

Practopics

Praktische topics voor de huisarts

Meld je aan met de **QR-code**

Of **klik op de link** in de Q&A rechtsboven.



Practopics

Praktische topics voor de huisarts



In de schaduw van Babel

Hoe opioïden afbouwen bij de chronische pijnpatiënt
als lichaam en geest een andere taal spreken

• ZAS Practopics 09 oktober 2026 •

Hoe opioïden afbouwen bij de chronische pijnpatiënt

Sprekers in presentatievolgorde:

Dr. Kim Nguyen
- Anesthesie & Pijnkliniek

Dr. Anna Vanstraelen
- Anesthesie, Intensieve Zorgen & Pijnkliniek

Dr. Joke De Buck
- Anesthesie & Pijnkliniek

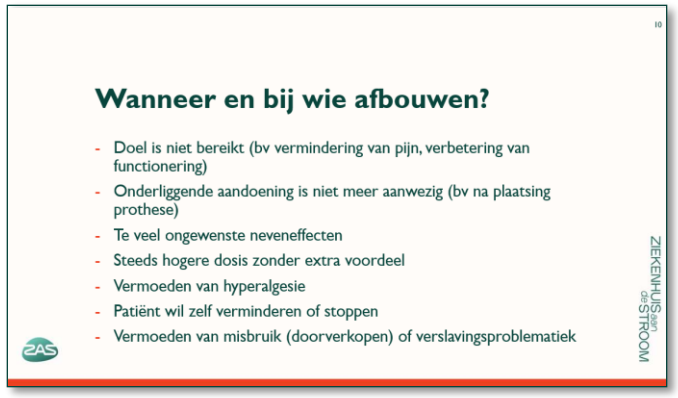


ZAS campus Augustinus & campus Vincentius

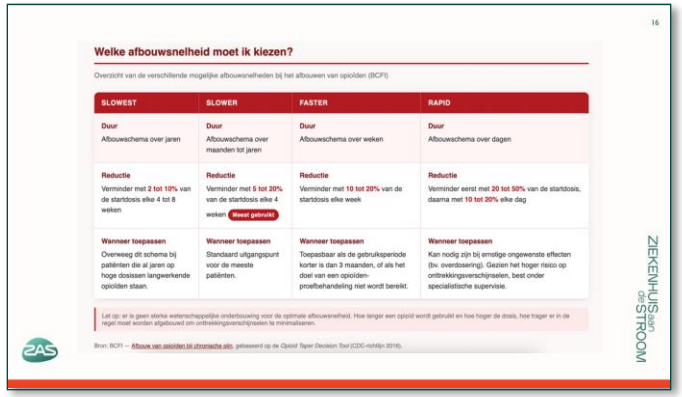
ZIEKENHUIS aan de STROOM

Hoe opioïden afbouwen bij de chronische pijnpatiënt

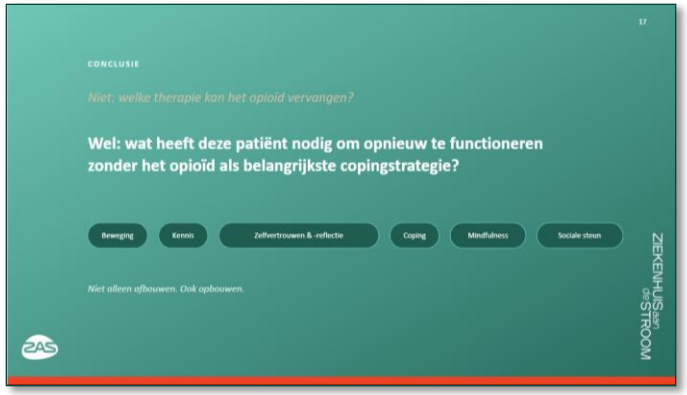












ZIEKENHUIS aan de STROOM

Hoe opioïden afbouwen bij de chronische pijnpatiënt

Inleiding: Dr. Kim Nguyen

1. Context
2. Evidentie rond effectiviteit
3. Evidentie rond maatschappelijke druk
4. Take home message

1. Context

De 'chronische' pijn	De chronische 'pijn'

• Arbitraire definitie:
  • Langer dan 3 maanden?
  • Langer dan 6 maanden?
  • ...
 	
• Niet zonder risico's:
  • Verhoogde kans op sensitisatie (nociplastie)
  • Complexer chronisch pijnbeleid (multimodaal, multidisciplinair)
  • Verhoogde kans op comorbiditeiten (depressie, angst, insomnia,…)
	• Verschillende types:
	  • Nociceptisch (bv. Rugpijn door artrose)
	  • Neuropathisch (bv. Branderig litteken)
	  • Visceraal (bv. Menstruatiepijn, IBS)
	  • Nociplastisch (bv. Fibromyalgie)
	  • Mixed (bv. Post-CVA)
	
	• Onvoldoende behandeld = dikwijls evolutie:
	  • Mixed pijn
	  • Intensere pijn
	  • Bredere pijn (bv. LBP > TBP)

