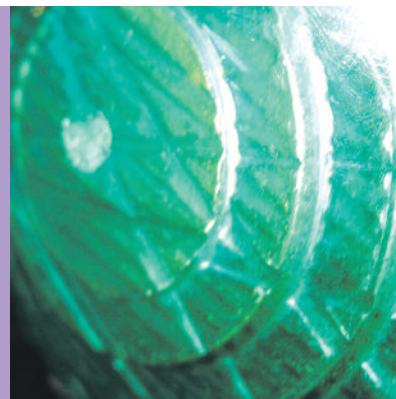


FTO-module



Stoppen met benzodiazepinen: oriëntatie

Werkmateriaal voor een FTO-bijeenkomst



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteurs

dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Joeren Krikke, apotheker

Met medewerking van

Zamire Damen-van Beek, huisarts np, NHG
Esther Kersbergen-Brak, praktijkondersteuner GGZ, NHG
Karen de Leest, apotheker, KNMP

Illustratie

Len Munnik

2017

Deze FTO-module is ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik in samenwerking met KNMP en NHG.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor 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 voor Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@medicijngebruik.nl www.medicijngebruik.nl





Inhoud

Materiaal voor een FTO over stoppen met benzodiazepinen: oriëntatie

- 4 Inleiding
- 5 Doel
- 5 Toelichting
- 5 Programma
- 6 Uitvoering

Bijlagen

- 9 1 Handleiding prescriptiecijfers
- 13 2A Kennistoets
- 14 2B Antwoorden kennistoets
- 19 3A Preventie van nieuw ongewenst benzodiazepinegebruik
- 20 3B Aanpak van bestaand ongewenst benzodiazepinegebruik
- 21 4A Toelichting preventie nieuw ongewenst benzodiazepinegebruik
- 23 4B Toelichting aanpak bestaand ongewenst benzodiazepinegebruik
- 25 Literatuur

Materiaal voor een FTO over terugdringen van benzodiazepinegebruik

Wij hopen dat deze FTO-module aan uw wensen voldoet. Wij horen het echter graag als u suggesties heeft voor verbetering. Zo kunnen wij onze materialen verbeteren en u de hoogste kwaliteit leveren. Mail uw reactie naar helpdeskfto@medicijngebruik.nl.

TIP

Deelname van de praktijkondersteuner GGZ aan het FTO over stoppen met benzodiazepinen is zeer zinvol. Nodig deze medewerker(s) dan ook uit in uw overleg.

Inleiding

Deze FTO-module is bedoeld voor huisartsen en apothekers die een FTO-bijeenkomst voorbereiden over het terugdringen van benzodiazepinegebruik. De module bevat werkvormen voor een bijeenkomst van ongeveer anderhalf uur.

Het programma richt zich op een algemene oriëntatie rondom de zin en onzin van het voorschrijven van benzodiazepinen. U bespreekt aan de hand van prescriptiecijfers het eigen voorschrijfbeleid van de deelnemers. Ook laat u de mogelijkheden van preventie van nieuw ongewenst benzodiazepinegebruik en aanpak van bestaand chronisch benzodiazepinegebruik aan bod komen. Tenslotte maakt u afspraken over preventie van nieuw ongewenst gebruik en bepaalt u of uw FTO-groep een vervolg FTO besteedt aan het uitwerken van een (gezamenlijk) plan voor de aanpak van bestaand chronisch gebruik.

De inhoudelijke informatie is voornamelijk gebaseerd op de NHG-Standaarden *Slaapproblemen en slaapmiddelen* (2014) en *Angst* (2012) en het Benzoredux onderzoek (Radboudumc, Nijmegen). Voor meer inhoudelijke informatie verwijzen wij u naar de literatuur in de literatuurlijst achter in deze uitgave.

Deze module is onderdeel van de serie 'Stoppen met benzodiazepinen' die bestaat uit de volgende uitgaven:

- FTO-module 'Stoppen met benzodiazepinen: oriëntatie'
- FTO-module 'Stoppen met benzodiazepinen: minimale interventie'
- Werkboek 'Stoppen met benzodiazepinen: minimale interventie'
- Hulpmiddelenboek 'Stoppen met benzodiazepinen'
- Brochure 'Stoppen met benzodiazepinen'

De serie is gericht op huisartsen, praktijkondersteuners (GGZ) en apothekers die het ongewenst chronisch gebruik van benzodiazepinen willen terugdringen door middel van een minimale interventie.

Belangrijke aandachtspunten zijn:

- Terugdringen en voorkomen van ongewenst gebruik van benzodiazepinen.
- Toepassen van de 'minimale interventie', het versturen van een stopbrief naar geselecteerde chronische gebruikers van benzodiazepinen.



Een FTO-bijeenkomst over terugdringen van benzodiazepinegebruik

Doel

De deelnemers

- ▶ kennen de indicaties en de voor- en nadelen van benzodiazepinen
- ▶ hebben inzicht in hun eigen voorschrijfbeleid
- ▶ kennen de mogelijkheden voor preventie en afbouw van chronisch benzodiazepinegebruik
- ▶ maken afspraken over preventie van ongewenst gebruik
- ▶ besluiten of ze willen interveniëren in bestaand chronisch benzodiazepinegebruik

Toelichting

De belangrijkste indicaties voor benzodiazepinen zijn kortdurende slapeloosheid en pathologische angst. Bij kortdurende slapeloosheid komt een benzodiazepine slechts in aanmerking als het functioneren overdag gestoord is door het slechte slapen (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*, 2014). De huisarts kan dan maximaal vijf tot tien tabletten van een benzodiazepine intermitterend voorschrijven en dit altijd combineren met slaapadviezen. Ook afspraken met de patiënt over de wijze van gebruik, gebruiksduur en hoe de patiënt met de benzodiazepine zal stoppen, zijn belangrijk.

Bij pathologische angst kan de huisarts alleen in het begin van een behandeling met een antidepressivum gedurende twee tot vier weken een benzodiazepine overwegen om een initiële angsttoename door het antidepressivum op te vangen (NHG-Standaard *Angst*, 2012).

In de multidisciplinaire richtlijn *Angststoornissen* (2013) zijn benzodiazepinen alleen bij bepaalde indicaties geïndiceerd als andere vormen van therapie geen effect hebben. De therapieduur is dan doorgaans niet langer dan twaalf weken.

Sinds de beperking van de vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen in 2009 is het gebruik van deze middelen structureel lager. Slechts voor een kleine minderheid van de stoppers was de gewijzigde vergoeding de belangrijkste reden voor het stoppen (Boheemen et al, 2010). Vooral preventie van langdurend gebruik door het minder vaak stellen van de diagnose angst- of slaapstoornis en kortdurend voorschrijven bij nieuwe gebruikers hebben geleid tot een structureel lager gebruik (Hoeber et al., 2012).

TIP

Volg - bij voorkeur voorafgaand aan het FTO - de StiP cursussen 'Slaapproblemen in de praktijk' en 'Angst' voor huisartsen en praktijkondersteuners. Ook kunt u gebruik maken van het boek 'GGZ in de huisartsenpraktijk' (NHG, 2016). Zie www.nhg.org voor meer informatie.



