

Bijlage 12 Verslag invitational conference Richtlijn Pijn bij Kanker (2015)

Datum: donderdag 16 januari 2014
Tijd: 18.00-21.00 uur
Locatie: Domus Medica te Utrecht

Aanwezig: C. Itz (VGZ); N. Huiskes (CZ); W. Oldenmenger (V&VN Oncologie); A.M.M. Mathot (NHG); P. Evers (NFK); S. Verhage (V&VN Pijnverpleegkundigen); C. de Weerd (NVKG); J. Jongen (NVN); C. Laarakker (Prostaatankerstichting en NFK); R. Westerink (Verenso); M. Oortman (NHG); K. Vissers (voorzitter richtlijncommissie); A. Hagemeyer (Kennisinstituut van Medisch Specialisten); P. Broos (Kennisinstituut van Medisch Specialisten)

Opening

De voorzitter van de richtlijncommissie Prof. dr. Kris. Vissers opent de bijeenkomst en heet iedereen van harte welkom.

Korte schets van het richtlijnproces

Prof. dr. Kris Vissers schetst kort hoe dit richtlijnproject tot stand is gekomen.

In april 2013 is een subsidieaanvraag ingediend bij de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) voor de herziening van de richtlijn Pijn bij Kanker uit 2008. Dit project is geïnitieerd en gefinancierd door de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). De looptijd van het project is november 2013 – april 2015 en wordt ondersteund door het Kennisinstituut van Medisch Specialisten (Kennisinstituut).

De huidige richtlijn Pijn bij Kanker is vanwege nieuwe wetenschappelijke inzichten inhoudelijk toe aan een revisie. Naast het redactioneel aanpassen van de bestaande richtlijntekst van de richtlijn Pijn bij Kanker zal geïnterpreteerd worden of het mogelijk is om de Landelijke richtlijn Pijn 2.0. (IKNL, 2010) te integreren in de richtlijn Pijn bij Kanker. Hierover zal Kris Vissers telefonisch contact hebben met Alexander de Graeff van de NVMO.

De NVA heeft deze invitational conference georganiseerd om in de voorbereidende fase relevante veldpartijen te horen omtrent gepercipieerde knelpunten en aandachtspunten voor de herziening van de richtlijn. Het is de bedoeling dat de geactualiseerde richtlijn zo veel mogelijk aansluit bij de behoeften uit de praktijk. Naast de invitational conference is het streven om een focusgroepbijeenkomst met patiënten te organiseren om input vanuit het patiëntperspectief te verkrijgen. Het is de taak van de kerngroep en klankbordgroep om uiteindelijk de scope van de richtlijn te bepalen.

In de richtlijn is ruimte voor het uitwerken van tien uitgangsvragen en maximaal drie indicatoren. Hierbij wordt door de aanwezigen aangegeven dat het wenselijk is bij de ontwikkeling van de indicatoren een link te maken met de VMS thema's.

Daarnaast zal een patiëntensamenvatting en een implementatieplan worden opgesteld en worden lancunes in kennis geïdentificeerd. Om de implementatie van de richtlijn te verbeteren ten opzichte van de vorige richtlijn Pijn bij Kanker is ervoor gekozen om per uitgangsvraag stimulerende en belemmerende aspecten ten aanzien van implementatie uit te werken. Binnen dit richtlijnproject is de uitvoering budget impact analyse niet opgenomen.

Prof. dr. Kris. Vissers oppert om de richtlijn in het Engels te publiceren. Hierop wordt positief gereageerd met de kanttekening dat dit eventueel de implementatie in de Nederlandse setting negatief kan beïnvloeden. Er wordt dan ook geopperd de aanbevelingen in ieder geval zowel het Nederlands als het Engels te formuleren.

Het onderscheid tussen kern- en klankbordgroep wordt kort uitgelegd. De kerngroep zal de daadwerkelijke richtlijn gaan ontwikkelen en teksten schrijven. De klankbordgroep wordt op gezette momenten geraadpleegd commentaar op de conceptrichtlijn te geven.

