft?

1B

Na uitgebreid onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van pijn waarschijnlijk een belangrijke rol speelt bij de agitatie van meneer Yildiz. Meneer Yildiz kruist bij herhaling en op verschillende tijdstippen op een numerieke pijnschaal het cijfer 8 aan. Zijn pijnklachten lijken het gevolg van diabetische polyneuropathie.

Wat is uw beleid?

Welke mondelinge en schriftelijke voorlichting geeft u?

Wat is uw beleid als meneer Yildiz een leverfunctiestoornis heeft?

1C

Vier weken later: na het starten van duloxetine is de pijn ten gevolge van de diabetische polyneuropathie iets verminderd, maar meneer Yildiz ervaart nog steeds pijnklachten. Op een numerieke pijnschaal kruist meneer Yildiz een 6 aan. Wel is hij in de afgelopen maanden steeds meer hersteld van het doorgemaakte CVA. Volgende week gaat hij met ontslag naar huis.

Wat is uw beleid ten aanzien van de pijnbehandeling bij ontslag?

Casus 2

2A

Mevrouw Sluis (92 jaar) heeft Alzheimerdementie (MMSE 9 punten). Het valt de verzorging op dat mevrouw van der Sluis de laatste dagen een gespannen indruk maakt. Ze huilt af en toe en wrijft daarbij over haar knieën. Ook lijkt ze het lopen zoveel mogelijk te vermijden. De ochtend- en avondzorg, maar ook de toiletgang verloopt steeds moeizamer. Mevrouw Sluis weert de verzorgenden af als ze haar kleding willen wisselen. Mevrouw Sluis kan als gevolg van haar gevorderde dementie haar klachten niet goed onder woorden brengen.

In het dossier vindt u de volgende gegevens:

Acetylsalicylzuur 80 mg	1 dd 1 t
Atorvastatine 40 mg	1 dd 1 t
Calcium/vitamine D3 500 mg/800 IE	1 dd 1 t
Furosemide 40 mg	1 dd 1 t
Hydrochloorthiazide 12,5 mg	1 dd 1 t
Latanoprost/timolol 50 mcg/5 mg/ml	1 dd 1 druppel in linkeroog
Levothyroxine 50 mcg	1 dd 1 t
Metoprolol 100 mg mga	1 dd 1 t
Sertraline 50 mg	1 dd 1 t
Lichaamsgewicht	65 kg
Lengte	165 cm
eGFR	55 ml/min/1,73 m ²

Hoe brengt u in kaart of mevrouw Sluis pijn heeft?

2B

Uit de pijnobservatie en het lichamelijk onderzoek blijkt dat mevrouw Sluis zeer waarschijnlijk pijn heeft. De arts denkt aan generaliseerde artrose als oorzaak van de pijn.

Mevrouw Sluis start met paracetamol. Het verzorgend personeel heeft via de ergotherapeut een PDL-advies (Passiviteiten van het Dagelijks Leven) gekregen. Verder laat de verzorging mevrouw Sluis dagelijks een half uur snoezelen met rustgevende natuurgeluiden. Na het starten van deze interventies merkt de verzorging op dat mevrouw Sluis rustiger is en de lichaamsverzorging beter toelaat. Ze lijkt ook wat beter te lopen.

Vier weken later lijkt de pijn weer toe te nemen. Mevrouw Sluis is steeds meer onrustig en haar gezichtsuitdrukking is gespannen. Lopen probeert ze zoveel mogelijk te vermijden. De vertegenwoordiger van mevrouw Sluis wil liever niet starten met 'echte morfine' en vraagt of tramadol een optie is.

Wat is uw antwoord?

Casus 3

3A

Meneer Baron (85 jaar) is opgenomen op de ELV-afdeling (Eerstelijnsverblijf). Zijn dochter Annie is mantelzorger. Annie is tijdelijk uit de roulatie in verband met het plaatsen van een heupprothese. De verwachting is dat Annie na 8 weken voldoende hersteld is. Dan kan zij de zorg van meneer Baron weer op zich nemen.

Vier maanden geleden is gemetastaseerd prostaatcarcinoom gediagnosticeerd. Hiervoor is meneer Baron gestart met gecombineerde hormonale behandeling en chemotherapie. Ten gevolge van metastases in de botten heeft meneer Baron veel pijn die in de thuissituatie niet goed onder controle was. Daarom heeft huisarts van meneer Baron de medische zorg tijdens de ELV-opname tijdelijk aan de specialist ouderengeneeskunde overgedragen.

