

Verslag Rondetafelconferentie VWS gebruik Opioïden

18 oktober 2018

Colofon

Auteur

Ruud Coolen van Brakel
Erik van Rijn van Alkemade

november 2018

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@medicijngebruik.nl
www.medicijngebruik.nl



Inhoudsopgave

Beschouwing	4
Programma	6
Welkom	7
Presentaties	
1 Hoogleraar anesthesiologie Albert Dahan	8
2 Jos van Bemmelen, huisarts	15
3 Evana Kuik, ervaringsdeskundige	22
Brainwriting	26
Stellingen	27
Bijlagen	
1 Brainwriting Determinanten van (gestegen) gebruik	30
2 Deelnemers	59
3 Cijfers Lareb	60

Beschouwing

Op 18 oktober 2018 kwam een groot aantal experts naar Utrecht om van gedachten te wisselen over de determinanten en de risico's van het al jaren snel stijgende gebruik van opioïden, in het bijzonder van oxycodon. De bijeenkomst werd georganiseerd door het Instituut Verantwoord Medicijngebruik op verzoek van het ministerie van VWS. De experts vertegenwoordigden een groot aantal disciplines: anesthesiologie, farmacie, huisartsgeneeskunde, verslavingszorg, medicatieveiligheid, ouderengeneeskunde, orthopedie en andere medisch specialismen, of vertegenwoordigden betrokken partijen zoals zorgverzekeraars, bijwerkingenregistratie en patiëntenbelang. Om zoveel mogelijk input van de experts te verzamelen, werd gekozen voor een beperkt aantal inleidingen gevolgd door een aantal interactieve werkvormen. De methode leverde een schat aan informatie op.

“Angst voor NSAID's heeft invloed op het voorschrijven van opiaten.”

Het snel gestegen gebruik van voornamelijk oxycodon is zorgwekkend. Hoewel er nog geen sprake is van een uit de hand gelopen maatschappelijk probleem zoals we dat kennen in bijvoorbeeld de VS en Canada, delen de aanwezige experts unaniem de vrees dat we bij ongewijzigd voorschrijfgedrag en gebruik binnen een jaar of vijf vergelijkbare problematiek gaan zien. We hebben in Nederland lang op het standpunt gestaan dat zolang het gebruik zich beperkt tot het medische circuit, we in staat zouden zijn de mogelijke risico's op misbruik en verslaving in de hand te houden. Gegevens uit 2018 laten echter zien dat niet alleen het absolute gebruik stijgt, maar ook het problematische gebruik. Het aantal (vermijdbare) ziekenhuisopnames stijgt en er melden zich meer mensen bij de verslavingszorg. Hoewel er nog geen 'officiële' doden zijn geteld, zijn de aanwezige experts ervan overtuigd dat die er al wel zijn. Overigens wordt evenzeer breed gedeeld dat oxycodon van grote waarde is binnen de gezondheidszorg en de pijnbestrijding, en willen de aanwezige experts ervoor waken dat het imago van oxycodon dezelfde weg bewandelt als bijvoorbeeld morfine, dat nog steeds binnen de brede populatie vooral wordt geassocieerd met palliatieve (oncologische) zorg. Verantwoord gebruik van opioïden en van oxycodon is mogelijk, en is noodzakelijk.

“Gebruik van tramadol neemt af, ik zie een switch naar oxycodon.”

Een groot aantal mogelijke determinanten van het gestegen gebruik van oxycodon is besproken. In de top vijf staan drie maatschappelijke/demografische fenomenen: vergrijzing, meer maatschappelijke en medische aandacht voor pijnbestrijding, en meer media-aandacht voor pijnbestrijding met opioïden.

De top vijf wordt gecompleteerd door twee gedragsaspecten bij voorschrijvers: onvoldoende kennis en bewustzijn van de potentiële risico's van opioïden, en te gemakkelijk gebruik maken van herhaalreceptuur. Ook andere determinanten spelen een rol, waaronder een grotere terughoudendheid in het voorschrijven van NSAID's vanwege gastro-intestinale en cardiovasculaire risico's, het verdwijnen van het 'taboe' op opioïden, onbekendheid met gedragsalternatieven, het meegeven van teveel opioïden bij ontslagmedicatie, het verschijnen van nieuwe pijnprotocollen (maar ook het onvoldoende naleven van die protocollen) en het gebruik van pijnscores, onvoldoende kennis van afbouw-protocollen, het door het voorschrijven van opioïden verkorten van de ligduur in ziekenhuizen, en het 'afrekenen' van ziekenhuizen op de effectiviteit van pijnbestrijding. Gecombineerd gebruik van oxycodon met alcohol wordt aangewezen als een belangrijke risicofactor waarvan het algemeen publiek zich onvoldoende bewust is. Meer onduidelijkheid en onbekendheid is er met het gebruik buiten het medische circuit, al wordt breed gedeeld dat illegale handel in deze middelen toeneemt.

“In VS is er veel gecombineerd gebruik van opiaten en alcohol, en dat kan ademdepressie veroorzaken.”

Bij de aanwezige experts bestaat brede consensus over de wens tot meer wetenschappelijk onderzoek op diverse terreinen rond het gebruik van opioïden en in het bijzonder oxycodon, zowel medisch-inhoudelijk als sociaal wetenschappelijk. Een speciaal programma op dit terrein bij bijvoorbeeld ZonMw zou worden toegejuicht. Die wens voor meer onderzoek zou echter de noozaak van directe interventies gericht op beroepsbeoefenaren en gebruikers niet mogen vertragen. De bijdragen van de inleiders en de output van de expertmeeting leveren voldoende ingrediënten op voor breed gedragen interventies die de ongebreidelde groei van het aantal recepten en aantal gebruikers zouden kunnen afremmen. Bij de experts bestaat weinig tot geen draagvlak voor maatregelen in de restrictieve sfeer, zoals voorschrijf- of aflevervoorwaarden opgelegd door verzekeraars of anderszins.

“Er moet meer aan pijngeneeskunde gedaan worden.”

Een volgende stap zou het opstellen van een landelijk actieplan kunnen zijn, dat de verschillende stakeholders adresseert in de wenselijke of zelfs noodzakelijke interventies die de te verwachten risico's van het almaar stijgende gebruik van oxycodon kunnen reduceren. Breed gedeeld werd het gevoel dat we nog niet te laat zijn, maar dat het uitblijven van actie zal leiden tot nog nauwelijks overzienbare maatschappelijk problematiek. Bij het zetten van deze stappen wordt ook nadrukkelijk gekeken naar het ministerie van VWS als belangrijke actor of facilitator.

“Zorg voor goede informatie aan patiënten over gebruik en risico's.”

Programma

- 17:30 uur Aftrap door voorzitter Ruud Coolen van Brakel
- 17:35 uur Inleiding door Albert Dahan, anesthesioloog LUMC
- 17:55 uur Inleiding door Jos van Bommel, huisarts in Amersfoort
- 18:15 uur Inleiding door ervaringsdeskundige Evana Kuik
- 18:30 uur Brainwriting (een schriftelijke variant van brainstormen) over mogelijke determinanten van het gestegen gebruik van oxycodon
- 18:50 uur Korte pauze
- 19:00 uur Bespreking van de uitkomsten van de brainwriting: rangorde, witte plekken, ondernomen stappen, te nemen stappen etc.
- 19:45 uur 10 stellingen, discussie
- 20:20 uur Afronding, follow up
- 20:30 uur Drankje en hapje voor de liefhebbers



Welkom

Voorzitter Ruud Coolen van Brakel heet de aanwezigen van harte welkom op deze rondetafelconferentie, een initiatief van het ministerie van VWS en georganiseerd door het Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Hij is verheugd over de hoge opkomst: van de 35 genodigde experts hebben er slechts drie - door externe omstandigheden - verstek moeten laten gaan. De aanleiding voor deze bijeenkomst is het explosief gestegen gebruik van opioïden, in het bijzonder oxycodon. Misbruik, afhankelijkheid, verslaving, overdoses, en medicijngerelateerde ziekenhuisopnames verband houdend met oxycodongebruik, zijn in de afgelopen jaren gestaag gestegen, maar vanaf de eerste helft van 2018 is ineens een sterke groei waarneembaar. De onderliggende oorzaken van gestegen prescripties en gestegen gebruik zijn onvoldoende bekend. Ervaringen uit het buitenland, in het bijzonder de VS en Canada, geven aan dat de mogelijke maatschappelijke impact groot kan zijn. De vraag rijst of de risico's die gepaard gaan met (langdurig) gebruik van dergelijke middelen voldoende bekend zijn bij professionals en gebruikers in Nederland. Het ministerie van VWS heeft daarom het IVM gevraagd om een rondetafelconferentie te houden met experts en stakeholders om de determinanten van gebruik (en mogelijke effectieve interventies) in kaart te brengen.



Presentaties

1 Hoogleraar anesthesiologie Albert Dahan*

Dahan geeft een overzicht van de ontwikkeling van het gebruik van Oxycodon (trends):

- 1 op de 5 volwassen Nederlanders heeft chronische pijn.
- In de VS vindt 1 op de 10 suïcides zijn oorsprong in chronische pijn.
- Het gebruik van opioïden is in Nederland gestegen van 800.000 in 2008 tot ruim 1.200.000 in 2016. Het thuisgebruik van fentanyl, morfine en buprenorfine is in die periode slechts licht gestegen.
- Vrouwen gebruiken meer oxycodon dan mannen.
- Er is sprake van een stijgend gebruik boven de 70 jaar.
- De huisarts is verantwoordelijk voor het voorschrijven van 75% van het eerste recept en 90% van de herhaalrecepten.
- Het probleemgebruik neemt toe.
- Het aantal vergiftigingen neemt toe.
- Er zijn tot nu toe officieel geen doden gerapporteerd, maar dat wil niet zeggen dat die er niet zijn (geweest).
- De oorzaken van het toegenomen gebruik zijn volgens Dahan:
 - Adequate pijnstilling wordt gezien als een recht.
 - Behandelaars hebben onvoldoende kennis van alternatieven.
 - De patiënt oefent druk uit op de behandelaar.
 - De arts weet het ook niet meer.
 - Door de patiënt opioïden voor te schrijven kan de patiënt eerder uit het ziekenhuis ontslagen worden.

Dahan doet de volgende aanbevelingen:

- Kies voor een multimodale aanpak.
- Zorg voor een optimale pijnstilling.
- Weeg voor- en nadelen van opiaten tegen elkaar af.
- Pas op met automatische (herhaal)recept.
- Zoek alternatieven, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), fysiotherapie, alternatieve medicatie.
- Overweeg NSAID's, maar pas daarmee wel op.
- Onderzoek de rol van medicinale cannabis.
- Heroverweeg de registratie van metamizol.
- Er is meer epidemiologisch en farmacologisch onderzoek gewenst.

* Door ziekte van professor Dahan is zijn presentatie verzorgd door Ruud Coolen van Brakel.

Opiaatepidemie in Nederland?

