

Kennisdocument Opioiden

Dit kennisdocument kan gebruikt worden bij een besluit om de dosering van opioiden (zowel zwak- als sterkwerkende opioiden) te verminderen of geheel te stoppen bij mensen ≥ 70 jaar. Alle aanbevelingen gaan uit van chronisch gebruik van opioiden (≥ 4 weken). Het besluit om wel of niet te stoppen bij een patiënt hangt mede af van de voorgeschiedenis, de effecten van opioiden en de (huidige) bijwerkingen. Alle voor- en nadelen zullen steeds tegen elkaar afgewogen moeten worden in samenspraak met de patiënt of diens (mantel)zorg en eventueel nog betrokken voorschrijvers om tot een goed besluit te komen.

Aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

Gering geschatte resterende levensverwachting

Overweeg dosisverlaging of stoppen van opioiden bij:

- Ernstige bijwerkingen
- Toenemend gebruik door hyperalgesie

Kwetsbare ouderen

Overweeg dosisverlaging of stoppen van opioiden bij:

- Verhoogd valrisico
- Cognitieve achteruitgang

Zie verder *Ouderen*

Ouderen

Overweeg dosisverlaging of stoppen van opioiden bij:

- Oorzaak acute pijn verdwenen (≥ 4 weken gebruik)
- Chronische niet-kanker-gerelateerde pijn
- Bijwerkingen
- Toenemend gebruik door tolerantie, verslaving of hyperalgesie
- Gebruik van kortwerkende opioiden
- Combinaties van verschillende opioiden

Wijze van afbouw

- Stop een opioïd bij gebruik ≥ 4 weken niet in een keer, maar bouw langzaam af in stappen.
- Gebruik een standaard afbouwschema als uitgangspunt, maar individualiseer het schema en bouw samen met de patiënt af onder goede begeleiding.
- Bouw stapsgewijs af met stappen van 10-25% dosisverlaging per week.
- Monitor onttrekkingsverschijnselen en pijn.

Wees terughoudend met minderen en stoppen van opioiden bij:

- Pijn bij kanker
- Palliatieve fase

Toelichting aanbevelingen minderen en stoppen medicatie

Gering geschatte resterende levensverwachting

Bij mensen met een gering geschatte resterende levensverwachting en mogelijk palliatief beleid zal een opioïd vaak bewust gestart of gecontinueerd worden. Ernstige bijwerkingen of hyperalgesie kunnen eventueel redenen zijn om een opioïd toch te minderen of te stoppen.

Overweeg dosisverlaging of stoppen van opioïden vanwege:

- **Ernstige bijwerkingen** [noot 2]

Ook in de palliatieve fase kunnen er ernstige bijwerkingen optreden van opioïden zoals delier, cognitieve achteruitgang, ernstige obstipatie of misselijkheid.

- Ga na of de patiënt last heeft van ernstige bijwerkingen.
- Kijk of er sprake is van comedatie die ook deze bijwerkingen kan veroorzaken.
- Ga na hoe de pijnbeleving is van de patiënt. Meet eventueel pijnbeleving met Numeric Rating Scale (NRS).
- Weeg het effect en de bijwerkingen tegen elkaar af.
- Indien mogelijk, bouw langzaam af volgens onderstaand stappenplan naar een lagere dosering of tot stop.
- Indien minderen of stoppen niet mogelijk is, overweeg om evt. te roteren naar een ander opioïd volgens de [rotatietabel](#) [noot 9]. Start met 50-75% van de equivalente dosering. Bij ouderen hebben oxycodon, morfine en fentanyl de voorkeur [noot 3].

- **Toenemend gebruik door hyperalgesie** [noot 6]

Overmatige blootstelling aan opioïden kan een paradoxale toename van pijngevoeligheid veroorzaken, wat zich uit als hyperalgesie. Dit valt af te leiden aan toenemend gebruik van het opioïd. In dit geval is het juist belangrijk om de dosering van het opioïd te verlagen.

- Ga na of de patiënt gedurende een langere periode steeds hogere doseringen of kortere doseringsintervallen van het opioïde gebruikt.
- Ga na hoe de pijnbeleving is van de patiënt. Meet eventueel pijnbeleving met NRS.
- Indien mogelijk, bouw langzaam af volgens onderstaand *'Stappenplan afbouwen opioïden'* naar een lagere dosering of zo mogelijk geheel. Bij hyperalgesie kan een uiteindelijke dosis verlaging van ongeveer 50% zinvol zijn om de hevige pijnprikkels te doen afnemen.
- Indien minderen of stoppen niet mogelijk is, overweeg om evt. te roteren naar een ander opioïd volgens de [rotatietabel](#) [noot 9]. Start met een lagere (50-75%) equivalente dosering. Bij ouderen hebben oxycodon, morfine en fentanyl de voorkeur [noot 3].

Kwetsbare ouderen

Overweeg dosisverlaging of stoppen van opioïden bij:

- **Verhoogd valrisico** [noot 2]

Bijwerkingen van opioïden kunnen zich uiten in onder andere sufheid en duizeligheid, wat kan leiden tot een verhoogd valrisico en waardoor een hogere kans op botbreuken bestaat. Het effect daarentegen van opioïden bij chronische pijn is beperkt.

- Ga na of de patiënt last heeft van deze bijwerkingen.
- Kijk of er sprake is van comedatie die ook een verhoogd valrisico geeft.
- Ga na hoe de pijnbeleving is van de patiënt. Meet eventueel pijnbeleving met Numeric Rating Scale (NRS).
- Weeg het effect en de bijwerkingen tegen elkaar af.
- Indien mogelijk, bouw langzaam af volgens onderstaand *'Stappenplan afbouwen opioïden'* naar een lagere dosering of zo mogelijk geheel.

- **Cognitieve achteruitgang** [noot 2]
Specifiek bij (kwetsbare) ouderen kan cognitieve achtergang (verwardheid en geheugenstoornissen) of een delier ontstaan gerelateerd aan gebruik van opioïden. Ook kan een verdere achteruitgang van de cognitie plaats vinden bij dementie of een andere bestaande cognitieve stoornis. Dit kunnen redenen zijn om een opioïd te minderen of te stoppen. Echter, mensen met een cognitieve stoornis kunnen pijn moeilijk(er) aangeven en dit kan zich uiten in probleemgedrag, zoals onrust of agitatie. Dit moet dus per patiënt goed tegen elkaar afgewogen worden.
 - Ga na of er sprake is van cognitieve achteruitgang sinds de start dan wel dosisverhoging van het opioïde.
 - Kijk of er sprake is van comedatie die ook de cognitie kan verslechteren, zoals benzodiazepinen.
 - Probeer de pijnbeleving van de patiënt in te schatten. Gebruik bij patiënten met cognitieve stoornissen, die hun pijn niet kunnen aangeven met een NRS, een observationele pijnschaal (PAINAD, REPOS of PACSLC-D).
 - Weeg het effect en de cognitieve of gedragsmatige bijwerkingen tegen elkaar af.
 - Indien mogelijk, bouw langzaam af volgens onderstaand *'Stappenplan afbouwen opioïden'* naar een lagere dosering of zo mogelijk geheel en monitor op pijn en probleemgedrag.
 - Betrek waar mogelijk (mantel)zorg hierbij. Naast pijn kan ook evaluatie van onttrekkingsverschijnselen lastig zijn in deze populatie.

zie verder bij *Ouderen*

Ouderen

Overweeg dosisverlaging of stoppen van opioïden bij:

- **Oorzaak van de acute pijn is verdwenen (≥ 4 weken gebruik)** [noot 1]
Het advies bij opioïden voor acute pijn is om deze zo kort mogelijk te gebruiken.
 - Ga na of de patiënt ≥ 4 weken opioïden gebruikt voor acute pijn en ga na of de oorzaak van de pijn is verdwenen (bijv. operatie, val, botbreuk).
 - Ga na hoe de pijnbeleving is van de patiënt. Meet eventueel pijnbeleving met NRS.
 - Bouw het opioïd langzaam af volgens onderstaand *'Stappenplan afbouwen opioïden'*.
 - Bied eventueel alternatieven voor pijnbehandeling aan [noot 13,14].
- **Bijwerkingen** [noot 2]
Bij opioïden kunnen verschillende bijwerkingen optreden. Specifiek bij ouderen kan paradoxale opwindning plaatsvinden wat zeer hinderlijk kan zijn. Daarnaast kunnen obstipatie, jeuk, sufheid, misselijkheid, urineretentie en ademhalingsdepressie plaatsvinden. Obstipatie wordt veelal gelijktijdig behandeld worden met een laxans, maar kan aanleiding zijn om het gebruik te minderen. De voor- en nadelen van deze middelen moeten goed tegen elkaar afgewogen moeten worden.
 - Ga na of en in welke mate de patiënt last heeft van bovenstaande bijwerkingen.
 - Ga na hoe de pijnbeleving is van de patiënt. Meet eventueel pijnbeleving met NRS.
 - Weeg het effect van het opioïd af tegenover de ernst van de bijwerking.
 - Indien mogelijk, bouw langzaam af volgens onderstaand *'Stappenplan afbouwen opioïden'* naar een lagere dosering of zo mogelijk geheel.
 - Indien minderen of stoppen niet mogelijk is, overweeg om evt. te roteren naar een ander opioïd volgens de [rotatietabel](#) [noot 9]. Start met 50-75% van de equivalente dosering. Bij ouderen hebben oxycodon, morfine en fentanyl de voorkeur [noot 3].