De eerste klankbordgroepvergadering staat op 4 februari gepland. Aansluitend aan deze vergadering vindt een kerngroepvergadering plaats zodat besluiten kunnen worden genomen over de uitgangsvragen en de taakverdeling. Kerngroepleden worden ook verwacht aan de klankbordgroepvergadering deel te nemen en dit zal in het plan van aanpak expliciet vermeld worden.

Inhoudelijk discussie

Ter voorbereiding op deze invitation is de genodigde partijen gevraagd de uitgangsvragen uit de richtlijn Pijn bij Kanker uit 2008 te scoren op relevantie voor herziening. Daarnaast hebben zij de uitgangsvragen geprioriteerd ten aanzien van herziening en is hen gevraagd aanvullende knelpunten voor de richtlijn aan te dragen. Aan de hand van deze inventarisatie en de aanvullende knelpunten is een inhoudelijke discussie gevoerd over de relevantie van de uitgangsvragen en de knelpunten met betrekking tot de scope van de herziene richtlijn.

Hieronder een korte weergave van de discussie over de uitgangsvragen die het hoogst scoorden op relevantie voor herziening en de overige aangedragen knelpunten.

Uitgangsvraag 3: Wanneer en door wie moet pijn bij patiënten met kanker worden geëvalueerd?

- Neurologen zijn vaak helemaal niet betrokken bij de pijnbehandeling, terwijl pijn symptomatisch dient te worden behandeld waarbij dus ook de oorzaak behandelen.
- Bij revisie van de uitgangsvraag dient ook rekening te worden gehouden met de te verwachten ontwikkelingen in de organisatie van zorg in de toekomst. Afstemming 1e en 2e lijn; afspreken wie wat doet. Het is waarschijnlijk dat er in de nabij toekomst meer zorg zal worden geleverd in de eerste lijn. Daarnaast is een taakherschikking voor verpleegkundig specialisten en PA's te verwachten.
- Aansluitend op bovenstaand punt dient ook aandacht te worden besteed aan het verantwoordelijkheidsvraagstuk. Dus: wie is hoofdbehandelaar? Waar ligt de verantwoordelijkheid voor de zorg en wanneer? Momenteel bepaald de behandel fase waarin de patiënt zich bevindt door wie hij wordt behandeld voor pijn bij kanker. Er is momenteel onduidelijkheid rondom de continuïteit van zorg.
- Deze uitgangsvraag zou ook moeten gaan om de vraag: hoe evalueer je?

Uitgangsvraag 11: Wat is de rol van opioïden?

- De aanwezigen geven aan dat er nieuwe evidence over de effectiviteit en toxiciteit beschikbaar is over bestaande middelen die zijn beschreven in oude richtlijn.
- Tevens zijn er nieuwe middelen op de markt gekomen die niet zijn beschreven in oude richtlijn. Voor een aantal van deze middelen geldt dat deze in de nieuwe richtlijn dienen te worden opgenomen.
- Doorbraakpijn dient te worden opgenomen in de herziene richtlijn; hoe te meten en welke behandeling de voorkeur heeft.
- Aandacht schenken aan de werking van opioïden; trage en snelle afgifte. Daarnaast is in de huidige richtlijn onvoldoende aandacht geschonken aan opioïde geïnduceerde pijn. Mogelijk dat een Europese richtlijn bruikbaar is bij de beantwoording van deze vraag.
- Eveneens dient de richtlijn een uitspraak te doen over de bijwerkingen en het juiste gebruik van opioïden. Daarbij dient ook ingegaan te worden op het belang van minderen (welke beleid dient gevolgd te worden bij het minderen of ophogen van opioïden, omdat een patiënt minder gevoelig wordt voor het middel?). Een bijwerking van opioïden is het ontstaan van delier (vooral bij ouderen), obsipatie.