Albert Dahan MD PhD
Hoogleraar Anesthesiologie
Anesthesia & Pain Research Unit



Dinsdag 18 oktober 2018

Belangenverstrengeling

1. Sinds 2000 redacteur *Anesthesiology*
2. Redacteur van *PAIN* en *Eur J Pain*
3. Sectie redacteur van *F1000* en *NTvG*
4. Voorzitter METC Leiden e.o.
5. Oprichter en hoofd *Anesthesia & Pain Research Unit*
6. Support van
MSD/Merck & Co., Medtronic, Grünenthal, Medasense, Elfitech,
Bedrocan, Indivior/CHDR, Eurocept, AcetRx, Shell, ACTION (FDA),
ZonMW, DoD (US), Danish Research Society

Pijn in Nederland/Europa

Bala et al. Epidemiology of chronic pain in the Netherlands 2011

Prevalentie chronische pijn in

Nederland 18%
Duitsland 17%
Zweden 18%
België 23%

Onze onderzoeksgroep gaat uit van chronische pijn
(klachten min. 3 maanden) in 1:5 Nederlands van 18 jaar en
ouder

Pijn in Nederland/Europa

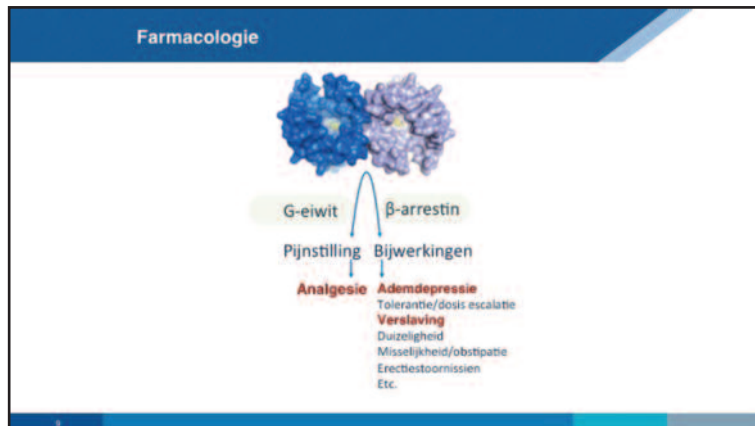
Chronische pijn bij één op de tien suicides in Verenigde Staten
Annals of Internal Medicine

Chronische pijn als reden tot suicide nam toe van 7.4 tot 10.2%

Methode: vuurwapen 54%

Opiaten: 16% (dit aantal is al jaren constant)



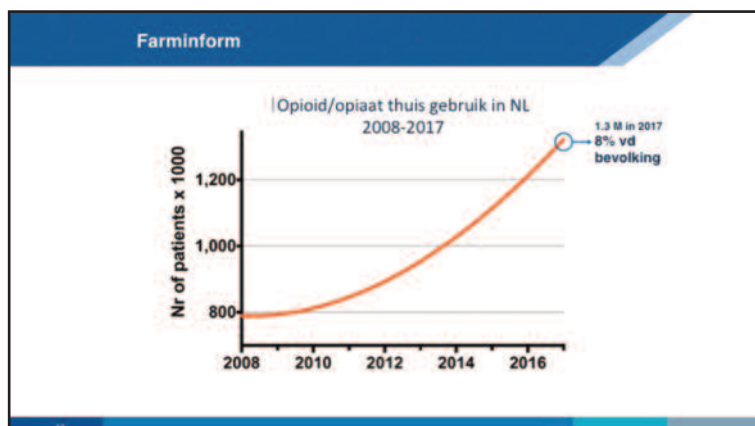
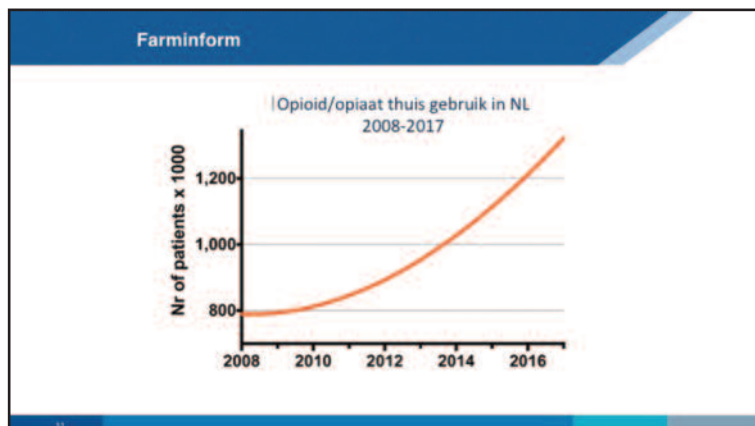


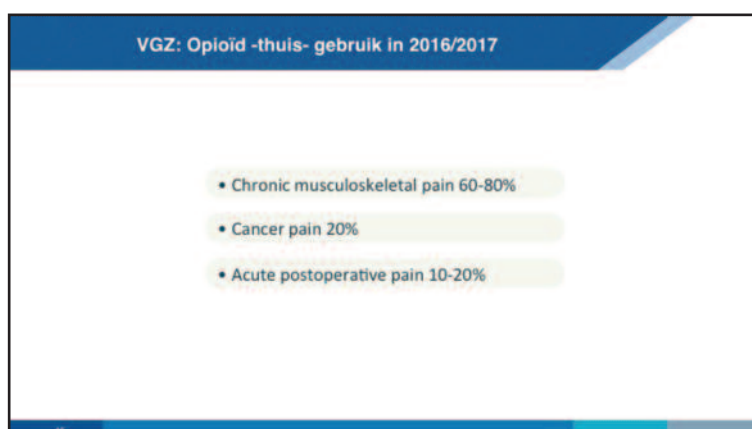
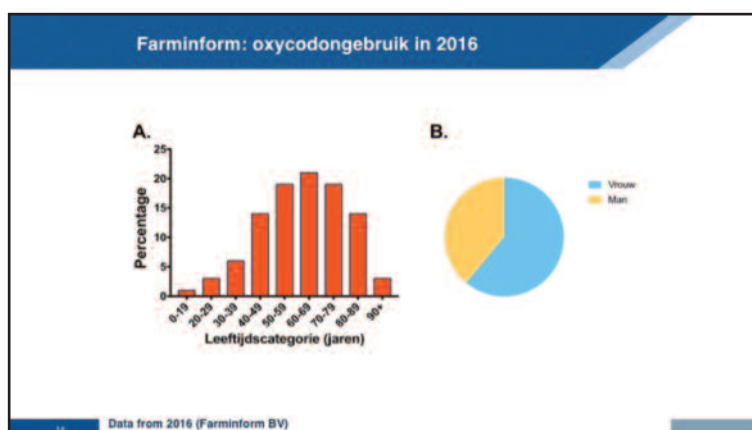
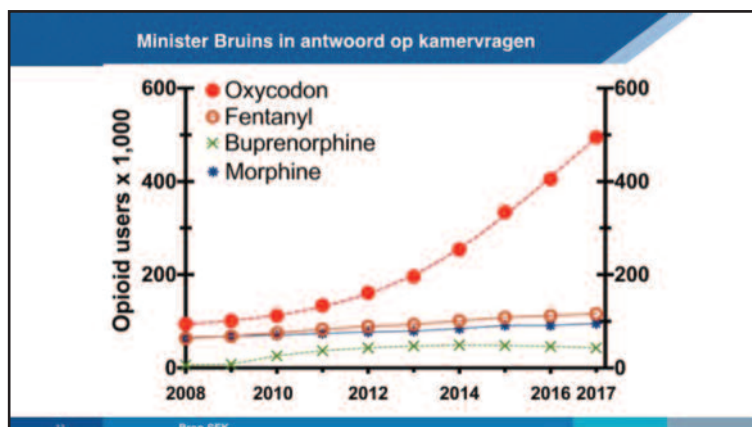
Opiaatgebruik in Nederland

Bron: Farminform BV: www.farminform.nl.

De centrale datatrust voor geneesmiddelen en farmaceutische zorg

Farminform biedt een neutrale betrouwbare dekkende database met informatie over de geneesmiddelenmarkt in Nederland. Farminform doet dit als datatrust op non-profit basis onafhankelijk van belangenorganisaties en commerciële partijen. Farminform wordt betaald door de gebruikers van de informatie.





Oorzaak van toename voorschrijfgedrag

1. Adequate pijnstilling is een mensenrecht

2. Onwetendheid/gebrek aan educatie (7)
3. Onvoldoende kennis van opiaten/alternatieven die "beter" zijn dan oxycodon
4. Druk van de patiënt
5. *Easy way out (ik weet het ook niet meer)*
6. Vroeg ontslag na operatie

Is opiaatgebruik een probleem in Nederland?

1. Geen doden gerapporteerd (onderrapportage!)

2. Duidelijke aanwijzingen dat het aantal probleemgebruikers toeneemt
3. Duidelijke aanwijzingen dat het aantal intoxicaties toeneemt
4. QoL neemt af (mn als het pijnprobleem niet meer op de voorgrond staat)
5. Duizeligheid onderschat

Disclaimer

Langdurige behandeling van niet-kanker pijn met opiaten leidt tot dosis-escalatie, tolerantie en hyperalgesie

Beperk opiaatgebruik bij niet-kankerpijn

Kort-werkende opiaten leidt tot verslavingsgedrag door snelle concentratie-toename in het brein (receptorkinetiek)

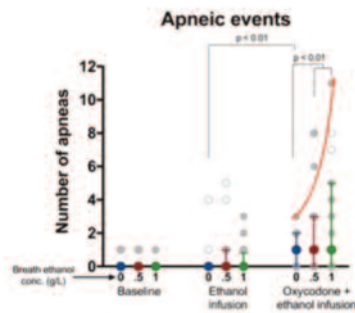
Verslavingsgedrag van oxycodon/tramadol ≠ heroïne/cannabis

Opiatepidemie in de VS

Opioid-doden in de VS > 54,000 in 2017

Risbruik/Verslaving
Co-medicatie zoals
drugs/alcohol





31

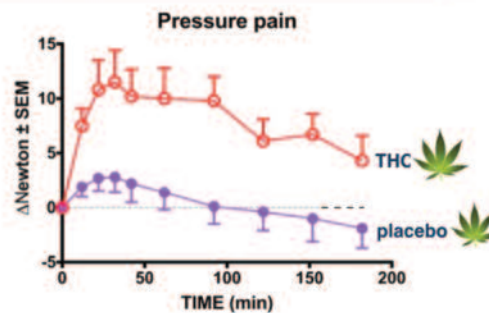
Wat nu?

Dahan et al. Medisch Contact 2018

1. Zorg voor een optimale pijnstilling
2. Multimodale aanpak (indien noodzakelijk ook opiaten)
3. Opiaten? Weeg de voor- en nadelen tegen elkaar af
4. Pas op met automatisch (herhaal)recept
5. Ga opzoek naar alternatieven (CGT, fysiotherapie, alternatieve medicatie)
6. Overweeg NSAIDs (pas op)
7. Overweeg de overstap op bifunctionele opiaten
8. THC?
9. Heroverweeg registratie van metamizol
10. Meer onderzoek (epidemiologie/farmacologisch)

32

THC of THC/CBD maar niet CBD alleen in chronische pijn



33

NSAIDs

Diclofenac use and cardiovascular risks: series of nationwide cohort studies

Morten Schmidt,^{1,2} Henrik Toft Sørensen,^{1,2} Lars Pedersen¹

Denmark/BMJ SEP 2018

The incidence rate ratio of major adverse cardiovascular events at 30 days among diclofenac initiators increased by 50% versus non-initiators, by 20% versus ibuprofen or paracetamol initiators, and by 30% versus naproxen initiators. The increased risk was observed for acute thrombotic or flatter, ischaemic stroke, heart failure, myocardial infarction, and cardiac death, both sexes of all ages, and even at low doses of diclofenac. Risk of upper gastrointestinal bleeding at 30 days with diclofenac was similar to that of naproxen, but considerably higher than for the NSAID initiators, paracetamol, and ibuprofen.

It is time to acknowledge the potential health risk of diclofenac and to reduce its use. Diclofenac should not be available over the counter, and when prescribed,

34

Discussie

- Opiaten worden veelvuldig voorgeschreven in NL maar van een epidemie met sociale consequenties is geen sprake
- Hoe dit zich zal ontwikkelen in de toekomst blijft onzeker want **opiaten blijven geïndiceerd voor behandeling van matige tot ernstige pijn**
- Kijk naar alternatieven
 - metamizol (Novalgin)/NSAIDs/cannabis/tapentadol/opi125
- **Er is behoefte aan meer onderzoek**
 - farmacologisch (opi125)/epidemiologisch onderzoek

25

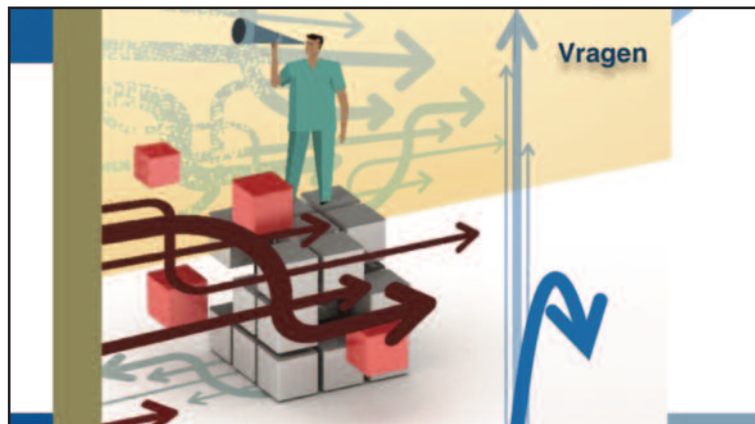
Discussie

WHAT CAN YOU DO TO PREVENT OPIOID MISUSE?

