

REGIONALE AFSPRAKEN POSTOPERATIEVE PIJNMEDICATIE BIJ ONTSLAG TER
VERMINDERING VAN OPOIDAFHANKELIJKHEID NIJMEGEN E.O.
DEFINITIEVE VERSIE augustus 2022.

Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
Pantein Boxmeer
Sint Maartenskliniek
Radboudumc

Leden:

Prof dr. C. Kramers (internist-klinisch farmacoloog en hoogleraar medicatieveiligheid Radboudumc, voorzitter)
Drs D. Dankers (ziekenhuisarts St. Maartenskliniek, voorzitter)
Drs P. Keurlings (huisarts)
Dr R.L.M. van Boekel (verpleegkundige pijnconsulent en epidemioloog, Radboudumc)
Drs W.E. van den Born (huisarts)
Dr J. Bos (apotheek, CWZ)
Dr H. Colen (apotheeker, Radboudumc)
Dr R.T.M. van Dongen (anesthesioloog- pijnspecialist, CWZ/Radboudumc)
Dr M. Fenten (anesthesioloog, St. Maartenskliniek)
Dr S.A.S. van den Heuvel (anesthesiologie - pijnspecialist, Radboudumc/ Boxmeer)
Dr D. Jansen (klinisch geriater, klinisch farmacoloog, geriatrie, Radboudumc)
Drs G.A. Kalkman (apotheeker, CWZ)
Drs N. Maandag (anesthesioloog - pijnspecialist, St. Maartenskliniek)
Dhr E. Melis (apotheeker, St. Maartenskliniek)
Dr M. Pouw (orthopedisch chirurg, Radboudumc)
Prof dr.A.F.A. Schellekens (psychiater, hoogleraar verslaving en psychiatrie Radboudumc)
Prof dr. H. Schers (huisarts, hoogleraar regionale netwerkvorming Radboudumc)
Dr D. Schrande (orthopedisch chirurg, St. Maartenskliniek)
Dr M.C. Warlé (chirurg, Radboudumc)

Inhoud

1. Doel van regionale afspraken postoperatieve pijnbehandeling
 - a. Achtergrond
 - b. Voor welke patiënten?
 - c. Criteria adequate pijnbehandeling
2. Algemene adviezen pijnbehandeling
 - a. Non-farmacologische therapie
 - b. Farmacologische therapie
3. Postoperatief pijnbeleid in het ziekenhuis
4. Postoperatief pijnbeleid na ontslag uit het ziekenhuis
 - a. Hoeveel opioïden worden voorgeschreven?
 - b. Waar zorgt de behandelaar voor?
 - c. Waar zorgt de huisarts voor?
 - d. Waar zorgt de apotheker voor?
 - e. Criteria voor stoornis in het gebruik van opioïden

Bijlagen: Patiënt informatie/ afbouwschema's

Referenties: Literatuur.

Doel van regionale afspraken over postoperatieve pijnmedicatie

Achtergrond

Het gebruik van opioïden in Nederland is de afgelopen jaren fors toegenomen [1]. Tussen 2008 en 2017 verdubbelde het aantal gebruikers die opioïden op recept verkregen. Ook het aantal opioïd - gerelateerde ziekenhuisopnames verdrievoudigde [2]. Hoewel dit niet te vergelijken is met de crisis die momenteel in de VS speelt, zijn er zowel onder patiënten als zorgverleners in Nederland bedenkingen ontstaan omtrent het voorschrijven en langdurig gebruik van opioïden.

Om die reden is er een regionale (Nijmegen-Boxmeer) transmurale en multidisciplinaire werkgroep geformeerd om afspraken te maken over **het verantwoord postoperatief gebruik van opioïden**.

Aan de hand van dit document zijn, uitgaande van bestaande richtlijnen, afspraken gemaakt met als doel een adequate perioperatieve pijnbehandeling te verzorgen en het onnodig gebruik van opioïden te beperken. Hierbij wordt uitgegaan van de patiënt** in zijn totaliteit. Daarnaast is het doel om aan de verschillende zorgverleners handvatten te bieden hoe met bijzondere situaties om te kunnen gaan.

** Daar waar patiënt staat kan zowel een vrouw of een man bedoeld worden.

Voor welke patiënten?

De afspraken van de regionale transmurale en multidisciplinaire werkgroep gelden voor de alle postoperatieve patiënten, waarvoor postoperatief opioïden worden voorgeschreven. Dit geldt voor alle chirurgische procedures, maar ook voor andere niet-chirurgische interventies.