Meneer Baron gebruikt de volgende medicatie:

Amlodipine 5 mg	1 dd 1 t
Calcium/colecalciferol 500 mg/800 IE	1 dd 1 t
Denosumab 70 mg/ml, 1 ampul=1,7 ml	1 ampul per 4 weken
Hydrochloorthiazide 12,5 mg	1 dd 1 t
Leuproreline implantaat 5 mg	1 inj per 3 maanden
Macrogol/elektrolyten 13,7 g	1-2 dd 1 sa
Pantoprazol 40 mg	1 dd 1 c
Paracetamol 500 mg	4 dd 2 t
Oxycodon 10 mg mga	2 dd 1 t

Wat is uw beleid bij overdracht van de behandeling van de eerste lijn naar het verpleeghuis?

3B

De arts heeft de pijn van meneer Baron opnieuw in kaart gebracht. Uit de pijnanamnese bleek dat meneer Baron naast continue pijn ook doorbraakpijn ervaart. De doorbraakpijn treedt meestal op tijdens het wassen en aankleden in de ochtend. Daarnaast heeft meneer Baron een paar keer per week ook doorbraakpijn zonder duidelijk aanwijsbare oorzaak. De hevige pijn houdt dan een half uur tot een uur aan.

Wat is uw beleid?

3C

In overleg met meneer Baron start u met fentanylneusspray 50 mcg per dosis.

Twee weken later spreekt u meneer Baron. Hij gebruikt onder-tussen tweemaal daags 15 mg oxycodon mga (naast paracetamol) en gemiddeld 2 keer per dag 1 spray fentanylneusspray van 50 mcg per dosis. Met deze medicatie is de achtergrondpijn matig onder controle. Meneer Baron klaagt ook over obstipatie, ondanks gebruik van een laxans.

Wat is uw beleid nu?

Bijlage 3B

Toelichting casuïstiek

Casus 1

De antwoorden op deze casuïstiek zijn vooral gebaseerd op de Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016). Waar een andere bron is gebruikt, is dit aangegeven.

Voor de diagnostiek van pijn bij kwetsbare ouderen kunt u het stroomschema (figuur 1) uit de Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016) gebruiken. Dit stroomschema vindt u in bijlage 5.

TIP
Maak inzichtelijk welke niet-medicamenteuze interventies bij kwetsbare ouderen met pijn in uw praktijk en/of verpleeghuis mogelijk zijn en wanneer u deze interventies kunt inzetten. Zie bijlage 6 voor een overzicht van niet-medicamenteuze interventies bij pijn.

1A

Hoe kunt u in kaart brengen of meneer Yildiz pijn heeft?

Als behandelend arts kunt u pijn het beste in kaart brengen door te vragen naar pijn. Kwetsbare ouderen zijn in het algemeen minder geneigd om pijn uit zichzelf te erkennen en te melden. Daarom is het belangrijk om als vast onderdeel van de dagelijkse zorg te vragen naar de aanwezigheid van pijn. Observeer daarbij ook potentiële indicatoren van pijn, zoals:

- verbale signalen, lichaamstaal en gezichtsexpressie
- acute gedragssignalen
- algemene veranderingen in gedrag of stemming

Meet de pijnintensiteit met een eenvoudige schaal, zoals een numerieke schaal of een verbale schaal. Deze pijnschalen geven betrouwbaardere resultaten dan een gezichtjesschaal of visuele analoge schaal (VAS). Vraag meneer Yildiz ook waar de pijn zit en of hij eventueel zelf pijnmedicatie gebruikt. Probeer naast de pijnintensiteit en lichamelijke gevolgen ook het effect op emotioneel, cognitief, functioneel en sociaal vlak te achterhalen.

1B

Wat is uw beleid?

