

Evaluatie van een behandelmodule afbouwen van opioïden in een geïntegreerde behandeling voor chronische pijn, zinvol om te doen! Minder pillen, minder pijn.

Paul van Wilgen^{1,2}

1. Transcare, Goningen, Nederland, 2 VU Brussel België

Abstract

Background: To investigate the effects of a treatment module for tapering opioids, in patients with long-term opioid use, in an integrated treatment approach for chronic pain.

Clinical exploratory study on the effects of a treatment module for opioid reduction within the SGGZ. An exploring clinical study to support patients taper and stop long-term opioids specialized mental health care

Method: Pre- post design of opioid usage, health-related quality of life (RAND-36) and a qualitative evaluation of patient experiences.

Results: A total of 29 patients were included, 23 no longer used opioids, a number of them continued the tapering with their general practitioner. Quality of life increases in every domain including pain, no patient experienced more pain. Most people experienced far fewer side effects; there was a high level of patient satisfaction. Attention to pain disruption and emotional dysregulation is an important point of attention during the tapering phase.

Conclusion: In view of the results of this study, it seems important to discuss opioid use in patients with chronic pain. There are good arguments to motivate patients to taper their opioid use and to explain the importance. The described treatment module to reduce opioid use seems promising.

Samenvatting

Achtergrond: De effecten onderzoeken van een behandelmodule voor het afbouwen van opioïden, bij patiënten met langdurig opioïden gebruik, in een geïntegreerde behandeling voor chronische pijn. Een klinische explorerende stu-

die naar de effecten van een behandelmodule om opioïden af te bouwen binnen de specialistische geestelijke gezondheidszorg (SGGZ).

Methode: Voor en na meting naar opiaten gebruik, gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven (RAND-36) en een kwalitatieve analyse naar de ervaringen van patiënten.

Resultaten: In totaal 29 patiënten zijn geïncludeerd, 23 gebruiken geen opioïden meer, een aantal hebben de afbouw bij de huisarts vervolgd, kwaliteit van leven neemt toe op elk domein ook op pijn, bij niemand was er sprake van meer pijn, de meeste mensen ervaarde veel minder bijwerkingen, er was sprake van een hoge tevredenheid. Aandacht voor pijnontregeling en emotionele ontregeling is een belangrijk aandachtspunt.

Conclusie: Gezien de resultaten van deze studie lijkt het bespreekbaar maken van het opioïden gebruik bij patiënten met chronische pijn belangrijk. Er zijn goede argumenten om patiënten voor afbouw te motiveren en het belang uit te leggen. De beschreven behandelmodule om opioïden af te bouwen lijkt veelbelovend.

Inleiding

Chronische pijn komt naar schatting voor bij 20 % van de Nederlandse bevolking.¹ Bij chronische pijn is er geen sprake meer van weefselschade, chronische pijn wordt verklaard door neurofysiologische veranderingen in het zenuwstelsel zelf, we kennen dit onder de term centrale sensitisatie. Klinisch is dit te herkennen aan allodynie en/of hyperalgesie, met lang bestaande-, toenemende- en wijdverspreide pijn vaak als belangrijke symptomen.²

Al langere tijd is bekend dat langdurig gebruik van opioïden leidt tot een pijntoename en toename van allodynie en/of hyperalgesie.³⁻⁶

Bij het dagelijks gebruik van opioïden treedt binnen een paar weken een paradoxale en pijnversterkende werking op, deze pijnversterkende eigenschappen maken opioïden bij uitstek ongeschikt voor de behandeling van chronische pijn. In de NHG-richtlijn-pijn staat dan ook 'schrijf geen opioïden voor bij chronische pijn'. Volgens de stichting farmaceutische kengetallen (sfk.nl) gebruikten in 2022 in Nederland 1 miljoen mensen een opioïde, waarvan 90.000 chronisch.¹⁶ De indicatie bij deze chronische groep was met name chronische pijn. Naast de toegenomen pijn gevoeligheid is er bij langdurig gebruik ook sprake van veel negatieve bijwerkingen zoals maag-darmklachten, maagklachten (PDS), overmatig transpireren, jeuk, slaapapneu, seksuele disfunctie, moeheid, stemmingsklachten (depressie), te lage spiegel geslachtshormonen, hogere kans op botbreuken, 'brain fog', hartinfarcten en tandheelkundige problemen.¹⁷