Patiënten die een verhoogd risico hebben op een verlengd postoperatief opioïd gebruik (Tabel 1) zullen zoveel mogelijk dit protocol volgen. De inschatting op een verlengd gebruik zal meestal worden gemaakt op de preoperatieve polikliniek, en hierbij gelden de volgende adviezen [3, 4]:

- Vraag laagdrempelig, dan wel standaard een consult APS/ pijnteam aan.
- Streef naar multimodale perioperatieve pijnbehandeling.
- Geef aandacht aan het zo mogelijk pre- en postoperatief afbouwen van opioïden.
- Bij een patiënt die voor de operatie chronisch opioïden gebruikt: streef postoperatief naar de preoperatieve dosering opioïden, of bouw deze verder af na het ontslag uit de kliniek [5].

Tabel 1: Risicofactoren voor verlengd postoperatief opioïd gebruik [6, 7]

1. Grotere chirurgie met significante zenuwschade
2. Angst, depressie, pijn catastroferen, PTSS, overige psychiatrische problematiek.
3. Gebruik van medicatie voor angst en depressie
4. Actuele of eerdere behandelingen voor *chronische pijn*
5. Alcohol, drugs of nicotine abuses
6. 18-30 jaar oud
7. Lagere sociaal economische status
8. Preoperatief opioïd gebruik

Bij patiënten met een verhoogd risico op bijwerkingen ten gevolge van pijnmedicatie door specifieke co-morbiditeit zal extra aandacht nodig zijn bij het voorschrift, zoals bijvoorbeeld:

- Er is geen plaats voor pijnbehandeling met NSAID's bij patiënten met hartfalen, of in de voorgeschiedenis een maagulcus of een nierinsufficiëntie (eGFR<30 ml/min).
- Opioïden kunnen trager gemetaboliseerd worden bij patiënten met nier- of leverinsufficiëntie of kwetsbare ouderen (lagere dosis, groter interval).
- NB: Denk ook aan allergieën/intoleranties voor pijnmedicatie

Bij de anesthesiologische screening op de preoperatieve polikliniek, moet er extra aandacht worden gegeven aan een perioperatief pijnbeleid bij patiënten met een verhoogd risico op verlengd postoperatief opioïd-gebruik of risico op bijwerkingen.

Criteria voor adequate pijnbehandeling

Het doel is om bij alle postoperatieve patiënten een adequate pijnbehandeling te bewerkstelligen zowel in het ziekenhuis als na ontslag [3, 8]. Criteria voor een adequate pijnbehandeling zijn:

1. Patiënt vindt de pijn acceptabel.
2. Patiënt ondervindt geen belemmeringen in doorademen, ophoesten en bewegen
3. De pijnscore ≤ 4

Indien aan criterium 1 en 2 zijn voldaan is de pijn op een adequate manier behandeld.

De pijnscore is een hulpmiddel om de pijn een objectievere maat te geven en de trend te bepalen.

Een hogere pijnscore kan een behandelaar attenderen op een mogelijk probleem bij een patiënt.

Bij de meeste patiënten is de pijn acceptabel als deze ≤ 4 is, echter kan een patiënt met een hoge pijnscore zijn pijn acceptabel vinden, goed functioneren en geen wens tot aanvullende pijnbehandeling hebben [9].

Algemene adviezen pijnbehandeling

De diagnostiek en behandeling van pijn moet multidimensioneel (lichamelijk, psychologisch en sociaal) worden benaderd. Pijnbehandeling bestaat zowel niet-farmacologische als farmacologische mogelijkheden aangrijpend op de bevindingen van de multidimensionele analyse [3, 4].

Non- farmacologische therapie

Licht deze adviezen mondeling en schriftelijk toe aan de patiënt en vermeld deze instructies in de huisartsenbrief.

- Patiënt-educatie: De patiënt dient voldoende informatie te krijgen over hoe pijn wordt veroorzaakt bij de specifieke operatie, het te verwachte herstel na een operatie, het beloop van pijn (dat deze afneemt in de loop van het herstelproces), wat hij/zij zelf zou kunnen doen om pijn te verminderen en wat zorgverleners kunnen aanbieden.
Bespreek onder andere dat het niet voor elke operatie noodzakelijk is dat er (langdurig) pijnmedicatie wordt ingenomen. Informeer de patiënt over het risico op overdosering en afhankelijkheid bij opioïden en hoe ze veilig te gebruiken en te bewaren.
- Na de meeste ingrepen zijn ontspanning, ademhalingsoefeningen, rust, afleiding (o.a. muziek, film kijken) en massage zinvol om toe te passen.
- Generieke adviezen die de pijn kunnen verminderen. Hierbij kan met denken aan het koelen bij een totale knieprothese, het hoog leggen van het been na voet- en enkeloperaties, warmte bij een verhoogde spierspanning of op tijd rust nemen.

