

Langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in een huisartspraktijk

F.H.J.A. VISSERS
J.A. KNOTTNERUS
R.F. VAN DER GRINTEN
F.G.E.M. VAN DER HORST

Vissers FHJA, Knottnerus JA, Van der Grinten RF, Van der Horst FGEM. Langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in een huisartspraktijk. Huisarts Wet 1993; 36(12): 405-8.

Samenvatting In een huisartspraktijk werd een onderzoek gedaan onder 118 patiënten die een herhaalrecept vroegen voor een slaap- of kalmeringsmiddel. Van deze herhaalreceptuur bleek 80 procent verstrekt te worden zonder arts-patiënt contact. Problemen met eigen gezondheid, al dan niet in combinatie met psychosociale problemen, bleken ten grondslag te liggen aan de klacht waarvoor het psychofarmacon werd gebruikt. Door 84 procent van de onderzochte personen werd het middel reeds langdurig (langer dan 1 jaar) gebruikt. Bij deze groep werd in de loop van de tijd dat het psychofarmacon was gebruikt, weinig verandering geconstateerd in de klacht en de gepercipieerde oorzaak ervan. Ook het gebruikspatroon bleek in de loop der jaren nauwelijks veranderd. De patiënten, die het middel continu gebruikten (voortdurend en dagelijks) bleken een significant minder goede beleving te hebben van de eigen (somatische) gezondheid dan episodische gebruikers. Zij bespraken de kwestie van verminderen of stoppen relatief vaak met hun huisarts, en hadden doorgaans het gevoel niet zonder deskundige hulp te kunnen stoppen.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200
MD Maastricht.
F.H.J.A. Vissers, huisarts; Prof. dr. J.A.
Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde;
Dr. R.F. van der Grinten, huisarts;
Dr. F.G.E.M. van der Horst, socioloog.
Correspondentie: F.H.J.A. Vissers.

Inleiding

In Nederland wordt de huisarts vaak geconfronteerd met psychische en sociale problemen.¹ Uit onderzoek blijkt dat bij één op de drie psychische klachten psychofarmaca worden voorgeschreven.² Het wekt dan ook weinig verbazing dat deze middelen tot de meest voorgeschreven medicamenten in de huisartspraktijk behoren.^{1,3,4} Veel psychofarmaca (meestal slaap- en kalmeringsmiddelen) worden zonder arts-patiënt contact via de dokters-assistente (met name herhaalrecepten) aan de patiënt verstrekt.^{3,5,6}

Er is onderzoek gedaan naar de klachten waarvoor psychofarmaca – veelal benzodiazepinen – gebruikt worden, maar nauwelijks naar de achterliggende oorzaak van de klachten.⁷⁻¹⁰ Uit verschillende studies blijkt dat benzodiazepinen langdurig, vaak jaren achter elkaar, gebruikt worden.^{7,8,11-13} Tevens blijkt dat bij langdurig gebruik weinig animo bestaat om te stoppen met het middel; als er gestopt wordt, is het succespercentage bovendien laag.^{11,14-17} Ook is niet duidelijk of de directe reden voor het gebruik (de klacht) dan wel de oorzaak van de klacht misschien veranderd is in de loop van de tijd. Als de klachten veranderd/verdwennen zijn, en eventueel ook de oorzaak ervan, heeft dat dan effect op het gebruik van het middel? Kan de patiënt dan wel stoppen, en in hoeverre is er sprake van tolerantie en afhankelijkheid of verslaving?¹⁸⁻²¹

De ervaring in de eigen praktijk leert, dat langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen niet altijd gelijk staat aan dagelijks gebruik. Dit brengt de vraag met zich mee hoe groot het risico is, dat niet-dagelijks gebruik overgaat in dagelijks gebruik. Hierover is ons geen huisartsgees- kundige literatuur bekend.