Gelukkig is er steeds meer bewustwording bij zorgverleners dat langdurig gebruik van opioïden ongewenst is. Veel gebruikers hebben echter, ondanks dat hun klachten vaak toenemen, het idee dat ze niet zonder opioïden kunnen. Vaak omdat ze bij aanvang of bij ophoging van de dosering, geleerd hebben dat opioïden goed werken tegen pijn en kunnen leiden tot een gevoel van ontspanning en euforie.⁷

Als bewijs van de goede werking dragen ze vaak aan "als ik een pil vergeet dan voel ik de pijn toenemen". Ze denken dus dat de oorzaak van de pijn (de schade) er nog steeds is en dat een opioïde nodig is om dit te onderdrukken.

Als behandelcentrum dat zich heeft gespecialiseerd in de behandeling van chronische pijn is binnen Transcare een behandelmodule ontwikkeld voor de afbouw van opioïden. Transcare is een transdisciplinair werkend centrum, hierbij werken verschillende disciplines vanuit één visie, in een niet hiërarchisch model, waarbij de disciplines over de grenzen van hun eigen vakgebied

of professionele richtlijnen heen werken. Hierbij zijn zowel somatische, psychologisch, sociale maar ook culturele of andere dimensies van belang in de integrale diagnose, hierdoor ontstaat een patiënt gecentreerd aanpak.⁸

Binnen Transcare was al langere tijd sprake van, op geringe schaal, uitvoeren van afbouwbehandelingen. De ontwikkelde behandelmodule zou onderdeel moeten zijn van de integrale transdisciplinaire behandeling van Transcare. Vragen om deze te integreren die hierbij centraal staan zijn;

- hoe integreren we de werking van opioïden en de afbouw binnen de pijneducatie om de percepties van patienten te veranderen en zo patiënten te motiveren om af te bouwen.
- welke behandelstrategieën zijn belangrijk in het afbouw traject bij de langdurige gebruikers.
- hoe integreren we deze behandeling in onze bestaande trajecten.

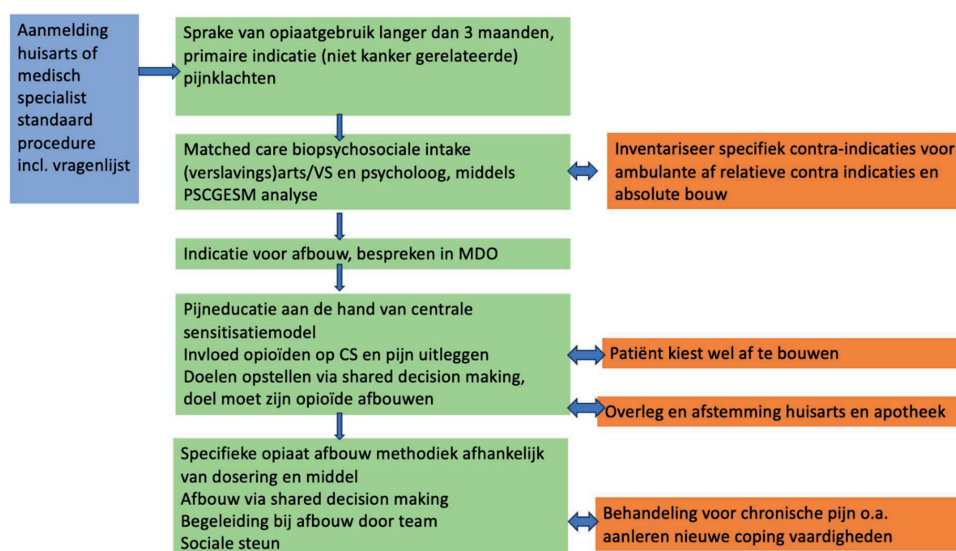
Daarbij kwam ook de vraag naar de effecten van deze module?