Farmacologische therapie

Uitgangspunten bij het voorschrijven van medicatie:

- Paracetamol en een NSAID (als geen contra-indicatie) dienen op vaste tijdstippen ingenomen te worden.
- Indien pijn daarmee niet voldoende is behandeld, kunnen opioïden noodzakelijk zijn.
Bij voorkeur worden **kortwerkende preparaten** voorgeschreven [10], in de laagste dosering voor een zo korte mogelijke periode. De **ultrakortwerkende** opioïden (zogenaamde Rapid Onset Opioids ROO's zoals o.a. fentanyl in verschillende toedieningsvormen) worden hierbij expliciet **NIET** voorgeschreven !
- Patiënten dienen adequate informatie te krijgen over hoe zij hun pijnmedicatie op een correcte manier dienen te gebruiken.

Postoperatief pijnbeleid in het ziekenhuis

Patiënten volgen postoperatief het pijnbeleid zoals beschreven in de ziekenhuis-specifieke protocollen en naar inzicht van de behandelaar. Zo zal bijvoorbeeld de voorkeur voor een specifiek NSAID en opioïd kunnen worden bepaald door het ziekenhuis protocol.

Belangrijk hierbij is dat patiënten die na een operatie hogere doseringen opioïden gebruiken meer risico op langdurig gebruik van opioïden [11, 12]. Daarom is het nodig om aandacht te hebben voor een goede opvolging van pijn na een operatie en tijdige vermindering van het postoperatief opioïd gebruik. Specifieke aandachtspunten voor postoperatieve pijnbehandeling in het ziekenhuis zijn:

- Na een operatie zal in ieder geval dagelijks worden geëvalueerd of het ingestelde pijnbeleid adequaat is. Als de klinische situatie het vraagt (onacceptabele pijn, slecht functioneren) zal een frequentere evaluatie nodig zijn en eventueel een consult pijnteam.
- Indien acceptabele pijn en goed functioneren, overweeg afbouwen van de pijnmedicatie.
- Volg de algemene pijnbehandel-adviezen zoals hiervoor beschreven. Blijf aandacht houden voor non-farmacologische interventies.
- Indien mogelijk pijnbestrijding met loco-regionale anesthesie.
- Overweeg tijdens het ziekenhuis verblijf de toevoeging van adjuvante analgetica zoals clonidine, ketamine en anti-neuropathica (bijv. pregabaline, amitriptyline), met name bij patiënten met risico op een verlengd postoperatief opioïd gebruik.

Postoperatief pijnbeleid na ontslag uit het ziekenhuis

Hoeveel opioïden worden voorgeschreven?

Bij ontslag wordt het soort opioïd (oa. tramadol, buprenorfine, oxycodon) voorgeschreven zoals beschreven in de ziekenhuis specifieke protocollen. **Wat belangrijk is dat patiënten voor een beperkte duur opioïden mee naar huis krijgen.** Door criteria af te spreken over de duur van het voorschrift van het opioïd, is de verwachting dat het onnodig gebruik van opioïden en de gevolgen hiervan zullen worden verminderd.

Naar gelang de zwaarte van de operatie worden er twee groepen onderscheiden wat betreft de duur van een opioïd voor een adequate pijnbehandeling bij ontslag (zie **Tabel 2**)[6, 13]. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat patiënten met een acceptabele pijn worden ontslagen.

- **Groep 1 = tot 3 dagen opioïden bij ontslag.**

Deze groep heeft een operatie ondergaan, waarbij in de thuissituatie voor een korte duur (tot 3 dagen) een opioïd nodig kan zijn.

- **Groep 2 = tot 7 dagen opioïden bij ontslag.**

Deze groep heeft een invasieve operatie ondergaan, waarbij in thuissituatie tot 7 dagen opioïden nodig kunnen zijn.

Dit is een leidraad, dat wil zeggen dat in de meeste gevallen patiënten met de voorgestelde hoeveelheid opioïden een adequate pijnbehandeling hebben na ontslag. Het is geen strikte indeling, en wordt mede bepaald door de klinische situatie bij ontslag. Niet alle procedures welke verricht worden per specialisme zijn weergegeven.

Daarnaast is er nog een groep patiënten, welke een beperkt invasieve operatie hebben ondergaan waarvoor **na ontslag geen opioïden** nodig zijn. Zij zullen met non-farmacologische adviezen zonder pijnmedicatie, ofwel met daarbij paracetamol +/- NSAID voldoende pijnstilling hebben. Dit document is opgesteld voor patiënten die postoperatief opioïden krijgen voorgeschreven. Desalniettemin kunnen bepaalde pijnbehandel-adviezen ook bij deze groep worden toegepast.

