

Afbouwen van opioïden in de eerste lijn

10-06-2021

Leden:

Kees Kramers (internist/farmacoloog, Radboudumc)

Stijn Veldman (student geneeskunde, Radboudumc)

Laurens Vroon (anesthesioloog – pijnarts, Radboudumc)

Arnt Schellekens (psychiater, Radboudumc)

Sandra van den Heuvel (anesthesioloog – pijnarts, Radboudumc)

Eward Melis (apotheker, CWZ)

Kris Vissers (anesthesioloog, Radboudumc)

Guido Adriaansens (huisarts)

David Jansen (klinisch geriater, Radboudumc)

Erik Ubachs (huisarts)

Carla Nij-Bijvank (huisarts)

Carel Veldhoven (huisarts)

Inleiding

Er is in Nederland in de periode 2008-2017 een toename geweest in het gebruik van opioïden van 4109 naar 7489 per 100.000 inwoners, met name veroorzaakt door een verviervoudiging in het gebruik van oxycodon in deze periode¹. De stijging van het gebruik van opioïden is deels te verklaren door een toegenomen proactieve aanpak van met name postoperatieve pijn, met bijvoorbeeld pijnscores. Het doel daarbij is het verminderen van onnodig lijden door pijn bij iedere patiënt opgenomen in het ziekenhuis, door vroege herkenning en behandeling van pijn. Langdurig gebruik van opioïden gaat gepaard met significante bijwerkingen en risico's (Tabel 1). Daarbij is het positieve effect op pijnintensiteit en lichamelijk functioneren, in het geval van chronische niet-kanker gerelateerde pijn, zeer gering². Bij langdurig gebruik neemt de analgetische effectiviteit van opioïden af. Dit maakt dat er in het algemeen geen plaats is voor het langdurig gebruik van opioïden in de behandeling van chronische niet-kanker gerelateerde pijn³.

Dit document is in de eerste plaats bedoeld als praktische handreiking voor de begeleiding van de afbouw van opioïden bij patiënten met chronische pijn in de eerste lijn, indien er geen duidelijke indicatie voor het gebruik hiervan meer is.

Achtergrondinformatie

Chronische pijn

Chronische pijn is wereldwijd verantwoordelijk voor de grootste ziektelast⁴ en gaat gepaard met een aanzienlijke vermindering van de kwaliteit van leven van het individu. We spreken over chronische pijn, indien de pijn persisteert over terugkeert gedurende drie maanden of langer. Vaak is er geen duidelijke relatie (meer) tussen weefselschade en de pijnsensatie. Somatische, psychische, sociale en spirituele factoren spelen een belangrijke rol in het ontstaan en onderhouden van pijn (het bio-psycho-sociale pijnmodel). Adequate behandeling van chronische pijn vergt daarom een inventarisatie van beïnvloedende factoren en een multidimensionaal beleid en plan van aanpak. Voor meer informatie over diagnostiek en behandeling bij chronische pijn verwijzen wij u naar de Zorgstandaard Chronische Pijn⁵.

Bijwerkingen en risico's van opioïden

Het langdurig gebruik van opioïden is een reden voor frequente follow-up van de patiënt om de analgetische effecten en bijwerkingen te nauwgezet te op te volgen. Er dient met name aandacht gegeven te worden aan patiënten met comorbiditeiten als: COPD, hartfalen, OSAS, nierinsufficiëntie, leverziekten, oudere patiënten met verhoogde kwetsbaarheid en patiënten met alcohol- of middelenmisbruik in voorgeschiedenis. De bijwerkingen van opioïden zijn samengevat in Tabel 1. Bij langdurig gebruik van opioïden kunnen in het bijzonder problemen ontstaan van tolerantie, lichamelijke afhankelijkheid, opioïd geïnduceerde hyperalgesie (OIH) en progressieve misbruik.

Door herhaalde inname van opioïden kan tolerantie ontstaan. Dat wil zeggen dat het analgetische vermogen afneemt bij een gelijkblijvende dosis. Dit leidt vaak tot dosisverhoging en escalatie, waarbij er steeds een hogere dosis wordt voorgeschreven om hetzelfde effect te bereiken. Hogere doseringen gaan gepaard met meer bijwerkingen en vergroot het risico op een onbedoelde overdosering⁶. Er is sprake van lichamelijke afhankelijkheid als de dosering dusdanig is, dat bij abrupt staken van het opioïd ontwenningsverschijnselen optreden.

Bij OIH observeert men een paradoxale toename van pijnklachten onder het gebruik van een opioïd. Dit uit zich vaak in een veralgemeende hyperalgesie (overgevoeligheid voor prikkels). Hierbij speelt

centrale sensitiviteit waarschijnlijk een belangrijke rol. OIH treedt met name op bij het gebruik van opioïden in hoge dosering en kan ertoe leiden dat prikkels sneller als pijnlijk worden ervaren⁷. Klinisch is OIH vaak lastig te onderscheiden van tolerantie omdat beide fenomenen tegelijk kunnen optreden.