Psychische en psychosomatisch getinte problemen die aan de huisarts gepresenteerd worden, kunnen leiden tot het voorschrijven van slaap- en kalmeringsmiddelen. De huisarts staat vaak aan het begin van dit prescriptiebeleid.³ Het feit dat slaap- en kalmeringsmiddelen langdurig gebruikt worden en dat receptuur voor deze middelen veelal via de balie zonder

arts-patiënt contact verstrekt wordt, kan ertoe leiden dat de huisarts minder zicht heeft op de indicatiestelling. Heeft de patiënt in de loop van de tijd een andere reden voor het gebruik van deze middelen?

De huisarts heeft een goed overzicht over de voorgeschreven receptuur en kan dus een bewakende en begeleidende rol vervullen. Hij kan dan ook grote invloed hebben op het ontstaan en de omvang van het (langdurig) gebruik van psychofarmaca.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

- Wat is in de ogen van de patiënt het patroon van oorspronkelijke klachten en achterliggende problemen, dat destijds aanleiding gaf tot het gebruik van het slaap- of kalmeringsmiddel?
- Is het gebruikspatroon veranderd in de loop van de tijd en is bij langdurig gebruik een verandering te constateren in de oorspronkelijke klachten of de achterliggende problemen?
- Hoe is de satisfaction ten aanzien van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en in hoeverre denkt men erover te stoppen met het gebruik?
- Zijn er verschillen tussen continue en episodische gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen ten aanzien van probleem-oplossend gedrag, levensproblemen, gewoontevorming in koffie-, tabaks- en alcoholgebruik, eenzaamheid en gezondheidsbeleving? Is er verschil in hun houding ten aanzien van het gebruik van deze middelen?

Methode

In een gezondheidscentrum waarin drie artsen werkzaam zijn, werden gedurende zes weken alle patiënten die een herhaalrecept voor een slaap- of kalmeringsmiddel kregen, uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. Uitgesloten werden patiënten voor wie het onderzoek te belastend zou zijn of die niet in staat werden geacht de vragenlijst adequaat te beantwoorden (met name hoogbejaarde en niet-Nederlandstalige patiënten).

Indien de patiënt bereid was tot deelname, ontving hij een enquêteformulier met antwoordenv envelop. Patiënten die de enquête na twee weken nog niet gereturneerd hadden, werden telefonisch benaderd met het verzoek het formulier alsnog in te vullen en terug te sturen.

De enquête bestond uit vragen over achtergrondvariabelen, medicatiegebruik en de reden van het gebruik. Voorts werd gebruik gemaakt van de volgende onderzoekslijsten:

- De Groningse lijst voor langdurige moeilijkheden (GLLM). Hierop kunnen meer problemen tegelijk worden gescoord. De antwoordmogelijkheden zijn: nee, enigszins, nogal en jazeker; hiervan werden de laatste twee als positief beschouwd. De bestaande vragenlijst is aangevuld met drie items: problemen met het verlies van een persoon die dierbaar was, problemen met verzorging van chronisch zieke/invalide thuis, en problemen met de eigen gezondheid.
- De eenzaamheidslijst. Dit is de verkorte versie van de Hopkins-lijst (HSCL), die de ervaren gezondheid meet.
- De Utrechtse coping-lijst.
- De lijst van Wallace voor alcoholverslaving.²²⁻²⁶

De onderzoekspopulatie werd onderverdeeld in langdurige (>1 jaar) en kortdurende (<1 jaar) gebruikers. Bij de langdurige gebruikers werd bovendien onderscheid gemaakt tussen continue en episodische gebruikers.

De gegevens werden statistisch bewerkt met behulp van BMDP statistical software. In voorkomende gevallen werd statistisch getoetst door middel van de Pearson chi-kwadraattoets voor onafhankelijke proporties en de Mann-Whitney test in geval van numerieke waarnemingen.

