

Interview met Wim Gorgels over terugdringing benzodiazepinegebruik: ‘Als je wilt, kun je heel veel bereiken’



Als H&W hem interviewt, is de promotie van Wim Gorgels nog maar net drie dagen achter de rug. De titel van zijn proefschrift luidt: *Strategies to discontinue benzodiazepine use in family practice*. Een mooi actueel onderwerp nu de overheid de vergoeding van benzodiazepines uit de zorgverzekering heeft geschrapt. Gorgels vertelt wat de huisarts zoal kan doen voor zijn patiënt.

Goede timing?

Het is een gelukkig toeval dat de promotie op zo'n actueel moment plaatsvond. Gorgels: 'De aandacht voor benzodiazepinegebruik gaat in golven. Toen we met het onderzoek begonnen, was er ook heel veel aandacht voor in de media. Dan zakt het weer een paar jaar weg, om vervolgens opnieuw boven te komen. Die aandacht heeft natuurlijk een reden. Heel veel mensen gebruiken langdurig benzodiazepines; wij gaan uit van zo'n 40 tot 75 patiënten per normpraktijk. Als mensen zelf voor de middelen gaan betalen, zal dat voor hen neerkomen op zo'n 10 à 15 euro per maand. Maar landelijk gezien heb je het over ongeveer 100 miljoen per jaar.'

Gorgels vindt het een 'ongelukkige maatregel' van de overheid dat benzodiazepinegebruik niet meer wordt vergoed. 'Op zich is het zinvol om te kijken hoe je het gebruik kunt indammen, maar het is de vraag of je dat via zo'n financiële maatregel moet doen. Er wordt geen verschil gemaakt tussen kort- en langdurig gebruik, maar benzodiazepines kunnen voor kortdurend gebruik heel nuttig zijn. De overheid komt met deze maatregel zonder enige vorm van evaluatie en gaat voorbij aan grootschalig, zorgvuldig uitgevoerd onderzoek waarin de effectiviteit van verschillende ontweningsstrategieën zijn aangetoond. Bovendien hadden patiënten misschien wat meer tijd mogen krijgen om aan de boodschap te wennen. Voor de sociaal kwetsbare groep kunnen de bedragen toch behoorlijk oplopen, zeker als beide partners uit een gezin benzodiazepines gebruiken.'

Insluipend gebruik

Hoe komt het toch dat zoveel mensen de middelen jarenlang gebruiken, terwijl is aangetoond dat de werking ervan al na enkele weken vermindert? Volgens Gorgels sluipt dat er gemakkelijk in. 'De middelen werken in het begin goed en daarom krijgen patiënten daar vertrouwen in. Als ze na enige tijd willen stoppen krijgen ze ontweningsklachten waaruit snel de conclusie is getrokken dat de middelen nog steeds nodig zijn. Vaak worden er geen goede alternatieven geboden en dat ligt niet alleen aan de

huisarts, maar ook aan de patiënt. Veel mensen staan niet open voor een andere behandeling, zoals cognitief-gedragstherapie. En voor angstklachten zijn er wel andere medicijnen, bijvoorbeeld antidepressiva, maar die helpen zeker niet altijd en ook haken mensen af vanwege de bijwerkingen. Op een gegeven moment ontstaat de situatie dat patiënten telefonisch herhalingsrecepten aanvragen via de assistente. De huisarts ziet en tekent die wel, maar voelt geen behoefte om de patiënt erop aan te spreken en die is tevreden met deze gang van zaken. Bij veel huisartsen leeft daarom het idee dat de patiënt niet zal willen of kunnen stoppen en bovendien zijn ze bang dat ze zich veel extra werk op de hals halen. Het is een groep met een toch al grote medische consumptie, dus de zorg bestaat dat als je de benzodiazepines weghaalt, er een andere hulpvraag komt. Zo worden de recepten stilzwijgend herhaald.'

Het onderzoek van Gorgels toont aan dat die zorg niet terecht is. 'Deze mensen komen inderdaad vaak bij de huisarts en hebben een hoge medische consumptie. Maar dit neemt niet toe na het stoppen met benzodiazepines.'