Programma

- 5 minuten Inleiding en doel
- 10 minuten *Optioneel: medicijnjournaal*
- 30 minuten Kennistoets
- 10 minuten Eigen voorschrijfbeleid
- 30 minuten Preventie van nieuw ongewenst gebruik
- 10 minuten Terugdringen bestaand ongewenst gebruik
- 5 minuten Afsluiting

Uitvoering

Apothekers en huisartsen die meer werk willen maken van professionalisering van het FTO, kunnen hierbij ondersteuning krijgen van het IVM. Voor meer informatie zie www.medicijngebruik.nl. U vindt hier onder andere informatie over de FTO-nieuwsbrief en het handboek FTO, met tips over de agenda, voorbereiding, taakverdeling, voorzitter tips en een verslagformulier.

Voor de bijeenkomst

- Bereid de bijeenkomst drie tot vier weken van tevoren voor (huisarts en apotheker samen). Bekijk het programma en de werkwijze van de bijeenkomst en maak samen afspraken over de taakverdeling tijdens de bijeenkomst.
- Bestudeer de materie. U kunt hiervoor gebruik maken van de NHG-Standaarden *Slaapproblemen en slaapmiddelen* (2014) en *Angst* (2012), bijlage 2B en 4, de brochure 'Stoppen met benzodiazepinen' en de literatuurlijst.
- Voor het verkrijgen van inzicht in het aantal benzodiazepinegebruikers maakt u gebruik van prescriptiecijfers. Bepaal aan de hand van de handleiding prescriptiecijfers (bijlage 1) of u gebruik maakt van de gegevens afkomstig van de apotheek of van de huisarts. In bijlage 1 vindt u welke gegevens in dit kader zinvol zijn en hoe u die kunt genereren.
- Stuur drie weken voor de bijeenkomst bijlage 1 naar de deelnemende apotheker(s) of huisartsen die de gegevens zullen genereren. Vraag ze de gegevens uiterlijk een week voor de bijeenkomst terug te sturen.
- Maak van de prescriptiecijfers een grafiek voor het FTO. Gebruik daarbij de instructies van bijlage 1.
- Maak aan de hand van bijlage 4A een voorstel voor preventie van nieuw (chronisch) benzodiazepinegebruik.
- Bekijk de PowerPoint-presentatie behorend bij deze FTO-module en voeg uw preventievoorstel toe.
- Bekijk het meest recente medicijn-journaal en het medicijnjournaal van juli 2014 met een item over de actuele NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen* (zie www.medicijnbalans.nl/journaal) en bepaal of u deze wilt laten zien in het FTO. Wilt u een journaal tonen, maar heeft u geen internetverbinding? Stuur een e-mail naar medicijnbalans@medicijngebruik.nl en u ontvangt een link om het journaal te downloaden.
- Stuur uiterlijk een week voor de FTO-bijeenkomst een uitnodiging en agenda naar alle deelnemers.
- Download voor alle deelnemers de brochure 'Stoppen met benzodiazepinen' via www.medicijngebruik.nl.
- Kopieer de grafiek, bijlage 2A, 2B, 3A, 3B, 4A en 4B en uw voorstel voor preventie van nieuw (chronisch) benzodiazepinegebruik voor alle deelnemers.



Tijdens de bijeenkomst

Inleiding en doel (5 min)

- ▶ Leid de bijeenkomst in met behulp van de tekst onder 'Doel' en 'Toelichting' en bespreek het programma.

Optioneel: Medicijnjournaal (10 min)

- ▶ Toon het meest recente medicijnjournaal (zie www.medicijnbalans.nl/journaal) en/of het item over de actuele NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen* uit het medicijnjournaal van juli 2014. Deze audiovisuele journaals - waaraan onder andere het NHG, CBG, Bijwerkingencentrum Lareb en Zorginstituut Nederland meewerken - praten u bij over de laatste medisch-farmaceutische ontwikkelingen.

Kennistoets (25 min)

- ▶ Deel bijlage 2A uit en laat de deelnemers de vragen beantwoorden in vijf minuten.
- ▶ Bespreek de kennistoets door bij elke vraag een deelnemer naar zijn antwoorden te vragen. Vraag vervolgens de overige deelnemers naar afwijkende antwoorden.
- ▶ Bekijk of de antwoorden overeenkomen met het beleid uit de NHG-Standaarden *Slaapproblemen en slaapmiddelen* (2014) en *Angst* (2012). Maak hierbij gebruik van de toelichting op de kennistoets in bijlage 2B en de brochure 'Stoppen met benzodiazepinen'.

Eigen voorschrijfbeleid (10 min)

- ▶ Presenteer het aantal benzodiazepinegebruikers per huisarts. Geef daarbij aan wat u verstaat onder een chronische gebruiker. Bespreek de onderlinge verschillen en ga na in welke mate de deelnemers voorschrijven volgens de adviezen in de NHG-Standaard *'Slaapproblemen en slaapmiddelen'* (2014) en *Angst* (2012).
- ▶ Laat de huisartsen aangeven waarom zij (eventueel) afwijken en welke problemen zij ervaren met het volgen van het beleid van de standaarden. Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen. Noteer deze op de flap-over.

Preventie van nieuw ongewenst gebruik (30 min)

- ▶ Deel bijlage 3A samen met uw voorstel voor preventie van nieuw (chronisch) benzodiazepinegebruik uit. Laat de deelnemers de vragen beantwoorden in vijf minuten.
- ▶ Inventariseer de antwoorden. Maak eventueel onderscheid in de antwoorden van huisartsen en van apothekers.
- ▶ Presenteer uw voorstel over gezamenlijke preventie van nieuw ongewenst benzodiazepinegebruik. Geef een toelichting op de gemaakte keuzes.
- ▶ Bespreek of de groep zich kan vinden in het voorstel. Pas uw voorstel eventueel aan en stel een gezamenlijk plan vast.
- ▶ Eventueel weifelende deelnemers kunt u motiveren met behulp van de genoemde voordelen, het relativeren van de nadelen en/of de achtergrondinformatie van bijlage 4A.

Terugdringen bestaand ongewenst gebruik (10 minuten)

- ▶ Deel bijlage 3B uit en laat de deelnemers de vragen beantwoorden in vijf minuten. Inventariseer de antwoorden. Maak eventueel onderscheid in de antwoorden van huisartsen en van apothekers.
- ▶ Bespreek de belangstelling voor de aanpak van bestaand benzodiazepinegebruik in FTO-verband en de wijze waarop men dat eventueel wil doen.
- ▶ Probeer ook hier weifelende deelnemers te motiveren aan de hand van de genoemde voordelen, het relativeren van de nadelen en/of de achtergrondinformatie van bijlage 4B.
- ▶ Plan een afspraak voor een vervolg FTO over de aanpak van bestaand gebruik als de FTO-groep belangstelling heeft voor een gezamenlijke aanpak.
- ▶ Plan een FTO over de evaluatie van individuele interventies van huisartsen als aanpak in FTO-verband niet mogelijk is maar meerdere huisartsen/groepspraktijken het bestaand chronisch gebruik wel individueel willen aanpakken.