Bij de ontwikkeling van afbouwmodule hebben we gekeken naar bestaande evidentie en hebben we aanwezige klinische kennis, met ervaring van opioïde afbouw, en de bestaande modules voor de behandeling van chronische pijn geïntegreerd.⁹

In de literatuur wordt afbouw vooral gezien vanuit een verslavingsperspectief. De behandelmodule die binnen Transcare is opgesteld beschrijft een combinatie waarbij reguliere onderdelen uit de behandeling van chronische pijn zijn opgenomen. Hierbij staan centraal de pijneducatie sessies als ook cognitief-gedragsmatige behandeling voor chronisch pijn. Verder hebben we gekozen voor een, binnen de chronische pijnbehandeling gebruikelijke patiënt gecentreerde aanpak met shared decision making ook daar waar het gaat om de momenten van opioïde afbouw. Dit in tegenstelling tot veel verslavingsbe-

handelingen die vaak uitgaan van afbouw in vaste stappen.¹⁰

In 2021 hebben we binnen de Specialistische GGZ deze module geïmplementeerd, en deze staat op hoofdlijnen beschreven in figuur 1. Doel van deze studie is om de richtlijn voor afbouw te evalueren op effectiviteit bij patiënten met langdurig opioïde gebruik. De onderzoeksvraag is; wat is het effect van het toepassen van een geïmplementeerde transdisciplinaire behandelmodule gericht op afbouw van opioïden binnen een behandeling voor chronische pijn op het gebruik van opioïden, gezondheid



figuur 1 afbouwmodule in vaste stappen

gerelateerde kwaliteit van leven en (kwalitatieve) ervaringen van patiënten?

Methode

Behandelmodule

Patiënten verwezen naar Transcare door de huisarts of een medisch specialist voor een behandeling van chronische pijn, met of zonder een specifieke vraag voor opioïde afbouw, zijn geïnccludeerd in de studie. Exclusiecriteria voor de richtlijn en onderzoek zijn; ernstige psychische problemen, afhankelijkheid van andere middelen, geen opiaat gebruik voor chronische pijn of het niet hebben van sociale ondersteuning in de thuissituatie.

Hierna vindt eerst een geïntegreerde (matched care) intake (arts/verslavingsarts/VS met een psycholoog/verpleegkundig specialist) plaats, middels het PSCGEM-model.¹¹ Middels deze integrale diagnostiek wordt eerst het onderliggende pijnmechanisme (P) bepaald te weten: nociceptief, neuro-pathisch of centrale sensitiviteit. Naast de somatische (S), cognitieve (C),

emotionele (E), gedragsmatige (G) en sociale (S) factoren worden de medicatie in kaart gebracht alsmede de motivatie (M) van de patiënt voor eventueel afbouw. Het inventariseren van de psychologische voorgeschiedenis is van belang, met name de psychologische kwetsbaarheid en het aanwezig zijn van post-traumatische stressstoornissen is van belang omdat dit een rol kan spelen bij de afbouw van opiaten.¹² Bij sociale factoren wordt gekeken naar bronnen van sociale steun, het hebben van een steunende omgeving die ook geïnformeerd is over de mogelijke bijwerkingen van afbouw is belangrijk. Pijneducatie is altijd de eerste stap in de behandeling van chronische pijn zoals ook beschreven in de zorgstandaard pijn^{13,14} Hierin wordt het verschil tussen acute pijn ('schade model') en chronische pijn ('centrale sensitiviteit') uitgelegd. Centrale sensitiviteit wordt als onderliggende mechanisme voor de pijn uitgelegd, als ook de rol van opioïden op dit systeem. Vaak wordt de metafoer van het medicijnkastje gebruikt 'het nemen van opioïden zorgt ervoor dat je eigen pijn dempende systeem wordt

uitgezet'. Uitgelegd wordt dat centrale sensitatie de oorzaak is voor pijn en hoe opioïden de pijn erger maken. In twee interactieve gesprekken (2 x 45 – 60 minuten) wordt de pijneducatie eerst door de arts gedaan en vervolgens door de psycholoog. In deze educatie wordt niet alleen sensitatie uitgelegd maar ook de factoren, vanuit het PSCEGSM-model, die naast opioïden het proces van sensitatie beïnvloeden. Ook worden de verschillende bijwerkingen van opioïden met de patiënt besproken. Aan de hand van motivational interviewing technieken wordt zo duidelijk gemaakt wat het belang is om te stoppen met opioïden. Middels shared decision making wordt vervolgens een behandelplan gemaakt.