De diagnose “stoornis in het gebruik van opioïden” kan worden gesteld aan de hand van de criteria in de DSM-5 (appendix 1), waarbij drie niveaus (licht, matig en ernstig) worden onderscheiden. In internationale studies ligt de prevalentie van middelen misbruik stoornis, bij langdurig gebruik van opioïden voor chronische rugpijn, tussen de 3 en 43%⁸.

Tabel 1 Bijwerkingen van (langdurig) opioïdengebruik

Gastro-intestinaal	Misselijkheid, braken, obstipatie, ileus, buikpijn, opgeblazen gevoel, droge mond
Respiratoir	Ademdepressie, (toename van) slaapapneus*
Endocrien	Hypogonadisme (ontregeling van de hormonale cyclus, amenorrhoea, impotentie, erectiestoornis, verlies van spier(kracht), opvliegers, haarverlies, obesitas, depressie, en libidoverlies) en osteoporose, serotonerg syndroom (met name indien tegelijk voorgeschreven met bepaalde antidepressiva)
Centraal zenuwstelsel	Sedatie, delier, concentratiestoornis, geheugenproblemen, stemmingsveranderingen, verminderde rijvaardigheid, verhoogd valrisico, tolerantie, hyperalgesie, psychische afhankelijkheid

* Dit risico is groter indien tevens centraal dempende middelen zoals benzodiazepines of alcohol worden gebruikt.

Afbouwen in de eerste lijn

Indicatiestelling

Evalueer bij gebruik van opioïden voor acute pijn altijd op korte termijn het klinisch effect en het bijwerkingen profiel. Bepaal tenslotte of de indicatie nog aanwezig is. Bij twijfel raadpleeg een medisch specialist (eventueel die de indicatie gesteld heeft en de eerste voorschriften gemaakt heeft).

In het geval van kortdurend gebruik (< 4 weken) van een lage dosering opioïden kunnen deze over het algemeen zonder uitgebreid afbouwtraject worden gestaakt.

Bij alle patiënten die vanwege chronische niet-kanker gerelateerde pijn opioïden gebruiken moet worden overwogen om deze te staken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het stroomschema in dit document (figuur 1). Bij het stellen van een afbouwindicatie spelen een aantal wegingsfactoren een rol. In principe dienen opioïden gestaakt te worden indien er geen medische indicaties meer voor zijn. Echter, in sommige gevallen kan er desondanks voor worden gekozen om de opioïden te continueren. Dergelijke factoren kunnen zijn: hoge leeftijd, geen tot milde bijwerkingen, wens van de patiënt, gebruik van een opioïd met een gunstiger (bij)werkingsprofiel (bijvoorbeeld buprenorfine), stabiele thuissituatie en een (stabiele) lage dosering van het opioïd.

Uitzonderingsregels voor dit protocol:

1. Dit protocol is niet gericht op patiënten die omwille van kanker gerelateerde pijn opioïden krijgen voorgeschreven. Huisarts en patient dienen in voorkomende gevallen laagdrempelig met een pijnspecialist te overleggen⁹.

2. Opioiden die gebruikt worden in het kader van substitutietherapie bij verslavingsproblematiek worden, indien nodig, in principe alleen onder supervisie van gespecialiseerde GGZ afgebouwd.

Frekwente follow-up bij gebruik opioiden:

Opioid gebruik is reden voor een frequente follow-up. Ook indien er nog geen indicatie is voor het afbouwen van opioiden, dient er vaak een evaluatie moment te zijn. Denk hierbij bij kortdurend gebruik (dagen/weken) aan eens per 1-2 weken en bij langdurig stabiel gebruik aan minimaal eens kwartaal³. Apothekers met wie de huisartsenpraktijk een samenwerkingsverband heeft, kunnen behulpzaam zijn bij het identificeren van patiënten die chronisch opioiden gebruiken.

Positieve- en negatieve factoren tot 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, hogere leeftijd, gelijktijdig gebruik van antidepressiva, benzodiazepines of dopamine-agonisten, langdurig gebruik (meer dan 6 maanden) van opioiden en negatieve ervaringen bij eerdere poging tot afbouwen¹⁰. Waar nodig zal gepaste begeleiding uitgebouwd dienen te worden om tot een succesvol traject aanleiding te geven.

