

## Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt

### Samenvatting

Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Van Dijk L. Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. *Huisarts Wet* 2012;55(7):286-8

**ACHTERGROND** Veel mensen met angst- of slaapproblemen krijgen van hun dokter een benzodiazepine voorgeschreven. Langdurig gebruik zorgt echter voor gewenningsproblemen en hoge maatschappelijke kosten. Om deze effecten te beperken heeft het ministerie van VWS de vergoeding van benzodiazepinen per 1 januari 2009 uit de basisverzekering gehaald. Sindsdien betalen de meeste gebruikers de kosten van benzodiazepinen zelf.

**METHODE** In de gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) keken wij hoeveel mensen tussen januari 2007 en december 2009 voor het eerst de diagnose slaap- en angststoornissen kregen bij de huisarts. Daarna onderzochten wij hoeveel recepten voor een benzodiazepine deze patiënten kregen en hoeveel van hen er ook weer mee stopten, en zo ja wanneer. Ook keken wij naar het aantal recepten voor een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI).

**RESULTATEN** Van de 13.596 patiënten die aan de voorwaarden voldeden had iets meer dan de helft een angststoornis, de anderen hadden een slaapprobleem. In 2009 kregen minder mensen de diagnose slaap- of angststoornis te horen dan in 2008. Ook het benzodiazepinegebruik daalde. Van de patiënten met slaapproblemen kreeg 67,0% in 2008 een benzodiazepine voorgeschreven, versus 59,1% in 2009, en voor angststoornissen waren deze percentages 33,7% in 2008 versus 30,1% in 2009. Ook het aantal mensen dat meer dan één recept kreeg, daalde: voor slaapproblemen van 42,6% naar 35,0%, voor angststoornissen van 42,6% naar 36,4%. Slechts een klein (maar toenemend) aantal angstpatiënten stapte over op een SSRI: 0,3% in 2009 tegenover 0,1% in 2008.

**CONCLUSIE** Het reduceren van de vergoeding heeft geleid tot een lichte daling in het aantal diagnoses, voorschriften en vervolgrecepten. Deze daling was groter bij slaapproblemen dan bij angststoornissen. De uitkomsten ondersteunen het beleid van de regering en laten zien dat er ruimte bestaat om het gebruik van deze geneesmiddelen te reduceren.

### INLEIDING

Het is bekend dat patiënten vaak onnodig lang benzodiazepinen gebruiken. Dit chronische gebruik kan negatieve gevolgen hebben, zoals een verhoogde kans op vallen bij ouderen.<sup>1-3</sup> De NHG-Standaarden raden langdurig gebruik van benzodiazepinen dan ook af. Eén van de belangrijkste argumenten van het ministerie van VWS om de vergoeding van benzodiazepinen in de basisverzekering af te schaffen (1 januari 2009), was het terugdringen en voorkomen van dit chronische gebruik.<sup>4-6</sup>

Inmiddels zijn de eerste effecten van deze maatregel zichtbaar. Het gebruik van benzodiazepinen is – in tegenstelling tot voorgaande jaren – in 2009 met een zesde gedaald, zo bleek uit cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK).<sup>7,8</sup> Voor een deel komt dit omdat er minder chronische gebruikers zijn: de SFK laat zien dat hun aantal met 14,5% is gedaald. Het is echter onduidelijk hoe deze daling is ontstaan. Huisartsen kunnen (chronisch) gebruik bij hun patiënten op verschillende manieren voorkomen, bijvoorbeeld door langdurig benzodiazepinegebruik eerder te beëindigen of door deze middelen minder snel voor te schrijven aan nieuwe patiënten. In eerder onderzoek gaven huisartsen aan dat ze meer heil zagen in de tweede optie.<sup>8</sup>

Ons doel was dan ook te onderzoeken of huisartsen na het invoeren van de nieuwe maatregel minder vaak de diagnose slaapproblemen of angstproblemen stelden en of ze minder vaak een benzodiazepine voorschreven aan mensen die voor het eerst met deze problemen op het spreekuur kwamen. Ook werd gekeken of het gebruik van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), als ongewenst alternatief voor de benzodiazepine, was toegenomen. Als laatste keken wij of nieuwe gebruikers van benzodiazepines uit 2009 eerder stopten dan nieuwe gebruikers uit 2008.

### METHODE

We gebruikten de voorschrijfgegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) uit januari 2007 tot

#### Wat is bekend?

- Patiënten gebruiken vaak onnodig lang benzodiazepinen. Chronisch gebruik kan negatieve gevolgen hebben, zoals een verhoogde kans op vallen bij ouderen.
- Om deze negatieve gevolgen en de hoge maatschappelijke kosten van langdurig benzodiazepinegebruik te beperken moeten gebruikers van benzodiazepinen sinds 1 januari 2009 in een groot aantal gevallen zelf de kosten hiervan dragen.