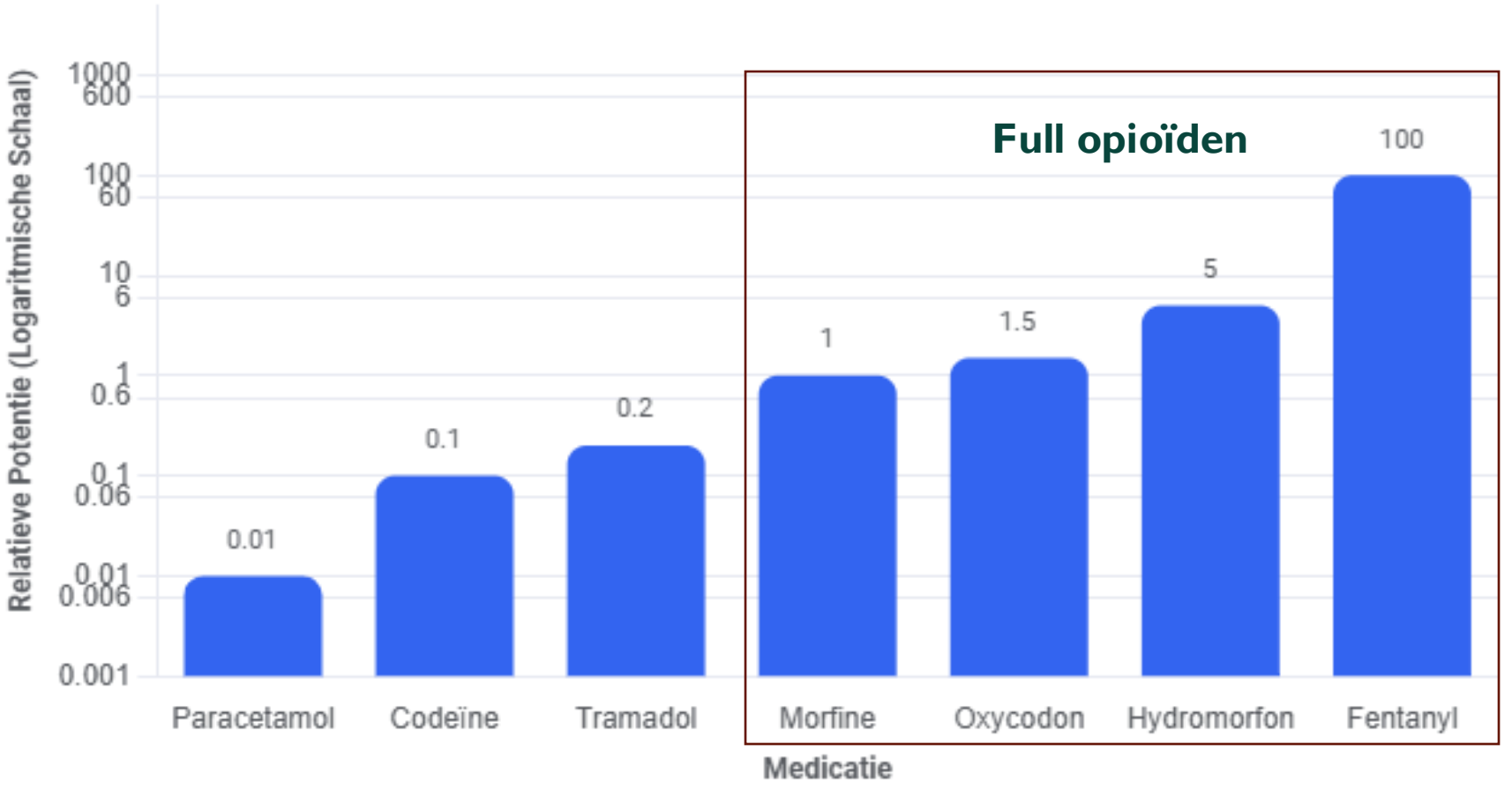
The circuit basis for chronic pain and its comorbidities (Patel, 2023)

1. Context

De 'chronische pijnpatiënt'	NIET
 BIO ⇄ PSYHCO ⇄ SOCIAAL	• Acute ernstige pijn (bv. fractuur) • Palliatieve (+/- terminale) pijn • Oncologische (+/- terminale) pijn

The Doctor's Dilemma: opiate analgesics and chronic pain (Fields, 2011)

2. Evidentie rond effectiviteit



WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Table A6.2

ZIEKENHUIS aan de STROOM

2. Evidentie rond effectiviteit

Kortdurig	Langdurig
• Comfort: krachtig en snelwerkend wanneer andere middelen onvoldoende effect hebben • Welzijn: verminderen angst en emotioneel lijden die met ernstige pijn gepaard gaat  Bij zorgvuldig geselecteerde patiënten: • Levenskwaliteit ↑ • Chronificatierisico ↓	• Langetermijneffectiviteit bij chronische niet-kankergerelateerde pijn is onvoldoende aangetoond • Sterke evidentie voor ontstaan en toename van nefaste bijwerkingen 

CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022 (Dowel et al, 2022)

ZIEKENHUIS aan de STROOM

3. Evidentie rond maatschappelijke druk





How opium became a powerful global commodity - HistoryExtra podcast | Podcast on Spotify
The Opium Wars: everything you wanted to know - HistoryExtra podcast | Podcast on Spotify

ZIEKENHUIS aan de STROOM

3. Evidentie rond maatschappelijke druk

Medisch-ethische keuzes tot een rechtvaardig & verantwoord beleid in de EU:

- European Pain Federation (= EFIC "European Federation of IASP Chapters")
- Cijfers chronische pijn 2026
- Boek "Societal Impact of Pain" 2026

Top 5 pijnsyndromen:

- Musculoskeletale aandoeningen (LBP, nekpijn, artrose)
- Kankerpijn
- Neuropathische pijn
- Postoperatieve chronische pijn
- Migraine en andere chronische hoofdpijnen

Zware maatschappelijke kost:

- Treft 1 op de 5 Europeanen (circa 150 miljoen mensen)
- Kost 3% tot 10% van het BBP per jaar in Europese landen
- Tot 50% van de patiënten geeft aan dat pijn hun werk belemmert
- Tot 20% stopt volledig met werken
- België: €11.6 miljard/jaar (2010) > mogelijks 15 miljard/jaar (2025)

Boodschap: investeren in preventie, tijdige multidisciplinaire behandeling en ondersteuning op de werkvloer voor mensen met chronische pijn is niet alleen goed voor patiënten, maar ook een kosteneffectieve strategie voor de Europese economie en arbeidsmarkt

https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2026/07/SIP_Position-Paper_Employment_Economic_Considerations_Pain.pdf
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-11/pijnrapportstudie_0.pdf

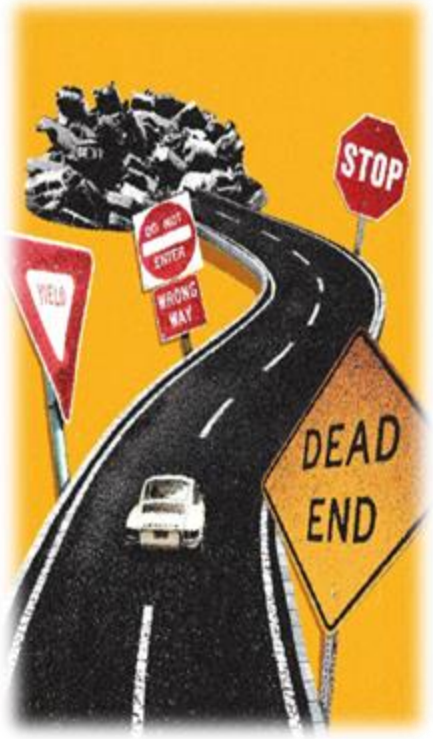
4. Take home message

Chronische pijn verdient behandeld te worden
- Rechtvaardig tov patiënt
- Verantwoord tov maatschappij

⇕

Chronisch opioïdengebruik bij chronische pijn
- (m.u.v. palliatieve/oncologische setting)

= Recipe for dissapointment and disaster



ZIEKENHUIS aan de STROOM

4. Take home message

Warme oproep: laat ons geen Babylonische wartaal toelaten tussen de externe zorgverleners en de artsen van de ZAS-pijnklinieken!