Tabel 2 Operaties ingedeeld naar specialisme met een **voorstel** voor het aantal dagen opioïden bij ontslag [6, 13]. Niet alle procedures welke verricht worden per specialisme zijn weergegeven. **Een individuele afweging per patiënt blijft belangrijk.**

Aantal dagen opioïden bij ontslag	Groep 1: tot 3 dagen	Groep 2: Tot 7 dagen
Gynaecologie	<ul style="list-style-type: none"> - Sectio - Hysterectomie (vaginaal, laparoscopisch en abdominaal) - Ovariectomie, adnexectomie - Verzakkingschirurgie, TVT-O - Laparoscopische sterilisatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Oncologische debulking gynaecologie
Heelkunde	<ul style="list-style-type: none"> - Cholecystectomie - Appendectomie - Hernia inguinalis/umbilicalis - Laparoscopische darm-, lever-, maag-, miltchirurgie - ACNES Chirurgie - Lumpectomie of mastectomie +/- sentinel node 	<ul style="list-style-type: none"> - Laparotomie voor darm-, lever-, maag-, miltchirurgie - HIPEC - Slokdarmresectie met/zonder thoracale anastomose - Amputatie been - Mastectomie met reconstructive en/of okselklierresectie
KNO / MKA	<ul style="list-style-type: none"> - Thyroidectomie - Tonsilectomie - Halsklierdissectie - Oor- neuschirurgie - Schizis operaties 	<ul style="list-style-type: none"> - Oncologische reconstructieve chirurgie
Neurochirurgie/ Wervelkolom	<ul style="list-style-type: none"> - Laminectomie - Trepanatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Dissectomie multilevel - Spondylodese - Scoliose-chirurgie
Orthopedie	<ul style="list-style-type: none"> - Artroskopische partiële meniscetomie / schouder decompressie - Gesloten reponatie van fractuur - 'Minimale' ORIF (pols, enkel, voet) - Kruisband reconstructie 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotator cuff herstel (open/scopisch) - ORIF grotere fracturen - Primaire heupchirurgie - Schouder/enkel/elleboog arthroplastie - Revisies non-union / infectie - Totale knie protheses
Plastische chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> - Reconstructie mamma - Carpaal tunnel / ulnaris release - Reconstructie peesletsel 	<ul style="list-style-type: none"> - DIEP/PAP lap - Reconstructie zenuwletsel
Cardiothoracaal	<ul style="list-style-type: none"> - VATS lobectomie, wig resectie - 	<ul style="list-style-type: none"> - Thoracotomie - CABG - Hartklepvervanging via sternotomie - Nussbar
Urologie	<ul style="list-style-type: none"> - TURB / TURP - Robot geassisteerde prostatectomie - Percutane nefrectomie 	<ul style="list-style-type: none"> - Open (partiele) nefrectomie - Open cystoprostatectomie
Vasculair	<ul style="list-style-type: none"> - EVAR/TEVAR - Dialyse shunt - Infrainguinale bypass 	<ul style="list-style-type: none"> - Thoracale outlet decompressie - Open herstel thoraco-abdominale aneurysma - Aorto/thoraca-femorale bypass

Waar zorgt de behandelaar voor?

Bij ontslag dient zowel mondeling als schriftelijk informatie voor de huisarts en de patiënt te worden gegeven over:

- De te verwachten pijn en mate van herstel. Voor welke periode de patiënt nog contact kan opnemen met de hoofdbehandelaar bij vragen of zorgen omtrent het herstel.
- Non-farmacologische interventies en wat gedaan kan worden wanneer het onvoldoende is.
- De farmacologische mogelijkheden en wat gedaan kan worden wanneer het onvoldoende is of als er bijwerkingen optreden. Specifiek ook dat opioïden kunnen worden ingenomen als de pijn niet met een andere behandeling/ medicatie onder controle is (**bijlage 1**).
- Er wordt beschreven voor welke periode pijnmedicatie nodig kan zijn en met name de duur van opioïden (= 3 tot 7 dagen) na ontslag.
- Indien patiënten langwerkende opioïden gebruikten vóór de opname, of het is gedurende de opname toch nodig geweest langwerkende opioïden te starten dan is het aan de behandelaar te evalueren of er bij ontslag ook een voorschrift voor langwerkende opioïden wordt meegegeven. De handreiking afbouw opioïden in de eerst lijn geeft hier handvaten voor [5].
- Patiënten krijgen een afbouwschema mee van hun pijnmedicatie (**bijlage 2**).
 - Afbouwschema tramadol, NSAID en paracetamol
 - Afbouwschema buprenorfine, NSAID, en paracetamol
 - Afbouwschema oxycodon MGA en IR, NSAID en paracetamol
- Het recept van de pijnmedicatie moet **een vervaldatum hebben van 10 dagen na ontslag uit het ziekenhuis**.
- Indien patiënt aan het einde van het recept nog onvoldoende pijnstilling heeft, neemt de patiënt contact op met de behandelaar voor een eventuele beoordeling. Afhankelijk van de bevindingen kan nog 1-malig een herhaalrecept worden voorgeschreven.
- De behandelaar spreekt een controle afspraak af zoals gebruikelijk voor de operatie.
- Tijdens de controle afspraak wordt de gebruikelijke controles verricht en beoordeeld of er nog pijn aanwezig is en of er nog analgetica worden gebruikt. Indien op dat moment nog opioïd-gebruik aanwezig is dan wel de verdenking op de ontwikkeling van chronische pijn bestaat, kan overwogen worden de patiënt te verwijzen naar een pijnpolikliniek

Waar zorgt de huisarts voor?