Afbouwplan

Er zijn verschillende methoden om opioïden af te bouwen. Deze worden in samenspraak gemaakt met een (verslavings)arts of verpleegkundig specialist. Bij de afbouw worden de onthoudingssymptomen, zoals pijn, slaapproblemen, vermoeidheid als ook mogelijke emotionele onregeling gemonitord. Deze onregeling ontstaat vooral in de fases van de afbouw. Hiervoor worden mogelijk aanvullende interventies ingezet tijdens de afbouw, de aandacht is echter vooral gefocust op de afbouw en de daarbij optredende bijwerkingen. Hierbij is uitleg van de verschillende symptomen, zeker pijn toename, belangrijk. Deze begeleiding door het team is vaak wekelijks, altijd ambulante met waar mogelijk online afspraken. Psychologische behandeling of gedragsgerichte paramedische interventies zoals die normaliter worden aangeboden bij de behandeling van chronische pijn vinden met name in de eindfase van de behandeling plaats en na de afbouwfase. De duur van de afbouw is volledig afhankelijk van de dosering aan het begin en de snelheid waarmee de stappen genomen worden, daarbij zijn er patiënten die naast opioïden soms ook andere medicatie afbouwen. Gedurende de afbouw wordt de gebruikte dosering opioïden eerst gestabiliseerd (tijdcontingent innemen) en worden de kortwerkende opioïden vervangen, de langwerkende worden geleidelijk verlaagd. Ook worden deze mogelijk omgezet naar een ander middel zoals methadon of buprenorfine. Deze methodiek verschilt per patiënt en wordt begeleid door een verslavingsarts of een getrainde verpleegkundig specialist. Af-

bouw gaat via gezamenlijk besluitvorming met de patiënt, met name het momenten van verdere afbouw worden samen bepaald. De start en de momenten van afbouw worden besproken met de huisarts, de apotheek en naasten.

Design'

In deze explorerende klinische 'mixed method' studie zijn metingen gedaan voor -en bij afsluiting van de behandeling. Gemeten zijn; leeftijd, geslacht, duur en medicatiegebruik voor pijn en de RAND-36 (SF-36) dit is een veel gebruikte en gevalideerde vragenlijst voor het meten van ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Domeinen betreffen algehele gezondheid, gezondheidsveranderingen, sociaal functioneren rolbeperkingen emotioneel en fysiek, mentale gezondheid, vitaliteit en pijn alsmede een patiënt tevredenheidsscore.¹⁵ Verder is na het afsluiten van de behandeling een kort interview afgenomen hierin zijn de volgende vragen gesteld: wat is het huidige medicatiegebruik, kunt u in eigen woorden vertellen hoe u de afbouw heeft ervaren, wat zijn de belangrijkste effecten nu na de behandeling, hoe kijkt u terug op de periode met medicatie?

Het interview is opgesteld door de auteur en tijdens de interviews werden aantekeningen gemaakt van de uitspraken, de getranscribeerde uitspraken zijn later gerubriceerd door de auteur. De METC heeft het onderzoek niet als WMO plichtig beoordeeld (METC nummer: 202200318). Alle patiënten zijn vooraf over het onderzoek geïnformeerd en hebben een informed consent ingevuld.

Resultaten

In de periode 2021 en eerste kwartaal 2022 werden 32 personen geïncludeerd volgens de richtlijn. Eén patiënt is tijdens de behandeling verwezen voor een klinisch programma binnen de verslavingszorg, twee patiënten besloten na de intake en uitleg de behandeling niet te vervolgen. In totaal zijn gegevens van 29 patiënten meegenomen in de studie; 16 vrouwen en 13 mannen met een gemiddelde leeftijd van 49,9 jaar (Sd 13 jaar). De duur van opioïden gebruik was gemiddeld 4,8 jaar (Sd 4.0 jaar, min 1 / max 18 jaar), doseringen voor en na de behandeling staan beschreven in Tabel 1.