Bereikbaarheid via ZAS-website:

- Telefoonnummers (ZAS-breed)
- Mailadressen (ZAS-breed)



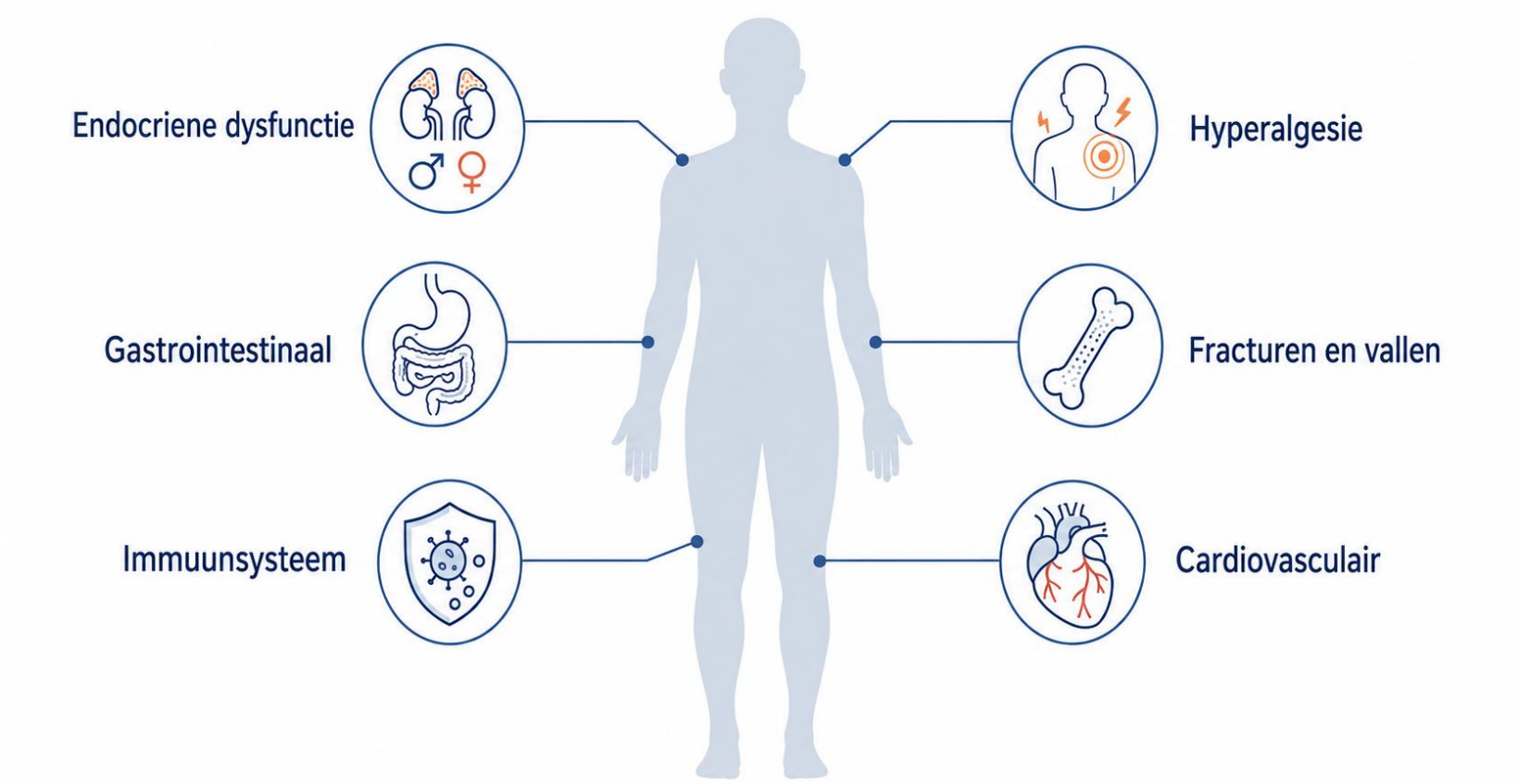
ZIEKENHUIS aan de STROOM

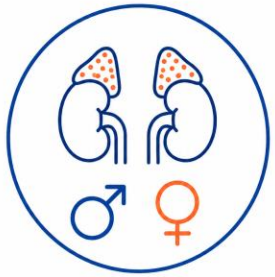
In de schaduw van Babel

Hoe opioïden afbouwen bij de chronische pijnpatiënt
als lichaam en geest een andere taal spreken.

Dr. Anna Vanstraelen

Schadelijke gevolgen van langdurig opioidgebruik





Endocriene dysfunctie

- Geslachtshormonen: hypogonadisme, OPIAD (opioid-induced androgen deficiency) door onderdrukking HPA-as
  → erectiele dysfunctie, verminderd libido, onregelmatige menses, vermoeidheid, gewichtstoename, depressie, …
- Bijnierschorsinsufficiëntie: verlaagd cortisol en ACTH
  → orthostatische hypotensie, vermoeidheid, gewichtsverlies, maag-darm klachten, …



Hyperalgesie

- Paradoxaal: langdurige opioid blootstelling maakt het zenuwstelsel gevoeliger voor pijn
- Pijn wordt diffuser, breidt zich uit buiten oorspronkelijke pijnzone, voelt anders aan
- Dosisverhoging maakt de pijn vaak erger ⟷ opioidtolerantie: hogere dosis herstelt analgetisch effect
- Oorzaak: centrale sensitisatie (activatie NMDA en glutamaat pathways, versterking descenderende pathways, neuro-inflammatoire processen)

ZIEKENHUIS aan de STROOM



Gastrointestinaal

- Opioid-geïnduceerde obstipatie en vertraagde darmmotiliteit
  → misselijkheid, braken, reflux, krampen, anorexie
- Weinig tolerantie, obstipatie blijft vaak bestaan ondanks langdurig gebruik



Fracturen en vallen

- Enerzijds meer kans op struikelen of balansverlies door sufheid, duizeligheid, tragere reactietijd, orthostatische hypotensie → meer kans op val
- Anderzijds ook directe invloed van opioiden op botgezondheid (tgv endocriene neveneffecten) → meer kans op fractuur bij val



Mogelijk verhoogde vatbaarheid voor infecties (verminderde activiteit natural killer cellen, veranderingen in T-cel respons en cytokineproductie, verminderde fagocytose, …)



Cardiovasculair

Vasodilatatie en lagere sympathische tonus → hypotensie, orthostatisme, bradycardie

Hoe voorkom je dat opioïdgebruik chronisch wordt?