- TALK ABOUT IT.**
Opioids can be addictive and dangerous. We all should have a conversation about preventing drug misuse and overdose.
- BE SAFE.**
Only take opioid medications as prescribed. Always store in a secure place. Dispose of unused medication properly.
- UNDERSTAND PAIN.**
Nonopioids other than aspirin are effective in managing pain and may have less risk for harm. Talk with your healthcare provider about an individualized plan that is right for your pain.
- KNOW ADDICTION.**
Addiction is a chronic disease that changes the brain and alters decision-making. With the right treatment and supports, people do recover. There is hope.
- BE PREPARED.**
Many opioid overdose deaths occur at home. Having naloxone, an opioid overdose-reversing drug, could mean saving a life. Know where to get it and how to use it.



26



2 Jos van Bommel, huisarts

Huisarts van Bommel stipt enige opvallende zaken aan rond het gestegen opiatengebruik, vanuit zijn ervaring als veldwerker, zijn eigen praktijk en zijn omgeving.

- Tot eind 2015 was van Bommel zich onbewust van het probleem. Dat gold ook voor veel van zijn collega's: binnen het huisartsen-circuit was er nauwelijks aandacht voor. Een concrete casus in zijn eigen praktijk van een jonge probleemgebruikster veranderde zijn blik.
- Van Bommel constateert dat professionals de problemen nu niet meer bagatelliseren.
- Door een column in Medisch Contact over ondraaglijke pijn werd hij zich bewust van het probleem.
- Huisartsen schrijven in 80% voor, hij zelf schreef voor 35% eerste recept voor.
- Hij geeft een aantal voorbeelden van gebruikers van oxycodon en haalt ervaringen van collega-huisartsen aan. Zoals een jonge vrouw met endometriose die oxycodon al vijf jaar slikt. Een man die chronisch oxycodon slikt voor een slijmbeursontsteking in zijn schouder, en daarnaast cocaïne gebruikt. Of die patiënt die na een sleutelbeenbreuk een suïcidepoging doet na het gebruik van oxycodon, en na een half jaar weer een voorschrift van de arts krijgt.

Van Bommel haalt een aantal oorzaken aan van het gestegen gebruik: daar zit immers de oplossing van het probleem.

- De huisarts schrijft laagdrempelig voor conform de richtlijn van het NHG.
- NSAID's zouden een alternatief kunnen zijn, maar hebben bijwerkingen, vooral bij ouderen en risicogroepen.
- Patiënten krijgen na ontslag ziekenhuis pillen mee, wat de opnametijd in ziekenhuis verkleint.
- Het adagium is tegenwoordig dat patiënten geen onnodige pijn hoeven te lijden. Er is daarom toegenomen aandacht voor pijn.
- Van Bommel constateert een stijging in voorschriften oxycodon, waar volgens de NHG-Standaard morfine de eerste keus is.

Wat moet er gebeuren volgens van Bommel?

1. Meer bewustwording kweken bij artsen en patiënten: onderschat het verslavende effect van oxycodon niet!
2. Pijnmedicatie niet altijd strikt volgens protocol verstrekken.
3. Opiaten zoals oxycodon zo kort mogelijk voorschrijven.
4. Wees zuinig met herhaalrecepten!
5. Alternatieven overwegen, zoals psycholoog of fysiotherapeut inschakelen.

6. Luisteren naar de patiënt!
7. NSAID's weghalen bij de drogist.
8. Meer aandacht aan de risico's van het gebruik van oxycodon besteden in het onderwijs aan (beginnende) artsen. Van Bommel ziet jonge collega's namelijk makkelijk oxycodon voorschrijven. Hij vraagt zich af waar ze dat geleerd hebben.
9. Herschrijf de NHG-Standaard: daarin moet meer aandacht gegeven worden aan de angst-pijncirkel en minder aan de medicinale aanpak.
10. Er moet in de politiek meer aandacht besteed worden aan de risico's van het gebruik van opiaten.

Opioïden epidemie

vraagstelling

- › Wat valt je op in het huisartsencircuit rond het gestegen opiatengebruik ?
- › Bespiegeling over standpunt van huisartsorganisatie NHG

bewustwording

- › Tot eind 2015 onbewust van het probleem
- › Binnen huisartscircuit: nauwelijks aandacht
- › Meisje van 16 was mijn trigger
- › MC column, ondraaglijke pijn.
- › Bewustwording van het probleem
- › Als veldwerker, mijn praktijk, mijn omgeving

Schrikbarende gegevens

- › Meer dan 30 duizend doden Amerika in 2015
- › 440 duizend Oxycodon gebruikers Ned. 2016
- › Achterstandswijken: 42% meer gebruik (SFK)
- › Concurrentie in pijn
- › Huisartsen schrijven 80% voor?
- › Eerste recept 35% door mij als huisarts
- › 20.000 oxycodon in een jaar (nu ¼)

Wie zijn die oxycodongebruikers?

- › Jongedame met endometriose, al 5 jaar
- › Man voor slijmbeurs schouder chronisch, naast cocaine! Later fentanylpleister oraal. IC.
- › Na sleutelbeenbreuk: suicidepoging. Half jaar later weer voorschrift door chirurg.
- › Man, antistolling, oxycodon, val, CVA
- › Jicht: reumatoloog, Al jaren 1440 oxycodon per jaar
- › Vrouw, gekneusde ribben: opname obstipatie

Gebruikers om me heen?

- › Bevriende huisarts: rug. Jaren gebruik
- › Bevriende verpleeghuisarts: altijd op voorraad
- › Kapper: 700mg tramadol!

Nog meer schrikken?

- › Drugsforum.nl en drugsforum.info
- › Brochure over gebruik opiaten Nycomed, MC Erasmus.
- › Meer aandacht voor het probleem in MC en de media

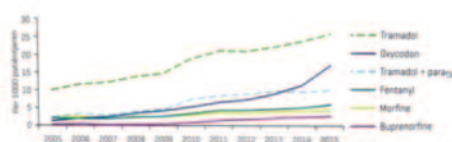
Wat vinden collega's ervan? Bewustwording?

- › Bedrijfsarts, Wat is nou het probleem Jos? Gewoon een beetje doezen met zo'n pilletje?
- › Psychiater, Het begint met een relatief onschuldige pijnstillende werking, maar al snel merken veel patiënten dat deze middelen ook heel goed werken voor angst, spanning, verdriet en wat nog meer.
- › Kno-arts niet praktiserend, Ik heb indertijd na een tonsillectomie nooit morfine ingezet en me verzet tegen het ziekenhuisprotocol.
- › Huisarts, Wat mij tegenvalt is dat de makers van de protocollen zich niet verzetten tegen deze waanzin. Kom op, collega's, de barricaden op!
- › Anesthesioloog, Dit is echt een volstrekt doorgeslagen vorm van postoperatieve pijnbehandeling. Verschuilen achter een richtlijn en pijnscores is onrecht.

Nog meer meningen collegae

- Neuroloog, Waar het protocol begint, is het gezonde verstand vaak al ter ziele gegaan...
- Algemeen arts, deze keuze voor pijnstilling werd niet met mij besproken. Dit terwijl ikzelf arts ben. Uitleg over pijn, en hoe anders om te gaan met pijn, kost tijd, maar...
- Huisarts, Ik herken het probleem. Zie vooral jonge collega's makkelijk oxycodon voorschrijven in de anw of in waarneemsituaties. Dat moeten ze ergens geleerd hebben, in ieder geval niet bij mij...
- Aios huisartsgeneeskunde, Een artikel waar ik me volledig in kan vinden als jonge dokter.
- Huisarts: belt me: valt volgens hem allemaal mee: hij heeft 'maar' 10 patiënten in zijn praktijk die verslaafd zijn en 70 gebruikers. Dat is dus potentieel $11.000 \times 10 = 110.000$ verslaafden.

Nederlandse huisarsten schrijven vaker opioïden voor



* Prescripties worden berekend op basis van kwantiteit waarin een patiënt is ingeschreven in de huisartsenpraktijk. Dit wordt een patiënt die twee kwantiteiten heeft ingeschreven voor een half jaar meegerekend in de cijfers.

Opioïden op huisartsenpost

- Nivel: De voorgeschreven recepten voor opioïden steeg van 5,6% in 2013 naar 7,7% van totaal aantal recepten in 2017
- Een avond: 10% opioïden probleem. Drie visites (delier)

Meer oxycodon dan morfine



Oorzaken: daar zitten de oplossingen!

- › Huisarts schrijft laagdrempeliger voor conform richtlijnen NHG 2015/16
- › bijwerkingenprofiel van NSAID's en verkrijgbaarheid bij AH of Etos
- › meer aandacht voor pijn
- › zelfrapportage van pijnscore
- › kortere opnametijden in het ziekenhuis (meer pillen mee)
- › de dokter 'u hoeft geen pijn te hebben'.
- › de hoofdschuldige is de farmaceutische industrie

Wat moet er gebeuren?

- › 1. bewustwording bij dokter en patiënt.
- › 2. Pijnmedicatie niet volgens protocol.
- › 3. Zo kort mogelijk voorschrijven.
- › 4. Herhaalrecepten!
- › 5. Alternatieven: psychologen, fysiotherapeut, luisteren!
- › 6. NSAID's weg bij de drogist
- › 7. Onderwijs
- › 8. herschrijf NHG-Standaard: meer aandacht angst-pijncirkel en minder voor de medicinale aanpak
- › 9. Politieke aandacht!

Herschrijf NHG Standaard Pijn

- › Reactie op artikel Oxycodon, een nieuwe heroïneplaag van Monique Verduijn e.a. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, november 2017
- › Collega Van Bommel vraagt om herziening van de NHG-Standaard Pijn. Wij onderschrijven de noodzaak om terughoudend met het voorschrijven van opiaten om te gaan. De suggestie van Van Bommel om bij de herziening van de NHG-Standaard nog meer aandacht te besteden aan de ongewenste effecten van opiaten nemen we ter harte. Ook het voorstel om bij de start van een opiaat de gebruikstermijn af te spreken en hiervoor bij voorkeur maximaal 1-2 weken aan te houden, kan dit ondersteunen. Daarnaast is Van Bommel van mening dat pijnmedicatie niet volgens protocol moet worden verstrekt.

Standaard Pijn uit : 2015

- › Stap 4: sterk werkende opiaten: Overweeg een sterk werkend opiaat als de pijn met de medicatie uit de vorige stappen onvoldoende vermindert. De voorkeur gaat uit naar een oraal morfinepreparaat. Hiermee is ruime ervaring opgedaan. Rectale toediening wordt niet aangeraden (onvolledige en wisselende opname). Bij problemen met orale toediening heeft een fentanylpleister of eventueel parenterale toediening van morfine de voorkeur. Zie [tabel 5] voor de doseringsadviezen van morfine en fentanyl.