Tabel 1: pijnmedicatie inclusief opioïden voor en na behandeling

| Nr | Medicatie pijn VOOR | Medicatie voor pijn na behandeling |
|----|---|--|
| 1 | Buprenorfine 20 mcg/uu 1 p.w Codeïne 10 mg 4 dd 2 Pregabaline 75 mg 1 dd 1 Paracetamol 4dd 1000 mg | Pregabaline 75 mg 1dd1 Paracetamol 4dd 1000 mg |
| 2 | Fentanyl pleister 100 ug/uur 2 stuks per 3 dagen (generiek + durogesic) Gabapentine 600 mg 6 per dag Oxycodon 5 mg 6-10 p.d. Paracetamol 500 mg 6 tabletten per dag | Paracetamol 500mg 6 tabletten per dag |
| 3 | Oxycodon tablet mga 10mg 2-2-1 (5/2019) gebruik sinds 2019 Diclofenac 50mg 1d1t | Geen pijnmedicatie |
| 4 | Oxycodon tablet MGA 5MG 2D2T Oxycodon capsule 5MG 1-6 DIC ZNP, kortwerkende 3d1t Pregabaline caps 75MG 3-0-2 | Paracetamol 500mg 2d2t Sumatriptan tegen migraine 0-4 keer per week Pregabaline caps 75 mg 3-0-2 |
| 5 | Oxycodon Tablet 10MG, 30, 3D1T | Methadon, 8 mg |
| 6 | Tramadol 50mg 3d1t | Geen pijnmedicatie |
| 7 | Oxycodon caps 5mg 2dd, max 6x daags Fentanyl pleister 12ug/uur Amitriptyline HCL, Tablet 25mg, 2D1T paracetamol 1000 mg 4dd | Paracetamol 1000 mg 4dd |
| 8 | Tramadol 50mg 2d2t | Geen pijnmedicatie |
| 9 | Oxycodon 5mg 1-0-1-(1) Pregabaline 75mg 1-0-1-(1) af en toe Paracetamol, supplementen | Paracetamol z.n. |
| 10 | Naproxen tabl. 250MG, 2.12T Fentanyl tabl. Subl 100 mcg, 6/dag Paracetamol dagelijks Pregabaline caps 75 mg 2.2C | Naproxen 250 mg z.n Paracetamol dagelijks |
| 11 | Pregabaline 50 mg 2 x per dag 1 capsule Pregabaline 300 mg 1 x per dag 1 capsule Amitriptyline 25 mg 3 x per dag 1 stuk Morfine 10 mg ampullen 5 maal per dag Fentanylpleister 12 mcg | 10 mg morfine p.d. Pregabaline 3 x 75 Amitriptyline 50 mg |
| 12 | Tramadol 50mg 2d1t heel af en toe paracetamol en ibuprofen | Geen pijnmedicatie |
| 13 | Oxycodon 15mg-10 (15)mg-5mg Nortriptyline 10mg sinds 40ste jaar Paracetamol | Nortriptyline 10mg Paracetamol z.n. |
| 14 | Tramadol 50 mg 1-3 keer per dag Incidenteel paracetamol 1000 mg | Incidenteel paracetamol 1000 mg |
| 15 | Oxycodon mga 20 mg 5 dd | Vanwege recente hernia soms Tramadol |
| 16 | morfine (langwerkend) 2 dd 30 mg morfine (kortwerkend) 1-6 dd 10 mg (meestal 3-4 keer per dag). | Geen pijnmedicatie |
| 17 | Morfine 2x10 mg per dag sinds 2/2021 Amitriptyline 1dd 25mg (sinds 1 jaar) | Morfine 2x10 mg |
| 18 | Tramadol druppels 4x2dr sinds 2016 (max dosering was 4x15dr), schema van HA, laatste tijd zelf. | Geen pijnmedicatie |
| 19 | oxycodon tablet 10mg (oraal), 5 x per dag 1 stuk oxycodon tablet mga 10mg (oraal), 2 x per dag 1 stuk naproxen tablet 500mg (oraal), 1 x daags 1 paracetamol tablet 500mg (oraal), 4 x per dag 2 | 4 mg methadon |
| 20 | Lidocaine injecties INJVL 20mg/ml (HCL) AMP 10ML, imm Tramadol caps 50 mg, 4 dd | Geen pijnmedicatie |
| 21 | Oxycodon 2dd 5mg langwerkend , pcm 3 dd 100 mg | Geen pijnmedicatie |
| 22 | Oxycodon van 160mg kortwerkende afgebouwd tot 3x30mg lang werkende | Oxycodon 5 mg |