Als eerste dient u niet-medicamenteuze interventies in te zetten. Bij chronische pijn zijn (cognitieve) gedragstherapie, mindfulness/meditatie en aanrakingstherapieën mogelijk effectief in het reduceren van pijn. Niet-medicamenteuze interventies zijn altijd aanvullend aan medicamenteuze interventies. Bij pijnlijke diabetische polyneuropathie kunt u in overleg met meneer Yildiz starten met eenmaal daags 30 mg duloxetine. Andere opties bij diabetische polyneuropathie zijn nortriptyline, gabapentine en pregabaline. De Verenso-richtlijn adviseert om eerst duloxetine of nortriptyline voor te schrijven. Nortriptyline is bij meneer Yildiz gecontra-indiceerd vanwege een recent myocardinfarct.

Welke mondelinge en schriftelijk voorlichting geeft u?

Bespreek met meneer Yildiz dat neuropathische pijn in het algemeen erg moeilijk te behandelen is. De werking van duloxetine bij neuropathie treedt vanaf één week in. Frequente bijwerkingen zijn misselijkheid, droge mond, obstipatie, hoofdpijn, slaperigheid en vermoeidheid. Deze bijwerkingen treden op bij meer dan 10 procent van de patiënten.

Bespreek met meneer Yildiz en het verzorgend personeel (of thuiszorg) dat duloxetine een wisselwerking heeft met hydrochloorthiazide. Bij gelijktijdig gebruik kan de natriumspiegel dalen, waardoor een ernstig natriumtekort kan ontstaan. Dit kan vooral optreden tijdens de eerste 2 tot 4 weken van de behandeling met duloxetine. Vertel meneer Yildiz en het verzorgend personeel (of thuiszorg) dat dit risico groter is bij situaties als infecties, braken, diarree, grote inspanning en hoge omgevingstemperatuur. Symptomen als zeer hevige vermoeidheid, sufheid, slecht aanspreekbaar zijn en verminderde eetlust moet het verzorgend personeel dus snel melden aan de arts. Eventueel kunt u de natriumspiegel monitoren.

Voor schriftelijke informatie kunt u meneer Yildiz en zijn vertegenwoordiger verwijzen naar www.apotheek.nl of www.thuisarts.nl. Ook kunt u wijzen op de patiëntfolder 'Pijn lijden? Niet nodig, er is bijna altijd iets aan te doen' (zie www.verenso.nl).

Wat is uw beleid als meneer Yildiz een leverfunctiestoornis heeft?

Een leverfunctiestoornis is een contra-indicatie voor duloxetine, want de lever metaboliseert duloxetine tot inactieve metabolieten. Als medicamenteuze behandeling komt dan gabapentine of pregabaline in aanmerking. Bij meneer Yildiz is het noodzakelijk om de dosering aan te passen op basis van de verminderde nierfunctie. De Verenso-richtlijn geeft geen expliciete voorkeur voor één van beide middelen. Wel laat de richtlijn zien dat de bewijskracht voor effectiviteit bij pijnlijke diabetische neuropathie voor gabapentine iets hoger is dan voor pregabaline. U kunt bijvoorbeeld starten met driemaal daags 100 mg gabapentine en titreren op geleide van klachten. De maximale dosering bij een eGFR van 30 tot 50 ml/min/1,73 m² is 900 mg per dag (KNMP, 2020).

TIP

Maak binnen de FTO-groep afspraken over de overdracht van de zorg bij opname en ontslag in het verpleeghuis.

1C

Wat is uw beleid ten aanzien van de pijnbehandeling bij ontslag?

U bespreekt als arts de actuele pijnklachten en de overwegingen voor het huidige beleid. U adviseert de pijn te blijven monitoren en zo nodig de onderhoudsdosering op te hogen. Naast een schriftelijk overdracht neemt u contact op met de huisarts voor een 'warme' overdracht. Heeft de apotheek van het verpleeghuis de medicatielevering tijdens de opname overgenomen? Zorg dan dat de vaste apotheek op de hoogte is van het ontslag en verstrek een actueel medicatieoverzicht.

Casus 2

2A

Hoe brengt u in kaart of mevrouw Sluis pijn heeft?

Mevrouw Sluis heeft cognitieve en communicatieve beperkingen. Daarom gebruikt u een observatieschaal om te beoordelen of mevrouw Sluis pijn heeft. Onderstaand kader geeft een overzicht van observatieschalen die geschikt zijn voor de Nederlandse setting. Naast observatie van pijn zijn de verzorging, verpleging en de vertegenwoordiger van mevrouw Sluis een nuttige bron van extra informatie.