Afsluiting (5 min)

- ▶ Laat alle deelnemers hun leermomenten en persoonlijke voornemens benoemen.
- ▶ Neem de gezamenlijke afspraken en persoonlijke voornemens op in het verslag.
- ▶ Spreek af hoe u de gemaakte afspraken gaat evalueren.
- ▶ Stel een datum vast voor de evaluatie van de afspraken. Een voorbeeldprogramma voor de evaluatie vindt u terug in het kader 'Voorbeeld evaluatieprogramma'.
- ▶ Deel bijlage 2B, 4A en 4B, de grafiek en de brochure 'Stoppen met benzodiazepinen' uit.
- ▶ Sluit de bijeenkomst af.

Voorbeeld evaluatieprogramma

Gemaakte afspraken (10 min)

- ▶ Presenteer de gemaakte afspraken kort.
- ▶ Vraag de deelnemers naar hun ervaringen (succesfactoren en knelpunten).
- ▶ Controleer of de resultaatdoelstellingen zijn behaald.

Knelpunten (10 min)

- ▶ Inventariseer de knelpunten bij niet nagekomen resultaatdoelstellingen.
- ▶ Bedenk oplossingen voor de gevonden knelpunten.
- ▶ Bepaal of de afspraken moeten worden bijgesteld.

Vaststellen nieuwe afspraken (5 min)

- ▶ Formuleer nieuwe afspraken en resultaatdoelstellingen.

Afsluiting (5 min)

- ▶ Stel een datum vast voor de evaluatie van de nieuwe afspraken.
- ▶ Neem alle afspraken op in het verslag.

Bijlage 1

Handleiding prescriptiecijfers

Bij het genereren van gegevens uit HIS of AIS kunt u gebruik maken van standaardscripts of een rapport-generator, bijvoorbeeld MuSQLe, Crystal Reports of Q-module. Ook is het mogelijk gebruik te maken van een aanvullend zorgprogramma (zoals NControl, WeCare of MijnBrocef) of een applicatieprogramma (zoals ADA4Care van IMS).

Instructies voor voorbereiders

Bij het bespreken van ongewenst benzodiazepinegebruik en het terugdringen ervan zijn prescriptiecijfers die antwoord geven op de volgende vragen relevant:

1. Hoe groot is het totaal aantal benzodiazepinegebruikers per huisartsenpraktijk?
2. Hoe groot is het aandeel chronische gebruikers?

Voor het inzichtelijk maken van het medicamenteuze beleid kunt u gebruik maken van gegevens uit het apotheekinformatiesysteem (AIS), het huisartsinformatiesysteem (HIS), de webrapportage 'Benzodiazepines' of SFK Select van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Afhankelijk van de mogelijkheden in uw FTO beslist u welke gegevensbron u gebruikt voor het verzamelen van de gegevens. Kies voor één type gegevensbron per vraag, vanwege eventuele verschillen tussen de te genereren gegevens.

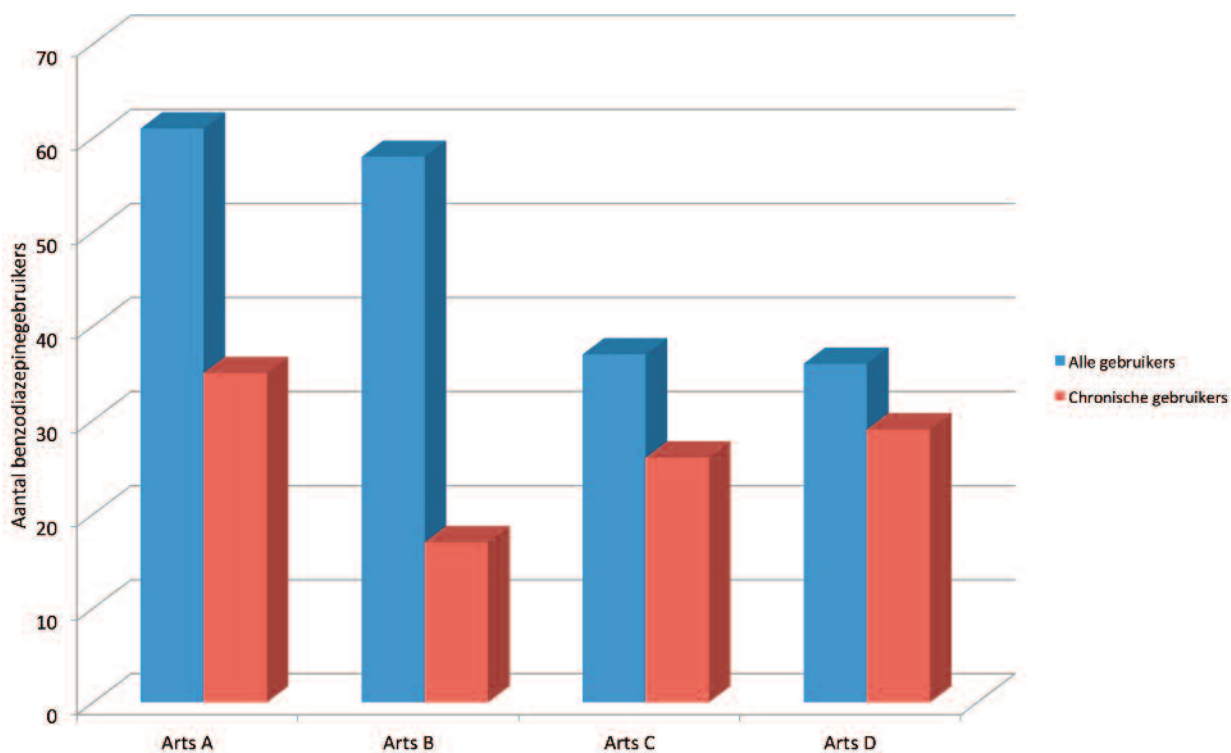
We hebben bewust gekozen voor een overzicht van absolute aantallen gebruikers, die niet gecorrigeerd zijn voor de praktijkgrootte. De huisartsen kunnen hiermee namelijk een inschatting maken van de benodigde tijd en extra inzet voor de aanpak van de problematiek in hun eigen praktijk. Dit betekent uiteraard wel dat u grote verschillen in aantallen patiënten mede kunt verklaren door verschillen in praktijkgrootte.

Na het verzamelen van de afzonderlijke gegevens van de huisartsen of apotheker(s) maakt u de bijbehorende grafiek, bijvoorbeeld met behulp van Excel. Hieronder vindt u een voorbeeldgrafiek.

Wanneer u een vraag heeft over het verkrijgen van gegevens en het maken van de grafiek, kunt u contact opnemen met de helpdesk 'Cijfers' van het IVM via helpdeskcijfers@medicijngebruik.nl.

Voorbeeldgrafieken

Voorbeeldgrafiek 1 Aantal benzodiazepinegebruikers



Instructies voor huisartsen en apothekers

Via SFK Select

Wilt u als apotheker gebruik maken van de FTO-rapportage 'Benzodiazepines' in SFK Select dan moet u deelnemer van de SFK zijn. Voor meer informatie zie www.sfk.nl.

