

Meer aandacht voor chronische pijn en verantwoord gebruik van opioïden in NHG-Standaard Pijn

Maureen van den Donk, Amanda van Walraven, Zamire Damen

De herziene NHG-Standaard Pijn geeft de huisarts meer handvatten voor het stellen van de diagnose chronische pijn en voor de niet-medicamenteuze behandeling daarvan. Ook is er meer aandacht voor het verantwoord voorschrijven van pijnmedicatie, in het bijzonder opioïden, bij chronische pijn. Bovendien is er een nieuw onderdeel toegevoegd over het afbouwen van opioïden na langdurig gebruik.

Aanleiding voor de herziening van de NHG-Standaard Pijn is het toegenomen gebruik van opioïden in Nederland, vooral gedurende de periode 2008-2018. Deze toename lijkt mede toe te schrijven aan gebrek aan kennis bij huisartsen over chronische pijn en onvoldoende handreikingen om chronische pijn niet-medicamenteus te behandelen. Daarnaast bestaat er bij huisartsen behoefte aan adviezen voor het afbouwen van opioïden. In dit artikel bespreken we de belangrijkste aandachtspunten uit de herziene NHG-Standaard.

CHRONISCHE PIJN

Op basis van de inhoud van de Zorgstandaard Chronische pijn is het begrip 'chronische pijn' verder uitgewerkt.¹ De diagnose chronische pijn is niet gebaseerd op een absoluut afkappunt in tijd. Het verschil met acute pijn is dat het verband met de weefselschade en pijn als alarmsignaal minder sterk wordt en dat psychische en sociale factoren een grotere rol gaan spelen. Denk aan chronische pijn bij een patiënt met acute pijn, bij wie het herstel langer duurt dan gezien de oorzaak verwacht wordt.

Bij pijn door een chronische onderliggende aandoening, zoals artrose, reumatoïde artritis of een maligniteit, is per definitie sprake van chronische pijn.

BELEID VOLGENS BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

Exploreer bij een patiënt met (dreigende) chronische pijn welke invloed lichamelijke, psychische en sociale factoren hebben conform het biopsychosociale model. Geef patiënten met chronische pijn voorlichting over sensitisatie en niet-me-



Exploreer bij een patiënt met (dreigende) chronische pijn welke invloed lichamelijke, psychische en sociale factoren hebben. Foto: Shutterstock

dicamenteuze adviezen om de invloed van lichamelijke, psychische en sociale factoren te verminderen. Stress en angst zorgen bijvoorbeeld voor minder remming van pijnsignalen, waardoor de patiënt deze sterker ervaart. Geruststelling en afleiding hebben het tegenovergestelde effect.

Overweeg verwijzing naar maatschappelijk werk, psycholoog of fysio- of oefentherapeut. Stem bij verwijzing het behandelplan en de behandeldoelen af.

Pas bij patiënten met acute pijn bij wie het herstel langer duurt dan verwacht geleidelijk de diagnostiek (klachtexploratie) en het beleid aan conform het beleid bij chronische pijn en ga niet zonder meer door met medicamenteuze pijnbehandeling.

TERUGHOUDENDHEID MET PIJNMEDICATIE BIJ CHRONISCHE PIJN

Pijnmedicatie heeft geen invloed op sensitisatie; het te verwachten effect op chronische pijn is beperkt. Bovendien neemt, vooral bij langdurig gebruik, het risico op ernstige bijwerkingen door pijnmedicatie toe. Wees daarom terughoudend met de medicamenteuze behandeling bij patiënten met chronische pijn, vooral met opioïden. De voorkeur gaat uit naar paracetamol. Er is in het beleid bij chronische pijn zonder duidelijk persisterende nociceptieve component geen plaats voor opioïden.

Streef naar zo kort mogelijk, tijdcontingent, gebruik van pijnmedicatie, voor een specifiek behandeldoel. Indien stoppen niet mogelijk blijkt: streef naar intermitterend in plaats van continu gebruik.

ADVIEZEN BIJ AFBOWEN VAN OPIOÏDEN

Overweeg bij patiënten die > 1 maand (arbitrair) opioïden gebruiken de mogelijkheid om het opioïdgebruik af te bouwen en te stoppen te bespreken. Dit kan in principe zonder directe aanleiding, bijvoorbeeld bij een verzoek om een herhaalrecept. Argumenten voor het afbouwen van opioïden zijn onder andere de beperkte effectiviteit bij chronische pijn vanwege de grote sensitisatiecomponent. Deze neemt door het opioïdgebruik zelfs toe (hyperalgesie), waardoor de patiënt nog gevoeliger wordt voor pijnprikkels. Daarnaast is aangetoond

dat langdurig opioïdgebruik per saldo een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van leven. Door de dosering af te bouwen nemen de bijwerkingen af, terwijl de pijn niet, of slechts kortdurend, toeneemt.

Bespreek met de patiënt een haalbaar doel: tot een bepaalde dosering afbouwen of stoppen. Stel in overleg met de patiënt een afbouwschema op en verlaag de dosering wekelijks met stappen van 10-25%. Hanteer een langzamer schema naarmate het gebruik langduriger is geweest of als dit de voorkeur van de patiënt heeft.

Spreek tijdens het afbouwen regelmatige controles af, bijvoorbeeld voorafgaand aan elke afbouwstap in het schema, en besteed aandacht aan de ervaren ontwenningssverschijnselen en pijn.

TOEKOMSTIGE HERZIENING

In vervolg op de huidige herziening staat in de nabije toekomst een herziening gepland over voorkeursmiddelen binnen de opioïden voor de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1. Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem. Zorgstandaard Chronische Pijn. Versie 2017.

Van den Donk M, Van Walraven A, Damen Z. Meer aandacht voor chronische pijn en verantwoord gebruik van opioïden in NHG-Standaard Pijn. Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1332-7.

NHG, cluster Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. M. van den Donk, senior wetenschappelijk medewerker en epidemioloog; kenniscentrum@nhg.org; A. van Walraven, wetenschappelijk medewerker en apotheker; Z. Damen, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts n.p.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-werkgroep bestond uit [alfabetische volgorde]: Damen Z, Kadir-Klevering F, Keizer D, Luiten WE, Van den Donk M, Van 't Klooster S, Van Walraven A, Veldhoven CMM, Vossenbergh PCTJ.

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Pijn op richtlijnen.nhg.org.