Verwijzing naar tweede lijn

Verder zijn er meerdere factoren die meespelen bij de overweging om een patiënt met chronische niet-kanker gerelateerde pijn door te verwijzen naar een specialist in de tweede lijn voor afbouw van de opioiden. Meestal zal het hierbij gaan om de gespecialiseerde GGZ of de anesthesioloog-pijnarts binnen een pijnbehandelcentrum. Te allen tijde geldt, dat de huisarts zich bekwaam moet voelen tot het stellen van de afbouwindicatie, om het afbouwtraject te starten en om eventueel de patiënt door te verwijzen naar een specialist. Laagdrempelig overleg bij twijfel met de pijnarts of met de gespecialiseerde GGZ moet ten allen tijde mogelijk zijn.

Bij aanwezigheid van de volgende factoren kan worden gedacht aan verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ: matige tot ernstige stoornis in het gebruik van opioiden (appendix 1), psychiatrische comorbiditeit, suicidaliteit, langdurig opioid gebruik (> 2 jaar) en hoge doseringen van het opioid (> 90 mg morfine-equivalent per dag). Bij aanwezigheid van de volgende factoren kan worden gedacht aan verwijzing naar de pijnarts: ernstige bijwerkingen van opioiden, zwangerschap, kinderen/adolescenten of juist 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 opioiden), en complicaties bij eerdere stoppogingen.

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 opioiden bij kwetsbare ouderen (met dementie) complex kan zijn, kan beoordeling door de specialist oudergeneeskunde in de eerste lijn of klinisch geriater zinvol zijn.¹¹

Klinische aanbevelingen bij het afbouwen van opioïden

Begeleiding

- Gedurende het hele proces van afbouwen is adequate begeleiding van groot belang voor het laten slagen van het afbouwen. Gebruik hierbij technieken van motiverende gespreksvoering.
- Bespreek de negatieve impact van opioïden op de levenskwaliteit en de risico's die (langdurig) gebruik van opioïden met zich meebrengt.
- Educatie over pijn en opioïden kan het inzicht in chronische pijn en het bewustzijn van het nut van afbouwen vergroten. Gedegen uitleg over (chronische) pijn, in voor de patiënt begrijpelijk taal, is op meerdere plaatsen te vinden, bijvoorbeeld bij Transcare¹² of Pijnpatiënten naar 1 stem¹³.
- Toets de motivatie van patiënt om af te bouwen. Benadruk dat het doel is om patiënt weer beter te laten functioneren en de kwaliteit van leven te verbeteren. Identificeer welke barrières patiënt ziet voor het afbouwen. Veel patiënten zullen aangeven angst te hebben voor toename van pijnklachten of voor ontweningsverschijnselen en zullen om deze reden niet wensen om de opioïden af te bouwen. De communicatievaardigheden van de behandelend arts zijn van belang om de patiënt te overtuigen van het positieve doel van deze gedragsverandering.

Voorafgaand aan afbouwen

- Evalueer andere mogelijkheid van niet-farmacologische therapieën (bijvoorbeeld mindfulness en cognitieve gedragstherapie). Dergelijke interventies zijn geassocieerd met een hogere bewustwording, een daling van pijn en een vermindering van aandacht aan het opioïd.
- Evalueer of specifieke pijn behandelingen beschikbaar zijn in overleg met een pijnspecialist
- Start zo nodig niet-opioïde pijnstilling als hier een indicatie voor is. Overleg eventueel met de pijnarts bij onvoldoende ervaring met bepaalde (bijvoorbeeld anti-neuropathische) analgetica.
- Depressieve stoornissen, angst en PTSS komen vaker voor bij patiënten die chronisch opioïden gebruiken. Behandel deze optimaal voor de start van afbouw van het opioïd. Overweeg bij psychiatrische comorbiditeit verwijzing naar de 2^e lijn voor integrale behandeling van psychiatrische klachten en opioïdafbouw.

Het afbouwschema samenstellen

- Bepaal het behandeldoel, in sommige gevallen is het doel niet om opioïden volledig te staken maar volstaat het verlagen van de dosis. Bijvoorbeeld als dit een ingangseis is voor verdere specialistische behandeling of nadrukkelijke wens van de patiënt.
- Stel een multidimensionaal begeleidingsplan op, waarbij ook aandacht is voor aandacht afleiding, sport en beweging, en het aanbrengen van een nieuwe focus op constructieve handelingen. Bespreek hierbij wat een patiënt kan doen bij een slechter moment. Stel daarnaast ook een positieve beloningscyclus in zodat de patient zijn motivatie verder opbouwt.
- Bouw bij gebruik van meerdere verschillende opioïden deze een voor een af, niet simultaan. Start afbouw van de kortwerkende middelen en bouw daarna de langwerkende opioïden af.
- Bepaal in samenspraak met de patiënt met welke snelheid er afgebouwd gaat worden; (i) afbouwen met 20-35% dosisafname per week (snel schema) of (ii) afbouwen met 10-15% dosisafname per week (langzaam schema). Wegingsfactoren hierbij zijn: wens van de patiënt, bovenstaande positieve- en negatieve factoren, beschikbare dosissen per middelen, en duur van het gebruik (>6 maanden). Hierbij kan er in samenspraak met de patiënt ook voor een minder frequente afbouw gekozen worden (bijvoorbeeld dosisafname van eens per twee weken). Dit kan uiteraard gedurende het afbouwtraject nog veranderen.