#### Wat is nieuw?

- De maatregel heeft geleid tot een lichte daling in het aantal diagnoses, voorschriften (voornamelijk bij slaapproblemen) en vervolgrecepten. De uitkomsten laten zien dat er ruimte bestaat om het voorschrijven van deze medicatie te reduceren.

Universiteit Utrecht, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Divisie Farmaco-epidemiologie en klinische farmacologie, Postbus 80082, 3508 TB Utrecht; J.M. Hoebert, promovenda pharmaceutical policy; P.C. Souverein, universitair docent; A.K. Mantel-Teeuwisse, universitair docent/managing director Utrecht WHO Collaborating centre for pharmacoepidemiology and pharmaceutical policy analysis; prof.dr. H.G.M. Leufkens, hoogleraar farmaco-epidemiologie, voorzitter College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht; L. van Dijk, senior onderzoeker en programmaleider Farmaceutische zorg • Correspondentie: j.m.hoebert@uu.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Van Dijk L. Reimbursement restriction and moderate decrease in benzodiazepine use in general practice. *Ann Fam Med* 2012;10(1):42-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

en met december 2009. LINH is een netwerk van geautomatiseerde huisartsenpraktijken met samen meer dan 350.000 ingeschreven patiënten.<sup>9</sup> De LINH-huisartsen verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnoses), aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen.<sup>10</sup> Wij includeerden alleen huisartsenpraktijken die gedurende de hele onderzoeksperiode gegevens konden leveren (n = 95).

Wij includeerden alle patiënten ouder dan 18 jaar die in 2008 of 2009 een incidente diagnose slaapproblemen (ICPC P06) of angstproblemen (ICPC P74, P01) gekregen hadden. Een diagnose werd als incident beschouwd als er in de 365 dagen die eraan voorafgingen geen eerdere diagnose slaapprobleem of angstprobleem was gesteld. Voor elke patiënt met een incidente diagnose keken wij of er binnen zeven dagen een recept voor een benzodiazepine (ATC-codes N05BA, N05CD, N05CF) had gekregen. De duur van het voorschrift werd gesteld op dertig dagen (een voorschrift voor een benzodiazepine geldt in het algemeen voor dertig dagen omdat een langere periode farmacotherapeutisch onwenselijk wordt geacht). Tevens keken wij naar het gebruik van SSRI's (ATC-code N06AB) na een incidente diagnose angststoornis. Het kon dan gaan om starten met een SSRI zonder benzodiazepinegebruik, om overstappen van een benzodiazepine op een SSRI of om het toevoegen van een SSRI aan een benzodiazepine.

Per kwartaal werden incidentieratio's berekend voor de diagnoses slaap- en angststoornissen. Wij deelden deze in naar geslacht en leeftijdsgroep (18 tot 44 jaar, 45 tot 65 jaar, 66 tot 75 jaar en ouder dan 75 jaar). De pearson-chikwadrattoets werd toegepast om verschillen te toetsen tussen 2008 en 2009 in het percentage patiënten dat startte met een benzodiazepine.

Met kaplan-meieroverlevingscurves brachten wij het verschil in beeld tussen het aantal patiënten in 2008 dat meer dan één recept had gekregen en stopte met gebruik, en dit aantal in 2009. Met de cox-regressieanalyse analyseerden wij de relatie tussen het kalenderjaar en de discontinuatie van benzodiazepinegebruik, uitgedrukt in hazardratio (HR) en

95%-betrouwbaarheidsinterval (BI). Geslacht en leeftijd werden in de analyse betrokken als mogelijke confounders.

## RESULTATEN

Wij vonden voor de jaren 2008 en 2009 samen 13.596 LINH-patiënten met een incidente diagnose angststoornis (n = 7479) of slaapprobleem (n = 6117). In 2009 kregen minder mensen de diagnose slaap- of angststoornis te horen dan in 2008 [figuur]. Ook het aantal benzodiazepinegebruikers nam af. Van degenen met een incidente slaapprobleem kreeg 59,1% in 2009 een benzodiazepine voorgeschreven versus 67,0% in 2008; voor angststoornissen was dat respectievelijk 30,1% versus 33,7% (zie [tabel 1] voor een overzicht van de patiëntkenmerken). Deze daling was in alle leeftijds- en geslachtsgroepen terug te zien. De daling in het percentage benzodiazepinevoorschriften voor angst trad voornamelijk bij ICPC-code P01, angstig gevoel (45,9% versus 54,1%,  $p < 0,05$ ) en was minder uitgesproken bij ICPC-code P74, angststoornis (49,7% versus 50,3%,  $p > 0,05$ ). Ook het aantal mensen dat meer dan één recept kreeg, daalde, van 42,6% tot 35,0% bij angststoornissen en van 42,6% tot 36,4% bij slaapproblemen [tabel 2].