Resultaten

Ten tijde van het onderzoek waren in het gezondheidscentrum 4600 patiënten ingeschreven. In totaal 163 patiënten vroegen (en kregen) een herhaalrecept voor een slaap- of kalmeringsmiddel. Van deze patiënten werden er 45 uitgesloten; 7 patiënten weigerden deel te nemen en 21 stuur-

den de enquête niet terug. De definitieve onderzoekspopulatie bestond dus uit 90 patiënten, 32 mannen en 58 vrouwen, van wie 5 mannen en 17 vrouwen alleenstaand.

Op de vraag hoe het recept meestal herhaald werd, antwoordde 77 procent dat dit via de balie gebeurde. Er was hierin geen verschil tussen beide geslachten. De huisarts was in 78 procent van de gevallen de eerste voorschrijver (zelf of via de assistente).

Het meest voorgeschreven middel was oxazepam (Seresta[®]), daarna kwam bromazepam (Lexotanil[®]) (*tabel 1*).

Tabel 1 Bij 90 patiënten zonder arts-patiënt contact voorgeschreven slaap- of kalmeringsmiddelen. Aantallen

Oxazepam (Seresta)	26
Bromazepam (Lexotanil)	17
Temazepam (Normison)	9
Diazepam (Valium)	8
Lormetazepam (Noctamid)	7
Flurazepam (Dalmadorm)	5
Nitrazepam (Mogadon)	4
Flunitrazepam (Rohypnol)	4
Chloordiazepoxide (Librium)	2
Midazolam (Dormicum)	2
Overige	6

Het middel waarvoor een herhaalrecept werd gevraagd, was in 30 procent van de gevallen voorafgegaan door een ander psychofarmacon; in slechts 4 procent van de gevallen had de patiënt zelf eerder een middel gekocht.

Oorspronkelijke klacht en achterliggende problemen

De open vraag naar de klacht waarvoor de huidige medicatie werd gebruikt, werd door 39 respondenten beantwoord met ‘slaapstoornissen’; ‘nervositeit’ werd 30× genoemd.

Als oorzaak van de klacht werden problemen met de eigen gezondheid, al dan niet in combinatie met een ander probleem, het meest genoemd (35×). Daarna volgden problemen met verlies van een dierbaar persoon (15×), problemen in werk (14×), met kinderen (14×), met part-

ner (9×), met financiën (8×), en met ouders (8×). Voor beide geslachten was hierin geen significant verschil.

In totaal 23 patiënten noemden geen duidelijke oorzaak voor de klachten waarvoor een slaap- of kalmeringsmiddel gebruikt werd. Van de 39 patiënten die alleen slaapproblemen hadden opgegeven, konden er 32 een of meer oorzaken van deze klacht noemen. Van de 35 patiënten die problemen met de eigen gezondheid als oorzaak van het gebruik van psychofarmaca hadden genoemd, noemden 11 deze oorzaak als enige.

Verandering in gebruikspatroon

Bij 76 patiënten was er sprake van langdurig gebruik; 18 patiënten gebruikten het gevraagde middel al langer dan 10 jaar en 43 langer dan 5 jaar; 14 patiënten waren in het voorafgaande jaar begonnen met het gebruik van een slaap- of kalmeringsmiddel. De klacht waarvoor het psychofarmacon het eerst was gebruikt, was in 82 procent van de gevallen dezelfde als de huidige klacht, terwijl de oorzaak van de klacht in 80 procent van de gevallen dezelfde was.

Op de vraag hoe het slaap- of kalmeringsmiddel het laatste jaar gebruikt was, antwoordden 51 patiënten het middel voortdurend te gebruiken; 13 patiënten gebruikten het gedurende een periode en 23 gedurende verscheidene perioden; 2 patiënten hadden het in het afgelopen jaar niet gebruikt, en 1 patiënt had deze vraag niet beantwoord.