- **Chronische niet-kanker-gerelateerde pijn** [noot 1]

Er is weinig effect aangetoond van langdurig gebruik van opioïden bij chronische niet-kanker-gerelateerde pijn, terwijl er wel bijwerkingen, tolerantie en hyperalgesie kunnen ontstaan.

 - Ga na of de patiënt opioïden gebruikt bij chronische niet-kanker-gerelateerde pijn.
 - Ga na hoe de pijnbeleving is van de patiënt. Meet eventueel pijnbeleving met NRS.
 - Bouw het opioïd langzaam af volgens onderstaand 'Stappenplan afbouwen opioïden'.
 - Bied eventueel alternatieven voor pijnbehandeling aan of overweeg een verwijzing naar de pijnpoli [noot 13,14].
- **Toenemend gebruik door tolerantie, verslaving of hyperalgesie** [noot 4,5,6]

Toenemend gebruik door tolerantie, verslaving of hyperalgesie is af te leiden aan steeds hogere doseringen of kortere doseringsintervallen van het opioïde gedurende een bepaalde tijd. Om te voorkomen dat de doseringen steeds hoger worden, met risico op meer bijwerkingen, is het belangrijk om het opioïd af te bouwen of te roteren. Bij hoge doseringen (> 90mg morfine-equivalenten) neemt het risico op – al dan niet accidentele – overdosering toe, wat kan leiden tot sedatie, ademdepressie en zelfs overlijden. Hierbij is het advies om de afbouw uit te voeren door of in overleg met een pijnspecialist of verslavingsarts.

 - Ga na of de patiënt gedurende een langere periode steeds hogere doseringen of kortere doseringsintervallen van het opioïde gebruikt.
 - Ga na hoe de pijnbeleving is van de patiënt. Meet eventueel pijnbeleving met NRS.
 - Indien mogelijk, bouw langzaam af volgens onderstaand 'Stappenplan afbouwen opioïden' naar een lagere dosering of zo mogelijk geheel.
 - Bij hyperalgesie kan een uiteindelijke dosis verlaging van ongeveer 50% zinvol zijn om de hevige pijnprikkels te doen afnemen.
 - Indien minderen of stoppen niet mogelijk is, overweeg om evt. te roteren naar een ander opioïd volgens de [rotatietabel](#) [noot 9]. Start met een lagere (50-75%) equivalente dosering. Bij ouderen hebben oxycodon, morfine en fentanyl de voorkeur [noot 3].
- **Gebruik van kortwerkende opioïden**

Kortwerkende opioïden zijn geïndiceerd bij kanker-gerelateerde doorbraakpijn en acute postoperatieve pijn, maar zijn niet gewenst bij langdurig gebruik en chronische niet-kanker gerelateerde pijn, ook niet in combinatie met langwerkende opioïden. Ze kunnen wijzen op onvoldoende pijncontrole en versterken mogelijk het risico op tolerantie, verslaving en bijwerkingen.

 - Ga na voor welke indicatie een kortwerkende opioïd gebruikt wordt.
 - Ga na hoe vaak de patiënt een kortwerkend opioïd gebruikt.
 - Ga na hoe de pijnbeleving is van de patiënt. Meet eventueel pijnbeleving met NRS.
 - Bij niet dagelijks gebruik kortwerkend opioïd: stop direct.
 - Bij dagelijks gebruik: bouw het kortwerkende opioïd af volgens onderstaand 'Stappenplan afbouwen opioïden' of zet kortwerkend opioïd eventueel om naar een langwerkend opioïd voor een betere pijnstilling gedurende de dag.
 - Bij combinatie van kort- en langwerkend opioïde bij niet-kanker gerelateerde pijn, bouw eerst kortwerkend opioïd af volgens onderstaand 'Stappenplan afbouwen opioïden' en vervolgens het langwerkende opioïd indien mogelijk.
 - Evalueer of de pijn voldoende onder controle is en overweeg eventueel andere pijnstilling of bied alternatieven voor pijnbehandeling aan [noot 13,14].
- **Combinaties van verschillende opioïden**

Combinatie van verschillende opioïden kan wijzen op onvoldoende pijncontrole en wordt bij voorkeur vermeden.

 - Ga na of de patiënt verschillende opioïden gebruikt.
 - Ga na hoe de pijnbeleving is van de patiënt. Meet eventueel pijnbeleving met NRS.
 - Indien combinatie van twee langwerkende opioïden, roteer naar één van beide en bouw vervolgens af volgens onderstaand 'Stappenplan afbouwen opioïden'.

Wees terughoudend met minderen en stoppen van een opioïd bij:

- **Pijn bij kanker** [noot 8]
Opioïden zijn bij pijn bij kanker geïndiceerd. Voor deze indicatie moet men terughoudend zijn met het minderen of stoppen van opioïden. Ook kunnen hierbij kortwerkende opioïden worden gebruikt voor doorbraakpijn naast langwerkende opioïden.
- **Palliatieve behandeling** [noot 8]
Bij mensen met beperkte levensverwachting en/of palliatief behandelbeleid zijn opioïden geïndiceerd om het comfort van de patiënt te verbeteren. Er kunnen redenen zijn zoals ernstige bijwerkingen een delier of hyperalgesie om het opioïde te minderen, maar vaak worden ze bewust gecontinueerd.

Stappenplan afbouwen opioïden

Informereren en afspraken patiënt

- Bespreek duidelijk met de patiënt en/of (mantel)zorg wat de voor- en nadelen zijn van het afbouwen van opioïden. Benoem dat het effect van langdurig gebruik van opioïden op chronische pijn beperkt is.
- Ga na wat de motivatie van de patiënt is voor afbouw.
- Stel behandeldoelen vast (zoals erkennen overmatig opioïd gebruik, verminderen van bijwerkingen of minderen van opioïde gebruik) en bespreek eventuele aanvullende behandelmogelijkheden. Stel samen met de patiënt een haalbaar doel vast voor afbouw tot een bepaalde dosering of tot stop.
- Wijs patiënt en/of (mantel)zorg vóór het afbouwen op het mogelijk optreden van onttrekkingsverschijnselen en het meestal voorbijgaande karakter hiervan.
- Maak samen met de patiënt en/of (mantel)zorg afspraken en een plan over de snelheid van het doorlopen van de stappen bij afbouwen van opioïden op basis van gedeelde besluitvorming en begeleiding hierbij.
- Bouw in de volgende gevallen af door of in overleg met de specialist vanwege de complexiteit:
 - Bij hoge doseringen opioïden (morfine-equivalente dagdosering van >90mg) met een verslavingsarts of pijnspecialist.
 - Bij psychiatrische comorbiditeiten met een psychiater.
 - Bij ouderen met dementie en pijn met een specialist/internist ouderengeneeskunde of klinisch geriater.
- Betrek laagdrempelig de apotheker bij het afbouwen van opioïden, zowel in de besluitvorming als in de begeleiding tijdens het afbouwen.
- Inventariseer bij aanvang de aanwezige voorraad opioïden.
- Zorg dat de apotheker op de hoogte is van het geplande afbouwschema en zorg voor een verstrekking van geneesmiddelen passend bij het afbouwschema en de evaluatiemomenten.