Indien de pijn langer duurt dan het te verwachte postoperatieve herstel (zoals in de brief beschreven) wordt geadviseerd met de behandelaar te bespreken of deze patiënt wil herbeoordelen. Vragen die dan kunnen spelen zijn is de pijn toch passend bij het herstel, is er een mogelijke complicatie of een nieuw probleem. Indien dit niet het geval is zou patiënt verwezen kunnen worden naar een pijnpolikliniek.

Indien patiënt langer opioïden blijft gebruiken dan passend bij het normale herstel, zal tevens moeten worden beoordeeld of er een nieuwe/ andere oorzaak is voor de pijn, of dat het toch past bij het herstel. Indien dit niet het geval is, kan worden gedacht aan het ontwikkelen (of reeds bestaan) van een stoornis in het gebruik van een opioïd [14]. De huisarts kan patiënt begeleiden in het afbouwen van de opioïden volgens de handreiking afbouw opioïden in de eerst lijn [5] (zie ook: http://www.necf.nl/necf_pijn.html). Echter, indien dit niet mogelijk is in de eerste lijn, dient patiënt verwezen te worden naar een verslavingsarts/-kliniek bij verdenking op afhankelijkheid [15].

Waar zorgt de apotheker voor?

De apotheker zal extra uitleg geven aan de patiënt over:

- Het op de juiste manier innemen van pijnmedicatie.
- Bijwerkingen en wat te doen bij bijwerkingen worden besproken, specifiek wordt aangegeven wat eventuele tekenen kunnen zijn voor een beginnende stoornis in het gebruik van opioïden.
- Hoe de pijnmedicatie kan worden afgebouwd
- De apotheker zal contact opnemen met de huisarts als er aanwijzingen zijn voor een mogelijke stoornis in het gebruik van opioïden (recept kwijtgeraakt, eerder terug komen dan de duur van een recept etc.)

Criteria voor stoornis in gebruik van opioïden (DSM-5) [14]

Er is sprake van een stoornis het gebruik van opioïden volgens de DSM-5 indien minimaal 2 van de volgende items aanwezig waren binnen een termijn van 12 maanden (criteriapunten 10 en 11 worden niet meegeteld wanneer iemand alleen opioïden gebruikt onder geëigend medisch toezicht).

1. Opioïden worden vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
2. Er is een blijvende wens, of er zijn vergeefse pogingen gedaan, om het opioïdgebruik te minderen of in de hand te houden.
3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan opioïden te komen, opioïden te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
4. Hunkering, sterke wens of drang tot opioïdgebruik.
5. Terugkerend opioïdgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
6. Aanhoudend opioïdgebruik ondanks blijvende of terugkerende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van opioïden.
7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het opioïdgebruik.
8. Terugkerend opioïdgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
9. Opioïden blijven gebruiken terwijl men weet dat er een blijvend of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de opioïden.
10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken: a. Behoeftte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid opioïden om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken. b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid opioïden.
11. Ontwenningssymptomen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken: a. Het kenmerkende onthoudingssyndroom van opioïden. b. Opioïden worden gebruikt om onttrekkingsymptomen te verlichten of te voorkomen.

De DSM-5 onderscheidt de volgende niveaus in ernst van de verslaving:

- Licht (2 tot 3 symptomen aanwezig)
- Matig (4 tot 5 symptomen aanwezig)
- Ernstig (6 of meer symptomen aanwezig)

Bijlage 1: Patiënten informatie brochure 'Pijnmedicatie na ontslag uit het ziekenhuis'

Na uw ziekenhuisopname kan het nodig zijn dat u tijdelijk extra pijnmedicatie moet gebruiken, bijvoorbeeld in verband met pijn na een operatie of door verandering van uw aandoening waarmee u al langer bekend bent. U krijgt van uw behandelaar een overzicht van uw (pijn)-medicatie mee. Van de nieuwe pijnmedicatie krijgt u een recept mee voor een beperkt aantal dagen. Het is te verwachten dat de pijn zal verminderen tot een acceptabel niveau gedurende deze dagen. Dit recept kunt u bij uw eigen apotheek inleveren, maar kunt u ook bij de apotheek van het ziekenhuis inleveren.