- Spreek een controle met de patiënt af na elke dosisafname (normaliter eens per week) tijdens het hele afbouwtraject. Dit kan met een huisarts, praktijkondersteuner of apotheker. Het is hierbij van belang dat er eenduidigheid is over wie het afbouwtraject begeleid.
- Betrek de afleverende apotheker in het afbouwproces om toezicht te houden en te zorgen dat de medicatie van het afbouwschema op de juiste manier wordt gebruikt (denk hierbij aan uitleg over eventueel knippen van fentanylpleisters of bij afbouwen van meer dan een soort opioïd) en om te voorkomen dat patiënten meer opioïden verstrekt krijgen dan nodig.

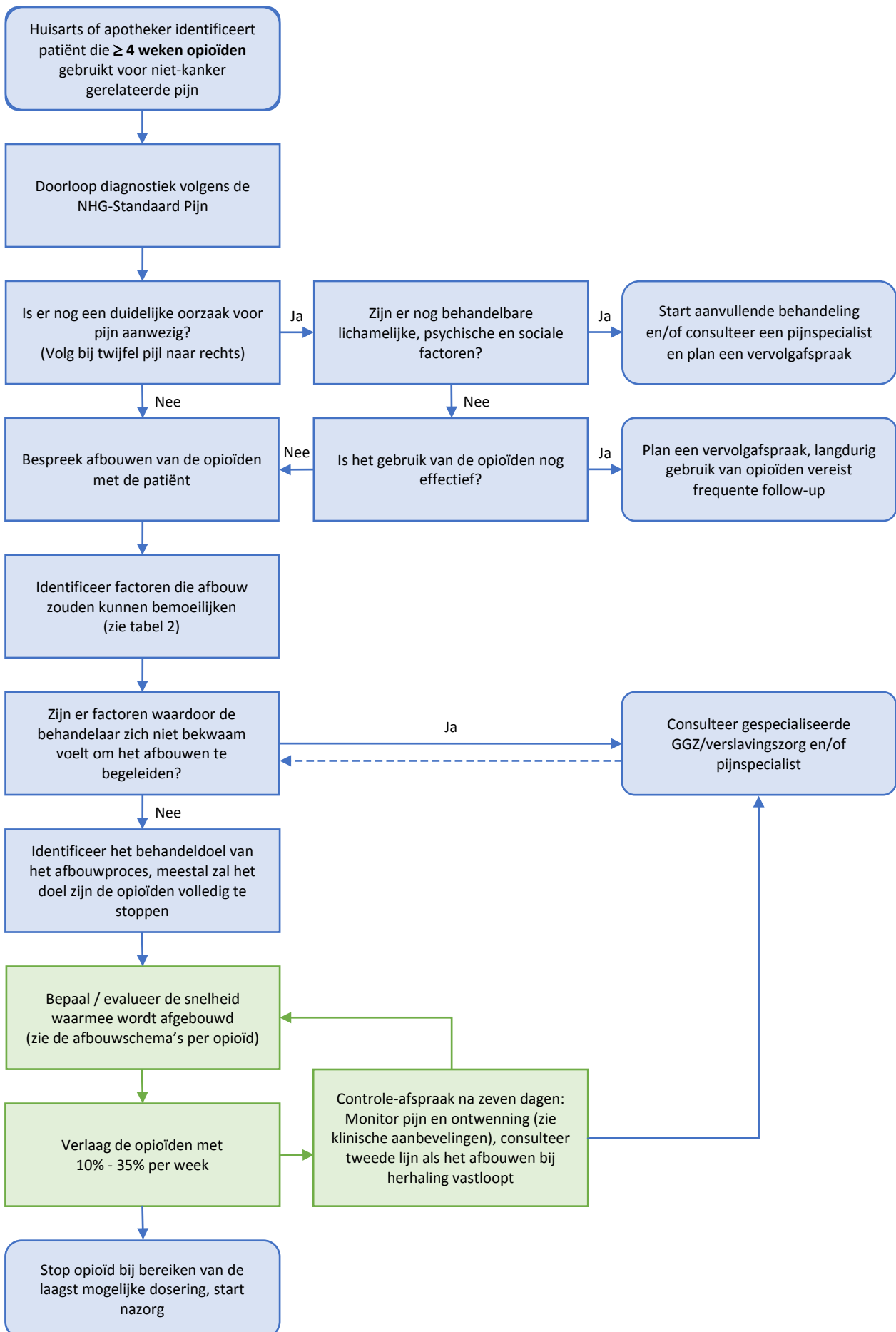
Tijdens het afbouwen

- Houd zoveel mogelijk het afbouwschema aan.
- Evalueer pijnklachten. Een lichte toename van pijn kan bij elke afbouwstap voorkomen, maar zal meestal weer terugkeren binnen enkele dagen naar voorgaande pijn-niveau. Vraag niet om een pijnscore aangezien dit geen behandelconsequenties heeft en een negatieve suggestie behelst die voor meer pijnbeleving zorgt¹⁴. Vraag in plaats hiervan of de pijn acceptabel is. Continueer hierbij de pijneducatie.
- Bij zowel het snelle als trage afbouwschema is er slechts een zeer beperkte kans op ontwenningssverschijnselen, echter wees hier bedacht op en evalueer deze (appendix 2). Geef uitleg over de symptomen en benadruk dat deze niet gevaarlijk en zelflimiterend zijn. Sommige symptomen (dysforie, slapeloosheid) kunnen tot 6 maanden na het staken van opioïden in enige mate aanwezig zijn^{15,16}. Biedt zo nodig medicamenteuze therapie (zie appendix 2). Adviseer hierbij aan de patiënt om zich een actief levenspatroon aan te meten, met dagstructuur, daginvulling en afleiding, waarbij de focus niet voortdurend ligt op het afbouwen en de bijwerkingen (en biedt hier zo nodig begeleiding voor aan).
- Hoog opioïden alleen weer op, als er onbeheersbare ontwenningssverschijnselen optreden.