Bouw stapsgewijs af tot de laagste dosering en monitor

- Een opioïd dat ≥ 4 weken in gebruik is, moet in geen geval abrupt worden gestopt. Dit moet geleidelijk gebeuren om onttrekkingsverschijnselen te voorkomen. Informeer de patiënt op voorhand over de mogelijk te verwachten onttrekkingsverschijnselen en leg uit dat ze van voorbijgaande aard zijn.
- Maak gebruik van een voorbeeld schema zoals uitgewerkt in de [IVM Handreiking afbouw opioïden](#), waarbij wordt uitgegaan van de beschikbare doseringen. Pas dit flexibel aan op basis van de wensen van de patiënt en hoe de patiënt zich voelt.
- Er zijn verschillende methoden om het gebruik van opioïden af te bouwen.
 - Afbouwen met het voorgeschreven opioïd wat reeds in gebruik is.
 - Roteren naar een opioïd met langere werkingsduur.
- Bouw stapsgewijs af volgens een snelle of een langzame methode. Laat dit afhangen van de wens van de patiënt, de dosering en hoe lang de patiënt al een opioïd gebruikt.
 - Snelle methode: Verlaag de dosering per week met 20-25% ten opzichte van de vorige dosering
 - Langzame methode: Verlaag de dosering per week met 10-15% ten opzichte van de vorige dosering
- Evalueer samen met de patiënt na elke afbouwstap, hoe het gaat met onttrekkingsverschijnselen, pijnklachten, motivatie om door te gaan met het afbouwtraject en het tempo van verdere afbouw, alvorens door te gaan met de volgende stap. [zie kader]
- Wanneer er na dosisverlaging klachten ontstaan, blijf dan op dezelfde dosis en houd deze wat langer aan. Pas vervolgens het afbouwschema aan met kleinere stapjes, door het interval

tussen de stapjes te verlengen of door de afbouwstappen te verkleinen. Bijvoorbeeld van het snelle schema naar het langzame schema.

- Schrijf tijdens het afbouwen geen opioïden voor als zo nodig medicatie en verhoog de dosering niet.
- Fentanyl en buprenorfine zijn matrix pleisters en kunnen zo nodig (diagonaal) geknipt worden. De geknipte pleister moet goed op de op de huid (bijvoorbeeld met leukotape) vast worden gezet, zodat de gehele pleister contact maakt met de huid.
- Let op bij buprenorfine pleisters. De sterktes tot en met 20 microg/uur zijn voor 7 dagen gebruik, de hogere sterktes voor 3 of 4 dagen. Pas de timing van een volgende afbouwstap aan op deze termijn. Dus bij pleisters met een werkingsduur van 3 dagen een volgende stap na 6 of 9 dagen, en bij een werkingsduur van 4 dagen een volgende stap na 8 dagen. Houd hier rekening mee bij het bepalen van het aantal af te leveren stuks en leg dit goed uit aan de patiënt.
- Lever bij voorkeur steeds pleisters met dezelfde gebruiksduur af.

Als afbouwen niet (volledig) gelukt is

- Voor een aantal patiënten is compleet stoppen geen optie, echter kan afbouwen naar een lagere dosering wel helpen bij eventuele bijwerkingen die deze patiënten ervaren of kunnen gaan ervaren in de toekomst. Dit dient altijd besproken te worden met de patiënt en evt. (mantel)zorg.

Onttrekkingsverschijnselen

Onttrekkingsverschijnselen van opioïden kunnen bestaan uit angst- en spanningsklachten, rusteloosheid, prikkelbaarheid en spierpijn in (vooral) de rug en de benen. Daarnaast kunnen ook tranende ogen, loopneus, pupilverwijding, kippenvel, somberheid, misselijkheid, braken, zweten, diarree, gapen, koorts en slaapklasten ontstaan. De onttrekkingsverschijnselen zijn zelden levensbedreigend, maar soms moeilijk te doorstaan door deze soms zeer oncomfortabele gevoelens. Goede uitleg dat de klachten tijdelijk zijn en contact met de patiënt kan helpen deze gevoelens te doorstaan.

Bij kortwerkende opioïden ontstaat het acute onthoudingsbeeld doorgaans binnen enkele uren na de laatste inname en dalen de klachten sterk na dag vier. Bij langer werkende opioïden beginnen de klachten gemiddeld twee tot vier dagen na de laatste dosis en nemen af rond dag tien. De intensiteit van de klachten is afhankelijk van de snelheid van afbouwen en van de individuele gevoeligheid van de patiënt. Bij ouderen geven de onttrekkingsverschijnselen vaak meer klachten en een ernstiger beloop door een veranderde receptorsensitiviteit. [Richtlijn Detoxicatie van psychoactieve middelen].

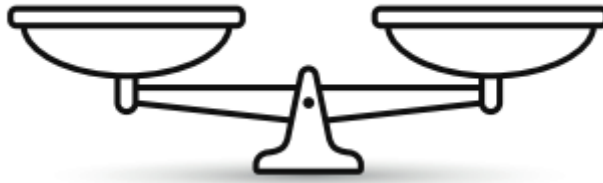
Bovengenoemde richtlijn geeft ook adviezen voor een symptoomgerichte behandeling van onttrekkingsverschijnselen.

- Bij ernstige diarree kan loperamide worden geadviseerd.
- Bij onrust, zweten, trillen en spierpijn kan clonidine worden geadviseerd.
- Bij misselijkheid kan metoclopramide of ondansetron worden geadviseerd.
- Bij ernstige slaapstoornissen en angst zouden benzodiazepines overwogen kunnen worden. Houd hierbij wel rekening met een verhoogd risico op misbruik en met een versterkt sederend effect bij gelijktijdig gebruik van opioïden en benzodiazepines, dus dit moet bij voorkeur vermeden worden bij ouderen.

Terugkeer van klachten

Tijdens het afbouwen van opioïden kunnen pre-existente psychiatrische klachten worden versterkt. Ook kunnen pijnklachten terugkeren of verergeren bij het verlagen van de dosering van opioïden. Deze kunnen het beste met andere analgetica of niet-medicamenteuze opties worden behandeld volgens de NHG-Standaard Pijn.

Bron: IVM Handreiking afbouwen opioïden



Weeg voor- en nadelen tegen elkaar af

Overwegingen vóór minderen en stoppen

Bijwerkingen

Opioïden kunnen veel bijwerkingen geven zoals achteruitgang van de cognitie, obstipatie, misselijkheid, sufheid, delier en paradoxale opwinding [noot 2].

Chronische pijn

Bij chronische niet-kanker-gerelateerde pijn zijn opioïden beperkt effectief en niet geïndiceerd [noot 1].

Toenemend gebruik

Toenemend gebruik kan wijzen op tolerantie, verslaving en hyperalgesie [noot 4,5,6].

Combinaties van opioïden

Indien opioïden worden gebruikt is er een voorkeur voor één langwerkend opioïde. Kortwerkende opioïden en combinaties van meerdere soorten opioïden worden bij voorkeur vermeden.

De wens van de patiënt om te stoppen

De wens om minder medicatie te gebruiken of om te minderen of te stoppen met een opioïd.

Overwegingen tegen minderen en stoppen

Pijn bij kanker

Bij deze indicatie zijn opioïden geïndiceerd en kan er gedoseerd worden op geleide van de pijn [noot 8].

Palliatieve fase

In het kader van comfort beleid in de palliatieve fase kunnen opioïden gewenst zijn en worden de eventuele bijwerkingen geaccepteerd of behandeld [noot 8].

Pijn en dementie

Ouderen hebben vaak pijn en bij mensen met dementie kan zich dat ook uiten in probleemgedrag. Dit kan een reden zijn om toch door te gaan met opioïden als pijnbehandeling [noot 16].

Eerdere niet succesvolle stoppogingen

Wanneer er eerdere stoppogingen gedaan zijn die niet succesvol waren, dient eerst onderzocht te worden wat de oorzaak hiervan was en moet voor de volgende stoppoging eerst de patiënt gemotiveerd zijn en een langzamer afbouwschema afgesproken worden [noot 15].

De wens van de patiënt om te continueren

De wens om geen wijzigingen aan te brengen in het medicijngebruik.

Wat is bekend over minderen en stoppen van opioïden bij ouderen

Stapsgewijs afbouwen [noot 10]

- Er worden wereldwijd verschillende afbouwstrategieën geadviseerd voor opioïden.
- In Nederland is er op basis van onderzoek, richtlijnen en consensus het advies om te verlagen met 10-25% van de dosering per week.
- Bij risicofactoren voor onttrekkingsverschijnselen is het belangrijk dat er een langzaam schema aangehouden wordt.
- Onttrekkingsverschijnselen duren maximaal 10 dagen. Er kan overwogen worden om een langer interval dan één week aan te houden indien er onttrekkingsverschijnselen optreden.