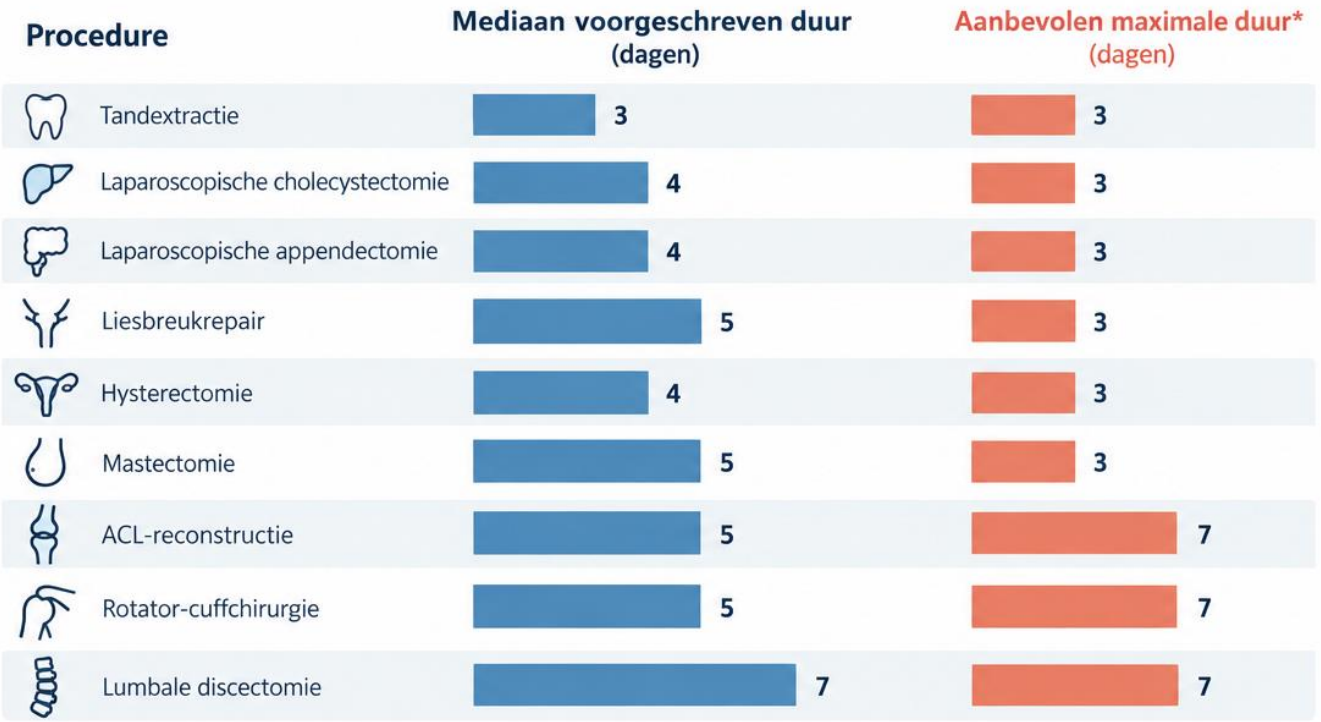
- Correcte indicatiestelling (zeer voorzichtig met opstart van opioiden voor chronische niet-kanker pijn)
- Indien toch nodig: zo kort mogelijk!

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Defining Optimal Length of Opioid Pain Medication Prescription After Common Surgical Procedures

Cully RE et al. JAMA Surg. 2018;153(1);37-43.

Retrospectieve cohortstudie
VS, 2014–2015
n = 215.246 operaties
opioïd-naïeve volwassenen



Huidige voorschriften zijn langer dan nodig
De voorgeschreven duur overschreed de geschatte optimale duur voor alle 9 ingrepen.

Korte voorschriften zijn voldoende
Voor de meeste ingrepen is ≤ 3 dagen voldoende en voor de meer pijnlijke ingrepen ≤ 7 dagen.

Grote reductie mogelijk
Een aanzienlijke daling van de totale hoeveelheid voorgeschreven opioïden is haalbaar door korter voor te schrijven.

Conclusie: de duur van postoperatieve opioïdvoorschriften kan voor de meeste veelvoorkomende ingrepen worden beperkt tot ≤ 3 dagen, en tot ≤ 7 dagen voor meer pijnlijke ingrepen.

* Geschatte optimale duur op basis van patiënt-gerapporteerde gebruiksduur (90e percentiel).
Cully RE et al. *JAMA Surg.* 2018;153(1);37-43.

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Wanneer en bij wie afbouwen?

- Doel is niet bereikt (bv vermindering van pijn, verbetering van functionering)
- Onderliggende aandoening is niet meer aanwezig (bv na plaatsing prothese)
- Te veel ongewenste neveneffecten
- Steeds hogere dosis zonder extra voordeel
- Vermoeden van hyperalgesie
- Patiënt wil zelf verminderen of stoppen
- Vermoeden van misbruik (doorverkopen) of verslavingsproblematiek

Wanneer verwijs ik door?

- Meer dan 300 mg morfine (of equivalente dosis) per dag
- Bij sterke indicatie van opioïdenafhankelijkheid en misbruik
  – Langdurig gebruik bij chronische niet-kankerpijn
  – Psychiatrische aandoeningen of belangrijke emotionele traumata
  – Persoonlijke en familiale voorgeschiedenis van middelenafhankelijkheid
  – Melding van verloren voorschriften, hogere dosisinname dan afgesproken, vroeger dan verwacht een (dringend) verzoek om een nieuw voorschrift
  – Als de familie zorgen uit i.v.m. het opioïdengebruik
  – Een weigering om het opioïdengebruik te bespreken
  – Shopping voor opioïdenvoorschriften
  – Verminderd sociaal functioneren (i.e. sociale interacties, problemen op het werk)
  – Weigering om te worden verwezen naar een specialist om het onderliggende probleem aan te pakken

  → Dan nood aan gestructeerde verslavingsbehandeling

Residentiële verslavingszorg

Denk je dat patiënt nood heeft aan een opname?
Het traject verslavingszorg bevindt zich in ZAS PZ Stuivenberg.
Patiënt dient op zaterdagochtend om 10h stipt te bellen naar 0321777705 om een intakegesprek af te spreken (deze worden wekelijks opengesteld).
Tijdens het intakegesprek wordt dan beslist of patiënt een goede kandidaat is voor een crisisopname (kort of lang verblijf).