Vraag 1 en 2

- ▶ Ga op www.sfk.nl naar SFK Select en log in.
- ▶ Selecteer de optie Gedeelde rapporten, gevolgd door 3. FTO rapportages.
- ▶ Selecteer FTO-modules (IVM).
- ▶ Selecteer FTO-module 'Benzodiazepines'.
- ▶ Selecteer de huisartsen van uw FTO en de gewenste rapportageperiode en voer het document uit.
- ▶ Kies uw apotheek of cluster. U krijgt dan het totaal aantal benzodiazepinegebruikers en het aantal chronische gebruikers per huisarts.
- ▶ Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Aanvullende opmerkingen

- ▶ Een gebruiker die recent gestopt is, beschouwt u ten onrechte als huidige gebruiker.
 - ▶ De selectie sluit passanten en patiënten met complexe medicatie uit. Patiënten met complexe medicatie gebruiken naast een benzodiazepine ook comedatie (minimaal één voorschrift in de afgelopen 12 maanden) uit een van de volgende ATC-groepen:
 - L oncolytica en immunomodulantia
 - M03 spierrelaxantia
 - M09A overige middelen bij ziekten van het skeletspierstelsel (uitgezonderd M099AA01 = hydrokinine)
 - N02A opioïden (uitgezonderd N02AA59 = paracetamol + codeïne)
 - N03 anti-epileptica
 - N05A antipsychotica
- Het gebruik van een benzodiazepine bij deze patiënten is in het algemeen als adjuvans bij de behandeling van een (ernstige) aandoening en niet voor de behandeling van een primair geuite klacht.

Via SFK webrapportage

Wilt u als apotheker gebruik maken van de SFK webrapportage 'Benzodiazepines', dan moet u deelnemer van de SFK zijn. Voor meer informatie zie www.sfk.nl.

- ▶ Ga naar www.sfk.nl en log in.
- ▶ Ga naar 'Mijn webrapportages' en kies het praktijkprogramma 'Benzodiazepines'.
- ▶ Ga in de module 'Geneesmiddelenkeuze' naar 4 'Kies 10 artsen'. Selecteer de huisartsen die deelnemen in uw FTO-groep. Bevestig de selectie via 'selectie versturen'.
- ▶ Ga in de module 'Langdurig gebruik' naar rapportage 3 'Langdurige gebruikers per huisarts, alle leeftijden'. Print deze gegevens of kopieer ze naar Excel.
- ▶ De kolom 'Totaal' vermeldt het totaal aantal benzodiazepinegebruikers per huisarts.
- ▶ Bereken het aantal chronische gebruikers (= som van aantal episodische en continue gebruikers) per huisarts.
- ▶ Stuur de aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Aanvullende opmerkingen

- ▶ Een gebruiker die recent gestopt is, beschouwt u ten onrechte als huidige gebruiker.
 - ▶ De selectie sluit passanten en patiënten met complexe medicatie uit. Patiënten met complexe medicatie gebruiken naast een benzodiazepine ook comedatie (minimaal één voorschrift in de afgelopen 12 maanden) uit een van de volgende ATC-groepen:
 - L oncolytica en immunomodulantia
 - M03 spierrelaxantia
 - M09A overige middelen bij ziekten van het skeletspierstelsel (uitgezonderd M099AA01 = hydrokinine)
 - N02A opioïden (uitgezonderd N02AA59 = paracetamol + codeïne)
 - N03 anti-epileptica
 - N05A antipsychotica
- Het gebruik van een benzodiazepine bij deze patiënten is in het algemeen als adjuvans bij de behandeling van een (ernstige) aandoening en niet voor de behandeling van een primair geuite klacht.

Via het huisartsinformatiesysteem (HIS)

Vraag 1 en 2

- ▶ Selecteer in uw HIS alle patiënten met de ICPC-codes P06 (slaapproblemen), P74 (angststoornis/angsttoestand) en P01 (angstig/nerveus/gespannen gevoel).
- ▶ Bepaal hoeveel van deze patiënten het afgelopen jaar benzodiazepinen gebruikten (= totaal aantal gebruikers).
- ▶ Bepaal hoeveel van deze benzodiazepinegebruikers het afgelopen jaar meer dan 90 tabletten gebruikten (= aantal chronische gebruikers).
- ▶ Stuur de aantallen patiënten – uiterlijk een week voor de bijeenkomst – naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

Via het apotheekinformatiesysteem (AIS)

Vraag 1 en 2

- ▶ Selecteer per huisarts alle patiënten die het afgelopen jaar minimaal één voorschrift benzodiazepinen hebben afgehaald. Tel het aantal patiënten (= totaal aantal gebruikers).
- ▶ Selecteer per huisarts alle benzodiazepinegebruikers die het afgelopen jaar meer dan 90 tabletten gebruikten. Tel het aantal patiënten (= aantal chronische gebruikers).
- ▶ Stuur de aantallen patiënten – uiterlijk een week voor de bijeenkomst – naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

Tabel 1 Relevante ATC-codes

ATC-code	Geneesmiddelgroep
N05BA	Benzodiazepinederivaten (anxiolytica)
N05CD	Benzodiazepinederivaten (hypnotica en sedativa)
N05CF	Benzodiazepinegerelateerde middelen



Kennistoets

1. Wat verstaat u onder een normale slaap?
2. Wanneer spreekt u van slapeloosheid?
3. Hoeveel Nederlanders slikken benzodiazepinen?
4. Wat zijn mogelijke toepassingen van benzodiazepinen?
5. Bij welke indicaties komen benzodiazepinen voor vergoeding in aanmerking?
6. Wat zijn de nadelige effecten van benzodiazepinen?
7. Wat kunt u doen om ongewenst (chronisch) benzodiazepinegebruik bij slaapproblemen te voorkómen?
8. Welke interventiemethoden kent u voor de aanpak van bestaand chronisch gebruik en hoe effectief zijn ze?

Bijlage 2B

Antwoorden kennistoets

TIP

Gebruik bij het bespreken van de kennistoets ook de brochure *Stoppen met benzodiazepinen*. Deze brochure bevat uitgebreide achtergrondinformatie. U kunt deze brochure downloaden van onze website (www.medicijngebruik.nl).

1. Wat verstaat u onder een normale slaap?

De natuurlijke behoefte aan slaap en het tijdstip van inslapen verschillen van mens tot mens en zijn afhankelijk van leeftijd/levensfase, geslacht en levenswijze. Bij 65 procent van de volwassenen bedraagt de totale slaapduur gemiddeld zeven tot acht uur. Circa 8 procent kan echter met minder dan zes uur slaap toe, terwijl 2 procent langer dan tien uur slaapt. De normale duur van inslapen is korter dan 30 minuten en bij ouderen korter dan een uur. Het is normaal dat iemand twee- tot driemaal per nacht wakker wordt, vaak zonder bewuste ervaring (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*, 2014).

De totale hoeveelheid slaap per dag bij mensen vanaf 60 jaar verschilt niet wezenlijk met de slaapbehoefte bij 40-50 jarigen. Wel verandert de verdeling van de slaap over de dag en de diepte en stabiliteit van de slaap. De totale hoeveelheid diepe slaap is minder. Dit leidt tot gemakkelijker wakker worden, vooral tijdens de tweede helft van de nacht. Een middagdutje gaat bovendien vrijwel geheel ten koste van de toch al schaars voorkomende diepe slaap 's nachts.