Voor de 72 langdurige gebruikers werd het huidige gebruik vergeleken met het gebruik in de beginperiode. Van de 49 dagelijkse gebruikers bleken 44 patiënten het middel destijds ook al dagelijks te gebruiken. Van de 23 episodische gebruikers gebruikten 13 destijds het middel ook al episodisch. In totaal bleek het actuele gebruikspatroon in 79 procent van de gevallen al in de beginperiode aanwezig (*tabel 2*, p<0,001).

Satisfactie en wens tot stoppen

De overgrote meerderheid (82) van de patiënten was tevreden over de werking van het medicament. Ontvredeheid bleek

met name te berusten op geen of te weinig effect van het middel; op bijwerkingen werd niet gescoord. Schuldgevoel (heel vaak/vaak/soms) over het gebruik was er bij 35 patiënten; 40 patiënten hadden het afgelopen jaar (heel vaak/vaak/soms) het gevoel gehad te moeten minderen of stoppen met het gebruik. In totaal 38 patiënten brachten dit ter sprake, bij respectievelijk de huisarts (20), de specialist (6) of iemand anders zoals partner of familielid (12). Zelfstandig stoppen met het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen werd door 53 patiënten niet mogelijk geacht; de hulpverlener het beste zou kunnen helpen met stoppen, was volgens hen de huisarts (29x), de specialist (12x), de maatschappelijk werker (7x), de psycholoog (3x) of iemand anders (2x).

Verschillen tussen continue en episodische gebruikers

Tussen de groep continue (n=46) en de groep episodische (n=41) gebruikers werden slechts enkele verschillen gevonden:

- geen verschillen in geslacht, burgerlijke staat en woonsituatie;
- geen verschillen in gebruik van koffie, tabak en alcohol;
- geen verschillen in problemen waarvoor een slaap- of kalmeringsmiddel werd gebruikt, met uitzondering van de financiële problemen, die in de episodische gebruikersgroep vaker werden genoemd;

- enig verschil in irritatie door opmerkingen van anderen over het gebruik (14 versus 5; p=0,08);
- geen verschil in schuldgevoel over het gebruik;
- wel een verschil in het bespreken met een hulpverlener van het minderen/stoppen met de medicatie (27 versus 11; p=0,002); verder zouden 36 continue gebruikers niet zonder deskundige hulp kunnen stoppen, tegen 16 episodische gebruikers (p=0,001).
- geen verschil in eenzaamheid en geen verschil op de psychische schaal van de Hopkins-lijst;
- wel een verschil in gemiddelde score op de somatische schaal van de Hopkins-lijst (continue gebruikers 8,2, episodische gebruikers 6,1; p=0,04) en ook een verschil in de gemiddelde totaalscore op de Hopkins-lijst (continue gebruikers 25,3, episodische gebruikers 19,1; p=0,05).
- een klein verschil in gemiddelde scores op de depressieschaal van de copinglijst (continue gebruikers 14,9, episodische gebruikers 13,3; p=0,09); geen verschil bij de overige zes dimensies;
- geen verschil in scores op de Wallace-lijst voor alcoholverslaving.

Beschouwing

Zeker bij langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is het de patiënt die

de indicatie voor het gebruik bepaalt. Bovendien vermeldt de registratie van de huisarts vooral klachten en ziektebeelden en slechts zelden de achterliggende oorzaak. Daarom is in dit onderzoek bewust gekozen voor de mening van de patiënt als invalshoek. Dit brengt het risico van *recall bias* met zich mee. De registratiegegevens van de huisarts zijn voor een dergelijk onderzoek echter ook niet zonder meer betrouwbaar.

De onderzoekspopulatie was klein en de gegevens van de subpopulaties moeten dan ook met terughoudendheid geïnterpreteerd worden. Herhaalrecepten voor slaap- en kalmeringsmiddelen bleken in 80 procent van de gevallen via de balie verstrekt te zijn. Vrouwen waren in de onderzoekspopulatie in de meerderheid. Slapeloosheid was de meest genoemde klacht waarvoor deze middelen gebruikt werden. Gezondheidsproblemen, al dan niet in combinatie met psychosociale problemen, werden door de patiënten het meest als oorzaak van de klachten beschouwd. Bijna een derde van deze subgroep vermeldde daarbij geen andere (psychosociale) problemen. Klachten en achterliggende problemen bleken in de tijd dat een slaap- of kalmeringsmiddel gebruikt werd, nauwelijks te veranderen, en hetzelfde geldt voor het gebruikspatroon.