De PAAZ Vincentius doet ook kortdurende psychiatrische opnames, maar primaire verslavingsproblematiek wordt steeds naar Stuivenberg verwezen.

Private afkickklinieken

https://novavidarecovery.be/

https://www.affect2u.be/

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Andere hulppunten

Adviespunt verslaving (adviespuntverslaving.be): ambulante hulp voor Antwerpenaren met verslavingsproblematiek. Hebben vrije consultatiemomenten

ADIC vzw (het Antwerps Drug Interventie Centrum): psychosociaal revalidatiecentrum voor problematische druggebruikers

Wanneer kan ik als huisarts zelf afbouwen?

Stabiele, gemotiveerde patiënt
Geen duidelijke tekenen van verslaving
Geen ernstige veiligheidsproblemen

Welke afbouwsnelheid moet ik kiezen?

Overzicht van de verschillende mogelijke afbouwsnelheden bij het afbouwen van opioïden (BCFI)

SLOWEST	SLOWER	FASTER	RAPID
Duur Afbouwschema over jaren	**Duur** Afbouwschema over maanden tot jaren	**Duur** Afbouwschema over weken	**Duur** Afbouwschema over dagen
Reductie Verminder met **2 tot 10%** van de startdosis elke 4 tot 8 weken	**Reductie** Verminder met **5 tot 20%** van de startdosis elke 4 weken **Meest gebruikt**	**Reductie** Verminder met **10 tot 20%** van de startdosis elke week	**Reductie** Verminder eerst met **20 tot 50%** van de startdosis, daarna met **10 tot 20%** elke dag
Wanneer toepassen Overweeg dit schema bij patiënten die al jaren op hoge dosissen langwerkende opioïden staan.	**Wanneer toepassen** Standaard uitgangspunt voor de meeste patiënten.	**Wanneer toepassen** Toepasbaar als de gebruiksperiode korter is dan 3 maanden, of als het doel van een opioïden-proefbehandeling niet wordt bereikt.	**Wanneer toepassen** Kan nodig zijn bij ernstige ongewenste effecten (bv. overdosering). Gezien het hoger risico op onttrekkingsverschijnselen, best onder specialistische supervisie.

Let op: er is geen sterke wetenschappelijke onderbouwing voor de optimale afbouwsnelheid. Hoe langer een opioïd wordt gebruikt en hoe hoger de dosis, hoe trager er in de regel moet worden afgebouwd om onttrekkingsverschijnselen te minimaliseren.

Bron: BCFI — Afbouw van opioïden bij chronische pijn, gebaseerd op de *Opioid Taper Decision Tool* (CDC-richtlijn 2016).

Praktische tips

- Vervang immediate release preparaten door preparaten met verlengde afgifte (modified release) (op einde van het afbouwschema soms nodig om opnieuw over te schakelen gezien MR tabletten niet deelbaar zijn)
- Bouw transdermale preparaten af tot laagst beschikbare dosis. Dan kan er eventueel nog worden overgeschakeld naar een oraal preparaat (bv oxycodon) om verder af te bouwen
- Combineer geen verschillende opioiden, gebruik 1 preparaat
- Specifieke schema's voor elk preparaat beschikbaar bij bcfi: https://www.bcfi.be/nl/afbouw-van-opioiden-bij-chronische-pijn/#afbouwen

Ontwenningsverschijnselen

- Waslijst van symptomen: zweten, loopneus, nausea, diarree, buikkrampen, agitatie, tremoren, tachycardie, angst, anhedonie, slapeloosheid
- Hoe behandelen?
  - Trager afbouwen
  - Eventueel associatie Clonidine (0,15 tot 0,60 mg/dag in 2 à 3 doses peroraal): vermindert de onttrekkingsverschijnselen door de sympathische activiteit te verminderen

In de schaduw van Babel

Hoe opioïden afbouwen bij de chronische pijnpatiënt
als lichaam en geest een andere taal spreken.

Dr. Joke De Buck

ZIN EN ONZIN

Leefstijl, complementaire therapieën en het biopsychosociaal model bij opioïdafbouw

Niet enkel afbouwen — ook opbouwen: kennis, coping, bewegen en vertrouwen.