2. Wanneer spreekt u van slapeloosheid?

Slecht slapen is een veel gehoorde klacht. Het is een subjectieve klacht over de duur, efficiëntie en kwaliteit van de slaap. Een derde tot de helft van de volwassen Nederlandse bevolking slaapt wel eens slecht. Mensen ouder dan 60 jaar klagen vaker over slecht slapen dan jongere mensen. Slaapklachten berusten in veel gevallen op irreële verwachtingen van de slaap. Als deze klachten niet leiden tot een gestoord functioneren overdag, dan is er sprake van pseudo-slaapproblemen. Er is dan vaak sprake van een verkeerde perceptie van een normaal patroon. Hierbij is goede informatie over normale slaap en slaaphygiëne van belang.

Er is pas sprake van slapeloosheid als er niet alleen slaapklachten bestaan, maar ook problemen in het dagelijks functioneren door het slechte slapen. Bij slapeloosheid is het belangrijk te onderzoeken of er sprake is van een onderliggende oorzaak zoals drank- of drugsgebruik, een psychosociale, psychiatrische of somatische stoornis of een bijwerking van een geneesmiddel. Behandeling van de oorzaak is dan geïndiceerd (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*, 2014).

3. Hoeveel Nederlanders slikken benzodiazepinen?

Sinds benzodiazepinen alleen bij een beperkt aantal indicaties voor vergoeding in aanmerking komen, is het totale benzodiazepinegebruik aanzienlijk gedaald. Gemiddeld gebruikt in 2015 ongeveer één op de tien Nederlanders een of meerdere benzodiazepinen. In totaal zijn er nog altijd ongeveer 1,7 miljoen gebruikers. Het benzodiazepinegebruik neemt toe naarmate de leeftijd vordert. Zo is ongeveer 10% van alle 40-jarigen en ongeveer 30% van alle 80-jarigen een benzodiazepinegebruiker (SFK, 2016).

4. Wat zijn mogelijke toepassingen van benzodiazepinen?

Mogelijke toepassingen van benzodiazepinen zijn onder andere:

- ▶ bij kortdurende slapeloosheid (chronische slapeloosheid is géén indicatie voor slaapmiddelen)
- ▶ bij angststoornissen
- ▶ als (tijdelijk) adjuvans bij de behandeling van angst of depressie met antidepressiva
- ▶ bij examen- of podiumvrees
- ▶ bij alcoholonthoudingsverschijnselen
- ▶ bij epilepsie
- ▶ bij acute agitatie, acathisie en katatonie bij psychose
- ▶ als premedicatie en sedativum bij ingrepen
- ▶ bij palliatieve sedatie

(Farmacotherapeutisch Kompas, 2016; KNMP Kennisbank).

5. Bij welke indicaties komen benzodiazepinen voor vergoeding in aanmerking?

Benzodiazepinen komen voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking bij:

- ▶ epilepsie (onderhoudsbehandeling of bij epileptisch insult)
- ▶ angststoornissen (waarbij medicamenteuze therapie met minstens twee antidepressiva volgens de geldende richtlijnen heeft gefaald)
- ▶ multipele psychiatrische problematiek (waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is)
- ▶ palliatieve sedatie bij terminale zorg

Voor diazepam geldt tevens dat vergoeding mogelijk is als de patiënt niet ambulant is en het middel gebruikt als spierrelaxans bij therapieresistente spierspasmen door een neurologische aandoening (stand van zaken januari 2017; Farmacotherapeutisch Kompas, 2016).

6. Wat zijn de nadelige effecten van benzodiazepinen?

Belangrijke nadelige effecten zijn:

Motorische stoornissen (spierzwakte en -vermoeidheid)

Door spierverslapping - in combinatie met een vermindering van het reactie- en concentratievermogen - neemt het risico op vallen toe. De kans is in het begin van het gebruik of van de verandering (eerste twee weken) het grootste. Bij chronisch gebruik neemt het risico geleidelijk af, maar blijft verhoogd.

Sufheid en slaperigheid (vermindering van reactie- en concentratievermogen)

Dit leidt tot gevaar bij het autorijden en het bedienen van machines. Er is een duidelijk toegenomen kans op verkeersongevallen (Stuurman-Bieze, 2010). De toename van het risico blijkt dosisafhankelijk te zijn. Op de website www.rijveiligmetmedicijnen.nl vindt u meer informatie over de rijveiligheid van benzodiazepinen en wanneer autorijden met een benzodiazepine mogelijk is.

Geheugenstoornissen

Benzodiazepinen kunnen geheugenstoornissen (vooral anterograde amnesie) veroorzaken. Hierdoor is de mogelijkheid tot het opslaan van informatie in het langetermijngeheugen verminderd. Dat geldt ook voor het ophalen van informatie die tijdens het gebruik is opgeslagen in het langetermijngeheugen. De geheugenproblemen kunnen een vervelende bijwerking zijn bij gebruik overdag en bij gebruik van langwerkende benzodiazepinen, zowel bij kortdurend als bij chronisch gebruik (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapstoornissen*, 2014).

Vervlakking van persoonlijkheid

Denk hierbij aan gevoelsarmoede, passiviteit en lusteloosheid.

Depressieve verschijnselen

Denk hierbij aan somberheid, anhedonie en verlies van initiatief en/of libido.

Tolerantie

De werkzaamheid van benzodiazepinen neemt af bij geregeld gebruik gedurende enkele weken (de nadelige effecten houden wel aan). Dit komt door het optreden van tolerantie. Dit kan leiden tot het (voortdurend) verhogen van de dosering ter verkrijging van eenzelfde effect. Ook dit leidt tot een grotere kans op nadelige effecten (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapstoornissen*, 2014).

Afhankelijkheid

Zowel psychische als lichamelijke afhankelijkheid komt voor. De lichamelijke afhankelijkheid uit zich in het optreden van onthoudingsverschijnselen na het staken van het gebruik. Dit is de belangrijkste aanleiding om het gebruik na staken weer te hervatten. Het risico op afhankelijkheid neemt toe bij hogere doseringen, langere gebruiksduur, de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis, eerdere verslavingsproblematiek en alcohol- en/of drugmisbruik in de anamnese (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapstoornissen*, 2014).

Abstinentieverschijnselen

Bekende verschijnselen zijn slaapproblemen (rebound-insomnia) en het optreden van angst en spanning. Deze klachten komen sterk overeen met de klachten waarvoor de patiënt de benzodiazepine oorspronkelijk kreeg voorgeschreven. Andere mogelijke verschijnselen zijn somberheid, prikkelbaarheid, tremoren, hoofdpijn, spierpijn, duizeligheid, transpiratie, eetlustverlies, wazig zien, irritaties, misselijkheid, overgevoeligheid voor licht, geluid of aanraking, epileptische aanvallen en een onttrekkingsdelier (Farmacotherapeutisch Kompas, 2016). De verschijnselen treden meestal op binnen een tot tien dagen na het stoppen. Bij langwerkende benzodiazepinen treden de abstinentieverschijnselen later op en hebben ze een milder verloop dan bij kortwerkende benzodiazepinen. In het algemeen zijn de verschijnselen na een tot vier weken verdwenen (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*, 2014).