- Overweeg een verandering in het afbouwschema indien de patiënt het afbouwschema niet verdraagt. Gebruik andere mogelijkheden/therapieën om de klachten binnen beperken te houden (bijvoorbeeld: medicamenteus, motiverende gespreksvoering, educatie, cognitieve gedragstherapie, mindfulness). Indien patiënt in een acute situatie (bijvoorbeeld bij een operatie) meer analgesie nodig heeft, overleg dan laagdrempelig met een pijnarts.
- Overweeg verwijzing naar de 2^e lijn indien patiënt het trage afbouwschema niet verdraagt of aankan.
- Houd er rekening mee dat de laatste stappen van het afbouwschema vaak als het moeilijkst worden ervaren, houd patiënten eventueel langer op een lage dosering alvorens het opioïd volledig te staken.
- herevalueer de laxantia na het staken van de opioïden.

Nazorg

- Patiënten die langdurig opioïden hebben gebruikt lopen het risico om in de toekomst opnieuw afhankelijkheid te ontwikkelen. Wees dus terughoudend in het voorschrijven van opioïden bij nieuwe pijnproblematiek. Waak echter voor onderbehandeling van pijn. Ook een patiënt met een eerdere geschiedenis van chronisch gebruik of verslaving heeft immers recht op adequate pijnstilling.
- Er kan na het afbouwen pijn blijven bestaan. Ga hierbij na of er nog opties zijn om dit te doen verlichten (bijvoorbeeld: pijnspecialist, SOLK-poli, psycholoog en/of fysiotherapeut).

Figuur 1 – Stroomschema voor afbouwen van opioïden in de eerste lijn



- > 90mg morfine-equivalent per dag ¶
- Matige of ernstige stoornis in het gebruik van middelen volgens de DSM-5 (appendix 1) ¶
- Suïcidaliteit ¶
- Psychiatrische comorbiditeit ¶
- Complicaties bij eerdere stoppogingen ¶ ‡
- Langdurig gebruik (> 2 jaar) ¶
- Gebruik van complicerende comedicatie (benzodiazepines, SSRI's, meerdere verschillende opioïden) ¶ ‡
- Gebruik methadon ¶ ‡
- Noodzaak tot rotatie ¶ ‡
- Ernstige bijwerkingen van opioïden ‡
- Zwangerschap ‡
- Leeftijd < 18 of > 75 jaar ‡

Tabel 2 Overweeg consultatie van gespecialiseerde GGZ/verslavingszorg (¶) en/of pijnspecialist (‡) bij aanwezigheid van een of meerdere van de bovenstaande factoren