Effect en bijwerkingen

Informatie over de werking en mogelijke bijwerkingen van pijnmedicatie wordt u bij ontslag en/of door de apotheek verstrekt. Let op, opioïden (morfine-achtige middelen, ook tramadol), beïnvloeden de rijvaardigheid. Het wordt ontraden om de eerste periode van de behandeling deel te nemen als bestuurder in het verkeer (<https://rijveiligmetmedicijnen.nl/>).

Medicatie ter vermindering van bijwerkingen

Ter verminderen van de bijwerkingen van de pijnmedicatie (verstopping, misselijkheid en/of braken) wordt soms extra medicatie voorgeschreven gedurende het gebruik van deze pijnmedicatie.

Obstipatie: Zolang u opioïden (morfine-achtige middelen) gebruikt bestaat de kans op obstipatie. U kunt hier rekening mee houden door voldoende te bewegen, voeding met voldoende vezels te eten en voldoende water te drinken. Daarnaast wordt een laxermiddel voorgeschreven, bijvoorbeeld Movicolon. Het laxermiddel kunt u staken zodra u met opioïden bent gestopt of wanneer er diarree ontstaat.

Maagklachten: Bij het gebruik van NSAID's, zoals diclofenac, naproxen, indometacine of ibuprofen kunnen maagklachten optreden. Voldoende drinken en inname van de medicatie met wat voeding of na de maaltijd kan hierbij helpen. Vaak wordt ter voorkoming van de maagklachten een maagzuurremmer voorgeschreven, zoals pantoprazol of omeprazol. *U mag stoppen met het gebruik van deze medicatie tegen maagklachten zodra u de NSAID niet meer gebruikt is.*

Hoe te gebruiken?

Meestal krijgt u pijnmedicatie voorgeschreven die op vaste tijdstippen moet innemen met daarbij soms nog medicatie die u zo nodig in kan nemen. De pijnmedicatie voor vaste tijdstippen kunt u het beste **over gelijke delen over de dag verdelen**, bijvoorbeeld:

- 4x per dag: 7.00-12.00-18.00-22.00 (als u gaat slapen)
- 3x per dag: 7.00-15.00-22.00 (als u gaat slapen)

- 2x per dag: 7.00-18.00 of 10.00-22.00 (als u gaat slapen).

De 'zo nodig pijnmedicatie' neemt u extra in als u nog pijn heeft ondanks adequaat gebruik van de 'vaste pijnmedicatie'. Er is een maximale hoeveelheid voorgeschreven wat u op een dag extra mag innemen, mocht u hiermee niet uitkomen neemt u contact op met uw behandelaar.

Medicatie zoals een NSAID (zoals diclofenac, naproxen, indometacine of ibuprofen) neemt u niet op een nuchtere maag in maar na het eten of wat extra voedsel tussendoor.

Uw apotheker zal nog extra uitleg geven over het op de juiste manier innemen van pijnmedicatie.

Andere pijnmedicatie

Pijnmedicatie die u gebruikt vóór opname in het ziekenhuis, wordt over het algemeen voortgezet tijdens en na de opname. Het is belangrijk dit goed te melden aan uw behandelend arts zodat deze de juiste keuze maakt in voorschrift van nieuwe pijnmedicatie.

Paracetamol wordt niet op recept voorgeschreven, deze dient u zelf te kopen bij de drogist of apotheek. U mag geen andere pijnmedicatie (behalve paracetamol), welke zonder recept te koop is bij de drogist of apotheek starten naast deze voorgeschreven medicatie. Overleg in geval van twijfel met uw huisarts.

Het afbouwen van de pijnmedicatie

Bij thuiskomst raden wij u aan de pijnmedicatie volgens recept in te nemen. De overgang van ziekenhuis naar huis kan lastig zijn, dus geef u zelf de tijd om te herstellen.

Als u acceptabele pijn heeft en goed kunt bewegen bij uw pijn, adviseren wij u te starten met het afbouwen van de pijnmedicatie. Dit kan al vrij snel na thuiskomst zijn, maar duurt soms langer.

Afbouwen van de pijnmedicatie kan met behulp van onderstaande schema's. U start met het afbouwen van de sterkst werkende pijnmedicatie (opioïden), daaropvolgend de NSAID's (als deze voorgeschreven zijn) en als laatste de paracetamol. Als de pijn onacceptabel wordt zodra u de medicatie afbouwt, dan neemt u de laatst afgebouwde medicatie weer in en probeert u het de volgende dag opnieuw.

Ten aanzien van de opioïden is het belangrijk dit geleidelijk te doen, omdat bij te snel staken ontwenningsverschijnselen kunnen optreden of de pijn al te hevig toeneemt. Indien hogere doseringen opioïden worden gebruikt (meer dan oxycodon mga 2x 10mg), adviseren wij u de huisarts te vragen te ondersteunen in het afbouwen.