Observatie-instrumenten voor pijn

Er zijn verschillende observatie-schalen die voor de Nederlandse setting toepasbaar, valide en betrouwbaar zijn:

- PACSLAC-D
- PAIC-15
- PAINAD
- REPOS

De DOLOPLUS-2 lijkt moeilijk toepasbaar en vraagt om evaluatie binnen het multidisciplinaire team. Kies samen met de verzorgenden één observatie-instrument voor gebruik. Zorg ervoor dat het observatie-instrument eenvoudig beschikbaar en toegankelijk is.

2B

Wat is uw antwoord?

Leg de vertegenwoordiger van mevrouw Sluis uit dat een sterkwerkend opioïd de voorkeur heeft. Probeer daarbij te achterhalen waarom er weerstand is tegen het gebruik van een sterkwerkend opioïd. Onnodige zorgen en misvattingen kunt u bij een goede en rustige uitleg meestal uit de weg ruimen.

Leg uit dat tramadol een zeer beperkte plaats heeft bij de behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen vanwege beperkte effectiviteit en een hoog risico op bijwerkingen. Er zijn aanwijzingen dat tramadol met name bij kwetsbare ouderen neuropsychiatrische bijwerkingen kan veroorzaken, zoals een delier, hallucinaties en verwardheid. Het risico hierop is het grootst als er sprake is van nierfunctiestoornissen of interacterende medicatie. Andere bijwerkingen zijn duizeligheid, misselijkheid, braken, hoofdpijn, droge mond, obstipatie, zweten, vermoeidheid en slaperigheid.

Bovendien is er een interactie tussen tramadol en sertraline. Bij deze combinatie kan het serotoninesyndroom optreden, omdat beide middelen de heropname van serotonine remmen. Symptomen zijn: trillen, beven, bewegingsdrang, spiertrekkingen, opgewondenheid, verwardheid, angst, koorts, zweten, versnelde hartslag en verminderd bewustzijn. Het risico op neuropsychiatrische bijwerkingen en de interactie met sertraline kunnen redenen zijn om geen tramadol voor te schrijven en direct te starten met een opioïd.

START LOW, GO SLOW!!

Start bij pijnbehandeling met de laagst mogelijke effectieve dosis. Verhoog de dosering geleidelijk op basis van de respons op pijn en de bijwerkingen. Paracetamol vormt hierop een uitzondering.

Casus 3

3A

Wat is uw beleid bij overdracht van de behandeling van de eerste lijn naar het verpleeghuis?

Als specialist ouderengeneeskunde gaat u na welke medicatie meneer Baron momenteel gebruikt aan de hand van een actueel medicatieoverzicht en een gesprek met meneer Baron. Indien mogelijk betreft u hierbij ook de mantelzorg. Vervolgens brengt u de actuele situatie in kaart volgens de gangbare methoden.

Als huisarts is het belangrijk om aan te geven dat de pijn van meneer Baron nog steeds onvoldoende onder controle is. U stelt de specialist ouderengeneeskunde op de hoogte van de diagnostische en therapeutische stappen die u hebt ondernomen ten aanzien van de pijnbehandeling.

Als apotheker zorgt u voor een overzicht van de medicatiegegevens met een historie van 3 maanden. Zo kan de specialist ouderengeneeskunde zien welke farmacotherapeutische stappen zijn ondernomen. Als een andere apotheek de medicatie van meneer Baron gaat leveren gedurende zijn opname, zorgt u ervoor dat deze apotheek ook over een medicatieoverzicht beschikt.

3B

Wat is uw beleid?

Ga na of er bij meneer Baron nog winst te behalen valt met de inzet van niet-medicamenteuze interventies. Bijvoorbeeld (cognitieve) gedragstherapie en mindfulness/meditatie.

Daarnaast is het belangrijk om snelwerkend fentanyl (rapid onset opioïd; ROO) of een opioïd met directe afgifte in te zetten voor de doorbraakpijn. Een snelwerkend fentanylpreparaat lijkt voor meneer Baron een goede keus, omdat er ook sprake is van onvoorspelbare doorbraakpijn. De werking van snelwerkend fentanyl treedt namelijk ongeveer 15 minuten sneller in dan van een opioïd met directe afgifte. Snelwerkend fentanyl heeft ook de voorkeur omdat de doorbraakpijn kortdurend is (minder dan 1 uur). De kortere werkingsduur van snelwerkend fentanyl zorgt ervoor dat meneer Baron niet onnodig lang wordt blootgesteld. Bij de keuze voor een preparaat (neusspray, oromucosale tablet, sublinguale tablet) houdt u rekening met de voorkeur, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt en de kosten.