Succesvol afbouwen [noot 11]

- Voor de behandeling van eventuele onttrekkingsverschijnselen kunnen tijdelijk andere medicijnen worden gegeven. [zie kader]
- Positieve factoren voor succesvol afbouwen zijn: stabiele thuissituatie, een sociaal vangnet en een sterke intrinsieke motivatie.
- Negatieve factoren zijn multi-morbiditeit, verslavingsproblematiek, hogere leeftijd, gelijktijdig gebruik van antidepressiva, benzodiazepines of dopamine-agonisten, langdurig gebruik (meer dan 6 maanden) van opioïden en negatieve ervaringen bij eerdere poging tot afbouwen.

Effecten van afbouwen [noot 12]

- Onderzoeken hebben aangetoond dat het afbouwen van opioïden kan resulteren in verbetering van pijnbestrijding, verbetering van fysieke en emotioneel functioneren (incl. geheugen) en een vermindering van bijwerkingen.
- De afname in pijnintensiteit en effect op lichamelijk functioneren van opioïden bij chronische niet-kankergerelateerde pijn is gering. Patiënten hebben na afbouwen dus vaak niet meer pijn dan tijdens het opioïdgebruik.

Ouderen met dementie [noot 16]

- Bij kwetsbare ouderen met dementie komt pijn vaker voor en is de evaluatie van pijn lastiger.
- Pijn kan zich bij ouderen met dementie uiten in probleemgedrag, zoals agitatie en onrust.

Noten

Noot [1]: Chronische pijn

Chronische pijn is een persisterend, multifactorieel gezondheidsprobleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren (samen genoemd: biopsychosociale factoren) in verschillende mate en in wisselende onderlinge samenhang bijdragen aan: pijnbeleving, pijngedrag, ervaren beperkingen in het dagelijks functioneren, ervaren verminderde kwaliteit van leven. Deze definitie betekent praktisch gezien dat de diagnose niet gebaseerd is op een afkappunt in tijdsduur van de pijn. Het verschil met acute pijn is dat het verband met de weefselschade en pijn als alarmsignaal minder sterk wordt (maar deze hoeft niet afwezig te zijn) en psychische en sociale factoren een grotere rol spelen. Dit geldt zowel voor acute pijn, naarmate het herstel langer duurt dan gezien de oorzaak verwacht wordt, als voor pijn door een chronische onderliggende aandoening, zoals artrose, reumatoïde artritis of een maligniteit. [NHG Pijn 2023]

Het behandelbeleid is om de pijn volgens het biopsychosociale model te behandelen, te richten op het verminderen van de invloed van zowel lichamelijke factoren (zoals een bekende onderliggende oorzaak) als psychische en sociale factoren. Men moet terughoudend zijn met het voorschrijven van medicatie voor chronische pijn. [NHG Pijn 2023] De NHG-Standaard Pijn adviseert om geen opioïden voor te schrijven bij chronische pijn zonder duidelijk persisterende nociceptieve component. [NHG Pijn 2023]

Toch komt langdurig gebruik van opioïden bij chronische niet-kankergerelateerde pijn frequent voor. De meerderheid van de patiënten met een voorschrift van een sterkwerkende opioïde krijgt deze eenmalig voorgeschreven krijgen, maar toch krijgt nog 16,8% van de patiënten met een sterkwerkend opioïd meerdere voorschriften die ze na 90 dagen nog steeds voorgeschreven krijgen. De meeste opioïden worden voorschreven voor pijn aan het bewegingsapparaat. Van oxycodon werd in 2018 slechts 9% voorschreven voor kankerpijn. [Nivel 2020] Chronische pijn is echter geen goede indicatie voor opioïden, gezien de minimale pijnverlichting die deze middelen op de lange termijn geven, de negatieve invloed op het functioneren en het risico op afhankelijkheid. Een meta-analyse liet zien dat opioïden bij chronische niet-kankergerelateerde pijn een afname in pijnintensiteit van slechts 11,9% geven in vergelijking met placebo. Het positieve effect op het lichamenlijk functioneren bleek hierbij zeer gering. [Busse 2018] Het is aangewezen om opioïdengebruik kritisch te monitoren en waar mogelijk af te bouwen. [Veldman 2021, IVM Handreiking 2021]

Een systematische review naar de werkzaamheid van opioïden bij chronische niet-kankergerelateerde pijn bij thuiswonende ouderen geeft ook aan dat er slechts zeer beperkt bewijs is voor het langdurig gebruik van opioïden bij ouderen en er is een gebrek aan onderzoeken in deze leeftijdsgroep. [O'Brien 2020] Ook een Ge-Bu artikel haalt deze resultaten aan en adviseert het volgende: er is slechts een geringe kans dat opioïden bij chronische pijn (niet-kankergerelateerd) klinisch relevante meerwaarde hebben ten opzichte van placebo en er is geen onderzoek dat aantoont dat opioïden bij chronische pijn een klinisch relevante meerwaarde hebben ten opzichte van andere pijnstillers, waaronder NSAID's. [Kerst 2019]

Volgens de NHG-Standaard Pijn kan er overwogen worden om bij patiënten die langer dan 1 maand opioïden gebruiken, het opioïdegebruik af te bouwen en te stoppen. In principe dient een opioïd gestaakt te worden indien er geen medische indicatie meer voor is en de oorzaak van de acute pijn verdwenen is. [NHG Pijn 2023] Echter, in sommige gevallen kan er desondanks voor worden gekozen om opioïden te continueren. Dergelijke factoren kunnen zijn: geen tot milde bijwerkingen, wens van de patiënt, stabiele thuissituatie en een (stabiele) lage dosering van het opioïde. [NECF 2021]

Naast chronische pijn worden opioïden soms ook voorgeschreven bij neuropathische pijn. De NHG-Standaard Pijn geeft hierover aan dat opioïden (inclusief tramadol) gewenning en afhankelijkheid kunnen geven en in beginsel niet geadviseerd worden bij neuropathische pijn. Indien de aangewezen middelen geen of onvoldoende effect geven en er een zeer sterke wens of noodzaak is voor een

medicamenteuze aanpak van de pijn is, dan kunnen in uitzonderingsgevallen opioïden overwogen worden, evt. in overleg met een pijnspecialist. [NHG Pijn 2023] De Verenso richtlijn pijn geeft aan dat opioïden effectief kunnen zijn voor neuropathische pijn. Op basis van evidence gaat voor deze indicatie binnen de groep opioïden de voorkeur uit naar oxycodon en tramadol. [Verenso Pijn 2016]

Noot [2]: Bijwerkingen

Bij het gebruik van opioïden treden diverse bijwerkingen op, waaronder sufheid, urineretentie, obstipatie en cognitieve effecten. Bij langdurig gebruik komen hier effecten als de ontwikkeling van tolerantie, lichamelijke afhankelijkheid, verslaving, hyperalgesie en endocriene bijwerkingen bij.

De bijwerkingen volgens het Farmacotherapeutisch Kompas zijn als volgt [FK 2023]:

Relatief frequent: obstipatie (bij ongeveer de helft van de gebruikers; misselijkheid (bij ongeveer de helft van de gebruikers); braken (bij ongeveer een kwart van de gebruikers); sedatie/duizeligheid (bij ongeveer een kwart van de gebruikers); droge mond (bij ongeveer een vijfde van de gebruikers); jeuk; pupilvernaauwing.

Minder frequent: urineretentie, vooral bij ouderen; cognitieve stoornis, verwardheid, hallucinaties bij ouderen; delier; myoklonie; catatonie, vooral bij langdurige epidurale toediening; ademhalingsdepressie; (orthostatische) hypotensie; bradycardie; hyperalgesie; hypogonadisme; vertraagde maaglediging, vertraagde passage door duodenum (tot 12 uur vertraagd); ileus; tolerantie en afhankelijkheid; euforie.

Op gebied van sufheid en obstipatie lijkt transdermaal fentanyl mogelijk iets gunstiger dan de overige opioïden. [NHG Pijn 2023]

De potentiële bijwerkingen van het gebruik van opioïden kunnen een belemmering zijn voor de lange termijn behandeling. De meeste bijwerkingen nemen af bij lange termijn gebruik, behalve obstipatie. Verwardheid en hallucinaties treden vooral op bij kwetsbare ouderen.