Voor het idee dat episodisch gebruik veelal over zou gaan in continu gebruik, kon geen steun worden gevonden. Continue gebruikers hadden meer somatische problemen en toonden in hun coping een tendens naar depressief gedrag; het stoppen met het slaap- of kalmeringsmiddel zonder deskundige hulp werd door hen frequenter als een probleem aangegeven, en zij hadden het gebruik van deze middelen vaker met een hulpverlener besproken.

De vraag dient gesteld in hoeverre de huisarts langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen kan voorkomen. In dit kader zijn de volgende overwegingen van belang:

- Extra voorzichtigheid is geboden bij patiënten die tekenen van een mogelijke depressie vertonen.

Tabel 2 Gebruikspatroon bij langdurig gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen gedurende het afgelopen jaar vergeleken met het gebruikspatroon bij het begin van het gebruik. Aantallen

Gebruik bij start	Gebruik afgelopen jaar		
	continu	episodisch	totaal
Continu*	44	10	54
Episodisch†	5	13	18
Totaal	49	23	72

* dagelijks en voortdurend; † episodisch gebruik = a) minstens 1x/wk, maar niet dagelijks; b) minstens 1x/mnd, maar niet wekelijks; c) anders.

- Vrouwen lijken meer kans te hebben om chronisch gebruiker te worden; dit ligt mogelijk aan de aard van de achterliggende problematiek, het hulpvraaggedrag of de interactie tussen huisarts en patiënt.
- Gezondheidsproblemen blijken in de perceptie van de patiënt relatief vaak de oorzaak te zijn van klachten waarvoor een slaap- of kalmeringsmiddel gebruikt wordt.²⁷ De meest genoemde reden voor het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen was slapeloosheid. Het is dus de moeite waard bij slaapproblemen eerst na te gaan of er somatische gezondheidsproblemen zijn en te proberen deze op te lossen.²⁸
- Wanneer een ander slaap- of kalmeringsmiddel dan tevoren wordt voorgeschreven, kan verlenging van het voorschrijf niet via de balie plaatsvinden. Op die manier wordt het potentiële continue gebruikers met vermijdingsgedrag niet nodeloos gemakkelijk gemaakt.

Om ons inzicht te vergroten is verder onderzoek in een grotere populatie en met een controlegroep van niet-gebruikers gewenst; daarbij dient de informatie van de voorschrijvend huisarts ook betrokken te worden. Het doel moet zijn de huisarts een leidraad te geven om op verantwoorde wijze slaap- en kalmeringsmiddelen voor te schrijven en het gebruik verantwoord te bewaken, om zodoende langdurig gebruik waar mogelijk te voorkomen. Het is voor de huisarts prakticus belangrijk dat hij op de hoogte gebracht wordt van risicofactoren voor continu gebruik van deze middelen zodat hij daarmee rekening kan houden bij de (eerste) prescriptie ervan.

Dankbetuiging

Met dank aan de doktersassistentes en collegae M. Peeters en A. Muysken-Du Saar van het gezondheidscentrum Heer, voor hun medewerking aan het onderzoek. Tevens is dank verschuldigd aan T. Seegers voor de bewerking van de onderzoeksgegevens.