ZIEKENHUIS aan de STROOM

OPBOUW VAN DEZE PRESENTATIE

Van 'dosis verlagen' naar biopsychosociale zorg

01 **Waarom 'gewoon afbouwen' te simplistisch is**

Sensitisatie en het biopsychosociaal model

02 **Wat is dan wél zinvol?**

Multimodaal, meer dan medicatie, en I-WOTCH

03 **Beweging & voeding**

Endorfines, ontsteking/voeding, groepsprogramma's en CBT

04 **Complementaire therapieën: zin en onzin**

Mindfulness/MORE • electro-acupunctuur

05 **De patiënt is geen dosis**

Relatie, autonomie, overtuigen en volhouden

06 **Wat maakt tapering succesvol?**

Vijf factoren

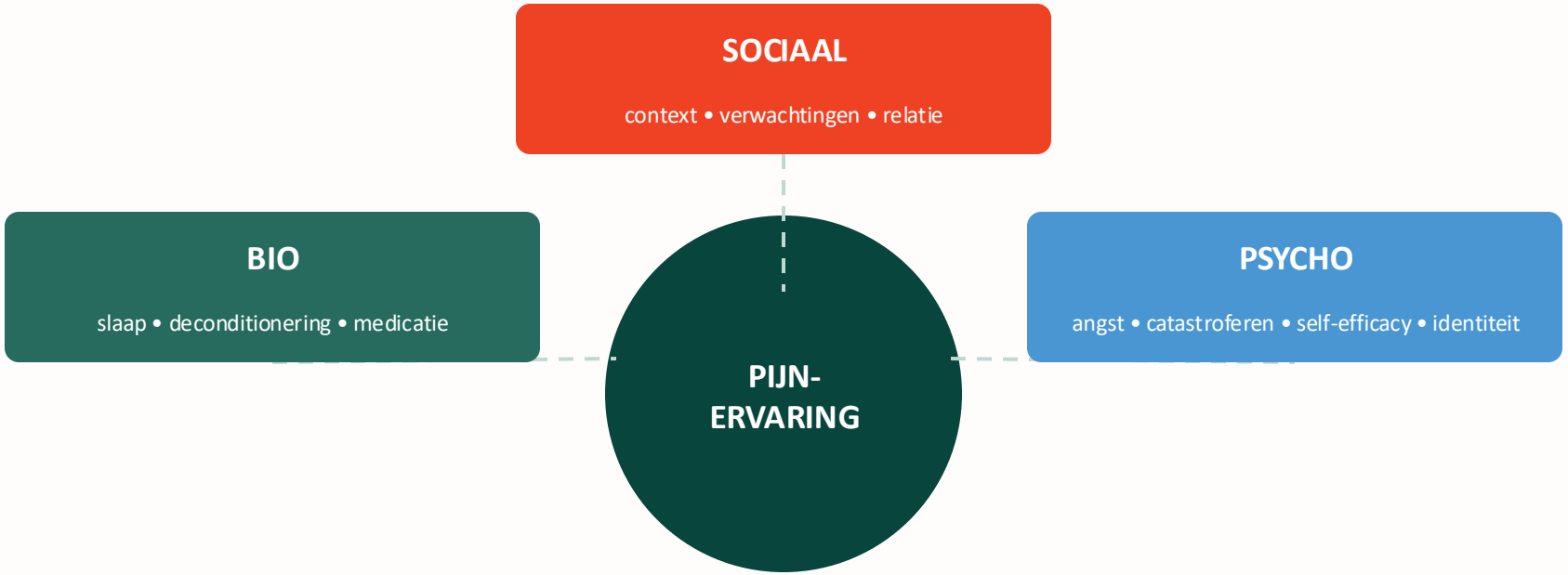
07 **Voorkomen is beter**

Wanneer (niet) starten, en wat als afbouwen niet lukt

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Chronische pijn is nooit één ding

Opioïdgebruik zit ingebed in coping, angst, functioneren en context — niet alleen in nociceptie.



Belangrijk: sensitisatie

Chronische pijn is vaak gesensitiseerd: het zenuwstelsel is overgevoelig geworden. Daardoor verbetert of verergert de pijn vaak niet door opioïden af te bouwen — maar evenmin automatisch door 'op te bouwen'. **Het doel is functioneren, niet noodzakelijk minder pijn.**

Bron: Hill R, et al. Health Technology Assessment 2026;30(27); Sandhu HK, et al. (I-WOTCH) BMJ Open 2022;12:e053725.

02 — WAT WERKT WEL

Het biopsychosociaal model in de praktijk

Multimodale pijnprogramma's combineren:

- Fysiotherapie / beweging
- Ergotherapie
- CBT / psychotherapie
- Stressmanagement
- Relaxatie / biofeedback
- Pijneducatie
- Functionele doelen
- Familie-educatie
- Tapering + follow-up / aftercare

Niet: "mindfulness werkt" of "beweging werkt" los op zich. Wel: een geïntegreerde biopsychosociale ondersteuning naast tapering.

Bron: Hill R, et al. Health Technology Assessment 2026;30(27).

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Multimodale pijnbehandeling is meer dan medicatie

Multimodale pijnprogramma's zijn veelbelovender dan losse interventies. Succesvolle interventies combineren education, training, restriction én enablement — niet alleen restrictie van de dosis.

Binnen het biopsychosociaal model bestaan er tal van niet-farmacologische opties:

FYSIEK

- Fysiotherapie / graded activity
- Ergotherapie
- Ontspanning & ademhaling
- Slaapadvies (niet bewezen)

PSYCHOLOGISCH

- CBT (gedragstherapie)
- ACT — acceptance & commitment
- Mindfulness
- Pijneducatie

SOCIAAL

- Groepsprogramma's
- Partner / familie betrekken
- Re-integratie werk & activiteiten
- Peer support / lotgenoten

COMPLEMENTAIR

- Mindfulness / MORE
- Electro-acupunctuur — onvoldoende bewijs
- Acupuntuur?
- Zenuwstelselregulatie (ademhaling, meditatie, yoga…) – geen duidelijke richtlijnen
- Supplementen: sedistress, sedistress sleep, PEA, kurkuma, Vit D, vit B's,… – geen duidelijke richtlijnen

FARMACOLOGISCH

- Blijft nodig, maar wordt kleiner
- Individuele, geleidelijke taper
- Adjuvante medicatie waar nodig

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Bronnen: Hill R, et al. HTA 2026;30(27); Avery N, et al. BMJ 2022;377:e066375; Sandhu HK, et al. BMJ Open 2022;12:e053725; Wilson FA & Garland EL, Value Health 2026; Oohata M, et al. JA Clin Rep 2017.

02 — CONCREET VOORBEELD

I-WOTCH: het model vertaald naar een programma

Improving the Wellbeing of people with Opioid Treated Chronic pain

8–10 weken — educatie, probleemoplossing, motivatie, groepssessies, individuele planning en monitoring.

BIO

Beweging & houding • pacing • SMART goals • withdrawal-educatie

PSYCHO

Pijneducatie • acceptance • mindfulness • probleemoplossing • aandachtssturing

SOCIAAL

Therapeutische relatie • shared decision making • groep • sociaal leren

MEDICATIE

Geleidelijke, geïndividualiseerde taper

"Als we iets afbouwen, moeten we ook iets opbouwen."

Bron: Sandhu HK, Shaw J, Carnes D, et al. BMJ Open 2022;12:e053725 (I-WOTCH).

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Groepsprogramma's in de praktijk: wat gebeurt er in de sessies?

Structuur van de sessies

- Groep én 1-op-1 begeleiding op vaste tijdstippen, los van de klinische contacten — ondersteund door een werkboek/app
- Educatie: pijn is fysiek, psychisch én sociaal
- Praktische zelfredzaamheid: dagtaken volbrengen, plannen
- Omgaan met pijn en moeilijkheden, communiceren naar anderen

Waar het echt om draait

- Vertrouwen opbouwen in lichaam en zichzelf (bv. stretching)
- Levenskwaliteit verbeteren
- Connectie met anderen: omgeving, medepatiënten, peer support
- Zelfreflectie en 'wins' delen binnen de groep

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Bron: Sandhu HK, Shaw J, Carnes D, et al. BMJ Open 2022;12:e053725 (I-WOTCH).

