

> INTERVIEW

PIJN BIJ ONCOLOGISCHE PATIËNTEN, POLIKLINISCH BEKEKEN

Het promotie-onderzoek *To Be In Pain Or Not: research to improve cancer-related pain management* (februari 2012) van Wendy Oldenmenger maakt duidelijk dat 40% van de patiënten met kanker onnodig pijn heeft. Oorzaken liggen bij zowel patiënt als behandelaar. Oldenmenger praat met Change Pain over de meest recente diagnosetool voor doorbraakpijn bij kanker en haar onderzoek over telemonitoring, waarbij poliklinische patiënten met kanker een pijndagboek bijhouden en op afstand worden gevolgd en ondersteund.

Wat is de definitie van doorbraakpijn?

"Er is nog geen algemene geaccepteerde definitie van doorbraakpijn bij kanker. Voor de algemene onofficiële geldende definitie verwijst ik naar het onderzoek van Davies et al. (2009) [1] waarin staat dat er sprake is van doorbraakpijn wanneer, ondanks het feit dat de achtergrondpijn onder 'controle' is en goed wordt behandeld, er episodes van heftige pijn door de achtergrondpijn heen breken [2]."

Sinds wanneer is doorbraakpijn bekend en wordt deze altijd herkend?

"In 2008 in de eerste landelijke richtlijn pijn bij kanker, wordt doorbraakpijn kort genoemd. Vanaf 2008 zijn er naast de bekende immediate release medicamenten, ook diverse toedieningsvormen met kortwerkende fentanyl op de markt gekomen. Deze middelen zijn specifiek bedoeld voor doorbraakpijn. Hiermee is er ook toenemende aandacht voor doorbraakpijn. Ook vandaag de dag wordt doorbraakpijn niet altijd herkend om uiteenlopende redenen. Om dit te verbeteren is een algoritme ontwikkeld in de vorm van een vragenlijst. Dit algoritme is bruikbaar maar toch zitten er nog interpretatie fouten in waardoor niet alle patiënten met doorbraakpijn zichtbaar worden. Een vraag bijvoorbeeld als: Is deze (achtergrond)pijn goed onder controle levert een subjectief antwoord op. Wat de één volkomen acceptabel en onder con-



trole vindt, daar ligt de ander van wakker. Toch is een goed algoritme noodzakelijk om doorbraakpijn te kunnen herkennen en vervolgens behandelen."

Hoe breng je (doorbraak- en achtergrond) pijn optimaal in kaart?

"Het begint uiteraard met het herkennen en classificeren van de pijn door alle behandelaren en verpleegkundigen. Naast het algoritme is recent een nieuwe, Engelstalige assessment tool gevalideerd: Breakthrough pain assessment tool (BAT) (Webber et al. accepted). Deze tool is kort en bondig beslaat 1 A4 met in totaal 14 vragen. Momenteel voer ik een pilotstudie uit met een vertaalde versie van deze BAT. We hebben er vier vertalers opgezet maar hebben

Dr. Wendy H. Oldenmenger

- Rondde in 1997 de HBO-V af en in 1999 de studie Gezondheidswetenschappen (Universiteit van Maastricht) met als afstudeerrichting Verpleegwetenschap
- Werkte van 1999-2004 als research verpleegkundige pijn bij de afdeling neuro-oncologie in het Erasmus MC, gecombineerd met een baan als onderzoeker bij het Pijnkenniscentrum
- Deed in 2004 onderzoek met als doel de pijnbehandeling voor patiënten met kanker op de polikliniek te verbeteren. Dit onderzoek leidde tot haar promotie in 2012
- Werkt momenteel als coördinator van het Expertisecentrum Palliatieve Zorg Rotterdam en als verpleegkundig onderzoeker voor de afdeling interne oncologie van het Erasmus MC
- Is bestuurslid van de V&VN Oncologie

nog niet de perfect vertaalde vragen. Een woord als 'typical episode' leverde meerdere keren de vertaling 'typische episode' op, terwijl 'typical' in dit geval zoets als 'gewoonlijk of normaal' betekent. Daarom is pilottesting zo belangrijk! Op papier kan een vraag nog zo logisch lijken maar pas als je hem hardop uitspreekt blijkt of de vraag goed is geformuleerd. Het heeft nog wat tijd nodig maar uiteindelijk willen wij deze tool ook valideren. De BAT geeft antwoorden op vragen als: Is de doorbraakpijn wel of niet onder controle, wat is de invloed ervan op het dagelijks leven? Hierdoor kan je onder andere een onderscheid maken tussen patiënten die goed worden behandeld, en patiënten die niet goed worden behandeld."

Momenteel doet u onderzoek naar telemonitoring bij patiënten met kanker in de thuissituatie. Wat houdt telemonitoring in?