Uit Standaard NHG Pijn juni 2018

- Stap 4: sterkwerkende opioïden: Overweeg alleen een sterkwerkend opioïd als er sprake is van ernstige pijn met zoveel invloed op het dagelijks functioneren dat deze situatie moet worden doorbroken en die met de overige behandelingen en optimaal ingestelde medicatie uit de vorige stappen onvoldoende vermindert. Bespreek met de patiënt de te verwachten voordelen, bijwerkingen en de mogelijkheid tot het optreden van afhankelijkheid. Schrijf om het risico op afhankelijkheid van opioïden te beperken alleen bij uitzondering en bij voorkeur kortdurend voor bij chronische, niet aan kanker gerelateerde pijn en dan alleen aan patiënten zonder gevoeligheid voor middelenafhankelijkheid. Wees terughoudend bij patiënten met psychische aandoeningen.

Herziening Patiëntenvoorlichting op Thuisarts.nl

- [Ik wil een pijnstiller gebruiken \(vanaf 18 jaar\)](#)
- [Ik heb zenuwpijn](#)
- [Ik heb pijn die langer aanhoudt dan verwacht \(chronische pijn\)](#)
- [Ik krijg medicijnen tegen ernstige pijn \(vanaf 18 jaar\)](#)
- NB: Thuisarts.nl verkozen tot beste Content Platform van Europa 2018

Politiek

- Antwoord Staatsecretaris Blokhuis (februari 2018) op brief Eerste Kamer: geen zorgen omdat opiaten binnen medisch circuit worden voorgeschreven en geen toename in de hulpvraag voor opiatenverslaving
- Augustus 2018: Tweede Kamer opnieuw vragen. Minister Bruins aanvankelijk geen zorgen.
- Media confronteren: Volgens informatie van het Nederlands Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) werden in 2017 280 mogelijke vergiftigingen met oxycodon gemeld. Dit is 6,5 maal zoveel als in 2008.
- Augustus 2018: eindelijk wel politieke zorgen.
- Daarom zitten we hier: om deze zorgen te delen

3 Evana Kuik, ervaringsdeskundige

Evana Kuik is een ervaringsdeskundige op het gebied van het gebruik van opioïden. Zij was lange tijd verslaafd aan oxycodon, door en samen met factoren als onder andere wiet roken, de liefde en het gebruik van verdovende middelen zoals amfetamine. Zij kreeg door systemische sclerose klachten als gewrichtspijn, weinig energie, beperking in bewegingen en het fenomeen van Raynaud in haar handen. Zij werd uiteindelijk opgenomen om in drie maanden af te kicken. Dat ging gepaard met krampen en pijn, liegen tegen zichzelf, onrust en depressiviteit. Als hulp tegen de pijn gebruikte zij CBD-olie en wietpillen.

Op grond van haar ervaringen doet zij de volgende aanbevelingen:

- Kijk als behandelaar beter naar de persoon voor een gepaste behandeling of pijnbestrijding.
- Verstrek oxycodon in kortere periodes van afgifte.
- Screen de patiënt eerst voor het gebruik van oxycodon.
- Laat je tijdens het proces van afbouwen begeleiden door bijvoorbeeld een psycholoog.

MY TRUE STORY ABOUT

Oxycodon



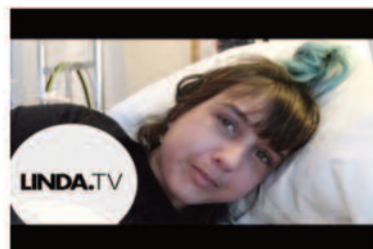
WIE IS EVANA KUIK?

Owner en Designer
EVAN MENSWEAR/WOMENSWEAR/ACCESSORIES

Creative Director
INCONCEPT LIVE MAGAZINE



VLOGGER LINDA.TV 



VERSLAVINGSGEVOELIGHEID



SYSTEMISCHE SCLEROSE

Een auto-immuunsysteemziekte waarbij het bindweefsel teveel wordt aangemaakt. De huid verhard en alle plekken waar bindweefsel zit in je lichaam kan aangetast worden incl. binnenste organen.

Klachten:

- ❖ Gewrichtspijnen
- ❖ Raynaud in de handen
- ❖ Weinig energie
- ❖ Beperking in beweging



STAMCELTRANSPLANTATIE



AFKICKPERIODE

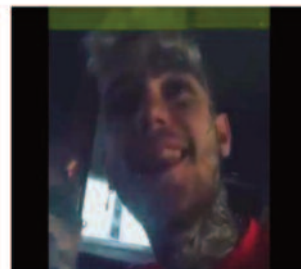
Tijdens mijn afkickperiode kreeg ik 3 maanden de tijd om af te bouwen.

- ❖ Krampen en pijnen
- ❖ Liegen tegen mijzelf
 - ❖ Onrustig
 - ❖ Depressief
- ❖ Hulp tegen pijnen: CBD olie en wiet-pillen

MEDIA EN JEUGDCULTUREN

- ❖ Verheerlijking in de muzikscene
- ❖ Gebruik en overdosissen onder befaamde mensen
- ❖ De cultuur van het nadoen van mensen met een bepaalde image of naam

De volgende beelden kunnen shockerend zijn/ een naar beeld geven over de jeugd van tegenwoordig. Lil PEEP is overleden op 21 jarige leeftijd.





- HOE ZOU HET ANDERS KUNNEN?**
- ❖ Beter kijken naar de persoon voor een gepaste behandeling of pijnbestrijding
 - ❖ Kortere periodes van afgifte
 - ❖ Screening voor het gebruik van dit middel
 - ❖ Begeleiding psycholoog tijdens dit traject

VRAGEN 

Brainwriting

Brainwriting is een brainstorm op papier. De aanwezige experts wordt gevraagd om de drie - in hun ogen - meest belangrijke determinanten van het gestegen gebruik van opiaten op te schrijven. Daarna geven zij hun papier aan hun buurmannen/-vrouwen links en rechts van hen, die de gekozen determinanten van commentaar mogen voorzien.

De top vijf van vaakst genoemde determinanten is:

1. De gestegen maatschappelijke aandacht voor pijnbestrijding. Behandelars willen het hun patiënten zo gerieflijk mogelijk maken (pijn is onnodig), patiënten zien het vaak ook als een recht om verlost te worden van pijn.
2. Onvoldoende bewustzijn van risico's bij beroepsbeoefenaren. Risico's zitten vooral in verslavende effecten van opiaten.
3. Te snel herhaalrecept voorgeschreven door artsen, onvoldoende controle hierop.
4. Vergrijzing: Nederland telt steeds meer ouderen. Zij ondergaan vaker dan andere leeftijdscategorieën pijnbehandeling.
5. Toegenomen media-aandacht voor pijnstilling met oxycodon.

Verder zijn - onder veel meer - genoemd:

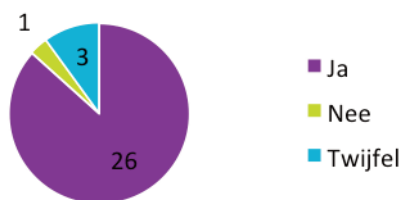
- Minder voorkeur voor NSAID's in verband met bijwerkingen, met name voor ouderen en kwetsbare doelgroepen.
- Wijziging van het protocol voor pijnbestrijding.
- Het onvoldoende naleven van standaarden en protocollen.
- Minder taboe op opioïden.
- Waarnemers en aio's schrijven makkelijker voor dan reguliere huisartsen.
- Onbekendheid met alternatieven, zoals gedragstherapieën.

Zie Bijlage 1 voor alle door de deelnemers genoemde determinanten.

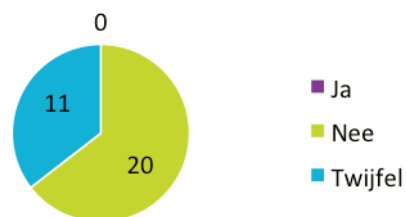
Stellingen

Tijdens de bijeenkomst werd de deelnemers 10 stellingen voorgelegd. De deelnemers konden via hun smartphone direct reageren:

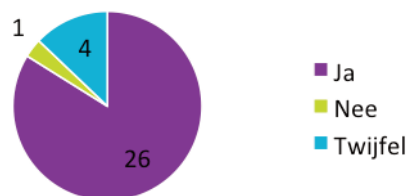
Stelling 1. De apotheker zou een actievere rol moeten spelen in het monitoren van het gebruik van oxycodon en andere opioïden.



Stelling 2. Zorgverzekeraars moeten aanvullende voorwaarden stellen aan het voorschrijven van opioïden.



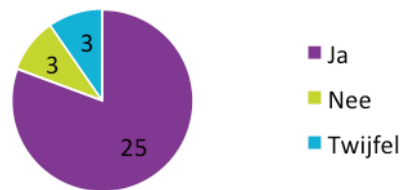
Stelling 3. De risico's van het gebruik van opioïden zijn te weinig bekend bij het algemeen publiek.



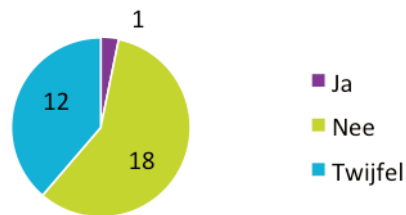
Stelling 4. (Huis)artsen schrijven te gemakkelijk een herhaalrecept voor opioïden voor.



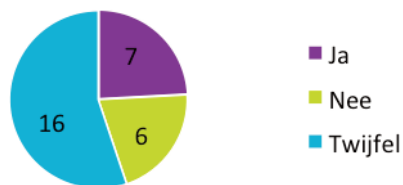
Stelling 5. Artsen zijn zich onvoldoende bewust van de risico's van het gebruik van opioïden.



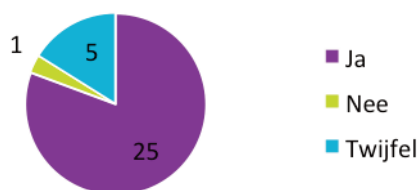
Stelling 6. De inspectie moet meer toezicht houden op pijnregistratie.



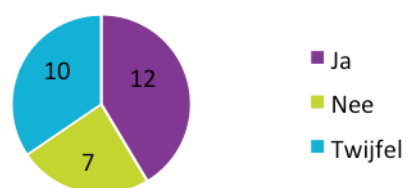
Stelling 7. Artsen en specialisten dienen zich beter aan bestaande protocollen te houden.



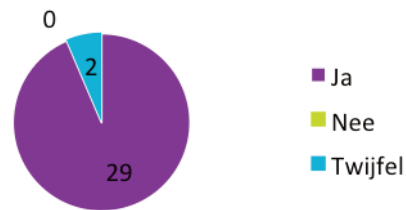
Stelling 8. Artsen hebben onvoldoende kennis van het zorgvuldig afbouwen van het gebruik van opioïden.



Stelling 9. De introductie van pijnscores heeft geleid tot een onnodig sterke mate van pijnstilling.



Stelling 10. Patiënten worden onvoldoende geïnformeerd over het gebruik en risico's van opioïden.



Conclusies n.a.v. de scores op de stellingen

De experts zijn het **in grote meerderheid eens** met stelling **1, 3, 4, 5, 8 en 10**.

Ze zijn het **in meerderheid oneens** met stelling **2 en 6**.

Bij stelling **6** ging de **discussie** over de vraag dat als pijnbeleving als maatstaf wordt gebruikt voor een goede medische zorg, of dat niet als een perverse prikkel fungeert om te zware pijnstilling in te zetten.

Ze **twijfelen in meerderheid** over stelling **7** en zijn **verdeeld over** stelling **9**.

Bijlage 1

Brainwriting

1. Men (patient & arts) accepteert pijn niet meer	eens, alles moet gedaan worden om pijnvrij te zijn. M.i. zou meer op functioneren ondanks pijn en kwaliteit v. leven gebaseerd mogen worden ook meer alternatieve behandelingen kunnen helpen: osteopathie, yoga.
2. Mensen leven langer met chronische / maligne aandoeningen waardoor meer mensen behoefte aan pijnstilling	ik denk dat m.n. de chronische niet-maligne aandoeningen onterecht vaak met opiaten behandeld worden Daar ben ik het niet mee eens Sommige niet-maligne aandoeningen heb je je leven lang, met hevige pijnen HME-MO (lokvoorzorgingen)
3. Voorschrijvers lijken niet zorgvuldig genoeg naar de patiënt die pijnstilling krijgt voorgeschreven → toename problematisch gebruik.	eens, voorafgaand aan opiaat-voorschrift zou goede screening op 't hele bio-psycho en sociale spectrum gedaan moeten worden met screening op verhoogd risico op misbruik, zodat de voorschrift afspraken hierop aangepast kunnen worden.
	↓ Eens, neem de Zorgstandaard Chronische Pijn erbij.