Resultaten interviews

Patiënten zien het afbouwen als een lastig proces met (soms) veel pijn en andere symptomen zoals moeheid, slaapproblemen, rusteloze benen, maagproblemen, dromen, loopneus en jeuk. Van de 29 patiënten gebruikten na de afbouw 23 geen opioïden meer. Eén patiënt kreeg tijdens de afbouw een andere aandoening waardoor verdere afbouw werd gestopt. Eén patiënt nam nog Tramadol vanwege een andere recente aandoening. Sommigen besloten nadat de afbouw was opgestart dit verder af te stemmen met de eigen huisarts. Bij twee patiënten was er sprake van ontregeling van een post-traumatische stressstoornis klachten waarvoor behandeling nodig was, bij geen van de patiënten was tijdens of na afbouw sprake van terugval of ernstige bijwerkingen van de afbouw. Twaalf patiënten gaven aan helemaal geen pijnmedicatie meer te nemen. Geen van de patiënten rapporteerde meer pijn na afbouw.

Kwaliteit van leven

In de gerapporteerde groep hebben 24 (82 %) mensen de RAND-36 (tabel 2) ingevuld voor de behandeling en 16 (55 %) na de behandeling. Reden van niet invullen waren; geen behoefte hebben, taalbarrières en soms de reden onduidelijk. Op alle domeinen wordt een (sterke) verbetering gezien zowel op gezondheidsverandering, fysiek, sociaal als emotioneel functioneren. Ook op het subdomein pijn zien we een sterke verbetering van de klachten. Daarbij is er een hoge tevredenheidsscore over de behandeling.

Bij een aantal antwoorden kwamen ook negatieve resultaten naar voren. Patiënten noemde in de afbouwfase verschillende ontweningsverschijnselen zoals meer pijn, dromen, onrust, nachtelijk zweten moeheid, ze noemden echter geen negatieve bijwerkingen na afbouw. Sommige vonden het lastig dat de pijn niet weg was, maar velen benoemde dat afbouw belangrijk was.

Tabel 2 uitkomsten op de domeinen van de RAND-36 bij intake en na behandeling, daarbij de tevredenheidsscore over de gehele behandeling

| | Start behandeling (n = 24) | Einde behandeling (n = 16) |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| SF36 Algemene gezondheid | 36,75 | 36,88 |
| SF36 Gezondheidsverandering | 41,07 | 75,00 |
| SF36 Fysiek functioneren | 35,00 | 45,94 |
| SF36 Sociaal functioneren | 41,45 | 61,72 |
| SF36 Rolbeperking fysiek | 50,00 | 82,14 |
| SF36 Rolbeperking emotioneel | 76,19 | 90,00 |
| SF36 Mentale gezondheid | 58,00 | 65,75 |
| SF36 Vitaliteit | 34,75 | 43,75 |
| SF36 Pijn | 26,17 | 42,59 |
| Tevredenheidsscore (0-10) | nvt | 8,83 |

*uitkomsten 0-100, hoe hoger hoe beter de gezondheidswaarde.

Vanuit de korte interviews zijn een aantal thema's weergegeven. Het eerste thema gaat over hoe patiënten terugkijken op de periode met medicatie. Vooral bij positieve veranderingen kijken patiënten met negatieve gevoelens terug.

Q: (man 52) het is waardeloos spul, het moet van de markt worden genomen, zweten is weg, alles was me teveel, stemming is veel beter, bent weer in het hier en nu (was van de wereld) nu een veel leukere man, blij dat oxycodon schade niet blijvend is.

Q (vrouw 71) wil niet terug naar opiaten, minder pijn van brandplekken, hobby's gaat beter, minder suf, voel me veel beter zonder, was heel warrig met pleisters, wil er niet meer aan.

Verder worden ook de vermindering van de bijwerkingen als ook de effecten op pijn vaak genoemd.

Q: (vrouw 61) Ik had veel last van bijwerkingen, misselijkheid is weg, kan weer normaal ruiken, pijn is gelijk gebleven, concentratie veel beter.

Q (vrouw 49) Betere stemming, beter kunnen bewegen, beter concentreren bv. weer lezen, actiever, betere slaap.

Q (man 30) Pijn is onveranderd maar kan wel veel meer doen, darmen doen het weer geen movicolon zakjes meer nodig.

Q (man 49) Helderder, zelfde pijn ervaring zonder en met, veel beter energie, weer werken, soort wolk uitgekomen, kwaliteit van leven veel beter.