Zowel pijn als opioïden verhogen het risico op vallen (door sedatie en duizeligheid). Het risico is dosisafhankelijk en het hoogst bij sterkwerkende opioïden. Het risico is het grootst bij oudere volwassenen die vatbaar zijn voor vallen. Om het risico op vallen te verminderen, moeten zowel de pijn als de behoefte aan opioïden regelmatig worden beoordeeld, en moet het afbouwen van het geneesmiddel of het overschakelen naar een lagere dosering of een veiliger alternatief worden overwogen als de klinische toestand dit toelaat. Daarnaast kunnen opioïden ook de botmineraaldichtheid verminderen door verlagen van de productie van endogene geslachtssteroiden. Het effect op het botmetabolisme kan de botstructuur direct verzwakken. Ouderen hebben een verhoogd risico op osteoporose en pijn, dus in deze populatie is het risico op vallen en botbreuken verhoogd. [NHG Pijn 2023, Peterson 2022, Virness 2022] Vergeleken met NSAID's geven opioïden een verhoogd fractuurrisico blijkt uit een groot retrospectief cohortonderzoek bij personen met artritis in de leeftijd ≥ 65 jaar). [Miller 2011] Een meta-analyse van acht studies wees uit dat opioïden het risico op alle fracturen met 88% verhoogde en op heupfracturen met 100%. [Teng 2015]

Opioïden kunnen de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as beïnvloeden en leiden tot opioïde-geïnduceerde androgeendeficiëntie (OPIAD) en hypogonadisme. Dit kan leiden tot diverse klachten als opvliegers, erectiestoornissen, verlies van spierkracht, maar ook osteoporose. [Peterson 2022, Veldman 2021]

Volgens de NHG-Standaard Pijn is er voorzichtigheid geboden bij ouderen vanwege een verhoogde gevoeligheid, vooral wat betreft de ademhalingsdepressie. Verder komt bij ouderen paradoxale opwinding voor. Hierbij kan in plaats van slaperigheid juist een tegenstrijdige reactie vaker optreden. Dit uit zich in onrust, opwinding, prikkelbaarheid, woedeaanvallen en waanvoorstellingen.

Daarnaast moet opgepast worden met opioïden bij diverse comorbiditeiten:

- Ouderen, vanwege een verhoogde gevoeligheid, vooral wat betreft de ademhalingsdepressie; verder komt bij ouderen paradoxale opwinding voor. Vooral bij oudere patiënten kan in plaats van slaperigheid juist een tegenstrijdige reactie vaker optreden. Dit uit zich in onrust, opwinding, prikkelbaarheid, woedeaanvallen en waanvoorstellingen.
- Prostaathyperplasie, prostaatobstructie en recente operatie aan de urinewegen, omdat opioïden urineretentie kunnen veroorzaken of verergeren;
- Slaapapneu, omdat opioïden slaapapneu kunnen induceren of versterken;
- Leverfunctiestoornis, omdat opioïden worden gemetaboliseerd in de lever;
- Acut buikletsel, omdat opioïden de symptomen hiervan kunnen verergeren of verergering van de symptomen kunnen maskeren.

Noot [3]: Voorkeur bij ouderen

Volgens de Verenso richtlijn pijn hebben van de sterkwerkende opioïden morfine, fentanyl en oxycodon de voorkeur bij kwetsbare ouderen op grond van farmacokinetische eigenschappen. Bij de zwakwerkend opioïden wordt codeïne geadviseerd over te slaan, omdat dit geneesmiddel veel bijwerkingen en weinig effect heeft bij kwetsbare ouderen. Alleen bij ouderen met matige chronische pijn bij wie paracetamol onvoldoende pijnstilling geeft en NSAID's niet geschikt zijn, kan laag gedoseerd tramadol een alternatief zijn. [Verenso Pijn 2016] Echter is de adviesdosering voor kwetsbare ouderen 10-25mg per gift en maximaal 100mg per dag. De laagst beschikbare tabletsterkte is 50mg. Er bestaat wel een druppelvloeistof tramadol, maar dat geeft risico's voor toedienen en medicatieveiligheid, dus dat heeft niet de voorkeur.

Volgens Ephor zijn naast morfine, fentanyl en oxycodon ook buprenorfine en tapentadol een optie. Buprenorfine wordt geadviseerd voor de behandeling van chronische pijn en postoperatieve pijn wegens een beperkt aangetoond effect bij ouderen en een vergelijkbaar bijwerkingenpatroon met andere opioïden. Het is een partiële agonist waardoor plafondeffect optreedt bij hoge doseringen. Tapentadol wordt geadviseerd als mogelijk middel voor de behandeling van ernstige chronische pijn wegens een vergelijkbare effectiviteit bij ouderen als met oxycodon en morfine. Gastro-intestinale bijwerkingen treden in een aantal studies significant minder vaak op in vergelijking met oxycodon en morfine maar niet in alle studies. [Ephor 2023]

Noot [4]: Opioïd tolerantie

Opioïd tolerantie is behoefte aan verhoogde doses om het gewenste effect te bereiken en wordt bij veel mensen gezien. De meeste mensen die tolerantie ontwikkelen, worden niet verslaafd. Tolerantie en een steeds hogere dosering van opioïden geeft wel meer kans op bijwerkingen en is een reden om het opioïden gebruik goed te monitoren en mogelijk te minderen.

Er is slechts een beperkte kruistolerantie tussen opioïden als gevolg van verschillende kenmerken en reacties van opioïde receptoren. Het roteren van opioïden kan mogelijk zijn om tolerantie tegen te gaan indien minderen of stoppen geen optie is. [Peterson 2022]

Noot [5]: Opioïd afhankelijkheid en verslaving bij ouderen

Langdurig gebruik van opioïden leidt ertoe dat veel patiënten een lichamelijke afhankelijkheid van opioïden ontwikkelen. Indien zij stoppen kunnen er onttrekkingsverschijnselen optreden. Er is sprake van lichamelijke afhankelijkheid als bij staken of sterke dosisverlaging onttrekkingsverschijnselen optreden. Deze effecten kunnen ook optreden als een (langdurig gebruikt) opioïde door een partiële opioïdreceptorantagonist wordt vervangen. [NHG Pijn 2023]

Op basis van farmacodynamische en farmacokinetische gegevens is het waarschijnlijk dat het opioïden onthoudingssyndroom bij ouderen meer klachten geeft en een ernstiger beloop heeft door een veranderde receptorsensitiviteit. Verder ontstaat er bij ouderen sneller tolerantie en lichamelijke

afhankelijkheid dan bij jongeren. Bovendien is de werking van orale opioïden bij ouderen vertraagd door een vertraagde gastro-intestinale absorptie en is de werkingsduur van opioïden verlengd bij ouderen vanwege een vertraagd metabolisme en een verminderde leverfunctie. [Richtlijn Detoxificatie 2017]

Risico op verslaving van opioïden is er vooral bij degenen die een voorgeschiedenis van verslaving (inclusief tabaksverslaving) hebben. Bij ouderen zonder voorgeschiedenis van of actuele situatie met verslaving is het risico op verslaving aan opioïden gering. Tolerantie kan wel optreden. Daarnaast is er soms juist eerder onderbehandeling of ondergebruik bij ouderen, vanwege bezorgdheid over verslaving, obstipatie of stigmatisering. [Verenso Pijn 2016]

Noot [6]: Hyperalgesie

Overmatige blootstelling aan opioïden kan ook een paradoxale toename van pijngevoeligheid veroorzaken, wat zich uit als hyperalgesie (verergerde pijnlijke reactie op schadelijke stimulatie) en/of allodynie (pijnlijke reactie op niet-schadelijke stimulatie). Deze pijntoename is het gevolg van een centrale sensitisatie van de pijncentra. Deze hyperalgesie is zowel bij kortdurend als langdurig gebruik van opioïden aangetoond, maar komt vaker voor bij langdurig gebruik en hogere doseringen. [Lee 2011, Brush 2012] Opioïd-geïnduceerde hyperalgesie moet worden vermoed als het effect afneemt, in afwezigheid van ziekteprogressie en in de context van verhoogde pijn. Vaak presenteert hyperalgesie zich als een verandering in de aard of locatie van de pijn, met neuropathische pijnachtige elementen. Bij opioïd-geïnduceerde hyperalgesie kan de opioïddosis met 40-50% verlaagd worden, waarna de pijn zal afnemen. Daarnaast wordt in enkele gevallen gestart met methadon, maar dit is voorbehouden aan artsen (voornamelijk pijnspecialisten) die hierin gespecialiseerd zijn. Bij onvoldoende effect hiervan kan opioïdrotatie naar buprenorfine toegepast worden. [KNMP Kennisbank 2023, Peterson 2022]

Noot [7]: Hoge doseringen opioïden

Een dosisequivalent vanaf 90 mg morfine is geassocieerd met een verhoogd risico op mortaliteit en dient daarom niet te worden overschreden bij patiënten die niet in de palliatieve fase zitten. Indien hier sprake van is moet samen met een verslavingsarts of pijnspecialist bekeken worden of deze dosering onder intensieve begeleiding geminderd kan worden. Indien er ook sprake is van psychiatrische comorbiditeiten kan eventueel ook een psychiater geraadpleegd worden.