1. Als een patiënt éénmaal een eerste voorschrift heeft gehad zijn HA's niet bij machte daarna "Niet te verkopen."	N.d.v. hulpverlener patiënten. Het vaakst schrijft de huisarts het voor. MEER KENNIS OVER
2. Dat het heel verslavend is en dysforie veroorzaakt. en effect voor chronische pijn is dubieus.	Ja. Patiënten die er al aan zijn zullen een pariah worden. AFBOUWE IS DAT WAAR? IS DAT WAAR?
3. Illegale beschikbaarheid.	ER ZIJN OOK GOEDE INDICATIES
Klopt maar slechts bij een.ijn speelt dat een rol.	IS DIT ECHT EEN ISSUE IN NEDERLAND OF EEN BEELD?
4. J.C.I.	FUNDAMENTALISME IS ALTYD VERKEERD
Eens protocol zit verkeerd in elkaar koppeling pijn score	medicatie gebruik

1. Vergoeding, <u>oudren</u> met artrose/lage rug. <u>NSAID</u> contraindicerend bij <u>oudren</u> met cardio- vasculair risico's	dat klopt / maar ^{voor} al dese problematiek een <u>enorme</u> medicamenteuse behandeling wel de beste / enige optie <u>opiaten</u> zijn potentieel erger dan de kwaal ↑ eens
2. Onderschatting dat oxycodon ook een sterk opiat is (arts + patient)	Dan is er dringend bewustwording nodig Het wordt in de persal ervaren als "onshuldig" en als zodanig zeer uitslavend.
3. Sociaal medic, inbloeid jongeren cultuur.	en niet verkrijgbaar <u>en eens</u>

1. gebrek aan alternatieven (NSAID's)	miss ^{ten} over the counter verhijgbare NSAID's
2. Het leven is modibaar "pijn heeft niet"	→ eens op zich wanneer men de interpretatie en wijze waarop dit in de marketing gebruikt wordt
3. overdruende geenzen stellen door actien (mede) door overdruende schubben (alleen uitweshend etc)	→ belangrijk

1. huisarts schijnt verplicht van	Vooral te <u>langdurig</u>: ↓ moed aan regelmatige herbeoordeling an-indicatie - werkzaamheid (naden pijnfunctionele doelen bereikt - eigenwijs verandering
2. over de laatste indicaties (Nst10's)	leens, vooral bij ouderen een probleem
3. pharmaceutische industrie	leens, maar Verantwoordelijk lijst ook bij voorschuyvers/ opleiders
	me eers - objectieve informatie als tegenwicht wordend nodig - behoefte van foutieve info van industrie overhefen

1. Te weinig beset van de consequentie bij voorschrijven (met name huisarts)	eens: geen opleiding misstrouwen ook te weinig bekendheid m. problematiek? Te weinig onderzoek.
2. Te snel en makkelijk gebruik bij eenvoudige ingrepen. & Weliswaar vaak kortdurend, maar to honderd- duizenden extra gebruikers per jaar daarvoor	Heeft geen probleem te zijn als het echt <u>leert</u> is
3. Geen alertheid op stoppen van herhaalt Te weinig aandacht voor alternatieven voor pijnmedicatie	men over de psychische component / angst etc.
4. Geen alertheid op stoppen van herhaalmedicatie	<u>Wijkt</u> , maar niet alles of brachtje huisarts

1. Automatisch herhalen van opiaat-recepten	Eens, dit geldt voor waarschijnlijk >90% van recepten → Maar leg niet alles bij de huisarts: bond met apotheker mogelijk?
2. Starten van uitgebreide pijnschema's voor Ok en daar korte opname-duur niet kunnen stoppen / opbouwen van pijnmedicatie → veel pijnmedicatie mee	Eens: in meeste gevallen wel kortdurend gebruikt, maar leidt wel tot vele grote aantallen gebruikers Alleen laat wel doen naar huis
3. Afschermen 24hrs Dose op VAS-scores de behoud tijdens opname	Ernstig, maar mogelijk waar — toevoegen aan M&S: acceptabel: hoeft dit punt niet.

1. We denken dat dit een goed punt is. pijn is niet altijd erg. is	- De mentaliteit verandering doet pijn niet meer mag; iedereen moet pijnrij door het leven.
2. Psyche speelt een meer Opioiden worden vaak gegeven voor "psychische problemen"	- Eene toename van chronische pijn in de maatschappij. Waarbij niet mag worden gezegd dat er een psychische somatische oorzaak is
3. Dit hoort bij educatie voor patiënten erg belangrijk!	- Het idee maatschappelijk dat PCM & NSAID's niet effectief zijn.

1. Voorschriftgedrag (huis)artsen onderschatting verslavings- potentieel	eens! en houden geen rekening met risico-verhogende factoren!
2. Positieve beeldvorming door marketing en verheerlijking in bijv. muziekindustrie U.S.	toevallig eens! kan, maar ik denk dat dit nu een relatief klein deel is.
3. Gebrekkige informatie voorziening over risico's	eens! zeer eens, zowel voor de voorschrijvers als voor de patiënt, familie/populatie.

reache' (WVS)	detectie
1. eens + binnen groep anderen was grote stijging Ander soort ge- bruik dan bij jongeren. Doodgroepenaderely nodig	Verrijking toename chronische pijn klachten en minder acceptatie pijn
2. eens industrie	Veranderende opvattingen over risico's opzien + uitgekende marketing oxy codon
3. eens interessant dat de risico zo hoog geschat wordt terwijl de absolute risico vrij klein is	toegenomen angst voor risico's NSAIDs en tramadol, daarmee wegvallen alternatief.
Dit vind ik een mooie gedachte omdat je dit heel vrij niet (Rogers' curve)	Dit is een normale 'up take' curve gevonden doordat het zwaar gebruikt wordt, wordt het steeds normaaler.

diffusie of
innovatie

→ maar!
Conspiracy of Silence
niemand gaat erover
nadenk (ant) / apotheker

1. publiciteit in populaire media aansluitend op zelfskurende heid van patiënten	ij zaken relevant, maar ik denk dat oorzaak primair in de zorg ligt
2. rol van de huisarts met daarbij gebrek aan tijd en minder / weinig kennis	zaken, in het algemeen is gestructureerde begeleiding bij pijn onvoldoende
3. wegnemen van feiten / feits tot opioïden / gebruik ervan	eens, zaken belangrijke oorzaak

1. Prevalentie Pijn zowel acute als chronisch. → oncologisch als niet oncologisch is te hoog	BEHOEFTE AAN NIEUW EPIDEMIOLOGISCH ONDERZOEK WAAR PRATEN WE OVER?
2. Gebrek aan Kennis rondom pijn- behandeling en consequentie in effect van opioïdgebruik	MEER EDUCATIE IN OPLEIDINGEN VERPLICHT MAKEN IN RAAMCURRICULA voor wie ??
3. Gebrek aan 'goede' pijnbehandeling en gebruik aan kennis daarover.	MEER ONDERZOEK GELD LABELLEN AAN PIJNONDERZOEK
4. Onaandachtzaamheid en snelle consultatie Cureing tijd/aandacht gesprek patiënt	HUISARTS HEEFT TEVEEL op zijn Bord

1. Afspraak met patiënt le lage drempel bij verschillen van de <u>alternatieven</u> (pgn)	absoluut, het maak het een easy way out op een drukke poli; <u>leers</u> → gaat over afspreken
2. le probeert vertienvien in "een pil" als oplossing voor de complexe problematiek die chronische pijn is	bij de patiënten die ik als verslavingsarts zie, mist inderdaad de multi-moderale aanpak. zeker voor.
3. <u>verbaasde</u> (doorverkoop / handel) <u>daar niet het</u> geval bij de gewone patiënt	Dit is nu denk ik nog geen groot probleem maar naarmate de duim schroeven worden aangedraaid worden ze dat wel. + precie

1. GEBREK AAN EDUCATIE IN OPLEIDINGEN GEZONDHEIDSZORG.	met name by huisartsen
2. GEBREK AAN ONDERZOEK NAAR PYN (BEHANDELING) LAATSTE ZONMW AFGESLOTEIN IN 2006	Zol van terugtrekken- de overheid voor fin. van onderzoek Cdaardoor meer inbreng pharm.
3. WE REAGEREN/ACTEREN TEVEEL OP BEELDEN NIET OP FEITEN TRUMP EPIDEMIE	populaire media met alle risico's vanden

1. Aanbod kant ⇒ gezien als relatief onschuldige pijnstillers ⇒ promotie door farmaceutische industrie	Eens met beide stellingen Eens " " "
2. Vraag kant. ⇒ minder acceptatie van pijn (?) ⇒ vraag om zwaardere medicatie aan huisarts	Eens, daarnaast heeft huisarts weinig alternatieven als OTC of paracetamol en NSAID's gebruikt zijn Maar huisarts kan mogelijk wel betrouwbare dosering/gebruik van die middelen ondersteunen
3. Demografie Verzorging groep	kan onvoldoende kennis over Oxycodon verslaving ook veel bij 'jongeren' misschien te onderzoeken uit beschikbare data bv bij Veltij
Opmerking Geen: medicatie die overblijft na overlijden van patiënt ⇒ voorbeeld suicide van partner Ja: gateway drug voor nieuwe heroïne epidemie	

1. De pijntolerantie bij de patient is omlaag gegaan	Of dit daadwerkelijk zo is, is de vraag. Echter door het recht op pijnwv zijn trekken mensen sneller aan de bel. In den hof idd de vraag is, de VAS tau pijn is vastgesteld op een getal waartoeven mediatie maal worden oerkepast tauwildecrapion die VAS wellicht acceptabel hnd.
2. Vertrouwen in de veiligheid van NSAIDs en tramadol -> channeling naar opiaten	Eens. (i.c.m. marketing org.) Tramadol geeft ook verslavingsproblemen. In den hof dat paracetamol ook vaak verheendgebruikt wordt, en bronctor eeg ondergewaandeerd is als pijnsh tek.
3. De verhouding arts - patient is veranderd. Pte wordt als klant gezien, en deze moet tevreden gehouden worden.	eens eens, maar den hof door tijdgebrek dat een recept mabbelijha is dan een gesprek

1. Opleiding: "pijn hoeft niet, er is altijd stap 3 van de LHO pijnladder."	- Mee eens, vergroten kennis over PCME NSAID'S
2. Tijdgebrek van de (huis)arts. Het is zo veel gemakkelijker om een pilletje te geven dan het hele verhaal in kaart te brengen (licht niet in 10 min!)	- Mee eens, psychologische ondersteuning kost tijd.
3. Te gemakkelijk herhalen en te weinig controle op langdurig gebruik.	- Vraag mij of of dit een grote rol speelt.

1. Te weinig medicatie- educatie	- Klopt. Het is geen "kennis". Little hoe te te beginnen en wanneer en hoe te stoppen - Ook met andere middelen.
2. geen geen erkenning dat chronische pijn ook kan ontstaan door de onregeling van het pijnstelsel zelf	- Absoluut! Goede pijneducatie is een absolute voorwaarde voor een adequate (met - medicamenteuze) behandeling. - Helmont met enz.
3. Er is te weinig aandacht voor mensen met aandoeningen er is geen tijd om te praten met mensen	- Precies. Tien minuten is te kort voor meer aandacht nodig per pt. (minder administratie 🤖) - Helmont met enz.
	- Helmont met enz.