7. Wat kunt u doen om ongewenst (chronisch) benzodiazepinegebruik bij slaapproblemen te voorkómen?

U kunt ongewenst (chronisch) benzodiazepinegebruik voorkómen door:

Goede diagnostiek

Neem een grondige anamnese af en besteed onder andere aandacht aan verwachtingen over slaap, opvattingen en cognities over slapeloosheid, oorzakelijke of verergerende factoren en drank-, drugs- en geneesmiddelgebruik. De patiënt kan het slaappatroon in kaart brengen door een slaapdagboek in te vullen. Dit kan een hulpmiddel zijn voor het verkrijgen van meer inzicht in de ernst van de slaapklachten en gewoontes die een belemmerend effect hebben op de slaap. Hiermee kunt u inspelen op eventuele foutieve aannames van de patiënt over slapen en slapeloosheid en slaapbelemmerende factoren aanpakken.

Goede voorlichting

Het beleid bij slapeloosheid bestaat in eerste instantie altijd uit voorlichting (NHG-standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*, 2014). Hiermee corrigeert u eventuele foutieve aannames over slapen en vergroot u het inzicht in slaapbevorderende en slaapbelemmerende activiteiten. Als de patiënt slecht slaapt zonder hinder overdag, dan volstaat voorlichting meestal. U kunt bij de voorlichting verwijzen naar de informatie op thuisarts.nl.

Niet-medicamenteuze behandeling

Bij langer durende slapeloosheid is ook gedragsmatige behandeling (zoals een zelfhulp- of slaapcursus) zinvol. U doorbreekt daarmee de negatieve conditionering die de slapeloosheid in stand houdt.

Behandelen van achterliggende problematiek

Het is belangrijk een eventuele achterliggende psychosociale, psychiatrische of somatische oorzaak van de slaapproblemen te achterhalen. Potentiële gebruikers presenteren zich namelijk vaak bij de huisarts met slapeloosheid, angst of depressieve gevoelens die het gevolg zijn van (dreigende) problemen of zorgen op het gebied van bv. gezin, relatie, werk of gezondheid. Lichamelijke aandoeningen - zoals pijn en cardiovasculaire problemen - kunnen ook leiden tot slaapproblemen, nervositeit en andere psychische reacties. U voorkomt onnodig benzodiazepinegebruik door de achterliggende problematiek adequaat te behandelen en gepast te reageren op de klachten.

Goede voorlichting bij nieuwe benzodiazepinegebruikers

Bij het starten met een benzodiazepine is goede voorlichting (door arts en apotheker) een van de belangrijkste aspecten bij het voorkómen van ongewenst chronisch gebruik. Bespreek daarom duidelijk de voor- en nadelen van het gebruiken van een benzodiazepine. Denk hierbij aan het effect van de medicatie op de slaap en het optreden van afhankelijkheid/bijwerkingen. Geef zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting.

Benzodiazepinen alleen kortdurend voorschrijven

Bij het starten met een benzodiazepine zijn de volgende aspecten belangrijk:

- ▶ Bespreek dat het middel alleen voor kortdurend gebruik is bedoeld.
- ▶ Bereik overeenstemming met de patiënt over het doel van de slaapmedicatie en dat het voorschrift eenmalig is.
- ▶ Schrijf maximaal vijf tot tien tabletten intermitterend voor.
- ▶ Schrijf een zo laag mogelijke dosering voor.
- ▶ Laat de patiënt altijd terugkomen op het spreekuur bij de wens voor een (eventueel) herhaalrecept.

(Bron: NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*, 2014)

Bewaken consumptiepatroon van nieuwe gebruikers

Het is belangrijk het consumptiepatroon van nieuwe benzodiazepine-gebruikers goed te bewaken. Laat nieuwe gebruikers altijd terugkomen op het spreekuur voor een herhaalrecept. Blokkeer in het HIS de aanvraagmogelijkheid van een herhaalrecept via de praktijkassistente. Ook de apotheker kan hierbij ondersteunen bijvoorbeeld door het gebruik van eerste en tweede uitgifteprotocollen en het signaleren van beginnend chronisch gebruik of toename in het gebruik.

8. Welke interventiemethoden kent u voor de aanpak van bestaand chronisch gebruik en hoe effectief zijn ze?

De belangrijkste interventiemethoden zijn:

Minimale interventie

Bij deze methode maakt u gebruik van het schrijven van een eenvoudige 'stopbrief' waarin u de patiënten wijst op de nadelen van chronisch benzodiazepinegebruik. De methode is het meest effectief bij patiënten met maximaal één standaarddagdosering per dag. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat de kans op stoppen met deze methode afhankelijk is van de dosering en de gebruiksduur. Ruim 60% van patiënten met minder dan 0,7 standaarddagdosering per dag gedurende maximaal 2 jaar stopte met behulp van deze methode. De kans op staken nam af naarmate de gebruiksduur langer was (Gorgels, 2009).

TIP

U kunt voor het afbouwen van benzodiazepinen verwijzen naar een online behandeling via bijvoorbeeld www.benzodebaas.nl. U vindt meer toepassingen van eHealth in het hulpmiddelenboek 'Stoppen met benzodiazepinen' uit deze serie.

Gereguleerde dosisreductie

Deze methode is geschikt voor patiënten, die er niet in slagen om op eigen kracht te stoppen met het benzodiazepinegebruik. De methode is gebaseerd op het gebruik van een afbouwschema, waardoor ontweningsverschijnselen minder zijn. Ongeveer de helft van de benzodiazepinegebruikers lukt het om via deze methode te stoppen (zie ook bijlage 4B).



Preventie van nieuw ongewenst benzodiazepinegebruik

1. Wat zijn voor u voordelen van het terugdringen van **nieuw** ongewenst benzodiazepinegebruik?
2. Wat zijn voor u nadelen van het terugdringen van **nieuw** ongewenst benzodiazepinegebruik?
3. Wenst u het **nieuw** ongewenst benzodiazepinegebruik in uw praktijk terug te dringen volgens het voorstel van de voorbereiders van deze FTO-bijeenkomst?

Zo ja, denkt u dat het voorstel voor u uitvoerbaar is?

Welke acties zijn daarvoor noodzakelijk? En door wie binnen uw eigen praktijk? Welke belemmeringen verwacht u en hoe denkt u die te kunnen ondervangen?

Zo nee, met welke aanpassingen in het voorstel zou u wél het nieuw ongewenst benzodiazepinegebruik in uw praktijk willen terugdringen?



Bijlage 3B

Aanpak van bestaand ongewenst benzodiazepinegebruik

1. Wat zijn voor u voordelen van het terugdringen van **bestaand** ongewenst benzodiazepinegebruik in uw praktijk?
2. Wat zijn voor u nadelen van het terugdringen van **bestaand** ongewenst benzodiazepinegebruik in uw praktijk?
3. Wenst u het **bestaand** ongewenst benzodiazepinegebruik in uw praktijk terug te dringen?