Noot [8]: Pijn bij kanker en pijn in de palliatieve fase

Patiënten met nociceptieve pijn bij kanker en bij pijn in de palliatieve fase (ook anders dan door kanker) bij wie paracetamol en NSAID's onvoldoende effectief zijn, hebben baat bij sterkwerkende opioïden. Zwak werkende opioïden (codeïne, tramadol) worden niet aanbevolen, omdat deze meestal vaker per dag moeten worden toegediend en minder effectief zijn bij deze vormen van pijn. Meestal worden langwerkende opioïden gebruikt. Combinatietherapie van langwerkende met kortwerkende opioïden wordt afgeraden, behalve bij doorbraakpijn bij kanker. [KNMP Kennisbank 2023] Psychische afhankelijkheid speelt bij de toepassing van opioïden voor pijnbestrijding in de terminale fase geen rol. Voorzichtigheid en aanpassing van de dosis is geboden bij ouderen, bij ernstige lever- of nierfunctiestoornissen en bij patiënten met een geringe respiratoire reserve.

Noot [9]: Opioïdrotatie

Opioïdrotatie kan gebruikt worden om de impact van tolerantie te beperken, om bijwerkingen te verminderen, om hyperalgesie te verminderen of om bij onvoldoende effectiviteit iets anders te kunnen proberen. Vaak wordt er bij hyperalgesie, tolerantie en bijwerkingen naar een lagere equivalente dosering (50-75%) geroteerd. Bij onvoldoende effectiviteit kan eventueel naar een equivalente dosering worden geroteerd. Rotatietabellen zijn te vinden in o.a. de NHG-Standaard pijn - [Omreken tabel opioïdrotatie](#) en op [pallialine](#). [NHG Pijn 2023]

Noot [10]: Stapsgewijs afbouwen

Bij opioïden gebruik >4 weken wordt geadviseerd om de dosering af te bouwen. [Veldman 2021] In de literatuur is dus nog geen consensus over de snelheid van afbouwen. De geadviseerde afbouwsnelheid loopt in de nationale en internationale richtlijnen uiteen van een verlaging van 10% van de dosis per maand tot 50% van de dosis per week. Deze grote variatie geeft ook aan dat de onttrekkingsverschijnselen die de patiënt ervaart zijn leidend in de snelheid van het afbouwen. Ook kan het soms nodig zijn om pauzes in het afbouwen in te bouwen. [IVM Handreiking 2021, Peterson 2022] De huidige NHG-Standaard Pijn raadt aan om de dosering opioïden te halveren per 2 tot 7 dagen, maar adviseert bij onttrekkingsverschijnselen, kwetsbare ouderen of voorkeur van de patiënt voor langzamer afbouwen, in principe elke week met 10-25%. Naarmate het gebruik langduriger is geweest, kan meer geleidelijk worden afgebouwd. [NHG Pijn 2023]

Internationale richtlijnen stellen dat bij een snelle afbouw het risico op onttrekkingsverschijnselen toeneemt. Op basis van nationale en internationale richtlijnen en de opinie van experts, rekening houdend met beschikbare doseringen, geeft de [IVM Handreiking afbouw opioïden](#) twee afbouwstrategieën die ook in dit kennisdocument worden aangehouden: 1) snel schema met een afname van 20-25% van de voorgaande dosering per week of 2) langzaam schema met een afname van 10-15% van de voorgaande dosering per week. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen sterk- en zwakwerkende opioïden, aangezien beide soorten risico geven op een toename van pijn en het ontstaan van onttrekkingsverschijnselen. Aan de hand van de beschikbare doseringen in Nederland zijn er voorbeeldschema's gemaakt – zowel snelle als langzame – voor het afbouwen van de meest voorgeschreven opioïden. Hierbij kan op elk punt in het schema worden ingestapt. [IVM Handreiking 2021, Veldman 2021]

De keuze voor een snel of langzaam afbouwschema wordt bepaald aan de hand van motivatie van de patiënt, eerdergenoemde positieve en negatieve beïnvloedende factoren, de beschikbare doseringen per middel en de duur van het gebruik; overweeg het langzame afbouwschema bij gebruik dat langer heeft geduurd dan 6 maanden. Het is aan te raden om bij het gebruik van kort- en langwerkende opioïden eerst de kortwerkende opioïden af te bouwen en vervolgens de langwerkende opioïden.

Gedurende het traject kan zo nodig worden gewisseld tussen het snelle en het langzame afbouwschema. Ook kan het interval tussen de afbouwstappen worden aangepast. Als dit allemaal niet lukt, is het raadzaam om met een pijnspecialist te overleggen. Er kan een pauze worden ingelast als de patiënt het afbouwen slecht verdraagt. Het wordt afgeraden om tijdens het afbouwtraject de dosering opioïden weer op te hogen. Het opioïde kan uiteindelijk volledig worden gestaakt nadat de patiënt is overgegaan op de laagst beschikbare dosis. De laatste stappen van het afbouwschema worden vaak als het moeilijkst ervaren. Patiënten kunnen eventueel langer op een lage dosering blijven voordat zij het opioïde volledig staken. [Veldman 2021]

Noot [11]: Succesvol afbouwen

Er zijn meerdere factoren die het succes van het afbouwtraject kunnen beïnvloeden, zowel positief als negatief. Positieve factoren zijn een stabiele thuissituatie, een sociaal vangnet en een sterke intrinsieke motivatie. Negatieve factoren zijn multi-morbiditeit, verslavingsproblematiek of afhankelijkheid van andere middel zoals roken, alcohol of drugs, hogere leeftijd, gelijktijdig gebruik van antidepressiva, benzodiazepinen of dopamine-agonisten, langdurig gebruik (meer dan 6 maanden) van opioïden en negatieve ervaringen bij eerdere poging tot afbouwen. Waar nodig zal gepaste begeleiding uitgebouwd dienen te worden om tot een succesvol traject aanleiding te geven. [NECF 2021]

Bij aanwezigheid van de volgende factoren kan worden gedacht aan verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ: matige tot ernstige stoornis in het gebruik van opioïden (verslaving), psychiatrische comorbiditeit, suicidaliteit, langdurig opioïd gebruik (> 2 jaar) en hoge doseringen van opioïden (> 90 mg morfine-equivalent per dag). Bij aanwezigheid van de volgende factoren kan worden gedacht aan verwijzing naar de pijnarts: ernstige bijwerkingen van opioïden of hogere

leeftijd (> 75 jaar). Enkele factoren kunnen echter in principe onder beide specialismes vallen, maar zijn casusafhankelijk: gebruik van methadon, complicerende medicatie (benzodiazepines, SSRI's, meerdere verschillende opioïden), en complicaties bij eerdere stoppogingen. [NECF 2021]

Noot [12]: Effecten minderen of stoppen van opioïden

Een aantal studies (niet specifiek bij ouderen) hebben aangetoond dat het afbouwen van opioïden kan resulteren in verbetering van pijnbeleving, verbetering van fysieke en emotioneel functioneren en een vermindering van bijwerkingen. Deze studies suggereren dat veel patiënten met aanhoudende pijn gunstige pijn- en functieresultaten bereiken na het stoppen of het verminderen van opioïden in multidisciplinaire interventies. [Peterson 2022, Murphy 2013, Townsend 2008, Baron 2006, Chrisostomo 2008, Frank 2016]

Noot [13]: Interventies om opioïden af te bouwen

Naar de juiste interventies om opioïden afbouw te bespreken bij ouderen is ook nog weinig onderzoek gedaan. Niznik et al. publiceert een studie waaruit blijkt dat het gebruik van educatief materiaal en interventies waarbij apothekers met patiënten en zorgverleners in gesprek gingen, effectiever waren. Interventies waarbij gebruik werd gemaakt van digitale communicatie door apothekers waren minder succesvol vanwege de lage acceptatie. Een optimale aanpak voor het afbouwen van opioïden vereist volgens hen waarschijnlijk dat apothekers rechtstreeks contact hebben met patiënten en zorgverleners. [Niznik 2022]

Een andere studie heeft patiëntinformatie ontwikkeld en onderzocht. Dit onderzoek heeft geleid tot de ontwikkeling van een folder en een persoonlijk plan ter ondersteuning van de vermindering van opioïdengebruik bij ouderen met lage rugpijn of heup- en knie osteoartritis. Bij de ontwikkeling van de consumentenfolders is gebruik gemaakt van de feedback van zorgverleners en patiënten. [Marcelo 2023]