Succesvolle stopbrief

De aanpak van Gorgels begon met het zenden van een 'stopbrief' aan de patiënten van dertig huisartsenpraktijken, die langer dan drie maanden gebruikten. (De tekst van de brief is afgedrukt op pagina 97) 'Die termijn hanteerden we omdat alle richtlijnen ervan uitgaan dat een gebruik langer dan drie maanden te lang is.'

Alleen al het sturen van de brief had een behoorlijk positief effect; bij maar liefst 24 procent van de geselecteerde patiënten was 6 maanden later de receptenstroom gestopt (in de controlegroep was dat 12 procent). Gorgels nuanceert: 'Wij bereikten natuurlijk de mensen die zelf bereid zijn iets aan hun benzodiazepinegebruik te doen en we zetten ze daarbij niet het mes op de keel. Het is dus grotendeels hun eigen motivatie. Maar dan kunnen ze het ook.'

Het succes is overigens niet bij alle patiënten zo groot; juist degenen die extreem lang of in erg hoge doseringen gebruikten, reageerden niet op het programma. 'Die stopten niet nadat wij de stopbrief hadden verzonden en wilden ook niet participeren in het dosisafbouwprogramma. Mijn indruk is dat deze langgebruikers ook niet zullen stoppen als ze de middelen zelf moeten gaan betalen. Dat vormt misschien zelfs een legitimatie om te blijven gebruiken.'

Geen bangmakerij

In de brief zijn de risico's van benzodiazepinegebruik niet erg zwaar aangezet. Zou het niet effectiever zijn als daar meer nadruk op werd gelegd? 'Wij zijn daar bewust wat terughoudend in. Hoe

groot die risico's precies zijn, is nog niet helemaal duidelijk. Neem het voorbeeld van de verhoogde valkans: er bestaat geen prospectieve studie waarin gecorrigeerd wordt voor de beginkans op een val. Het is niet onwaarschijnlijk dat een angstig mens sowieso makkelijker zal vallen dan iemand die niet angstig is. Bovendien lijkt de valkans ook verhoogd bij het gebruik van alternatieve psychofarmaca, zoals antidepressiva. Maar ik weet bovendien niet of bang maken wel effectief is. Bij roken werkt dat bijvoorbeeld ook niet. Met onze stopbrief zochten we aansluiting bij een Engelse brief waarmee al ervaring was opgedaan.' In Nederland is recentelijk onderzoek gedaan met een brief-op-maat, aan de hand van een vragenlijst die de patiënt vooraf invult. 'Wellicht is dat waardevol, maar de praktische betekenis voor de huisarts is nog niet duidelijk.'

Van de briefontvangers stopt 24 procent zonder enige verdere hulp. Maar er waren nog vervolgstappen. Alle briefontvangers (dus ook degenen die gestopt waren) kregen een uitnodiging voor een consult. Van hen reageerde maar liefst tweederde. Degenen die ten tijde van het consult nog niet waren gestopt, kregen een uitnodiging om mee te doen aan het dosisafbouwprogramma. De patiënt werd hierbij eerst gedurende twee weken overgezet op een langwerkend middel, bij voorkeur op diazepam vanwege de lange halfwaardetijd en de kleine tablet dosering van 2 mg. Vervolgens werd de dagelijkse dosering elke week met een kwart verminderd. Alleen in de laatste week was er een tussenstop, omdat mensen net in het laatste stadium de meeste problemen hadden.

Ook dit afbouwprogramma had veel succes (twee van de drie stopten), zij het dat niet veel patiënten eraan mee wilden doen, namelijk 17 procent van de mensen die niet waren gestopt na de brief. Opgeteld bij degenen die al waren gestopt na ontvangst van de brief, is uiteindelijk grofweg eenderde van alle langdurig gebruikers gestopt. 'Als je dat vergelijkt met het succes van stoppen-met-rokeninterventies, zijn dat heel mooie cijfers!'