Beweging en sociale steun: wat doen ze echt?

Wat beweging doet

- Activeert endogene opioïd- en endocannabinoïdsystemen (natuurlijke pijndemping)
- Verbetert stemming en vermindert catastroferen
- Bouwt geleidelijk vertrouwen op in het lichaam (stretching / graded activity / pacing)
- Effect zit vooral in functioneren — niet altijd in minder pijn, net door sensitisatie

Sociaal contact en groep

- Vermindert isolement en stigma
- Verhoogt motivatie en therapietrouw
- Lotgenotencontact normaliseert de ervaring
- Slaap wordt vaak aangehaald als factor — relevant, maar niet bewezen als taperinterventie

Groepsprogramma's die bewegen combineren met CBT zetten precies op deze combinatie in: beweging, coping én groep in één programma.

Bronnen: Avery N, et al. BMJ 2022;377:e066375; Sandhu HK, et al. BMJ Open 2022;12:e053725 (I-WOTCH).

Chronische ontsteking en de pijndrempel: telt voeding mee?

Geen grootschalig onderzoek specifiek bij opioïdafbouw — wel een plausibel mechanisme dat de moeite waard is om met patiënten te bespreken.

Het mechanisme

Chronische laaggradige ontsteking kan gliacellen activeren en de pijndrempel verlagen — hetzelfde sensitisatie-mechanisme als eerder in deze presentatie.

Mogelijk verhoogde pijngevoeligheid bij

- Toegevoegde suiker & geraffineerde koolhydraten
- Transvetten (bv. gefrituurd, bewerkt gebak)
- Sterk bewerkte voeding in het algemeen
- Obesitas in het algemeen!

Mogelijk beschermend

- Omega-3 vetzuren (vette vis, noten)
- Voldoende groenten, fruit en vezels
- Antioxidanten (bessen, groene thee, kurkuma) — wisselend bewijs
- Gewichtsreductie!

Chronische ontsteking en oxidatieve stress hangen samen; antioxidantsupplementen gaven in studies wisselende resultaten. Dit blijft observationeel/mechanistisch bewijs, geen bewezen 'opioïdafbouw-dieet' — bruikbaar als algemeen advies, niet als vervanging van de taper.

Bronnen: Nijs J, Elma Ö, Tümkaya Yılmaz S, et al. Br J Anaesth 2019;123(5):539–543; Elma Ö, et al. J Pain 2024;25(2):350–361; Kaushik AS, et al. Pain Ther 2020;9(2):487–498.

Complementaire therapieën: wat zegt de evidence echt?

Mindfulness / MORE	Groeiende RCT-evidence bij pijn + opioid misuse: 54% vs 78% opioid misuse na 9 mnd (OR 2,94 t.v.v. MORE)	***Zinvol, voor geselecteerde patiënten***
Beweging / exercise	Vast onderdeel van succesvolle multimodale programma's, maar zelden apart getest als 'taper-middel'	***Ondersteunend, niet los te claimen***
Electro-Acupunctuur	−1,56 mg OME/dag (95% BI −19,0 tot +15,9); SMD pijn 0,02 — very low certainty	***Onvoldoende bewijs voor tapering***
Kampo / kruiden	55,4% vs 14,3% stopte met opioïden — maar retrospectief, klein, hoog risico op bias	***Interessant signaal, geen bewijs***

Bronnen: Wilson FA & Garland EL, Value Health 2026 (MORE); Avery N, et al. BMJ 2022;377:e066375; Hill R, et al. HTA 2026;30(27); Oohata M, et al. JA Clin Rep 2017.

De patiënt is geen dosis

Barrières

- Angst voor meer pijn
- Angst voor withdrawal
- Gevoel van afhankelijkheid
- Stigma — ‘als verslaafde’ behandeld voelen
- Gebrek aan controle over het proces

Facilitatoren

- Perspectief op betere gezondheid
- Betrokken worden bij de taper (shared decision making)
- Vertrouwen in de behandelaar
- Goede opvolging en continuïteit

“De therapeutische relatie is zelf een onderdeel van de behandeling.”

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Bronnen: Uhrbrand P, et al. Scand J Pain 2020;20:555–563; Hill R, et al. HTA 2026;30(27).

Wat kan er beter worden zonder hoge dosis opioïden?

Benoem kansen, geen garanties — dit overtuigt beter dan alleen 'de dosis moet omlaag'.

Minder pijngevoeligheid mogelijk	Bij opioid-induced hyperalgesie maakt de hoge dosis het zenuwstelsel net gevoeliger. Afbouwen kan de pijn dan verminderen in plaats van verergeren.
Minder constipatie, misselijkheid, sufheid	Met minder valrisico en meer helderheid overdag als gevolg.
Betere slaap	Opioïden verstoren de slaaparchitectuur en kunnen slaapapneu verergeren; afbouw kan de slaap net verbeteren.
Herstel van hormonale balans	Testosteron/oestrogeen, energie, libido en botopbouw kunnen herstellen.
Stabiele tot iets betere stemming en cognitie	Grootschalige studies zien geen verslechtering — en soms lichte winst in stemming en geheugen — na afbouw, zonder dat de pijn toeneemt.

Bronnen: HHS Guide for Clinicians on Dosage Reduction of LT Opioids; HSS Patient's Guide to Opioid Tapering; opioid-induced hyperalgesia review (PMC8023328); J Pain Res 2020 (cognitie).

Wat helpt patiënten motiveren en volhouden?

Motiverende gespreksvoering

De INSPIRE-studie (2025) vergeleek motivational interviewing + CBT met shared decision making bij vrijwillige afbouw — beide ondersteunen autonomie en werken beter dan alleen 'moeten'.

Automatische reminders & check-ins

In de grootste taperstudie tot nu toe (Darnall et al. 2026, n>500) kreeg elke patiënt wekelijkse/maandelijkse automatische check-ins; bij alarmsignalen werd dit meteen naar de arts geëscaleerd. Applicatie ter opvolging en veel contacten met hulpverleners lijken een positief effect te hebben.

Programmaduur: verschillende opzet, allemaal met signaal van baat

3–4 weken intensief

Interdisciplinair programma (bv. Cleveland Clinic / VHA)

8–10 weken groep

I-WOTCH-programma

8 wekelijkse CBT-sessies

Halveert vooral withdrawalklachten (Darnall 2026) — niet per se meer taper-succes

Tot 12 maanden individueel

Eigen tempo, met maandelijkse aanpassing (Darnall 2026)

Er is niet één 'juiste' duur — eigen tempo en flexibiliteit tellen minstens even hard als het aantal weken.