Er zijn ook onderzoeken gedaan naar het perspectief van voorschrijvers en patiënten over het afbouwen van opioïden bij ouderen. Uit bevindingen uit kwantitatieve en kwalitatieve analyses bleek dat voorschrijvers gematigd vertrouwen hadden in hun vermogen om opioïden (en benzodiazepinen) af te bouwen bij ouderen, maar ook vaak belemmeringen zien zoals tijdgebrek, patiënten die komen bij meerdere voorschrijvers en beschikbaarheid van geestelijke gezondheidszorg. [Niznik 2022a] Ook uit Nederlands onderzoek blijkt dat huisartsen het lastig vinden om bij ouderen opioïden af te bouwen, vooral als ze stabiel of pijnvrij waren. [de Kleijn 2024]

Uit onderzoek naar de patiënt percepties bleek dat patiënten het risico op overdosis als laag beschouwen en het risico op pijnverergering als belangrijker beschouwden. Barrières voor afbouw waren onder meer een waargenomen gebrek aan effectiviteit van niet-opioïde opties en de angst voor onttrekking van opioïden. Bij patiënten met ervaring met het afbouwen van opioïden faciliteerden sociale steun en een vertrouwde zorgverlener het afbouwen van opioïden. Deze patiënten onderschreven een verbeterde kwaliteit van leven na het afbouwen. [Frank 2016] Een andere studie liet zien dat bevorderende factoren voor het minderen van opioïden waren: vertrouwen tussen patiënt en voorschrijver en een langzame afbouw. Belemmerende factoren waren zorgen over het opnieuw optreden van symptomen en een gebrek aan motivatie, vooral als de medicatie en de symptomen stabiel waren. Patiënten waren over het algemeen niet enthousiast over het zoeken naar alternatieve farmacologische en niet-farmacologische alternatieven voor opioïden voor pijnbestrijding. [Kelley 2023] Een recente Nederlandse studie naar het patiëntperspectief over langdurig opioïden gebruik voor niet-kanker gerelateerde pijn illustreert de belangrijke rol van zorgverleners hierbij vanaf start tot afbouwen. Dit onderzoek onderstreept het belang van duidelijke risicoadvisering, beginnend bij het eerste recept, regelmatige evaluaties tijdens het gebruik en bespreken en begeleiden van mogelijke afbouw van opioïden. [Davies 2024]

Noot [14]: Overige interventies naast afbouwen

Er zijn weinig klinische studies gedaan naar ondersteunende interventies. Er zijn enkele onderzoeken gedaan naar mindfulness, meditatie, cognitieve gedragstherapie en accupunctuur. Mindfulness bij patiënten met chronische pijn en opioïdenafhankelijkheid gaat gepaard met meer bewustwording, een daling van pijn en een vermindering van aandacht voor middelen. Cognitieve gedragstherapie kan worden gebruikt om persisterende gedachten aan middelen en chronische pijn te verminderen. Ook tijdens de afbouw is er plaats voor motiverende gespreksvoering om de kans op een geslaagde afbouwopgave te vergroten. Daarnaast wordt de patiënt geadviseerd om een sociaal vangnet te organiseren bij bijvoorbeeld familie door hen te informeren over het afbouwen, te verwachten onttrekkingsverschijnselen en te vragen om steun als dat nodig is en om hen mee te nemen naar gesprekken met de zorgverlener die het afbouwen begeleidt. Tot slot heeft een recente trial ook het effect van een interventie onderzocht, waarbij de deelnemers driedaagse groepsessies kregen met de nadruk op educatie en vaardigheden rondom pijn en opioïden, aangevuld met ondersteuning door een verpleegkundige gedurende 12 maanden. Hieruit bleek dat het zelf gerapporteerde gebruik van opioïden af nam ten opzichte van de controlegroep, maar de pijn gedurende dagelijkse activiteiten niet. [Sandhu 2023] Op basis van de huidige studies is het niet mogelijk een voorkeursstrategie te adviseren. [IVM Handreiking 2021, NHG Pijn 2023, Peterson 2022]

De Verenso richtlijn pijn geeft aan dat er veel verschillende vormen van pijnstilling zonder medicatie zijn, maar ook daar is nog weinig onderzoek naar gedaan. Het kan zijn dat bepaalde vormen helpen, maar dat het effect nog niet wetenschappelijk is bewezen. Hieronder beschrijven we alleen de vormen waarvan goed onderzoek het effect heeft bewezen zoals: a) oefentherapie bij chronische pijn in rug, nek en schouder en bij artrose of reumatoïde artritis b) gesprekken met een psycholoog, (cognitieve) gedragstherapie of mindfulness/meditatie bij chronische pijn c) TENS of laaggedoseerde lasertherapie bij pijn in de knie d) zorgen dat de patiënt zich comfortabel voelt zoals door massage of ontspanningsoefeningen e) alternatieve geneeswijzen zoals acupunctuur bij chronische lage rugpijn. Er zijn ook vormen die de pijn niet wegnemen maar ouderen wel kunnen helpen pijn te accepteren of om er minder last van te hebben zoals: ergotherapie (bijvoorbeeld door aanpassingen in iemands woning), mindfulness/meditatie of gesprekken met de psycholoog. Dit kan helpen om onvermijdelijke negatieve en positieve ervaringen te aanvaarden. [Verenso Pijn 2016]

Noot [15]: Eerdere stoppogingen in het verleden.

Patiënten die in het verleden opioïden hebben gebruikt, lopen een groter risico om in de toekomst weer opioïden te gebruiken dan patiënten die voor het eerst een opioïde voorgeschreven krijgen. [Daoust 2018, Veldman 2021] Bij deze patiënten is er terughoudend geboden bij het opnieuw voorschrijven van opioïden als ze nieuwe pijnproblemen ervaren. Echter er dient ook onderbehandeling van de pijn voorkomen te worden. Advies is om bij deze patiënten te overleggen met een pijnspecialist over mogelijke alternatieve pijnbehandelingen. [Veldman 2021] Na het afbouwen van opioïden kan pijn blijven bestaan. Het is van belang hierop te monitoren en te handelen om terugval in opioïdegebruik te voorkomen. Overweeg hierbij niet-medicamenteuze vormen van pijnbestrijding en verwijst daarvoor bijvoorbeeld naar een (psychosomatisch) fysiotherapeut, pijnrevalidatie, poli voor Algemene Lichamelijke Klachten (ALK), psycholoog of pijnspecialist. [Veldman 2021]

Noot [16]: Pijnbeleving bij kwetsbare ouderen en dementie

Pijn is vaak lastig te meten bij (kwetsbare) ouderen met of zonder cognitieve beperking. De samenhang tussen pijngedrag en pijnbeleving wordt bepaald door: tijdsduur van pijn (chronisch), moment van pijnmeting (tijdens observatie), soort uitkomstmaat bij observaties (reeks pijngedragingen) en locatie van pijn (rugpijn). Pijngedragingen worden door zowel verzorgenden als ouderen gerapporteerd in de vorm van: mechanische hulp, zeer langzaam bewegen, pijnstillers, liggen, verdrietig/van streek, zuchten/kreunen, moeite met opstaan na zitten of liggen, vragen de

pijn te verlichten. Het pijnniveau heeft indirect effect op dagelijks functioneren via depressie, angst, slapeloosheid, gedragsstoornissen en motoriek. [Verenso Pijn 2016, Zorgstandaard Pijn 2017]
Verder komt pijn frequenter voor bij patiënten met dementie. De etiologie van deze pijn is vaak niet goed bekend. Daarnaast spelen gestoorde pijnbeleving, atypische klachtenpresentatie en angst een aanzienlijke rol. Aangezien afbouwen van opioïden bij kwetsbare ouderen (met dementie) complex kan zijn, wordt geadviseerd om dit door/in samenwerking met een specialist oudergeneeskunde of klinisch geriatr uit te voeren. [NECF 2021, Zorgstandaard Pijn 2017]

Ruim de helft van de mensen met dementie in verpleeghuizen heeft dagelijks pijn. Cognitieve achteruitgang speelt een rol bij de veranderde perceptie van pijn. Daarnaast veroorzaken neurologische veranderingen verlies van communicatieve vaardigheden en wordt het uiten van pijn moeilijk. Pijn bij dementie mondt vaak uit in probleemgedrag (neuropsychiatrische symptomen bij dementie) zoals ijsberen, prikkelbaarheid, agitatie, agressie en depressieve symptomen en wordt gezien als één van de belangrijkste causale oorzaken van probleemgedrag bij mensen met dementie. [Verenso Pijn 2016, Zorgstandaard Pijn 2017]

In onder andere een groot Noors onderzoek is aangetoond dat het blind starten van pijnmedicatie bij mensen met dementie en probleemgedrag een significante reductie van probleemgedrag geeft. Dit onderstreept de nauwe relatie tussen pijn en probleemgedrag bij mensen met dementie. De diverse presentaties van pijn zorgt ervoor dat het herkennen en behandelen moeilijk is. [Husebo 2011]

Literatuur

Baron 2006

Baron MJ, McDonald PW. I. Significant pain reduction in chronic pain patients after detoxification from high-dose opioids. *J Opioid Manage.* 2006;2:277-82.