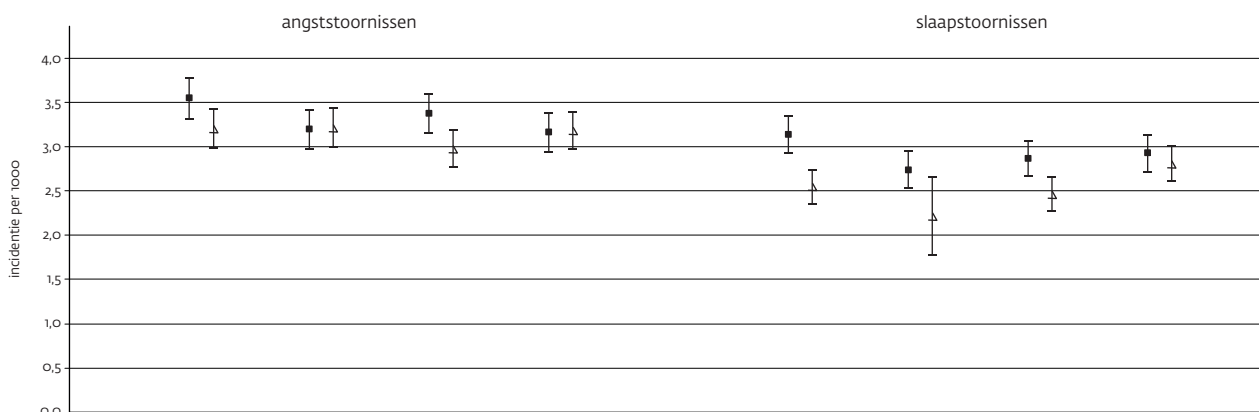
De kans dat het gebruik zou stoppen bleef in 2009 gelijk ten opzichte van 2008 voor patiënten met een incidente diagnose angststoornis (HR 0,87; 95%-BI 0,68-1,11) en werd zelfs iets kleiner voor patiënten met een incidente diagnose slaapprobleem (HR 0,63; 95%-BI 0,52-0,76). Adjustering voor geslacht en/of leeftijd had geen effect op deze uitkomst.

Het aantal angstpatiënten dat overstapte op een SSRI nam weliswaar toe maar bleef klein: 0,3% in 2009 versus 0,1% in 2008.

## BESCHOUWING

Het beperken van de vergoeding voor benzodiazepines blijkt effect te hebben op het aantal diagnoses van angststoornissen en slaapproblemen, én op de kans dat de patiënt daarvoor een benzodiazepine krijgt. Ons onderzoek laat in het tweede en derde kwartaal van 2009 een significante daling zien van

**Figuur** Incidentie per kwartaal (x-as) van de diagnoses angst- en slaapproblemen in 2008 (■) en 2009 (▷), met 95%-betrouwbaarheidsintervallen



**Tabel 1** Eerste recept voor benzodiazepine bij patiënten met een incidente diagnose angst- of slaapproornis

|          | Angststoornis |               |      |               |               |       | Slaapproornis |               |      |               |               |       |
|----------|---------------|---------------|------|---------------|---------------|-------|---------------|---------------|------|---------------|---------------|-------|
|          | 2008          |               |      | 2009          |               |       | 2008          |               |      | 2009          |               |       |
|          | diagnose<br>n | recept<br>n % |      | diagnose<br>n | recept<br>n % |       | diagnose<br>n | recept<br>n % |      | diagnose<br>n | recept<br>n % |       |
| Totaal   | 3769          | 1270          | 33,7 | 3710          | 1116          | 30,1* | 3254          | 2181          | 67,0 | 2863          | 1691          | 59,1* |
| Man      | 1205          | 410           | 34,0 | 1209          | 359           | 29,7* | 1171          | 709           | 60,5 | 1048          | 551           | 52,6* |
| Vrouw    | 2564          | 860           | 33,5 | 2501          | 757           | 30,3* | 2083          | 1472          | 70,7 | 1815          | 1140          | 62,8* |
| Leeftijd |               |               |      |               |               |       |               |               |      |               |               |       |
| 18-44    | 1721          | 419           | 24,3 | 1716          | 378           | 22,0  | 1025          | 639           | 62,3 | 836           | 442           | 52,9* |
| 45-65    | 1418          | 566           | 39,9 | 1330          | 471           | 35,4* | 1399          | 969           | 69,3 | 1222          | 750           | 61,4* |
| 66-75    | 331           | 161           | 48,6 | 358           | 151           | 42,2  | 419           | 296           | 70,6 | 380           | 238           | 62,6* |
| > 75     | 293           | 124           | 42,3 | 306           | 116           | 37,9  | 411           | 277           | 67,4 | 425           | 261           | 61,3  |

\* Verschil met 2008 statistisch significant (p < 0,05).

het aantal nieuwe diagnoses ten opzichte van 2008. Het laat ook zien dat de patiënten bij wie deze diagnoses gesteld werden, in 2009 minder snel een recept voor een benzodiazepine kregen. Dit gold vooral voor patiënten met een slaapproornis. Ze kregen in 2009 ook vaker maar één keer een recept mee, en minder vaak een eerste herhaalrecept.