1. Systeem van herhaalrecepten en gemak waarop zonder Face-to-Face contact verlengd wordt.	→ daar ben ik het mee eens	
2. Idee dat opiaten voor pijn weinig risico op misbruik/verslaving geeft en weinig kans op schade.	ik kan me indenken dat mensen de risico's niet weten	
3. Idee bij arts en patiënt dat alles geprobeerd moet worden om pijnvrij te worden.	dat klopt. Het paracetamol bestaat wel. Soms blijft er alleen over dat je moet leren leven met je pijn	

1. Vergrijzing → opioidgebruik stijgt snelst bij 75+	eens, het doelgroep die ernstige pijn heeft stijgt en daardoor opioidgebruik - eens, dit is eveneens doelgroep die veel alcohol drinkt er valt, dus risicogroep
2. Cultuur t.a.v. pijn wordt anders, minder acceptatie van pijn	eens, had ik ook zo opgeschreven - eens, hoe wel dit ook deels aangepraat wordt door marketing.
3. Gebruik aan kennis, erf misschien zelfs naïviteit, tegenover lobby vld industrie	Eens, gebreken Lannis. Wel ernstig dat de pharm. ind. de belangrijkste bron van informatie voor voorschrijvers en patiënten. Hebben wij een maatschappelijke verantwoorde- lijkheid hiervoor? - Zeker eens, zeer beperkte info te vinden.

1. Marketing als "morphine-light"; "is niet verslavend."	• vanuit big pharma, maar ook vanuit populaire cultuur • Wel bekend onder gebruikers, maar drukt populariteit niet? Pijnbestrijding is belangrijker?
2. Te makkelijk herhaalrecepten geven.	← is geen deterministische, mischieus gemakkelijke handeling van artsen iegen opiaten? • Waardoor komt dit?
3. Toegenomen populatie met chronische pijn (vergrijzing)	meer dan, alhoewel het gebruik in Amerika ook anders is meer zonder chronische pijn is zo nu
4. "Pijn hoeft niet," streven naar geen pijn vs. draaglijke pijn.	norm, individual eens

1. te weinig kennis bij huisartsen en apotheken. te snel voorgeschreven.	- mee eens, meer kennis vd verslavingsgevaaren is wenselijk! - misschien is het niet kennisgebrek maar besef van de gevolgen.
2. media	- goed punt: effect op jongeren is (te) weinig in beeld bij onderzoekers en beleidsmakers. - goed voorbeeld van poezie in de rap/hip hop cultuur: gratis wereldmarktbeziging
3. patiënten zijn nog vaak een nummer in ziekenhuizen volgen vaak zonder verdieping in patiënt een protocol.	- @ veel winst te behalen... menselijke maat behouden - te weinig tijd om dossiers door te nemen? capaciteit?

1. Toegenomen voorschriften vanuit toegenomen erkenning van pgn. Pgn wordt gezien als onnodig.	Eens. Eens, of is in ieder geval behandelbaar
2. Op zwarte markt: makkelijker verkrijgbaar door vele voorschriften, maar ook populairdere status/naam onder gebruikers.	[Deze stijging wordt waarschijnlijk niet voorgehouden maar is wel gevaarlijk. ↓ mee eens
3. Te hoge werkdruk van medisch professionals. Te veel nadruk op economische efficiëntie & te weinig aandacht voor psychische (aanverwante) klachten.	Eens. Weet niet of dit alleen door werkdruk komt, ook in combinatie met druk door patiënt

1. De nieuwe opioïden werken goed, dus ze slaan aan. Ze zijn er voor ontworpen.	OK, maar dan worden bywerkingen gegeven
2. mensen vinden eerder dat ze er recht op hebben.	KEENS ; invloed sociale omgeving kan anders meespelen
3. Pijntolerantie is lager geworden en anders worden er op afgerekend.	KEENS

1. Pijnrij zijn is een recht en het is mogelijk iemand met medische pijnrij te krijgen.	meer eens, en in een klimaat waarin pijn niet mag, wordt pijn ook nog eens erger ervaren, c.g. breed sensibilisatie g.
2. (1^{ste} - pijn hoort er nu en dan bij) Angst om NSA ID's (die onterecht is)	Steeds duikt de droom weer op van een middel waar we gelukkig van worden zonder dat het verslavend zou zijn, maar die droom blijft onrealistisch.
3.	

RENS

NSAID heeft wel nadelen wat is erin?

1.	Eens
VUURSCARPTSTRAAL ARTS	
2.	Meer maatwerk nodig bij pijnbestrijding
ALTERNATIEVEN HEBBEN OOK NADELEN. ZIJN ONBETROFFEN	
3.	Aangepaste pijnprotocollen
BEWONDELINGSSYSTEMEN (SCORE DIE BEWONDELAAR VAN PATIENT KRYGT).	
AUDIËT KENNIS KOMT OP MIJ OVER ALS CASUSSTIEL REPRESENTATIEF ONDERZOEK IS NODIG	Eens

1. Huisarts is zich niet (altijd) bewust van verslavend effect	Wlopt. Kiest nogal eens de makkelijkste weg Pleasen!
2. Denk van de patiënt ("mensrecht")	Wlopt. Pijn mag en moet niet.
3.  Wijzigingen in protocollering pijnbestrijding	Protocollen horen niet thuis in pijn bestrijding Praten + luisteren naar patiënt.

1.	Laag drempeliger voorschrijven + herhaalrecept te maken	klopt helemaal, mag meer gekeken worden naar patient en alternatieven.
2.	Pijn mag niet meer	weinig in de mensheid, ^{hoof.} ontsnapping van realiteit. → media gerelateerd.
3.	bijwerkingen NSAIDs	zelf geen ervaring mee, maar de afweging is belangrijk.

1. Lobby van pharma center dat gebruik veilig is	Klopt, maar nu geen meer (hoop ik) maar gelukkig mag in Nederland de farmaceutische industrie niet rechtstreeks patiënten benaderen.
2. Idee dat gebruik veilig is.	Zeker: medicacampagne is van belang om mensen helpen om kleine club eraan te helpen niet als voor slaag- en kalmeringsmiddelen.
3. Nieuwe attitude naar pijn	Belangrijkste: pijn hoort er nu en dan bij
4. Werking educatie	Arts + patiënt niet ieder arts moet moet moet kunnen voorschrijven

Bijlage 2

Deelnemers

naam	functie	organisatie
Albert Dahan	Professor of Anesthesiology	Leiden University Medical Center
Antoinette van Riel	Senior Onderzoeker, Toxicoloog (ERT), Stralingsdeskundige	NVIC, Universitair Medisch Centrum Utrecht
Bas van den Putten	Hoogleraar gezondheidscommunicatie	Amsterdam School of Communication Research, ASCoR, Faculteit Maatschappij en Gedragswetenschappen, Universiteit van A'dam
Carolien Hooymans	Ziekenhuisapotheker	NHG
David Baden	Bestuurslid	NVSHA
Doeke Keizer	Huisarts	
Evana Kuik	Ervaringsdeskundige	
Frank Huygen	Anesthesioloog/ Pijnbehandelaar	Erasmus MC
Gijs Helmerhorst	Orthopedisch chirurg i.o.	Slotervaart
Griet Goesaert	Huisarts	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
Guus Cruts	Wetenschappelijk medewerker B - Drug Monitoring & Policy	Trimbos instituut
Hans van Dongen	Interim-voorzitter, 1e penningmeester	Stichting Pijn-Hoop
Hilda Wieberneit-Tolman	Directeur en logistiek coördinator	Stichting Pijn Platform Nederland
Jan Annard	Senior Beleidsmedewerker	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie
Jos van Bommel	Huisarts	Praktijk Zielhorst
Kees Kramers	Hoogleraar medicatieveiligheid	Radboudumc
Liesbeth Rook	Senior Clinical Assessor	CBG
Linda Harmark	Head Innovation at Netherlands Pharmacovigilance Centre	Lareb
Liset van Dijk	Onderzoek	NIVEL
Loes Hanck	Verslavingsarts	Jellinek
Maaïke Schepens	Farmacie	Zorgverzekeraars Nederland
Marcel Bouvy	Farmacie	UU
Marcel Buster	Onderzoeker, Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie	GGD Amsterdam
Marieke van den Beuken	Professor Palliative Medicine	MUMC
Monique Steegers	Anesthesioloog	Radboudumc
Rian Warmoeskerken	Programmamanager	Mainline
Rianne van Boekel	Voorzitter	V&VN Pijnverpleegkundigen
Sara Woods	Project leader national department	Mainline
Tamara Schoof-Beelen	Verslavingsarts KNMG	Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg
Tom Bart	Preventiewerker	Jellinek

Bijlage 3

Cijfers Lareb

1.1. Overview of individual case safety reports of opioids received by Lareb between 2008-2018

Introduction

Over the last few years there has been an increase in opioid prescriptions. In particular, the number of prescriptions of morphine, oxycodone, fentanyl and buprenorphine increases [1]. Opioids are indicated for the management of pain severe enough to require daily, around the-clock, long-term opioid treatment and for which alternative treatment options are inadequate [2], especially for cancer-related pain. In recent years there has been a shift in the use of opioids from cancer-related pain to non-cancer related pain. This gives rise to the discussion if the benefits of opioids outweigh the risks in patient with non-cancer related pain. Research has shown that the risk of addiction, abuse, and misuse with opioids is increased in patients with chronic non-cancer related pain than in patients with cancer. Furthermore, the burden on health services increases with an increased use of opioids due to an increase in falls [1].

The National Poisons Information Centre in the Netherlands (NPIC) reported that the increase in opioid use causes more intoxications. Especially an increase in oxycodone intoxications was seen. In 2017, the NPIC received 280 reports of oxycodone intoxications, 6.5 times as much as in 2008 (43 reports). This increase is also visible in 2018, during the first six months 215 reports of oxycodone intoxications have already been received [3;4].

In this overview the reports received on adverse drug reactions related to opioids received by the Netherlands Pharmacovigilance Centre Lareb in the period between 2008 and 2018 are discussed and related to the number of prescriptions in the Netherlands.

Reports

From January 1st 2008 until September 20th 2018 Lareb received 2114 reports associated with the use of opioids. Figure 1 shows an overview of all opioids reports per year received by Lareb either directly or via the marketing authorisation holder (MAH). It can be seen that there is a steady increase in the overall number of opioid reports over the years.

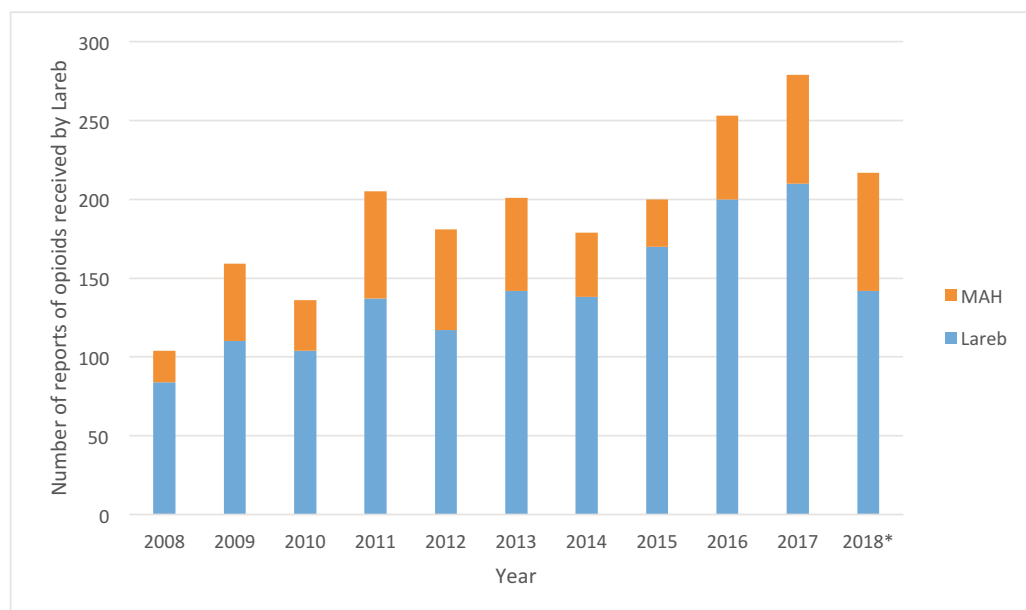


Fig. 1 Number of reports of opioids received by Lareb in the last ten years (* the number of reports of 2018 is counted until September 20th).