Literatuur

1. Kalkman GA, Kramers C, van Dongen RT, van den Brink W, Schellekens A. Trends in use and misuse of opioids in the Netherlands: a retrospective, multi-source database study. *Lancet Public Heal*. 2019;4(10):e498-e505. doi:10.1016/S2468-2667(19)30128-8
2. Busse JW, Wang L, Kamaleldin M, et al. Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018;320(23):2448-2460. doi:10.1001/jama.2018.18472
3. de Jong L JP, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, van Bommel M, van Coevorden RS, van de Vusse A, van den Donk M, van Es A, Veldhoven CMM, Verduijn MM. NHG-Standaard Pijn 2018 [Available from: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/pijn>.
4. Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-1259. doi:10.1016/S0140-6736(17)32154-2
5. Perez RSG., Kok- Dalen van A., Giesberts M., Al E. Zorgstandaard Chronische Pijn. *Zorgstandaard Chronische Pijn*. 2017.
6. Bohnert ASB, Valenstein M, Bair MJ, et al. Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2011;305(13):1315-1321. doi:10.1001/jama.2011.370
7. Besse K, Vissers K. Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie in de palliatieve zorg. *Bijblijven*. 2014;30(1):25-31. doi:10.1007/s12414-014-0004-y
8. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, et al. Systematic review: Opioid treatment for chronic back pain: Prevalence, efficacy, and association with addiction. *Ann Intern Med*. 2007;146(2):116-127. doi:10.7326/0003-4819-146-2-200701160-00006
9. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Pijn bij Patiënten met Kanker. 2015:6-12.
10. Frank JW, Levy C, Matlock DD, et al. Patients' perspectives on tapering of chronic opioid therapy: A qualitative study. *Pain Med (United States)*. 2016;17(10):1838-1847. doi:10.1093/pm/pnw078
11. Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M. et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol* 8, 264–274 (2012). <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2012.53>
12. Chronische pijn | Transcare - pijn. <https://www.transcare.nl/patienten/chronische-pijn/>.
13. Home - Pijnpatientennaar1stem. <https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/>.
14. Chooi CSL, White AM, Tan SGM, Dowling K, Cyna AM. Pain vs comfort scores after Caesarean section: a randomized trial. 2013. doi:10.1093/bja/aes517
15. Berna C, Kulich RJ, Rathmell JP. Tapering long-term opioid therapy in chronic noncancer pain: Evidence and recommendations for everyday practice. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(6):828-842. doi:10.1016/j.mayocp.2015.04.003
16. Washington State Agency Medical Directors' Group: Interagency guideline on prescribing opioids for pain. <http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/2015AMDGOpioidGuideline.pdf>. Accessed April 29, 2020.
17. American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic Classification. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.x00diagnosticclassification
18. Specifieke omschrijving opiaatverslaving - Opiaatverslaving | GGZ Standaarden. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/opiaatverslaving/specifieke-omschrijving-opiaatverslaving>.
19. Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. <https://farmacotherapeutischkompas.nl>.
20. Van den Brink W, Dom G, Dumont GJH, Neven A, Schellekes AFA. *Farmacotherapie Bij Verslaving*. 1st ed. Prelum; 2019.

21. Atkin T, Comai S, Gobbi G. Drugs for Insomnia beyond Benzodiazepines: Pharmacology, Clinical Applications, and Discovery. *Pharmacological reviews*. 2018;70(2):197-245.
22. Durand C, Alhammad A, Willett KC. Practical considerations for optimal transdermal drug delivery. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2012;69(2):116-24.

Appendix 1 – Criteria voor stoornis in gebruik van opioïden (DSM-5)

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.^{16,17} (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. Behoefte 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. Ontwenningssverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
 - a. Het kenmerkende onthoudingssyndroom van opioïden.
 - b. Opioïden worden gebruikt om onttrekkingssymptomen 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)

Appendix 2 – Ontwenningssymptomen en mogelijke medicamenteuze therapie

Angst, agitatie, rusteloosheid, zweten, tremoren	Clonidine – per os: 0,2–0,5 mg per dag in 2–4 doses, vervolgens de dagdosis met 0,1–0,3 mg per dag verhogen op geleide van onthoudingsverschijnselen en bloeddruk. Maximaal 1,2 mg per dag
Misselijkheid	Metoclopramide of ondansetron
Diarree	Loperamide – per os: startdosis 4 mg, onderhoudsdosering 2–12 mg per dag. Maximaal 16 mg per dag
Spierpijn	Paracetamol of NSAID's
Myoclonus	Geen – Overleg met pijnarts
Slapeloosheid	Terughoudendheid met benzodiazepines is geboden, gezien het hoge verslavingpotentieel.