Zo ja, hoe denkt u dit te kunnen of willen doen?



Bijlage 4A

Toelichting preventie nieuw ongewenst benzodiazepinegebruik

Aandachtspunten

Bij het voorkómen van nieuw ongewenst benzodiazepinegebruik spelen een aantal aspecten een belangrijke rol:

Goede indicatiestelling

Aanleiding voor het benzodiazepinegebruik zijn vaak slaapproblemen, angst en nervositeit of depressieve gevoelens als gevolg van (dreigende) problemen of zorgen met de eigen gezondheid (vooral door pijn en/of hart- en vaatklachten), ziekte in de naaste omgeving, problemen met het verlies van een dierbaar persoon en/of problemen met werk, kinderen, partner, ouders of financiën. Hierbij is het belangrijk dat u de achterliggende problematiek adequaat behandelt en gepast reageert op de klacht (zoals met goede voorlichting en/of begeleiding of ondersteuning door praktijkondersteuner GGZ). Een benzodiazepine is meestal niet geïndiceerd (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*, 2014; NHG-Standaard *Angst*, 2012).

Bij slaapklachten is er bovendien vaak sprake van irreële verwachtingen van de slaap. Bij afwezigheid van gestoord functioneren overdag kunt u volstaan met goede informatie over normale slaap en slaaphygiëne. Eventueel kunt u het slaappatroon in kaart brengen met een slaap-waakkalender.

Niet-medicamenteuze alternatieven

Geef goede voorlichting en adviezen bij patiënten met slapeloosheid en bij patiënten met angstklachten. Vooral bij langer durende slapeloosheid is een gedragsmatige behandeling ter vermindering van negatieve conditionering zinvol en effectiever op langere termijn dan behandeling met slaapmiddelen. Bij angst kan bewustwording over het ontstaansmechanisme van de angst bijdragen aan vermindering van de klachten. Voor de aanpak van achterliggende problematiek is een divers (regionaal) aanbod van niet-medicamenteuze verwijsmogelijkheden. Denk daarbij bijvoorbeeld aan cursussen op gebied van slaap, ontspanning, financiën, maar ook aan begeleiding door maatschappelijk werk, hulp bij rouwverwerking en zelfhulpgroepen. U vindt een overzicht van relevante adressen en websites met een (digitale) sociale kaart in het hulpmiddelenboek 'Stoppen met benzodiazepinen' uit deze serie.

Risico-inschatting toekomstig chronisch gebruik

Bij een nieuwe benzodiazepinegebruiker is het belangrijk dat u een risico-inschatting maakt voor toekomstig chronisch gebruik. Deze risico-inschatting kunt u laten meewegen bij de beslissing of u een benzodiazepine voorschrijft. Een inschatting maakt u op basis van de risicofactoren voor afhankelijkheid, de aanleiding om te starten (achterliggende oorzaak) en de karakteristieken van de betreffende patiënt. Een verhoogd risico op chronisch benzodiazepinegebruik (>180 dagen) wordt geassocieerd met onder andere psychiatrische problematiek, hogere leeftijd, laag opleidingsniveau, eenzaamheid en vermijdingsgedag.

Beperkt voorschrijven

De NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen* (2014) adviseert bij slaapkachten maximaal vijf tot tien tabletten voor te schrijven en dagelijks gebruik te vermijden. Geef goede uitleg over het belang van kortdurend gebruik, de werking, bijwerkingen en het gevaar van gewenning en afhankelijkheid. Geef ook aan dat de benzodiazepine niet voor vergoeding in aanmerking komt. Stem tussen huisarts en apotheker af wie welke voorlichting geeft bij een eerste voorschrift. Voorkom dat nieuwe gebruikers herhaalrecepten aanvragen via de praktijkassistente, herhaalreceptenlijn of herhaalservice van de apotheek. Laat een nieuwe gebruiker altijd naar het spreekuur komen voor een eventueel herhaalrecept. Zo houdt u zicht op de situatie van de patiënt. Maak ook afspraken over het geven van voorlichting bij een eventueel tweede of volgend voorschrift.

Mogelijkheden

In tabel 2 vindt u diverse activiteiten, die kunnen bijdragen tot preventie van nieuw (ongewenst) benzodiazepinegebruik. U kunt dit overzicht gebruiken als leidraad voor het maken van een voorstel voor uw FTO-groep.

Tabel 2 Activiteiten ter preventie van nieuw ongewenst benzodiazepinegebruik	
Activiteiten	Wie?
In kaart brengen van niet-medicamenteuze verwijsmogelijkheden in de regio.	huisarts/praktijkondersteuner GGZ/apotheker
Afstemming (mondelinge en schriftelijke) voorlichting tussen huisartsen en apothekers (en hun medewerkers).	huisarts/ praktijkondersteuner GGZ/apotheker
Afspraken over het voorschrijven van benzodiazepinen tijdens diensten en waarneming. Voorbeelden: • bij eerste voorschriften voorschrijven tot eerstvolgende werkdag • geen herhaling van recepten (bij agressieve patiënten eventueel tot eerstvolgende werkdag)	huisarts
Bij het eerste recept maximaal vijf of tien tabletten voorschrijven.	huisarts
Patiënt vertellen dat middel voor kortdurend gebruik is.	huisarts/apotheker
Bij het eerste voorschrift duidelijke afspraken maken met de patiënt over het gebruik tijdens de voorgeschreven periode.	huisarts
Bij het eerste voorschrift duidelijke afspraken maken met de patiënt over een termijn voor een volgend consult.	huisarts
Bij het eerste voorschrift de patiënt vertellen dat een eventueel vervolgrecpt niet via praktijkassistente of herhaalservice maar alleen via een consult bij de huisarts mogelijk is.	huisarts
Bij het uitschrijven van het eerste voorschrift in het HIS aangeven dat een herhaalrecept niet mogelijk is via de praktijkassistente (aantal iteraties is 0).	huisarts
Praktijkassistenten instrueren over aanvraag herhaalreceptuur.	huisarts
Schriftelijk voorlichtingsmateriaal meegeven bij eerste voorschrift.	huisarts/apotheker
Gebruik van eerste en tweede uitgifteprotocollen in de apotheek.	apotheker
Bewaken consumptiepatroon van de patiënt.	huisarts/apotheker
Signaleren van beginnend chronisch gebruik.	huisarts/apotheker
Drie- of zesmaandelijks evaluatie van de afspraken in het FTO.	huisarts/apotheker
Afspraken maken over voortzetting van benzodiazepinegebruik - geïnitieerd tijdens een ziekenhuisopname - in de thuissituatie.	huisarts
Afspraken maken over herhaling van benzodiazepinen - geïnitieerd in de psychiatrie - door de huisarts.	huisarts

Toelichting aanpak bestaand ongewenst benzodiazepinegebruik

Aandachtspunten

De motivatie van patiënt en huisarts zijn belangrijk bij het terugdringen van bestaand gebruik. Huisartsen ervaren het motiveren van een patiënt tot ander gedrag vaak een moeizaam proces en nemen daardoor vaak een afwachtende houding aan totdat de patiënt zelf begint over stoppen met de medicatie. Daarbij speelt ook een rol dat de huisarts zelf het benzodiazepinegebruik heeft geïnitieerd en vaak jarenlang gecontinueerd. De huisarts kan in het gesprek met de patiënt echter aangeven dat er steeds meer inzicht is gekomen in de risico's van chronisch gebruik. De huisarts kan de praktijkondersteuner (GGZ) hierbij betrekken.