Opioids for which Lareb received more than 50 reports in the last ten years are further discussed below. These include buprenorphine, fentanyl, morphine, oxycodone, tramadol and tramadol/paracetamol. Figure 2 and Table 1 show that there was a sharp increase in the number of oxycodone reports in this period. The number of reports of fentanyl and morphine show a slight increase. Buprenorphine reports remain fairly constant over the years.

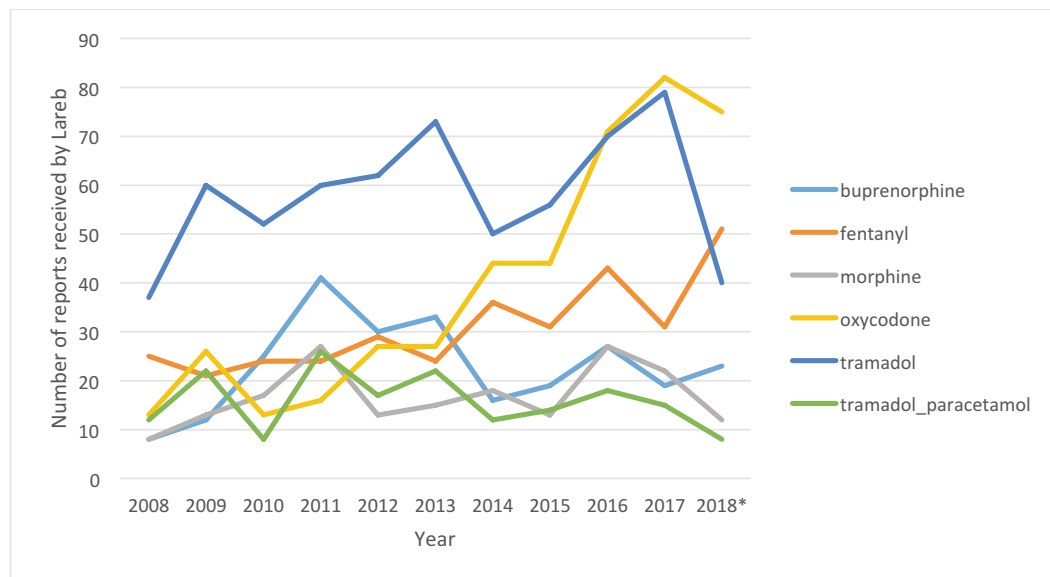


Fig. 2 Number of reports of opioids for which Lareb received more than 50 reports in the last ten years (* the number of reports of 2018 is counted until September 20th).

Table 1. Number of reports of opioids for which Lareb received more than 50 reports in the last ten years

Year	Buprenorphine	Fentanyl	Morphine	Oxycodone	Tramadol	Tramadol paracetamol	Total
2008	8	25	8	13	37	12	103
2009	12	21	13	26	60	22	154
2010	25	24	17	13	52	8	139
2011	41	24	27	16	60	26	194
2012	30	29	13	27	62	17	178
2013	33	24	15	27	73	22	194
2014	16	36	18	44	50	12	176
2015	19	31	13	44	56	14	177
2016	27	43	27	71	70	18	256
2017	19	31	22	82	79	15	248
2018	23	51	12	75	40	8	209
Total	253	339	185	438	639	174	2028

Tables 2, 3 and 4 show the Top 10 most reported indications and adverse drug reactions (ADRs) (shown as MedDRA Preferred Terms (PTs) of the opioids for which Lareb received more than 50 reports in the last 10 years. Pain is the most reported indication of the opioid reports. Whether this is cancer related pain or non-cancer related pain is unknown, since the preferred term 'pain' is reported in most reports and not further specified. Only in a few reports did the reporters specifically report cancer pain.

Nausea is the most reported preferred term of opioids of which Lareb received more than 50 reports in the last ten years. This is a well-known side effect of opioids. Also the other adverse drug reactions reported to Lareb are in line with the adverse drug reaction profile described in the Summary of Product Characteristics (SmPC) of the various opioids.

Table 2. Top 10 reported indications and preferred terms of buprenorphine and fentanyl reports in the last ten years

Top 10 Buprenorphine				Top 10 Fentanyl			
Indication		Preferred term (N _{tot} =535)*		Indication		Preferred term (N _{tot} =810)*	
Pain	119	Application site reaction	31	Pain	107	Nausea	36
Back pain	27	Nausea	27	Back pain	16	Drug dependence	25
Neuralgia	13	Dizziness	24	Neuralgia	11	Drug interaction	23
Musculoskeletal pain	5	Vomiting	21	Cancer pain	11	Withdrawal syndrome	23
Osteoarthritis	4	Rash	15	Abdominal pain	6	Vomiting	20
Arthralgia	3	Application site erythema	15	Analgesic therapy	5	Somnolence	18
Rheumatoid arthritis	3	Pruritus	11	Arthralgia	4	Abuse	15
Cancer pain	2	Application site pruritus	11	Breakthrough pain	4	Drug ineffective	15
Pain in extremity	2	Therapeutic response unexpected	10	Hernia	4	Therapeutic response unexpected	12
Neuropathy peripheral	2	Hyperhidrosis	10	Osteoarthritis	3	Dyspnoea	12

*N_{tot} is the total number of preferred terms reported in the last 10 years

Table 3. Top 10 reported indications and preferred terms of morphine and oxycodone reports in the last ten years

Top 10 Morphine				Top 10 Oxycodone			
Indication		Preferred term (N _{tot} =494)*		Indication		Preferred term (N _{tot} =1056)*	
Pain	50	Nausea	24	Pain	166	Nausea	59
Procedural pain	14	Toxicity to various agents	22	Back pain	27	Vomiting	45
Analgesic therapy	10	Overdose	13	Neuralgia	26	Constipation	36
Back pain	6	Vomiting	12	Procedural pain	24	Drug interaction	34
Surgery	4	Respiratory depression	12	Hernia	24	Pruritus	30
Cancer pain	3	Constipation	12	Contusion	5	Dizziness	30
Amputation stump pain	3	Somnolence	11	Surgery	5	Somnolence	27
Palliative care	3	Muscle rigidity	9	Analgesic therapy	4	Hyperhidrosis	19
Sedation	2	Delirium	8	Osteitis	4	Dyspnoea	18
Abdominal pain	1	Dizziness	8	Abdominal pain	4	Headache	15

*N_{tot} is the total number of preferred terms reported in the last 10 years

Table 4. Top 10 reported indications and preferred terms of tramadol and tramadol/paracetamol reports in the last ten years

Top 10 Tramadol				Top 10 Tramadol_paracetamol			
Indication		Preferred term (N _{tot} =1539)*		Indication		Preferred term (N _{tot} =346)*	
Pain	209	Nausea	87	Pain	56	Nausea	26
Back pain	65	Dizziness	64	Back pain	25	Dizziness	21
Neuralgia	21	Vomiting	53	Arthralgia	7	Drug interaction	12
Hernia	20	Drug interaction	49	Rheumatoid arthritis	5	Vomiting	9
Procedural pain	17	Hyperhidrosis	48	Hernia	5	Pruritus	8
Headache	15	Somnolence	41	Bursitis	4	Rash	7
Arthralgia	14	Headache	34	Pain in extremity	4	Headache	7
Abdominal pain	12	Constipation	28	Musculoskeletal pain	4	Hyperhidrosis	7
Pain in extremity	11	Pruritus	24	Procedural pain	3	Dyspnoea	7
Musculoskeletal pain	9	Withdrawal syndrome	22	Neck pain	3	Constipation	7

*N_{tot} is the total number of preferred terms reported in the last 10 years

Table 5 and Figure 3 show the number of patients using opioids in the Netherlands from 2008 until 2017. It can be seen that during these years, the number of patients using oxycodone has increased rapidly. So much so, that in 2017 it is the most used opioid. The number of patients using fentanyl and morphine has increased steadily over the years but much less than oxycodone. The number of patients using buprenorphine has increased until it reached a plateau in 2011. Tramadol and tramadol/paracetamol use has increased over the years, but from 2014 the number of patients using tramadol remains fairly constant and from 2012 the number of patients using tramadol/paracetamol is decreasing.

Table 5. Prescription data. Number of patients using opioids in the Netherlands from 2008 until 2017 [5].

Drug	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Strong opioids										
Buprenorphine	7,824	8,607	25,156	36,064	41,338	43,560	45,885	45,717	44,691	41,832
Fentanyl (parenteral)	1,217	1,212	1,373	1,295	1,348	1,309	1,334	1,450	1,392	1,347
Fentanyl (transdermal, sublingual, buccal, nasal)	60,381	63,678	69,574	73,998	79,549	83,614	89,712	96,719	102,650	105,710
Morphine	57,432	59,852	62,584	64,577	66,915	69,033	73,542	80,302	84,624	87,502
Oxycodone	93,942	95,576	104,487	122,832	146,472	178,400	229,470	297,400	374,900	438,460
Weak opioids										
Tramadol	322,311	345,675	379,486	403,797	417,227	427,110	439,850	441,400	437,440	429,860
Tramadol/paracetamol	128,617	142,688	174,532	184,912	199,220	190,300	192,070	182,430	175,680	166,760

Fig 3. Prescription data. Number of patients using opioids in the Netherlands from 2008 until 2017 [5]

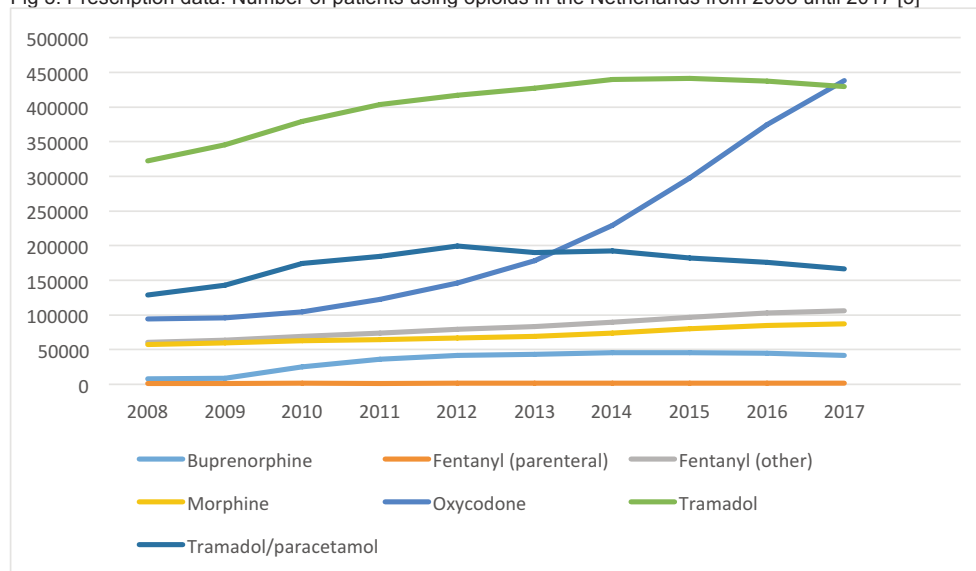


Figure 4 shows the number of reports per 1000 users of opioids, for which Lareb received more than 50 reports in the last ten years. From 2008 until 2017 no increase in the number of reports of the various opioids corrected for the number of users is seen. The number of reports per 1000 users for buprenorphine are higher than for the other opioids. This is probably due to buprenorphine patches which were introduced in 2007. When drugs or new formulations thereof are entering the market there is an ADR reporting peak in the first two years after regulatory approval that diminishes with time (the Weber effect [6]). Therefore, although the number of buprenorphine users is low, the number of reports per 1000 users is higher compared with the other opioids that have been on the market for decades.