Appendix Tabel 2 Symptomen van ontwenning van opioïden en voorgestelde medicamenteuze behandeling^{16,19,20,21}

Appendix 3 – Specifieke afbouwschema's per opioïd

Morfine:

- Dosis afname per week
- Beschikbare preparaten:
 - MGA: in 10, 15, 30, 60, 100 en 200mg. (15mg alleen het originele merk MS Contin). De MGA tabletten mogen niet gebroken worden, omdat het mechanisme voor vertraagde afgifte dan beschadigd.
 - Kortwerkend: 10 en 20mg; 10mg mag gebroken worden
 - Morfinedrank 20mg/ml en 2mg/ml
- Voorbeeldschema morfine MGA (snel schema)

	Dagdosering (mg)	aantal giften	keerdosering (mg)
MGA tabletten	180	2	90
	140	2	70
	110	2	55
	80	2	40
	60	2	30
	40	2	20
	30	2	15
	20	2	10
	10	1	10

- Voorbeeldschema morfine MGA (langzaam schema)

	dagdosering	aantal giften	keerdosering (mg)
MGA tabletten	180	2	90
	160	2	80
	140	2	70
	120	2	60
	100	2	50
	90	2	45
	80	2	40
	70	2	35
	60	2	30
	50	2	25
	40	2	20
	30	2	15
	20	2	10
	10	1	10

- Voorbeeldschema morfine kortwerkend

	Dagdosering (mg)	aantal giften	keerdosering (mg)
Kortwerkend	180	6	30
	150	6	25
	120	6	20
	90	6	15
	60	6	10
	40	4	10
	30	6	5
	20	4	5

- Voorbeeldschema morfinedrank (snel schema)

	dagdosering	aantal giften	keerdosering (mg)	aantal ml
Morfine drank 2mg/ml	80	4	20	10
	60	4	15	7,5
	44	4	11	5,5
	36	4	9	4,5
	28	4	7	3,5
	20	4	5	2,5
	16	4	4	2
	12	4	3	1,5
	8	4	2	1
	4	4	1	0,5

- Voorbeeldschema morfinedrank (langzaam schema)

	dagdosering	aantal giften	keerdosering (mg)	aantal ml
Morfine drank 2mg/ml	80	4	20	10
	72	4	18	9
	64	4	16	8
	56	4	14	7
	48	4	12	6
	44	4	11	5,5
	36	4	9	4,5
	32	4	8	4
	28	4	7	3,5
	24	4	6	3
	20	4	5	2,5
	16,8	4	4,2	2,1
	13,6	4	3,4	1,7
	11,2	4	2,8	1,4
	9,6	4	2,4	1,2
	8	4	2	1
	7,2	4	1,8	0,9
	6,4	4	1,6	0,8
	5,6	4	1,4	0,7
	4,8	4	1,2	0,6
4	4	1	0,5	

Oxycodon

- Dosis afname per week
- Beschikbaarheid
 - MGA: 5, 10, 15, 20, 30, 40, 60, 80 en 120 mg
 - De MGA tabletten mogen niet gebroken worden, omdat het mechanisme voor vertraagde afgifte dan beschadigd.
 - Kortwerkend capsule: 5, 10 en 20 mg; tablet: 5 en 10 mg
- Voorbeeldschema oxycodon MGA (snel schema)

	dagdosering	aantal giften	keerdosering (mg)
MGA tabletten	140	2	70
	110	2	55
	80	2	40
	60	2	30
	40	2	20
	30	2	15
	20	2	10
	10	2	5
5	1	5	

- Voorbeeldschema oxycodon MGA (langzaam schema)

	dagdosering	aantal giften	keerdosering (mg)
MGA tabletten	140	2	70
	120	2	60
	100	2	50
	90	2	45
	80	2	40
	70	2	35
	60	2	30
	50	2	25
	40	2	20
	30	2	15
	20	2	10
	15	3	5
	10	2	5
5	1	5	

- Voorbeeldschema oxycodon kortwerkend

	dagdosering	aantal giften	keerdosering (mg)
Kortwerkend	100	4	25
	80	4	20
	60	4	15
	40	4	10
	20	4	5

Fentanyl

- Beschikbaar
 - Pleister: 12, 25, 37, 50, 75 en 100 mcg/uur

Tegenwoordig zijn de meeste fentanylpleisters matrixpleisters. Deze zouden in principe geknipt kunnen worden. Echter ontbreekt hiervoor het wetenschappelijke bewijs. Aan te raden is om de geknipte pleister goed vast te zetten op de huid (bijvoorbeeld met leukotape), zodat de gehele pleister contact maakt met de huid.

Fentanylpleisters hebben een werkingsduur van drie dagen. Om deze reden is een interval van zes of negen dagen meer passend dan de gebruikelijke zeven dagen.