Q (vrouw 70) Minder suf, voel me veel beter zonder, was heel warrig met pleisters, wil er niet meer aan.

Q (man 49) Minder pijn, betere stemming, betere concentratie, meer levendig.

Bij sommige patiënten worden echt grote veranderingen benoemd na de afbouw.

Q (man 38) Veel minder pijn, veel betere stemming, kan weer bewegen, lopen, fietsen, auto rijden etc. maagklachten zijn weg weer normale stoelgang, kan weer concentreren dingen bekijken op netflix en weer werken, leven teruggekregen.

Q (man 39) Veel minder pieken en dalen in de pijn, slaap is beter, afhankelijkheid is weg, emotioneel stabiel, stemming beter, minder kort af, aanzienlijk beter.

Q; (man 52) 6 maanden na het stoppen, na 8 jaar pijnvrij!!

Bij een aantal antwoorden kwamen ook negatieve resultaten naar voren. Patiënten noemde in de afbouwfase verschillende ontwenningssverschijnselen zoals meer pijn, dromen, onrust, nachtelijk zweten moeheid, ze noemden echter geen negatieve bijwerkingen na afbouw. Sommige vonden het lastig dat de pijn niet weg was, maar velen benoemde dat afbouw belangrijk was.

Discussie

In deze explorerende klinische studie binnen de ambulante SGGZ zijn de resultaten beschreven van het toepassen van een behandelmodule voor het afbouwen van opioïden geïntegreerd met de behandeling voor chronische pijn. In deze studie zijn er sterke aanwijzingen dat het afbouwen van opioïden een belangrijke stap is in de behandeling van chronische pijn. Essentieel lijken hierbij de integrale diagnostiek, pijneducatie en gedegen begeleiding. Het uitleggen hoe pijn werkt en dat pijn bij afbouw een ontwenningverschijnsel is maakt dat pijn niet langer als een bedreigende ervaring wordt beschouwd. Het begrijpen van de pijn wordt bij chronische pijnbehandelingen als essentieel gezien. Daarnaast lijkt het van belang patiënten mee te nemen in het beslismoment van afbouwen, zodat we meer controle is over de afbouw. Vooraf vastgestelde tijd contingent afbouw lijkt bij deze groep ongewenst gezien de heftige pijn die soms bij afbouw ontstaat. Naast de vaak voorkomende ontrekkingverschijnselen zagen we geen negatieve effecten van afbouw op de langere termijn.

Bij de afbouw was een team betrokken met veel expertise over pijn. Met name dit lijkt van belang om bijwerkingen tijdens de afbouw, en het verdragen van intense pijn, goed te kunnen begeleiden en uit te leggen. Ook van belang lijkt het om bij toename van pijn niet 'opnieuw' de pijn te gaan behandelen, met invasieve of medicamenteuze behandelingen. Behandelingen voor chronische pijn richten zich juist op de factoren die het proces van centrale sensitivatie beïnvloeden zoals het anders interpreteren van pijn, het aanleren van andere coping strategieën zoals lichaamsgerichte strategieën zoals ontspanning, afleiding maar ook bewegen en leefstijlfactoren zoals voeding, stress en slaap zijn hier belangrijk. Gezien de toegenomen kennis over de negatieve effecten van opioïden bij chronische pijn en het positieve effect van het afbouwen lijkt het zinvol dat huisartsen dit met patiënten gaan bespreken. Samenwerking tussen instellingen en de eerstelijns kan hierbij van meerwaarde zijn met name om meer patiënten te informeren over hoe de opioïden werken bij langdurig gebruik. Voor

huisartsen kan dit, als voorschrijvers, soms een lastig gesprek zijn. Daarnaast zou het, gezien de huidige kennis, goed zijn het onnodig voorschrijven van opioïden in de acute zorg (ziekenhuizen) te voorkomen. Tijdelijk goede pijnstilling kan belangrijk zijn, echter pijn is een symptoom dat niet altijd per se onverdraagbaar is. Het uitgangspunt dat goede pijnbestrijding in de acute fase chronische pijn zou voorkomen, wordt niet onderbouwt vanuit de literatuur. Wellicht is het verstandig dit voorschrijven te heroverwegen zodat afbouwprogramma's steeds minder nodig zullen zijn.