Uitgangsvraag 25: Hoe is de voorlichting en educatie (pijninstructie, omgaan met pijn) van de patiënt georganiseerd?

- De vraag wordt tijdens de discussie opnieuw geformuleerd: hoe dient voorlichting en educatie (pijninstructie, omgaan met pijn) van de patiënt te worden georganiseerd?

- Er wordt opgemerkt dat er veel versterkende/onderbouwende literatuur is verschenen, maar de aanbeveling zal waarschijnlijk niet veranderen. Dit knelpunt betreft dan ook een implementatieprobleem van de vorige richtlijn.
- Educatie maakt nog geen deel uit van geïntegreerde pijnbehandeling: er dienen meer producten te worden ontwikkeld ten behoeve van de implementatie van de richtlijn.
- Er wordt opgemerkt dat een participatiemodel ontbreekt, waarbij bijvoorbeeld vragenlijst voor de patiënt heel nuttig kan zijn. Chris Laarakkers (aanwezig namens de prostaatkankerstichting en de NFK) heeft hierover een concreet voorbeeld uit de richtlijn prostaatcarcinoom (hoofdstuk 10.4).
- Therapietrouw van de patiënt is een knelpunt evenals de houding van de patiënt ten opzichte van pijn.

Uitgangsvraag 4: Hoe wordt pijn bij patiënten met kanker gemeten?

- Het knelpunt dat aan deze uitgangsvraag ten grondslag ligt is onderdiagnostiek van pijn bij kanker. Sinds het verschijnen van de vorige richtlijn Pijn bij Kanker is de anamnese hetzelfde gebleven en zijn er geen nieuwe bewijzen over pijnschalen verschenen.
- Aanvullende vraag: Wat is de rol van pijn observatiemethoden, bijvoorbeeld bij een oudere met dementie en kanker?
- Roland Westerink (Verenso) merkt op dat de Richtlijn Chronische Pijn bij ouderen de (Verenso) nuttig kan zijn bij de uitwerking van deze uitgangsvraag en dat hiernaar verwezen kan worden.
- Ook wordt verwezen naar een notitie van Marieke van den Beuken "Pijnbestrijding: een vak apart" (Prostaatkanker Magazine van de Prostaatkanker Stichting, 2013).
- Er is aangegeven dat uitgangsvraag 3 en 4 eventueel samengevoegd kunnen worden.

Uitgangsvraag 12: Wat is de rol van adjuvante analgetica?

- De aanwezigen beoordelen deze uitgangsvraag als relevant voor herziening.
- Sinds het verschijnen van de richtlijn Pijn bij Kanker zijn nieuwe artikelen over neuropatische pijn verschenen welke kunnen worden verwerkt in de nieuwe richtlijn; de definitie van neuropatische pijn is bijvoorbeeld aangepast.
- De aanwezigen zijn het erover eens dat in de herziene richtlijn aandacht moet worden besteed aan medicinale cannabis. Wel wordt opgemerkt dat het gebruik hiervan bij kanker waarschijnlijk onvoldoende is onderzocht om stellige aanbevelingen over te doen.
- Over het gebruik van Ketamine is veel onenigheid. In de richtlijn dient een uitspraak opgenomen te worden dat het een voorbehouden handeling is voor gespecialiseerde artsen en dat terughoudendheid in acht genomen moet worden gezien het gevaar op levernecrose.

Uitgangsvraag 10: Wat is de rol van niet-opioïden?

- De aanwezigen beoordelen deze uitgangsvraag als niet relevant voor herziening.
- Er zijn echter wel wat vragen vanuit NHG. Bovendien zou medicinale cannabis hier wellicht een plek kunnen hebben.
- Er wordt kort gediscussieerd over Codeïne waarbij wordt gesteld dat 50% van de Nederlanders kan codeïne niet omzetten in morfine, dus mag eigenlijk niet meer worden voorgeschreven. Hierover wordt in oude richtlijn al een uitspraak over gedaan.