- Voorbeeldschema fentanyl (snel schema)

Fentanyl pleister	Dosering	Pleister (mcg/uur)					
	mcg/uur	12	25	37	50	75	100
	100						1
	75					1	
	62	1			1		
	50				1		
	37			1			
	25		1				
	18	1,5					
	12	1					
	6	0,5					

- Voorbeeldschema fentanyl (langzaam schema)

Fentanyl pleister	Dosering	Pleister (mcg/uur)					
	mcg/uur	12	25	37	50	75	100
	100						1
	87	1				1	
	75					1	
	62	1			1		
	56	0,5			1		
	50				1		
	43	0,5		1			
	37			1			
	31	0,5	1				
	25		1				
	18	1,5					
	12	1					
	6	0,5					

Buprenorfine

- Beschikbaar
 - Pleister: 5, 10, 15, 20, 35, 52,5 en 70 mcg/uur

Tegenwoordig zijn de meeste buprenorfinepleisters matrixpleisters. Deze zouden in principe geknipt kunnen worden. Echter ontbreekt hiervoor het wetenschappelijke bewijs. Aan te raden is om de geknipte pleister goed vast te zetten op de huid (bijvoorbeeld met leukotape), zodat de gehele pleister contact maakt met de huid.

Buprenorfinepleisters hebben een werkingsduur van drie, vier of zeven dagen. Hierbij kan het meer passend zijn om het afbouwinterval aan te passen. Bijvoorbeeld afbouwen na acht dagen bij een werkingsduur van vier dagen.

- Voorbeeldschema buprenorfine (snel schema)

	Dosering	Pleister (mcg/uur)						
Buprenorfine pleister	mcg/uur	5	10	15	20	35	52,5	70
	70							1
	52,5						1	
	40	1				1		
	30		1		1			
	20				1			
	15			1				
	10		1					
	7,5	1,5						
	5	1						

- Voorbeeldschema buprenorfine (langzaam schema)

	Dosering	Pleister (mcg/uur)						
Buprenorfine pleister	mcg/uur	5	10	15	20	35	52,5	70
	70							1
	62,5		1				1	
	52,5						1	
	45		1			1		
	40	1				1		
	35			1	1			
	30		1		1			
	25	1			1			
	22,5	0,5			1			
	20				1			
	17,5	0,5		1				
	15			1				
	12,5	0,5	1					
	10		1					
	7,5	1,5						
	5	1						
	2,5	0,5						

Hydromorfon:

- Dosis afname per week
- Beschikbaarheid
 - MGA: 4,8,16 en 24mg
 - De MGA tabletten mogen niet gebroken worden, omdat het mechanisme voor vertraagde afgifte dan beschadigd.
 - Kortwerkend: 1,3, 2,6mg

- Voorbeeldschema hydromorfon MGA

	Dagdosering (mg)	aantal giften	keerdosering (mg)
MGA tabletten	48	2	24
	40	2	20
	32	2	16
	24	2	12
	16	2	8
	8	2	4
	4	1	4

- Voorbeeldschema hydromorfon kortwerkend (snel schema)

	Dagdosering (mg)	aantal giften	keerdosering (mg)
Kortwerkend	41,6	4	10,4
	31,2	4	7,8
	26	4	6,5
	20,8	4	5,2
	15,6	4	3,9
	10,4	4	2,6
	5,2	4	1,3

- Voorbeeldschema hydromorfon kortwerkend (langzaam schema)

	Dagdosering (mg)	aantal giften	keerdosering (mg)
Kortwerkend	41,6	4	10,4
	36,4	4	9,1
	31,2	4	7,8
	26	4	6,5
	20,8	4	5,2
	15,6	4	3,9
	10,4	4	2,6
	5,2	4	1,3

Tramadol:

- Dosis afname per week
- Beschikbaarheid
 - MGA: 50, 100, 150 en 200 mg
 - De MGA tabletten mogen niet gebroken worden, omdat het mechanisme voor vertraagde afgifte dan beschadigd.
 - Kortwerkend: 50 mg
 - Druppels: 100 mg/ml, 2,5 mg/druppel

- Voorbeeldschema tramadol MGA

	Dagdosering (mg)	aantal giften	keerdosering (mg)
MGA tabletten	600	2	300
	500	2	250
	400	2	200
	300	2	150
	200	2	100
	100	2	50
	50	1	50

- Voorbeeldschema tramadol kortwerkend

	Dagdosering (mg)	aantal giften	keerdosering (mg)
Kortwerkend	400	4	100
	300	3	100
	200	4	50
	150	3	50
	100	2	50

- Voorbeeldschema tramadol druppels (snel schema)

	Dagdosering (mg)	aantal giften	keerdosering (druppels)
Kortwerkend	100	4	10
	80	4	8
	60	4	6
	40	4	4
	30	4	3
	20	4	2
	10	4	1

- Voorbeeldschema tramadol druppels (langzaam schema)

	Dagdosering (mg)	aantal giften	keerdosering (druppels)
Kortwerkend	100	4	10
	90	4	9
	80	4	8
	70	4	7
	60	4	6
	50	4	5
	40	4	4
	30	4	3
	20	4	2
	10	4	1