In de loop van de inclusie kwamen we erachter dat ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen spelen bij afbouwprogramma's. Dit hebben we inmiddels opgenomen in het protocol en bij de voorlichting. Ervaringsdeskundigen kunnen uitleggen wat het belang is van afbouw en dat het daadwerkelijk zo is dat de pijn minder kan worden door het afduwen van opioïden. Er zijn een aantal beperkingen te noemen van deze studie; we hebben een eenvoudige voor- en na meting in de klinische praktijk gedaan, met een eenvoudig interview. Methodologisch betere studies zullen onze bevindingen moeten bevestigen. In deze klinische studie hebben we niet iedereen kunnen motiveren te participeren in de studie, het is moeilijk vast te stellen wat de gevolgen hiervan zijn op de resultaten. Ook hebben we middels deze studie geen zicht op terugval, ontregeling of pijntoename op de lange termijn. Er lijkt echter genoeg reden om dit type interventies nader te onderzoeken.

Dankwoord

Dank aan Nic Schröder voor hulp bij de onderzoekopzet en Quirine Bredero voor de data invoer en analyse.

Wat is nieuw:

- Deze studie toont aan dat het afbouwen van opioïden, geïntegreerd in een chronische pijnbehandeling een gunstig effect heeft op pijn en negatieve bijwerkingen.
- De richtlijn die we hebben ontwikkeld met een matched care intake, pijneducatie afbouwplan en begeleiding lijkt voldoende effecten te tonen om nader onderzoek te doen bij deze doelgroep.

Referenties

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
2. den Boer C, Terluin B, van Wilgen CP. Uitleg aan patiënten met onverklaarde klachten *Ned Tijdschr Geneesk*. 2020;164:D4642.
3. DuPen A, Shen D, Ersek M. Mechanisms of opioid-induced tolerance and hyperalgesia. *Pain Manag Nurs*. 2007;8:113-21.
4. Fallon M, Colvin L. Opioid-induced hyperalgesia: fact or fiction? *Palliat Med*. 2008;22:5-6.
5. Chidambaran V, Zhang X, Martin LJ, Ding L, Weirauch MT, Geisler K. et al. DNA methylation at the mu-1 opioid receptor gene (OPRM1) promoter predicts preoperative, acute, and chronic postsurgical pain after spine fusion. *Pharmgenomics Pers Med*. 2017;10:157-168.
6. Mitra S. Opioid-induced hyperalgesia: pathophysiology and clinical implications. *J Opioid Manag*. 2008;4:123-30.
7. Meier, A.; Lambert-Harris, C.; McGovern, M.P.; Xie, H.; An, M.; McLeman, B. Co-occurring prescription opioid use problems and posttraumatic stress disorder symptom severity. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 2014, 40, 304-311.
8. Gordon RM, Corcoran JR, Bartley-Daniele P, Sklenar D, Sutton PR, Cartwright F. A transdisciplinary team approach to pain management in inpatient health care settings. *Pain Manag Nurs*. 2014 Mar;15(1):426-35.
9. 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 Jun;90(6):828-42.
10. Veldman SE, Vroon LC, Melis EJ, van den Heuvel SAS, Schellekens AFA., Kramers C. Opioïden afbouwen in de eerstelijnszorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 2021;165:D5657.
11. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):368-84.
12. Patel, R.S.; Manikkara, G.; Patel, P.; Talukdar, J.; Mansuri, Z. Importance of Behavioral Therapy in Patients Hospitalized for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with Opioid Use Disorder. *Behav. Sci*. 2018, 8, 73.
13. van Wilgen CP, Nijs J. Pijneducatie Houten Bohn Stafleu van Loghum, tweede herziene druk 2018.
14. www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/chronische-pijn
15. Van der Zee, K. I., Sanderman, R., Heyink, J. W., & de Haes, H. (1996). Psychometric qualities of the RAND 36-item health survey 1.0: A multidimensional measure of general health status. *International Journal of Behavioral Medicine*, 3(2), 104-122.
16. <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2023/aantal-gebruikers-van-opioïden-5-gestegen>
17. Chou R, Turner JA, Devine EB et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review. *Ann Int Med* 2015; 4:276-286.

Correspondentieadres:

C.P. van Wilgen
Transcare
Canadalaan 10-b
9722 EE Groningen