Houdt het effect van snelwerkend fentanyl onvoldoende lang aan? Dan is overstappen naar een opioïd met directe afgifte een optie. Gebruikt een patiënt vaker dan 3 keer per 24 uur doorbraakmedicatie? Dat is een reden om de onderhoudsdosering te verhogen.

3C

Wat is uw beleid nu?

Meneer Baron ervaart onvoldoende effect van oxycodon en heeft last van obstipatie. Daarom komt opioïdrotatie in aanmerking. In de praktijk reageert de ene patiënt beter op het ene opioïd dan op het andere.

Bij opioïdrotatie lijkt transdermaal fentanyl een goede optie. Patiënten rapporteren namelijk minder vaak obstipatie als bijwerking bij dit middel. De richtlijn adviseert om 75% van de equianalgetische dosering te geven als rotatie plaatsvindt vanwege bijwerkingen. Bij gebruik van 30 mg oxycodon per dag kunt u roteren naar een fentanylpleister met een dosering van 12 microgram per uur. Zorg voor een geleidelijke overgang van oxycodon naar fentanyl. De werking van de fentanylpleisters begint 12 tot 24 uur na het plakken van de eerste pleister. Daarom mag meneer Baron op de eerste dag dat hij met fentanyl start ook 15 mg oxycodon meeraerbij nemen.

Blijf de pijnklachten regelmatig evalueren en bouw de pijnmedicatie af als dat mogelijk is.

Omrekentabel opioïdrotatie

Gebruik de omrekentabel opioïdrotatie in de Verenso-richtlijn *Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen* (2016) om de equianalgetische dosering te bepalen. De omrekentabel in de NVA-richtlijn *Pijn bij kanker* (2019) is ook een optie. Kanttekening bij deze richtlijn is dat buprenorfine, hydromorfon, tramadol en tapentadol bij kwetsbare ouderen geen of slechts een zeer beperkte plaats hebben. Digitale tools voor het omrekenen van opioïden zijn de OmrekenApp of de app PalliArts.

Bijlage 4

Voorbeeldafspraken

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

Afspraak	Actie	Resultaatdoelstelling
Alle kwetsbare ouderen krijgen een systematische beoordeling van de aanwezigheid van pijn.	SO/HA <ul style="list-style-type: none"> • Gebruiken pijnmeet- en observatie-instrumenten - al dan niet via verzorgenden/ thuiszorg-medewerkers - om pijn bij kwetsbare ouderen vast te stellen. 	Drie maanden na het FTO heeft meer dan 75% van de kwetsbare oudere een systematische beoordeling van de aanwezigheid van pijn gehad.
De FTO-groep brengt in kaart welke niet-medicamenteuze interventies mogelijk zijn voor de behandeling van pijn.	SO/HA <ul style="list-style-type: none"> • Maken (eventueel samen met een pijnteam) een overzicht van welke niet-medicamenteuze interventies in de eigen praktijk mogelijk zijn voor de behandeling van pijn. 	Drie maanden na het FTO is er een overzicht van niet-medicamenteuze interventies voor de behandeling van pijn.
Patiënten die langer dan 4 weken paracetamol gebruiken, krijgen maximaal 2,5 g per dag.	SO/HA <ul style="list-style-type: none"> • Verlagen - indien nodig - de dosering naar maximaal 2,5 g per dag bij patiënten die langer dan 4 weken paracetamol gebruiken. APO <ul style="list-style-type: none"> • Maakt een overzicht van patiënten die langer dan 4 weken meer dan 2,5 g paracetamol gebruiken. 	Drie maanden na het FTO krijgt 95% van de patiënten die langer dan 4 weken paracetamol gebruiken een dosering van maximaal 2,5 g.
Artsen schrijven geen NSAID's voor bij kwetsbare ouderen zonder artritis.	SO/HA <ul style="list-style-type: none"> • Schrijven geen NSAID voor bij kwetsbare ouderen (met uitzondering bij artritis; en dan kortdurend, max. 2 weken). APO <ul style="list-style-type: none"> • Vraagt bij kwetsbare ouderen naar de indicatie bij een eerste voorschrift voor een NSAID. 	Een maand na het FTO krijgen kwetsbare ouderen zonder artritis geen NSAID's.
De FTO-groep ontwikkelt een protocol voor de overdracht van de zorg tussen de eerste lijn en het verpleeghuis.	SO/HA <ul style="list-style-type: none"> • Maken een voorstel voor een protocol voor de overdracht van de zorg bij opname en ontslag. SO/HA/APO <ul style="list-style-type: none"> • Vullen het protocolvoorstel van de arts aan. 	Zes maanden na het FTO is er een protocol voor de overdracht van de zorg tussen de eerste lijn en het verpleeghuis.