Bijlage 2: Afbouwschema's pijnmedicatie

Afbouwschema tramadol, NSAID en paracetamol

Naam medicijn	Gebruikelijke dosis per 24 uur	Afbouwen bij acceptabele pijn: naar dosering/ 24uur	Opmerkingen
STAP 1			
Tramadol 50 mg tablet	3-4 x 50 mg (=1 tablet) zo nodig	Neem zo nodig 1 tablet wanneer paracetamol en NSAID niet voldoende zijn	U stopt met tramadol zodra u geen "zo nodig tabletten" meer gebruikt. Ga naar STAP 2 Als u geen NSAID gebruikt gaat u van STAP 1 naar STAP 3 .
STAP 2: NSAID			
Diclofenac 50 mg tablet Indomethacine 50 mg Ibuprofen 400 of 600 mg	3 x 1 tablet	2 dagen acceptabele pijn: 2 x 1 tablet Wederom 1-2 dagen acceptabele pijn: 1 x tablet of STOP	Als u gestopt bent met NSAID is pijnstilling met paracetamol voldoende → ga naar STAP 3
Naproxen 250 of 500 mg tablet Soms in combinatie met een maagzuurremmer (omeprazol, pantoprazol)	2 x 1 tablet	2 dagen acceptabele pijn: 1 x tablet of STOP	U stopt met maagzuurremmer als u geen NSAID meer neemt.
STAP 3			
Paracetamol 500 mg tablet	4 x 1000 mg (=2 tabletten)	1 dag acceptabele pijn: 3 x 1000mg Wederom 1 dag acceptabele pijn: 2 x 1000mg / dag Wederom 1 dag acceptabele pijn: 2 x 500mg of STOP	U stopt met paracetamol zodra pijn acceptabel is zonder paracetamol.

De blauwe lijn naast het schema geeft de volgorde van sterkte van de pijnstiller aan. De richting van de pijl begint bij sterke pijnstiller (tramadol) en eindigt bij minst sterke pijnstiller (paracetamol).

Afbouwschema buprenorfine, NSAID en paracetamol

Naam medicijn	Gebruikelijke dosis per 24 uur	Afbouwen bij acceptabele pijn: naar dosering/ 24uur	Opmerkingen
STAP 1			
Buprenorfine 0,2 mg tablet (onder de tong)	Zo nodig tot 4 - 8 x per dag 1 tablet, <i>Maximaal 8 tabletten per dag!</i>	Neem zo nodig 1 tablet wanneer paracetamol en NSAID niet voldoende zijn	U stopt met Buprenorfine zodra pijnstilling met alleen paracetamol en NSAID voldoende is → ga naar STAP 2 Als u geen NSAID gebruikt gaat u van STAP 1 naar STAP 3 .
STAP 2 NSAID			
Diclofenac 50 mg tablet Indomethacine 50 mg Ibuprofen 400 of 600 mg	3 x 1 tablet	2 dagen acceptabele pijn: 2 x 1 tablet Wederom 1-2 dagen acceptabele pijn: 1 x tablet of STOP	Als u gestopt bent met NSAID is pijnstilling met paracetamol voldoende → ga naar STAP 3
Naproxen 250 of 500 mg tablet Soms in combinatie met een maagzuurremmer (omeprazol, pantoprazol)	2 x 1 tablet	2 dagen acceptabele pijn: 1 x tablet of STOP	U stopt met maagzuurremmer als u geen NSAID meer neemt.
STAP 3			
Paracetamol 500 mg tablet	4x 1000 mg (= 2 tabletten)	1 dag acceptabele pijn: 3 x 1000mg Wederom 1 dag acceptabele pijn: 2 x 1000mg / dag Wederom 1 dag acceptabele pijn: 2 x 500mg of STOP	U stopt met paracetamol zodra pijn acceptabel is zonder paracetamol.

De blauwe lijn naast het schema geeft de volgorde van sterkte van de pijnstiller aan. De richting van de pijl begint bij sterke pijnstiller (buprenorfine) en eindigt bij minst sterke pijnstiller (paracetamol).