De laatste methode die Gorgels aan de langgebruikers aanbood, was groepstherapie: vijf sessies in of nabij de eigen huisartsenpraktijk. Hiervan is echter geen meerwaarde aangetoond. 'Misschien waren vijf sessies niet genoeg. Bij buitenlands onderzoek, waarbij langduriger therapie werd ingezet en mensen met eenzelfde aandoening waren geselecteerd, bleek dit wel effectief. Wellicht kan bij een dergelijke aanpak een POH-GGZ haar nut hebben bij de afbouwconsulten en eventuele psychotherapeutische begeleiding.'

Toch wel een klusje...

Gezien het succes van alleen al het sturen van zo'n brief, zou het goed zijn als alle huisartsen dat met hun patiënten zouden doen. Of komt daar toch nog wel wat bij kijken? 'Ja, wij hebben de huisartsen die meededen aan het onderzoek wat werk uit handen genomen. Als een huisarts het zelf moet doen, vraagt het toch wel enige organisatie. Eerst moet je uit het HIS alle patiënten vissen die langer dan drie maanden benzodiazepines gebruiken. Dan moet je die lijst zorgvuldig nalopen, want er zijn altijd mensen aan wie je zo'n brief op dat moment niet wilt sturen. Bijvoorbeeld

als iemand zijn partner net heeft verloren, of bij een terminale ziekte of beginnende dementie. Maar misschien ook als mensen onder behandeling zijn bij een psychiater of een verslavingsarts. Vervolgens moet je per praktijk 40 tot 75 brieven versturen. Maar daarmee ben je er niet, want zo'n brief is succesvoller als je die een persoonlijke tint geeft. Wij schreven mensen op naam aan en noemden in de brief ook de exacte middelen die ze gebruikten. Zo kreeg elke patiënt een brief die bij hem paste. Dat is volgens mij effectiever dan een folder of onpersoonlijke brief met informatie. Maar het is al met al nog wel een klusje.' Toch vindt Gorgels het traject - vooral in hagro-verband - zeer wel haalbaar. 'De deelnemende huisartsen waren er zelfs erg enthousiast over!' Wat zou huisartsen dan nog tegen kunnen houden om deze succesvolle aanpak ook in hun eigen praktijk toe te passen? Gorgels: 'Het is natuurlijk maar één facet van wat de huisarts allemaal doet en die moet dus prioriteiten stellen. Het belang van benzodiazepinegebruik heeft minder aanzien dan de diabeteszorg of het cardiovasculair risicomanagement. En ook is er veel onbekendheid hoe je het precies moet aanpakken. En als je het goed wilt doen, moet je er echt even een projectje van maken. Maar als je wilt, kun je heel veel bereiken en uiteindelijk levert het je veel op.'

En nu verder...

De kersverse 'jonge doctor' is nog wel even druk met de nasleep van de promotie. Maar wat zijn de plannen als de rust is weergekeerd? 'Voor mij verandert er niet zoveel. Het onderzoek viel de laatste jaren buiten mijn taken hier op de afdeling. Ik geef veel onderwijs en heb daarnaast natuurlijk nog de praktijk, samen met mijn vrouw. Maar ik wil met dit onderwerp wel verder, dus een vervolgonderzoek zou ik leuk vinden. Ook heb ik belangstelling voor de begeleiding van slaapstoornissen door de huisarts. Het zijn nog geen concrete ideeën, maar uiteindelijk zou ik graag in dergelijke onderwerpen verder onderzoek willen doen.'

Gevraagd naar wat hij belangrijk vindt voor het huisartsenvak, vertelt Gorgels: 'Nu de huisartsgeneeskunde zich ontwikkelt in de richting van kleine specialisaties, is het belangrijk dat de huisarts beseft hoe belangrijk het patiëntencontact in ons vak is. We moeten niet te technische dokters worden; het persoonlijke aspect is heel belangrijk. Zo zie je bijvoorbeeld dat als de apotheker dergelijke stopbrieven stuurt, het effect veel minder is. Een brief van de eigen huisarts is veel indringender en dat komt doordat je een persoonlijke relatie met je patiënt hebt opgebouwd.' (AS)