"Telemonitoring is een grote, recente ontwikkeling op gebied van het volgen en

behandelen van oncologische pijn met behulp van het internet. In de nabije toekomst worden mensen zoveel mogelijk thuis behandeld. Dat geldt voor anti-tumor maar ook voor pijnbehandeling. Het volgen van patiënten die thuis zijn via de telefoon is logistiek lastig en vraagt een flinke inspanning van zowel patiënt die bereikbaar moet zijn en de verpleegkundige van wie wordt verwacht dat ze de patiënt uiteindelijk te pakken krijgt. Kan soms wel vijf keer bellen kosten. De patiënt zelf laten bellen werkt ook niet, de patiënt belt in de praktijk niet omdat hij of zij bijvoorbeeld niet lastig wil worden gevonden. En dus wordt de evaluatie en follow-up van een pijnbehandeling, vaak 'vergeten'. Omdat de meeste patiënten thuis toegang hebben tot internet stellen we een eenvoudig in te vullen online pijndagboek beschikbaar (www.gezondheidsmeter.nl). In dit dagboek staan een aantal vragen over of ze bijvoorbeeld hun (rescue)medicatie hebben ingenomen (welke wel, welke niet, dosering), hoeveel pijn ze hebben en of ze bijwerkingen hebben ervaren en zo ja welke. Het is een kwestie van hokjes aanklikken dus in twee minu-

ten is alles ingevuld en is het gelijk in het ziekenhuis te zien. Bij afwijkende antwoorden ontvangt de pijnconsulent direct een mail en kan hij of zij actie ondernemen. Patiënten kunnen ook via het e-consult vragen stellen. De communicatie verloopt op deze manier uitstekend en mensen kunnen makkelijker langer thuis blijven doordat we ze op afstand volgen en indien nodig de dosering aanpassen, vragen beantwoorden en advies geven. Het is ook mogelijk wanneer iemand bijvoorbeeld een pijnpomp heeft om huisarts en wijkverpleegkundige autorisatie te geven tot de input van de patiënt in kwestie."

Referenties

1. Davies A.N., et al. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. Eur J Pain 13, 331-338 (2009).
2. "A transient exacerbation of pain that occurs either spontaneously, or in relation to a specific predictable or unpredictable trigger, despite relatively stable and adequately controlled background pain". Task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland.

VOORBEELDEN VAN E-CONSULT

Bericht: fwd: Pijn bij het uitspoeien.

Bericht is gebaseerd op: Pijn bij het uitspoeien.

Onderwerp: fwd: Pijn bij het uitspoeien. [Patiënt]

Aan: Baan, M. [Pijnteam] [Patiënt]
Careyn J. Thuiszorg [Thuiszorg]
Bak, T. de [Pijnteam]
Oldenmenger, W.

Van: 16-04-2013 09:54:38

Onderstaand advies gegeven: anders moet u voordat u de vond gaat uitspoeien een rescue nemen, een half uur van te voren. U gebruikt maar 2 rescue per dag, dus dat mag gerust vaker. Met vriendelijke groet.

Van: 18-04-2013 09:51:41

Hv anders moet u voordat u de vond gaat uitspoeien een rescue nemen, een half uur van te voren. U gebruikt maar 2 rescue per dag, dus dat mag gerust vaker. Met vriendelijke groet.

Van: 19-04-2013 16:08:01

Vandaag bij het uitspoeien van de vond veel pijn gevoeld.

Bericht: toename van bijwerkingen

Onderwerp: toename van bijwerkingen

Aan: Baan, M. [Pijnteam] [Patiënt]
Bak, T. de [Pijnteam]
Oldenmenger, W.

Van: 20-04-2013 11:05:29

Hallo mevrouw het braken gaat vooraf niet gepaard met misselijkheid dit komt dan ook heel onverwachts. Dus is moeilijk om hiervoor medicatie in te nemen. Voor de rest m.b.t het innemen van medicatie en eten en drinken heb ik hier geen problemen mee. M.v.g

Van: 19-04-2013 09:35:12

Beste Ik zie in de scores terug dat de bijwerkingen gaan toenemen, met name misselijkheid en braken. Heeft u al medicatie om de misselijkheid te kunnen ondervangen? Wanneer dit niet het geval is, kunt u aan de huisarts medicatie hiervoor vragen. Lukt het nog om

Antwoorden | Doorsturen

> INTERVIEW MET HOSPICE-ARTS LINDA HARTMAN

“OMDAT JE ERTOE DOET TOT HET EINDE VAN JE LEVEN”

Lang dacht hospice-arts Linda Hartman dat ze chirurg wilde worden. Maar tijdens haar co-schappen beseftte ze dat haar hart lag bij het persoonlijke contact met patiënten en niet bij het uitvoeren van operaties. Ze ging aan de slag in een verpleeghuis in Den Haag, om uiteindelijk zes jaar geleden als hospice-arts neer te strijken in hospice de Winde in Deventer . Hartman: "Ik ben er vanaf de eerste steen bij geweest."

Wat maakt werken in een hospice zo bijzonder?

"Het is prachtig en dankbaar werk. Iemand die uitbehandeld is, gaat sterven, dat is een feit. Wij zorgen ervoor dat dit proces goed verloopt; dat de patiënt zich veilig voelt en zo comfortabel mogelijk is en ook dat de familie er op een zeker moment klaar voor is. Daarbij lopen we geregeld tegen angsten van 'vroeger' op, want eerlijk is eerlijk, er zijn lange tijd mensen op een nare manier doodgegaan en dat heeft zijn weerslag op nabestaanden die op hun beurt uiteindelijk ook sterven. De meeste gehoorde angsten zijn de angst voor benauwdheid, stikken en pijn. In