Brush 2012

Brush DE. Complications of Long-Term Opioid Therapy for Management of Chronic Pain: the Paradox of Opioid-Induced Hyperalgesia. *J. Med. Toxicol.* 2012; 8:387-92

Busse 2018

Busse JW, Wang L, Kamaleldin M, Craigie S, Riva JJ, Montoya L, et al. Opioids for chronic noncancer pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2018;320:2448-60.

Daoust 2018

Daoust R, Paquet J, Moore L, Gosselin S, G  linas C, Rouleau DM, et al. Incidence and risk factors of long-term opioid use in elderly trauma patients. *Ann Surg.* 2018;268:985-91.

Davies 2024

Davies LEM, Jansen-Groot Koerkamp EAW, Koster ES, Dalusong KJ, Koch B, Schellekens A, et al. Patient perspectives on primary care providers role in long-term opioid therapy. *Br J Gen Pract.* 2024Mar 18. Epub.

Ephor 2023

Opioiden. Utrecht: Ephor 2023. <https://www.ephorapp.nl/tabs/home> Geraadpleegd oktober 2023.

FK 2023

Farmacotherapeutisch kompas. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2023.
<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/> Geraadpleegd oktober 2023.

Frank 2016

Frank JW, Levy C, Matlock DD, Calcaterra SL, Mueller SR, Koester S, et al. Patients' Perspectives on Tapering of Chronic Opioid Therapy: A Qualitative Study. *Pain med* 2016;17(10):1838-1847.

IVM Handreiking 2021

Instituut Verantwoord Medicijngebruik. Handreiking afbouw opioïden. 2021
<https://opiaten.nl/zorgverleners/handreiking-zorgverleners-voor-afbouw-opioiden> Geraadpleegd oktober 2023

Kelley 2023

Kelley CJ, Niznik JD, Ferreri SP, Schlusser C, Armistead LT, Hughes TD, et al. Patient Perceptions of Opioids and Benzodiazepines and Attitudes Toward Deprescribing. *Drugs Aging* 2023;40:1113-1122

Kerst 2019

Kerst AJFA, Janssens HJEM. Nauwelijks meerwaarde opioïden bij chronische pijn. *GeBu*2019;8:69-73

de Kleijn 2024

de Kleijn L, Jansen-Groot Koerkamp EAW, van der Kooij I, Veen M, Rijkels-Otters HJBM, Koes BW, Chiarotto A. Exploring the facilitators and barriers in opioid deprescribing for non-cancer pain treatment experienced by general practitioners: A qualitative study. *Eur J Pain.* 2024 Jan 30.

KNMP Kennisbank 2023

KNMP Kennisbank. Den Haag: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie 2023. <https://kennisbank.knmp.nl/> Geraadpleegd november 2023.

Lee 2011

Lee M, Silverman S, Hansen H, Patel V, Manchikanti L. A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. Pain Physician. 2011;14: 145-161.

Marcelo 2023

Marcelo AC, Ho EK, Hunter DJ, Hilmer SN, Jakanovic N, Prior J, et al. TANGO: Development of Consumer Information Leaflets to Support TAPERING of Opioids in Older Adults with Low Back Pain and Hip and Knee Osteoarthritis. Drugs Aging. 2023;40(4):343-354.

MDR Opiaatverslaving 2013

FMS – NVvP MDR Opiaatverslaving 2013

Miller 2011

Miller M, Stürmer T, Azrael D, Levin R, Solomon DH. Opioid analgesics and the risk of fractures in older adults with arthritis. J Am Geriatr Soc 2011;59:430-8.

Murphy 2013

Murphy JL, Clark ME, Banou E. Opioid cessation and multidimensional outcomes after interdisciplinary chronic pain treatment. Clin J Pain 2013;29(2):109-17.

NECF 2021

Nijmeegs Expertisecentrum voor Complexe Farmacotherapie (NECF). Afbouwen van opioïden in de eerste lijn. 2021. http://www.necf.nl/afbouwprotocol_opioïden_eerstelij_n_20210610.pdf Geraadpleegd november 2023.

NHG Pijn 2023

NHG-Standaard Pijn (versie september 2023). Utrecht: NHG, 2023.

Nivel 2020

Weesie YM, van Dijk L, Hek K. Voorschrijven van opioïden in Nederland. Nivel oktober 2020.

Niznik 2022

Niznik JD, Ferreri SP, Armistead LT, Kelley CJ, Schlusser C, Hughes T, et al. Primary-Care Prescribers' Perspectives on Deprescribing Opioids and Benzodiazepines in Older Adults. Drugs Aging 2022;39(9):739-748.

Niznik 2022a

Niznik JD, Collins BJ, Armistead LT, Larson CK, Kelley CJ, Hughes TD, et al Pharmacist interventions to deprescribe opioids and benzodiazepines in older adults: A rapid review. Res Social Adm Pharm. 2022;18(6):2913-2921.

O'Brien 2020

O'Brien MDC, Wand APF. A systematic review of the evidence for the efficacy of opioids for chronic non-cancer pain in community-dwelling older adults. Age Ageing. 2020;49(2):175-183.

Peterson 2022

Peterson G, Thompson A, Dunbabin D. A guide to deprescribing opioids. Primary Health Tasmania, 2022. www.primaryhealthtas.com.au Geraadpleegd oktober 2023

Richtlijn Detoxificatie 2017

Verslavingskunde Nederland. Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren. 2017

Sandhu 2023

Sandhu HK, Booth K, Furlan AD, Shaw J, Carnes D, Taylor SJC, et al. Reducing Opioid Use for Chronic Pain With a Group-Based Intervention: A Randomized Clinical Trial. 2023 JAMA.;329(20):1745-1756.

Teng 2015

Teng Z, Zhu Y, Wu F, Zhu Y, Zhang X, Zhang C, et al. Opioids Contribute to Fracture Risk: A Meta-Analysis of 8 Cohort Studies. PLoS One. 2015;10(6): e0128232.

Townsend 2008

Townsend CO, Kerkvliet JL, Bruce BK, Rome JD, Hooten MW, Luedtke CA, et al. A longitudinal study of the efficacy of a comprehensive pain rehabilitation program with opioid withdrawal: comparison of treatment outcomes based on opioid use status at admission. Pain 2008;140:177-89.

Veldman 2021 Veldman E, Vroon C, Melis J., van den Heuvel AS, Schellekens FA, Kramers C. Opioiden afbouwen in de eerstelijnszorg. Ned. Tijdschr. Geneesk. 2021;165:D5657

Verenso Pijn 2016

Verenso, Multidisciplinaire Richtlijn Pijn - Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. 2016

Virness 2022

Virness RE, Tiihonen M, Karttunen N, van Poelgeest EP, van der Velde N, Hartikainen S. Opioids and Falls Risk in Older Adults: A Narrative Review. Drugs Aging. 2022;39(3):199-207.

Zorgstandaard Pijn 2017

Zorgstandaard Chronische Pijn. Pijn Alliantie in Nederland (PAiN) 2017

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Chronische+Pijn.pdf> Geraadpleegd november 2023.

Auteurs

Dit kennisdocument is geschreven door het SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy in het kader van de 'Module Minderen en stoppen van medicatie', onderdeel van de MDR Polyfarmacie bij ouderen, in samenspraak met de betreffende werkgroep en voorzien van commentaar door diverse experts en verenigingen.

Disclaimer

Dit advies is opgesteld op basis van de bij de auteur beschikbare informatie en kan worden aangepast n.a.v. nieuwe inzichten. Dit advies kan worden gebruikt om beleid op te baseren, maar is geen richtlijn. Er is de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van dit advies. Desondanks accepteert de NVKG geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit document, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van dit advies.