Afbouwschema oxycodon lang- en kortwerkend, NSAID en paracetamol

Naam medicijn	Gebruikelijke dosis per 24 uur	Afbouwen bij acceptabele pijn: naar dosering/ 24uur	Opmerkingen
STAP 1			
Oxycodon MGA 10mg tablet (=langwerkend)	2 x 10 mg (= 1 tablet)	Bij 1 dag acceptabele pijn en minder dan 3 tabletten oxycodon kortwerkend: 1 x 1 tablet of STOP	Als de pijnstilling voldoende is met paracetamol, NSAID en oxycodon kortwerkend Ga naar STAP 2 of STAP 3 <u>afhankelijk wat u behandelaar met u afspreekt</u>
STAP 2			
Oxycodon MGA 5 mg tablet (=langwerkend)	2 x 5 mg (= 1 tablet)	Bij 1 dag acceptabele pijn en minder dan 3 tabletten oxycodon kortwerkend: 1 x 1 tablet of STOP	U stopt met oxycodon MGA zodra pijnstilling voldoende is met paracetamol, NSAID en oxycodon kortwerkend. Ga naar STAP 3
STAP 3			
Oxycodon IR 5 mg of 10 mg tablet (=kortwerkend)	Zo nodig tot 4-6x per dag <i>Maximaal</i> 6 tabletten per dag!	Neem zo nodig 1 tablet, wanneer paracetamol en NSAID niet voldoende zijn	U stopt met oxycodon kortwerkend zodra pijnstilling met paracetamol en NSAID voldoende is. Ga naar STAP 4 Als u geen NSAID gebruikt gaat u van STAP 3 naar STAP 5 .
STAP 4: NSAID			
Diclofenac 50 mg tablet Indomethacine 50 mg Ibuprofen 400 of 600 mg	3 x 1 tablet	2 dagen acceptabele pijn: 2 x 1 tablet Wederom 1-2 dagen acceptabele pijn: 1 x 1 tablet of STOP	Als u gestopt bent met NSAID is pijnstilling met paracetamol voldoende → ga naar STAP 5
Naproxen 250 of 500 mg tablet Soms in combinatie met een maagzuurremmer (omeprazol, pantoprazol)	2 x 1 tablet	2 dagen acceptabele pijn: 1 x 1 tablet of STOP	U stopt met maagzuurremmer als u geen NSAID meer neemt.
STAP 5			
Paracetamol 500 mg tablet	4x 1000 mg (=2 tabletten)	1 dag acceptabele pijn: 3 x 1000mg Wederom 1 dag acceptabele pijn: 2 x 1000mg / dag Wederom 1 dag acceptabele pijn: 2 x 500mg of STOP	U stopt met paracetamol zodra pijn acceptabel is zonder paracetamol.

De blauwe lijn naast het schema geeft de volgorde van sterkte van het medicijn aan. De richting van de pijl begint bij sterke pijnstillers (oxycodon) en eindigt bij minst sterke pijnstillers (paracetamol).

Referenties.

1. van Amsterdam, J. and W. van den Brink, *The Misuse of Prescription Opioids: A Threat for Europe?* Curr Drug Abuse Rev, 2015. **8**(1): p. 3-14.
2. Kalkman, G.A., et al., *Trends in use and misuse of opioids in the Netherlands: a retrospective, multi-source database study.* Lancet Public Health, 2019. **4**(10): p. e498-e505.
3. Anesthesiologie, N.V.v., *Richtlijn: Postoperatieve pijnbehandeling.* 2013.
4. Schug SA, P.G., Scott DA, Alcock M, Halliwell R, Mott JF; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, *Acute Pain Management: Scientific Evidence (5th edition), ANZCA & FPM, Melbourne.* 2020.
5. SE Veldman, L.V., EJ Melis et al., *Opioïden afbouwen in de eerstelijnszorg.* Ned Tijdsch Geneeskunde 2021. **165**:D5657.
6. Clarke, H.A., et al., *Consensus Statement for the Prescription of Pain Medication at Discharge after Elective Adult Surgery.* Can J Pain, 2020. **4**(1): p. 67-85.
7. Lawal, O.D., et al., *Rate and Risk Factors Associated With Prolonged Opioid Use After Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis.* JAMA Netw Open, 2020. **3**(6): p. e207367.
8. Jeugd, I.G.e., *Optimaal pijnbeleid, basisset MSZ.* 2021.
9. van Boekel, R.L.M., et al., *Moving beyond pain scores: Multidimensional pain assessment is essential for adequate pain management after surgery.* PLoS One, 2017. **12**(5): p. e0177345.
10. Tan, A.C., et al., *Postoperative use of slow-release opioids: The impact of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists/Faculty of Pain Medicine position statement on clinical practice.* Anaesth Intensive Care, 2020. **48**(6): p. 444-453.
11. Shah, A., C.J. Hayes, and B.C. Martin, *Factors Influencing Long-Term Opioid Use Among Opioid Naive Patients: An Examination of Initial Prescription Characteristics and Pain Etiologies.* J Pain, 2017. **18**(11): p. 1374-1383.
12. Brat, G.A., et al., *Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study.* BMJ, 2018. **360**: p. j5790.
13. Thiels, C.A., et al., *Results of a Prospective, Multicenter Initiative Aimed at Developing Opioid-prescribing Guidelines After Surgery.* Ann Surg, 2018. **268**(3): p. 457-468.
14. (red)., A.A., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition.* Washington DC: American Psychiatric Publishing. 2013.
15. W van den Brink, G.v.d.G., G Schippers, *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden.* 2013.