Literatuur

- 1 Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1982; 25: 333-42, 376-88.
- 2 Jol A, Verhaak P. Psychische en sociale klachten: gespreksvoering of psychofarmaca. *Huisarts Wet* 1989; 32: 89-95.
- 3 Plagge HWM, Vissers FHJA, Pouls K, De Geus CA. Het voorschrijven van geneesmiddelen zonder arts-patiënt contact in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1988; 31: 120-3.
- 4 Muusse-Screvel AM, Willems JHBM, De Kort WLAM. Geneesmiddelengebruik onder de Nederlandse beroepsbevolking. *Med Contact* 1990; 45: 677-9.
- 5 Anderson R. The use of repeatedly prescribed medicines. *JR Coll Gen Pract* 1980; 30: 609-13.
- 6 Freeman R. A study of telephone prescriptions in family practice. *J Fam Pract* 1980; 10: 857-62.
- 7 Catalan J, Gath DH, Bond A, et al. General practice patients on long-term psychotropic drugs. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 399-405.
- 8 Rodrigo EK, King MB, Williams P. Health of long-term benzodiazepine users. *Br Med J* 1988; 296: 603-6.
- 9 Bogaerd G. Slaap en slaapstoornissen. *Mod Med* 1990; 407-9.
- 10 Post D. De plaats van de benzodiazepines in het farmacotherapeutisch arsenaal. *Practitioner NL* 1991; 15: 1025-33.
- 11 Salinsky JV, Dore CJ. Characteristics of long-term benzodiazepine users in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 202-4.
- 12 Mant A, Duncan-Jones P, Saltman D, et al. Development of long term use of psychotropic drugs by general practice patients. *Br Med J* 1988; 296: 251-4.
- 13 Morgan K, Dallosso H, Ebrahim S, et al. Prevalence, frequency and duration of hypnotic drug-use among the elderly living at home. *Br Med J* 1988; 296: 601-2.
- 14 King MB, Gabe J, Williams P, Rodrigo EK. Long term use of benzodiazepines: the view of patients. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 194-6.
- 15 Matalon A, Yinnon AM, Hurwitz A. Chronic use of hypnotics in a family practice patients reluctance to stop treatment. *Fam Pract* 1990; 7: 258-60.
- 16 Haarselhorst M, Wester F. Vrouwen, benzodiazepinegebruik en zelfhulp. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1992; 2: 118-22.
- 17 Eijkelenboom P, Springer M, Dekker F. Het Leidse slaapprotocol. *Huisarts Wet* 1992; 35: 465-9.
- 18 Van der Laan L. Afhankelijkheid van benzodiazepinen; omvang risico's en eventuele verschillen tussen de middelen onderling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 809-14.
- 19 Offerhaus L. Nogmaals benzodiazepinen: te veel, te lang en te sterk? *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 1921-4.
- 20 Zitman F. Verslaving aan geneesmiddelen. *Patient Care* 1989; Dec: 43-9.
- 21 Kamphuisen H. Slecht slapen door slaapmiddelen (rebound insomnia), en de plaats van zopiclon. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 556-8.
- 22 Anoniem. GLLM, Groningse lijst langdurende moeilijkheden. In: Ormel J. Het Groningse eerstelijnsproject: opzet en aanpak [Intern rapport]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Sociale Psychiatrie, 1985.
- 23 De Jongh-Gierveld J, Kamphuis F. The development of a Rash-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement* 1985; 9: 289-99.
- 24 Anoniem. HSCL, Hopkins Symptom Checklist. In: Lutteyn F, Hamel L, Bouwman T, Kok A. HSCL. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1984.
- 25 UCL, Utrecht Coping lijst. Schreurs P, van de Willige G, Tellegen B, Brosschot J. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Handleiding. Vakgroep Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Utrecht.
- 26 Wallace P, Haines A. Use of a questionnaire in general practice to increase the recognition of patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1985; 290: 1949-53.
- 27 Simpson RJ, Power KG, Wallace LA, et al. Controlled comparison of the characteristics of long-term benzodiazepine users in general practice. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 22-6.
- 28 Knuistingh Neven A, De Graaff WJ, Lucasen PLBJ, et al. NHG-standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. *Huisarts Wet* 1992; 35: 212-9.