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Bronnen: Darnall BD, et al. Ann Intern Med 2026 (doi:10.7326/ANNALS-25-04784); McCormack LA, et al. Pain Med 2025;26:477–489 (INSPIRE).

OVERZICHT

Leefstijl als ondersteuning in opioïdafbouwbehandeling

Interventie	Evidence voor opioïdafbouw	Presenteren als
Multimodaal biopsychosociaal programma	Beste signaal	Zinvol
Pain self-management	Moderate evidence (dosisreductie)	Zinvol
CBT / gedragsverandering	Veelbelovend, meestal onderdeel pakket	Zinvol
Mindfulness / MORE	Groeiende RCT-evidence	Veelbelovend
Beweging / exercise	Vaak onderdeel, weinig los bewijs	Ondersteunend
Acupunctuur	Geen overtuigend specifiek effect in deze studies, wel al in anderen	Complementair
Kruiden / Kampo – sedistress	Observationele signalen	Onvoldoende evidence?
Voeding / slaap	Geen directe taper-evidence in deze literatuur	Algemene gezondheid, geen tapertherapie

Synthese op basis van Hill 2026, Avery 2022, Sandhu 2022 (I-WOTCH), Wilson & Garland 2026, Oohata 2017, Zhou 2017, Uhrbrand 2020.

06 — SAMENVATTEND

Wat maakt tapering succesvol?

1. **Shared decision making & autonomie**

   Samen bepalen waarom, wanneer en hoe — niet opleggen.

2. **Educatie**

   Begrijpen van withdrawal, pijnfluctuatie en de rationale voor afbouw.

3. **Self-management & functioneel herstel**

   Beweging, pacing, goal setting, CBT / acceptance / mindfulness.

4. **Psychologische veiligheid**

   Angst voor pijn en withdrawal bespreken; stigma vermijden.

5. **Continuïteit & follow-up**

   Patiënten willen weten dat iemand hen blijft begeleiden.

ZIEKENHUIS aan de STROOM

Bronnen: Hill R, et al. HTA 2026;30(27); Sandhu HK, et al. BMJ Open 2022;12:e053725; Uhrbrand P, et al. Scand J Pain 2020;20:555–563.

07 — VOORKOMEN IS BETER

Nog beter: voorkomen dat opioïden nodig worden

Start geen opioïden bij niet-kankerpijn	Ook niet omdat de patiënt erom vraagt, of omdat er 'niets anders' lijkt te zijn.
Behandel acute pijn goed — en bouw daarna weer af	Zo weinig mogelijk opioïden, van bij de start.
Chronische pijn is NIET acuut	Dus mag ook niet acuut met opioïden opgestart worden.
Zet vanaf het begin in op educatie en holistische zorg	Dezelfde biopsychosociale aanpak als bij afbouw — nu preventief.
Lukt afbouwen toch niet?	Zoek tijdig contact / overleg — niet blijven volhouden op eigen houtje.

ZIEKENHUIS aan de STROOM

CONCLUSIE

Niet: welke therapie kan het opioïd vervangen?

Wel: wat heeft deze patiënt nodig om opnieuw te functioneren zonder het opioïd als belangrijkste copingstrategie?

Beweging | Kennis | Zelfvertrouwen & -reflectie | Coping | Mindfulness | Sociale steun

Niet alleen afbouwen. Ook opbouwen.

ZIEKENHUIS aan de STROOM

REFERENTIES

Bronnen

1. Hill R, Maden M, Duarte R, et al. Interventions to safely and effectively reduce (taper) use of opioids in chronic non-cancer pain: a systematic review. Health Technology Assessment 2026;30(27).

2. Avery N, McNeilage AG, Stanaway F, et al. Efficacy of interventions to reduce long term opioid treatment for chronic non-cancer pain: systematic review and meta-analysis. BMJ 2022;377:e066375.

3. Sandhu HK, Shaw J, Carnes D, et al. Development and testing of an opioid tapering self-management intervention for chronic pain: I-WOTCH. BMJ Open 2022;12:e053725.

4. Uhrbrand P, Phillipsen A, Dreyer P, Nikolajsen L. Opioid tapering after surgery: a qualitative study of patients' experiences. Scandinavian Journal of Pain 2020;20:555–563.

5. Wilson FA, Garland EL. Economic Evaluation of Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for the Treatment of Opioid Misuse. Value in Health 2026.

6. Oohata M, et al. Japanese traditional herbal medicine reduces use of pregabalin and opioids in patients with lumbar spinal stenosis. JA Clinical Reports 2017.

7. Zhou K, et al. Opioid tapering in patients with prescription opioid use disorder: a retrospective study. Scandinavian Journal of Pain 2017.

8. Darnall BD, Perez L, Kao MC, et al. Patient-centered prescription opioid tapering methods: a randomized clinical trial. Annals of Internal Medicine 2026 Jul 7. doi:10.7326/ANNALS-25-04784. PMID: 42407075.

9. McCormack LA, Edlund MJ, Thomas SM, et al. Effectiveness of motivational interviewing plus cognitive behavioral therapy vs shared decision making for voluntary opioid tapering: the INSPIRE randomized pragmatic trial. Pain Medicine 2025;26:477–489.

10. Nijs J, Elma Ö, Tümkaya Yılmaz S, Mullie P, et al. Nutritional neurobiology and central nervous system sensitisation: missing link in a comprehensive treatment for chronic pain? British Journal of Anaesthesia 2019;123(5):539–543.

11. Elma Ö, Tümkaya Yılmaz S, Nijs J, Clarys P, Coppieters I, Mertens E, Deliens T, Malfliet A. Proinflammatory dietary intake relates to pain sensitivity in chronic nonspecific low back pain: a case-control study. The Journal of Pain 2024;25(2):350–361.

12. Kaushik AS, Strath LJ, Sorge RE. Dietary interventions for treatment of chronic pain: oxidative stress and inflammation. Pain and Therapy 2020;9(2):487–498.

ZIEKENHUIS aan de STROOM



Practopics

Praktische topics voor de huisarts



Bevestig via de **QR-code** **je deelname**

Practopics

Praktische topics voor de huisarts

Of **klik op de link** in de Q&A rechtsboven.