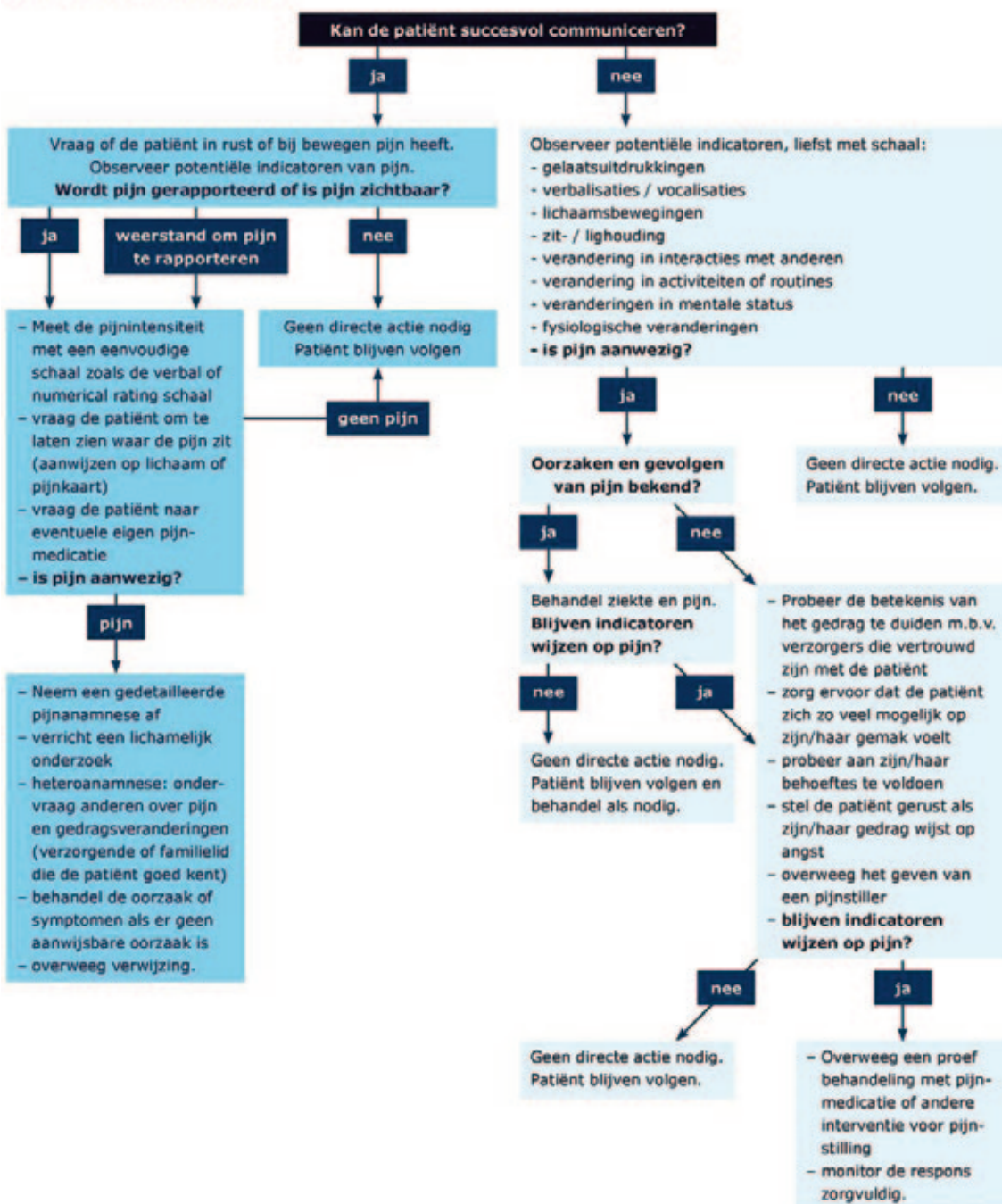
Bijlage 5

Stroomschema

‘Diagnostiek van pijn bij kwetsbare ouderen’

Onderstaand stroomschema is een samenvatting van de aanbevelingen voor herkennen en diagnosticeren van pijn en kan worden gebruikt bij ieder contact met een patiënt als onderdeel van de dagelijkse zorg.