Uitgangsvraag 22: Hoe kan een optimale communicatie tot stand komen tussen alle bij de patiënt betrokken zorgverleners en tussen zorgverleners en patiënt en/of zijn omgeving?

- De aanwezigen beoordelen deze uitgangsvraag als relevant voor herziening.
- Misschien belangrijkste vraag van allemaal!

Uitgangsvraag 18: Welke patiëntengroepen (ouderen, patiënten met nierinsufficiëntie, patiënten in de terminale fase) met pijn bij kanker vereisen speciale aandacht?

- De aanwezigen beoordelen deze uitgangsvraag als relevant voor herziening.
 - Belangrijk is vooral WELKE speciale aandacht geconcretiseerd wordt.
- Herformulering van de uitgangsvraag is dus nodig.

Uitgangsvraag 24: Hoe stellen hulpverleners de patiënt in staat de pijn zo zelfstandig mogelijk te managen?

- Deze uitgangsvraag dient te worden ondergebracht bij vraag 25.
- Wagner model is bruikbaar bij de beantwoording van deze uitgangsvraag.

Uitgangsvraag 13: Waaraan dient het behandelingsplan minimaal te voldoen?

- Deze uitgangsvraag is uitgebreid beschreven in de vorige richtlijn. Ook hier is sprake van een implementatieprobleem en dient bij de herziening aandacht geschonken te worden aan de bevorderende en belemmerende factoren.

Aanvullende knelpunten

Doorbraakpijn (EONS richtlijn)

- IR morfine/oxycodon/hydromorfon vs. snelwerkende fentanylpreparaten.

Gebruik Tramal binnen de pijnbehandeling

- Negatief advies en verwijzen naar Verenso.

Wat is de rol van denosumab?

- Zeer belangrijk en meenemen bij niet opioïden.

Monitoring en management van toxiciteit van (medicamenteuze) behandeling?

- Zeer belangrijk en meenemen bij opioïden.

Behandelalgoritme (stroomdiagram: wanneer welke behandeling, welke combinaties, bij welke patiëntgroepen, evaluatiemomenten)

- Niet mogelijk vanuit ebm standpunt, maar wel interessante vraag.

Effectiviteit van bewegen (oncologische revalidatie) op de reductie van pijn bij kanker?

- Dit is potentieel een interessant onderwerp om een uitgangsvraag over te formuleren. Waarschijnlijk zijn hierover een aantal nieuwe publicaties beschikbaar.
- Dit onderwerp past goed in self management programma (bijvoorbeeld van Hans Timmermans) voor patiënten.
- Ook psycho educatie, cognitieve stimulatie en mindfulness zijn nieuwe onderwerpen.
- Definitie van total pain opnemen in de richtlijn

Metten van pijn bij patiënten met verlaagd bewustzijn en/of zich niet verbaal kunnen uiten

- Het uitwerken van dit onderwerp is reeds gedaan door Verenso

Metten van therapietrouw ten aanzien van pijnmedicatie?

- Apart thema of beschrijven bij opioïden?
- Past bij de reeds geformuleerde uitgangsvraag over voorlichting en educatie

Onderscheid pijnbehandeling in de curatieve en de palliatieve fase

- Artikel advanced palliative care in NEJM

Snelheid van ingrijpen bij een pijn crisis

- Hier is discussie over en volgens de mening van de aanwezigen is anticiperen op de toestand van de patiënt van belang en hiermee zou een pijn crisis niet mogen voorkomen.

Vervolgafspraken

Als vervolg op deze invitationale conference zal een focusgroepbijeenkomst met patiënten worden georganiseerd.

Het verslag van deze invitational conference zal worden aangeboden aan alle uitgenodigde partijen voor controle op feitelijke onjuistheden en eventuele aanvullingen.

De (concept)richtlijn zal in de commentaarfase eveneens aan deze partijen worden aangeboden.