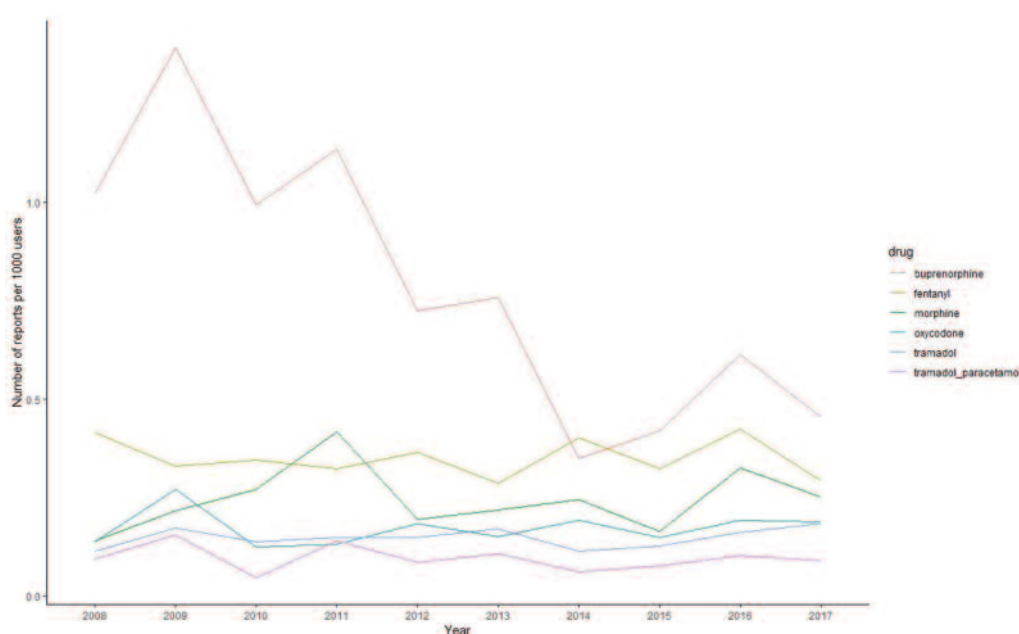


Fig 4. Number of reports per 1000 users of opioids for which Lareb received more than 50 reports from 2008 until 2017.

Reports of misuse/abuse/dependence/overdose

Reports of misuse/abuse/dependence/overdose etc. of opioids for which Lareb received more than 50 reports in the last ten years will be described below. The following preferred terms were used to identify relevant reports: *drug abuse*, *substance abuse*, *drug use disorder*, *substance use disorder*, *intentional product misuse*, *intentional overdose*, *overdose*, *accidental overdose*, *prescribed overdose*, *toxicity to various agents*, *dependence*, *drug dependence*, *substance dependence*, *poisoning*, *drug diversion*, *drug tolerance*, *drug withdrawal syndrome* and *withdrawal syndrome*.

Lareb received 171 reports of misuse/abuse/dependence/overdose etc. related to the use of the opioids buprenorphine, fentanyl, morphine, oxycodone, tramadol and tramadol/paracetamol (see Table 6). Some reports contain more than one opioid as suspect drug.

Fentanyl, morphine and oxycodone show a slight increase in the absolute number of reports of misuse/abuse/dependence/overdose etc. in the last ten years. This increase is, however, small considering the increase in the number of users of these opioids.

Lareb published an article in 2016 about reports of drug dependence associated with the use of fentanyl [7]. In this article we reported 17 cases of drug dependence after start of fentanyl. It showed that even when fentanyl is used for cancer related pain drug dependence is reported.

Table 6. Number of reports of misuse/abuse/dependence/overdose etc.

Opioid	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Buprenorphine	1	2	-	-	-	2	-	1	1	-	-	7
Fentanyl	-	3	2	8	9	8	13	5	8	6	6	68
Morphine	2	2	2	7	1	3	8	1	17	2	-	45
Oxycodone	1	1	4	1	1	4	-	2	7	5	3	29
Tramadol	2	6	5	3	-	4	3	1	7	2	2	35
Tramadol/paracetamol	-	1	-	2	1	1	-	-	-	-	-	5

Tables 7 to 10 describe characteristics of reports of misuse/abuse/dependence/overdose etc. for the drugs on which Lareb received the most reports. Sometimes information in these reports is limited. This is more often the case in reports originating from the MAH than reports submitted directly to Lareb. Information which is not asked in a standard manner in the reporting form such as prescriber and social circumstances are most often lacking. It can be seen that men as well as women report misuse/abuse/dependence/overdose. Most reports concern adults aged 18 to 64 years. Unfortunately, in most reports information about the duration of use is not available.

Table 7. Characteristics of fentanyl reports of misuse/abuse/dependence/overdose etc.

Fentanyl		Top 3 most reported events		
		Dependence (N=25)	Withdrawal syndrome (N=23)	Abuse (N=15)
Sex	M	N=11	N=8	N=11
	F	N=12	N=13	N=4
	unknown	N=2	N=2	-
Age	<18 years	-	-	-
	18-64 years	N=15	N=9	N=5
	≥65 years	N=1	N=9	N=3
	unknown	N=9	N=5	N=7
Duration of use	<1 month	-	N=2	-
	1-4 months	-	N=1	-
	>4 months	N=3	N=1	N=1
	>1 year	N=2	N=1	-
	unknown	N=20	N=18	N=14

*PT Toxicity to various agents: contains LLT drug intoxication and LLT opioid toxicity

Table 8. Characteristics of morphine reports of misuse/abuse/dependence/overdose etc.

Morphine		Top 3 most reported events		
		Toxicity to various agents* (N=22)	Overdose (N=13)	Abuse (N=6)
Sex	M	N=13	N=9	N=6
	F	N=8	N=3	-
	unknown	N=1	N=1	-
Age	<18 years	-	N=4	-
	18-64 years	N=16	N=4	N=5
	≥65 years	N=5	N=1	-
	unknown	N=1	N=4	N=1
Duration of use	<1 month	-	N=1	-
	>4 months	-	-	-
	>1 year	-	-	-
	unknown	N=22	N=12	N=6

*PT Toxicity to various agents: contains LLT drug intoxication and LLT opioid toxicity

Table 9. Characteristics of oxycodone reports of misuse/abuse/dependence/overdose etc.

Oxycodone		Top 3 most reported events		
		Dependence (N=10)	Withdrawal syndrome (N=9)	Overdose (N=5)
Sex	M	N=6	N=4	N=2
	F	N=4	N=5	N=3
Age	<18 years	-	-	-
	18-64 years	N=8	N=5	-
	≥65 years	-	N=4	N=3
	unknown	N=2	-	N=2
Duration of use	<1 month	N=1	N=1	N=2
	1-4 months	N=1	N=1	-
	>4 months	N=1	-	-
	>1 year	N=1	-	-
	unknown	N=6	N=7	N=3

Table 10. Characteristics of tramadol reports of misuse/abuse/dependence/overdose etc.

Tramadol		Top 3 most reported events		
		Withdrawal syndrome (N=22)	Dependence (N=5)	Overdose (N=4)
Sex	M	N=10	N=2	N=2
	F	N=12	N=3	N=2
Age	<18 years	-	-	N=2
	18-64 years	N=16	N=5	N=1
	≥65 years	N=5	-	-
	unknown	N=1	-	N=1
Duration of use	<1 month	N=3	-	-
	1-4 months	N=2	-	-
	>4 months	N=1	-	-
	>1 year	N=1	-	-
	unknown	N=15	N=5	N=4

Some illustrative cases will be presented below:

NL-LRB-162359

A report from a general practitioner concerns a female aged 49 years, with drug addiction leading to increased usage and delirium/falling, following administration of fentanyl (Actiq®) for palliative care with a latency of eight months after start. The dose for fentanyl was reduced and withdrawn. The patient was treated with haloperidol and recovered. Concomitant medications were calciumcarbonate/colecalciferol, fentanyl (patch), haloperidol, bisacodyl, omeprazole, denosumab, macrogol combinations (Movicolon). According to the reporter the patient only used two fentanyl (Actiq®) in the beginning of the treatment, but increased the dose later on. At a specific moment she used four fentanyl (Actiq®) and got confused. The husband of the patient tried to lower the dose, but this caused friction. The patient fell and had a delirium due to the excessive use of fentanyl. Fentanyl was withdrawn and the patient was treated with morphine solution (oramorph). The situation returned to normal. The medical history indicates that the patient had glioblastoma multiforme (degree IV).

NL-LRB-125960

A report from a specialist doctor concerns a male aged 36 years, with drug dependence and euphoria following administration of tramadol/paracetamol for post procedural pain with a latency of one week after start. The patient used one to ten tablets per day for eight weeks. After withdrawal, the patient suffered from severe withdrawal symptoms (insomnia and muscle spasms). The patient was treated with unspecified sleep medication and recovered. Concomitant medication was not reported. The medical history indicates that the patient was addicted to drugs on an unspecified moment in the past.

NL-LRB-106204

A report from a pharmacist concerns a female aged 49 years, with syncope, anxiety and abnormal behaviour following withdrawal of oxycodone for neuropathic pain. She had used oxycodone ten mg two times daily for three weeks. The patient did not use a tapering scheme, but withdrew the oxycodone abruptly. She was treated with clobazam and alprazolam. The patient is recovering. Concomitant medications were zolpidem and venlafaxine.

NL-LRB-176523

A report from a general practitioner concerns a female aged 82 years, with respiratory depression following overdose of fentanyl for pain with a latency of 24 days after start. She used one patch per three days, but accidentally used one extra patch the night before the events occurred. She experienced aspiration pneumonia, liver function disorders and transient atrial flutter. The dose for fentanyl was reduced. The patient was hospitalized for three days and ventilated; she is recovering. Concomitant medications were atenolol, acetylsalicylic acid, enalapril, chlortalidone, temazepam.

Discussion and conclusion

The last ten years show an increase in the number of patients using opioids in the Netherlands, especially an increase in the number of patients using oxycodone. This increase in the use of opioids is reflected in an increase in the number of case reports received by Lareb. Overall, the number of case reports corrected for the number of users received by Lareb remains constant.

Case reports of opioids received by Lareb mainly contain well-known side effects and these opioids are primarily prescribed for pain. Whether this is cancer related pain is not known.

Reports of misuse/abuse/dependence/overdose of opioids vary over time, but do not show an increase, considering the increase in use of these opioids. Most of these reports concern adults aged 18 to 65 years old and concern men as well as women. The absolute number of reports of misuse/abuse/dependence/overdose is small, considering the large number of users. Many of the overdose-reports will probably be reported at the National Poisons Information Centre and not at Lareb.

In conclusion, there is an increase in opioid use and this is also seen in the absolute number of ADR reports associated with opioid use received by Lareb. But when corrected for the number of users the reporting rate remains stable. The number of reports of misuse/abuse/dependence/overdose is very small, but these reports will probably be reported elsewhere, if reported at all.

Reference List

- (1) Weesie Y, Dijk van L, Flinterman L, Hek K. Voorschrijven van opioïden in de huisartsenpraktijk. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_voorschrijven_opioïden.pdf, December 2016
- (2) Dutch SmPC OxyContin®. https://db.cbg-meb.nl/smpc/h22107_smpc.pdf, April 2018.
- (3) Acute vergiftigingen bij mens en dier. NVIC Jaaroverzicht 2017. <https://www.umcutrecht.nl/getmedia/9830c539-8243-4ab7-a582-3c4bd8b53186/NVIC-jaaroverzicht-2017.pdf.aspx?ext=.pdf>, July 2018
- (4) Kleijne I. Stijgend gebruik oxycodon leidt tot meer vergiftigingen. Medische Contact, 24 Aug 2018.
- (5) GIPdatabase - Drug Information System of the Dutch Health Care Insurance Board. <http://www.gipdatabank.nl>, September 2018.
- (6) Weber J. Epidemiology of adverse reactions to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. In: Rainsford K, Velo G, editors. Advances in Inflammation Research. New York: Raven Press; 1984.
- (7) Hartman J, van Hunsel F. Verslaving niet uitgesloten bij snelwerkend fentanyl. Pharmaceutisch Weekblad 2016 Mar 11;151(10):30-1.