Chronische gebruikers zijn in het algemeen tevreden over het effect van de medicatie en zijn daardoor minder geneigd de medicatie te staken. Het ontkennen van de nadelen enerzijds en de afhankelijkheid van de medicatie anderzijds heeft geleid tot continuering van het gebruik. De patiënt zal dus voorafgaande aan stoppen met de medicatie eerst voor zichzelf een balans moeten opmaken tussen de nadelen zoals die bij chronisch gebruik bekend zijn en de voordelen zoals de patiënt die persoonlijk ervaart.

Mogelijkheden

U kunt de praktijkondersteuner (GGZ) betrekken bij het motiveren en ondersteunen van chronische benzodiazepinegebruikers bij het stoppen of minderen. Ook kunt u doorverwijzen naar gespecialiseerde zorgverleners. Een voorbeeld hiervan is de internetbehandeling Benzodebaas.nl. U vindt meer voorbeelden in het hulpmiddelenboek 'Stoppen met benzodiazepinen' uit deze serie.

Wanneer u zelf begeleiding wilt bieden bij het afbouwen, kunt u gebruik maken van de volgende bewezen effectieve interventiemethoden:

Stopbrief

Deze minimale interventiemethode is gebaseerd op het geven van voorlichting en het aanmoedigen van de patiënt via een brief om zelf het benzodiazepinegebruik te beëindigen. Het is een efficiënte methode om chronisch gebruik aanzienlijk te reduceren onder patiënten waarbij nog geen sprake is van een onoverkomelijke verslaving. De huisarts kan deze methode bij grote groepen patiënten uitvoeren.

Deze aanpak is succesvol getest door onderzoekers van het Radboudumc in het Benzoredux onderzoek (Gorgels et al., 2002). Uit het onderzoek bleek het volgende:

- ▶ 27% van de ontvangers van de stopbrief lukte het op korte termijn (3-6 maanden na de brief) te stoppen
- ▶ 14% van de ontvangers van de stopbrief bleef uiteindelijk gedurende de gehele follow-up van 21 maanden benzodiazepinevrij
- ▶ bij diegenen, waarbij het niet lukte op lange termijn geheel te stoppen, daalde het benzodiazepinegebruik met 20%
- ▶ afgezien van de tijdsinvestering voor het versturen van de brief en het voeren van evaluatieconsulten werd geen toename waargenomen van overige medische consumptie ten gevolge van het versturen van de brief met stopadvies

Vergelijkbare effecten zijn aangetoond in de dagelijkse praktijk van huisartsen (en apothekers) door gebruik te maken van de materialen in deze serie 'Stoppen met benzodiazepinen' (Nelissen et al., 2006). Aanvullend onderzoek naar factoren die een voorspellende waarde kunnen hebben voor de stopkans, heeft uitgewezen dat zowel de dosering als de gebruiksduur van invloed zijn. De interventie is het meest effectief bij patiënten die maximaal één standaarddagdosering van het slaapmiddel per dag gebruiken. Afhankelijk van de gebruiksduur varieert de kans op stoppen bij deze patiënten van 27 tot 60% (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*, 2014).

Gereguleerde dosisreductie

Bij patiënten die niet op eigen kracht slagen maar wel gemotiveerd zijn voor het stoppen met het benzodiazepinegebruik, kunt u gebruik maken van de gereguleerdedosisreductiemethode. De kans op slagen bij deze interventie is ongeveer 50 procent. Het principe van deze methode is dat afbouwen plaatsvindt door stapsgewijs verminderen van de dosis van de benzodiazepine. Hierdoor daalt de plasmaconcentratie geleidelijk, wat tot minder ontwenningsverschijnselen leidt dan bij abrupt stoppen (NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*, 2014).

De gereguleerdedosisreductiemethode kent vele variaties. De belangrijkste verschillen zijn:

- ▶ het al dan niet omzetten naar het langwerkende diazepam voor de start van de stapsgewijze dosisreductie
- ▶ het aantal afbouwstappen
- ▶ de tijdsduur tussen twee afbouwstappen
- ▶ de totale tijdsduur van de afbouwperiode

De uiteindelijke keuze of opzet van het afbouwschema is afhankelijk van de inschatting van de arts en de wensen van de patiënt.

Bij patiënten waarbij het niet lukt het benzodiazepinegebruik af te bouwen, kunt u eventueel advies of ondersteuning vragen van een verslavingsarts. In sommige gevallen kan de verslavingsarts het afbouwtraject zelfs van u overnemen.

Literatuur

- ▶ Boheemen van CAM, Geffen van ECG, Reitsma-van Rooijen M, et al. Afschaffen vergoeding benzodiazepines voor minderheid reden om te stoppen. Utrecht: NIVEL, 2010. Zie www.nivel.nl.
- ▶ Nelissen-Vrancken M, Eimers M, Versteeg E. Minimale interventiestrategie voor stoppen met benzodiazepinen. Berichten uit de praktijk. Huisarts Wet 2006;49:92-5.
- ▶ Geers H. Minimale interventie in een cohort van chronische benzodiazepinegebruikers. Resultaten na drie jaar follow-up. Pharm Weekbl 2009;3(4):62-6.
- ▶ SFK. Benzodiazepinegebruik vooral uit eigen zak. Pharm Weekbl 2010;145(42):9.
- ▶ Gorgels W. Stoppen met benzodiazepinen. Huisarts Wet 2009;52(2):91-7.
- ▶ SFK. Minder ouderen aan de benzo's. Pharm Weekbl 2012;147(36):9.
- ▶ Gorgels WJM, Oude Voshaar RC, Mol AJJ. Onder redactie van Zitman FG, Van de Lisdonk EH. Terugdringen van chronisch gebruik van benzodiazepinen: eindverslag van een wetenschappelijk onderzoek. Nijmegen: Radboudumc, 2002.
- ▶ SFK. Structureel lager gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen. Pharm Weekbl 2014;149(50):9.
- ▶ Hassink-Franke L, Terluin B, Heest van F, et al. NHG Standaard Angst. Huisarts Wet 2012;55:68-77. Zie www.nhg.org.
- ▶ SFK. Gebruik benzodiazepines daalt gestaag, maar traag. Pharm Weekbl 2016;151(46):9.
- ▶ Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, et al. Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. Huisarts Wet 2012;55(7):286-8.
- ▶ Stuurman-Bieze A. Verband tussen benzodiazepinegebruik en verkeersongelukken. PW Wetenschappelijk Platform 2010;4(10):182.
- ▶ Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Utrecht: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ, 2013. Zie www.ggzrichtlijnen.nl.
- ▶ NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet 2014;57(7):352-61. Zie www.nhg.org.

Een uitgebreid literatuuroverzicht vindt u in het hulpmiddelenboek 'Stoppen met benzodiazepinen' dat u kunt downloaden via www.medicijngebruik.nl.