Figuur 1 - Stroomschema diagnostiek pijn bij kwetsbare ouderen met en zonder cognitieve/communicatieve beperkingen



Bron: adaptatie appendix 3 uit British Pain Society and British Geriatrics Society. The assessment of pain in older people, 2007

Bijlage 6

Overzicht niet-medicamenteuze interventies bij pijn

Deze bijlage bevat een overzicht van niet-medicamenteuze interventies bij pijn. Niet van alle interventies is de effectiviteit momenteel aangetoond. Sommige niet-medicamenteuze interventies zijn nog in onderzoek. Welke niet-medicamenteuze interventies u kunt inzetten, hangt af van de aard van de pijn. Daarnaast kunnen de mogelijkheden lokaal en regionaal verschillen. Maak als FTO-groep een keuze voor niet-medicamenteuze interventies die u kunt inzetten bij kwetsbare ouderen met pijn.

- Aanrakingstherapie
- Acupunctuur
- Ergotherapie
- (Cognitieve) gedragstherapie
- Lasertherapie
- Manuele therapie
- Massage
- Mindfulness/meditatie
- Muziektherapie
- Oefentherapie
- Ontspanningsoefeningen
- Patiënteducatie
- Spinale manipulatie
- TENS (Transcutane Elektro Neuro Stimulatie)
- Thermotherapie

Literatuur

- Apptip OmrekenApp. Huisarts Wet 2016;59(3):143.
- Boerlage AA, Van Dijk M, Stronks DL, De Wit R, Van der Rijt CCD. Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. Eur J Pain 2008;12:910-6.
- CBS. Bevolkingsprognose 2017-2060. Zie www.cbs.nl.
- NHG-Standaard Pijn. Werkgroep Pijn. Utrecht: NHG, 2018. Zie www.nhg.org.
- Farmacotherapeutisch Kompas. Utrecht: ZIN, 2019. Zie www.farmacotherapeutischkompas.nl.
- Hendriks SA, Smalbrugge M, Galindo-Garre F, Hertogh CPM, Van der Steen, JT. From Admission to Death: Prevalence and Course of Pain, Agitation, and Shortness of Breath, and Treatment of These Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia. J Am Med Dir Assoc 2015;16(6):475-81.
- KNMP Kennisbank. Den Haag: KNMP, 2020. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- NVA-Richtlijn Pijn bij patiënten met kanker. Utrecht: IKNL, 2019. Zie www.oncoline.nl.
- Olthof M, Van Wijngaarden T, Dekker J. Pijn na een osteoporotische wervelfractuur. Huisarts Wet 2010;53(8):442-5.
- PAIC-15. Pijn herkennen bij mensen met cognitieve problemen. Zie www.paic15.com.
- SFK. 6% minder gebruikers van sterkwerkende opioïden. Pharm Weekbl 2020;155(14):9.
- Smalbrugge M, Jongenelis K, Pot AM, Beekman ATF, Eefsting JA. Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment - an observational cohort study. BMC Geriatr 2007; Feb 14;7:3.
- Sollie A, Timmers B. Apptip Palliarts. Huisarts Wet 2017;60(9):431.
- Van Heest F. Pijnbestrijding bij patiënten met kanker. Huisarts Wet 2018;61(4):78.
- Van Kooten J, Smalbrugge M, Van der Wouden JC, Stek ML, Hertogh CPM. Evaluation of a pain assessment procedure in long-term care residents with pain and dementia. J Pain Symptom Manage 2017;54(5):727-31.
- Van Roon F, Gosens T. Artrose. Ned Tijdschr Geneesk 2018;162(24):D1442.
- Verenso-richtlijn Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Utrecht: Verenso, 2016. Zie www.verenso.nl.