Wel bleek dat de patiënten met slaapproornissen die meer dan één herhaalrecept kregen, in 2009 langer doorgingen met het benzodiazepinegebruik dan in 2008. Bij angststoornissen trad dit fenomeen niet op. Bij patiënten met angststoornissen werd ook geen verschuiving naar SSRI's waargenomen.

De daling in het aantal nieuwe diagnoses van slaapproblemen zou kunnen komen doordat patiënten, op de hoogte van de nieuwe maatregel, minder snel naar de huisarts stappen. Ook zou het zo kunnen zijn dat huisartsen, als ze geen medicatie voorschrijven, de diagnose minder snel registreren. De daling van het aantal recepten voor benzodiazepinen zou kunnen komen doordat huisartsen bewuster zijn gaan voorschrijven, en dit kan wellicht ook het grotere aantal eenmalige voorschriften verklaren (in lijn met het advies van de NHG-Standaard).<sup>6</sup> Dat patiënten die meer dan één herhaalrecept kregen in 2009 minder snel stopten, zou kunnen komen doordat juist deze gebruikers het middel noodzakelijk vonden en dus bereid waren ervoor te betalen.

Ons onderzoek laat dus zien dat de drie beoogde effecten

van de vergoedingsbeperking allemaal zijn opgetreden: mensen komen minder snel naar de huisarts, van de mensen die komen, krijgen er minder een diagnose en van de mensen die een diagnose krijgen, krijgen er minder een recept. De vraag blijft natuurlijk hoe mensen hun slaap- en angstproblemen nu oplossen, en wat dáárvan de effecten op hun gezondheid zijn. Ook is nog niet duidelijk of de daling van het benzodiazepinegebruik op de langere termijn inderdaad leidt tot minder ongewenste effecten (bijvoorbeeld minder fracturen als gevolg van vallen). Pas wanneer die twee dingen duidelijk zijn, kan het effect van de maatregel echt goed worden ingeschat. Onze resultaten illustreren echter wel dat een overheidsmaatregel het voorschrijven van (deze) geneesmiddelen daadwerkelijk kan terugdringen. ■

LITERATUUR

- 1 Panneman MJ, Goettsch WC, Kramarz P, Herings RM. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: A Pharmostudy. *Drugs Aging* 2003;20:833-9.
- 2 Neutel CI. The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *Int Rev Psychiatry* 2005;17:189-97.
- 3 Rapoport MJ, Lancot KL, Streiner DL, Bedard M, Vingilis E, Murray B, et al. Benzodiazepine use and driving: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70:663-73.
- 4 Nederlands Huisartsen Genootschap. Vergoeding van de benzodiazepinen per 1 januari 2009 uit de basisverzekering [internet]. Utrecht: NHG, 2008. <http://nhg.artsennet.nl/actueel/Nieuwsartikel/Vergoeding-van-de-benzodiazepinen-per-1-januari-2009-uit-de-basisverzekering.htm>. geraadpleegd 13 februari 2011.
- 5 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. *Huisarts Wet* 2004;1:26-37.
- 6 Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen (Eerste herziening). *Huisarts Wet* 2005;48:402-15.
- 7 Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2008. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2008.
- 8 Van Geffen K, Boheemen C, Van Dijk L, Van Hulten R, Bouvy M. Slechts 1 op de 10 stopt na benzomaatregel: Afschaffing vergoeding heeft beperkt effect. *Pharmaceutisch Weekblad* 2009;145:49.
- 9 Westert GP, Hoonhout LHF, De Bakker DH, Van den Hoogen HJM, Schellevis FG. Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: Weinig verschil in medisch handelen. *Huisarts Wet* 2002;45:58-62.
- 10 Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM, editors. *International classification of primary care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press, 1987.

**Tabel 2** Herhaalrecepten voor benzodiazepine bij patiënten met een incidente diagnose angst- of slaapproornis

|          | Angststoornis |      |      |       | Slaapproornis |      |      |       |
|----------|---------------|------|------|-------|---------------|------|------|-------|
|          | 2008          |      | 2009 |       | 2008          |      | 2009 |       |
|          | n             | %    | n    | %     | n             | %    | n    | %     |
| Totaal   | 541           | 42,6 | 406  | 36,4* | 930           | 42,6 | 592  | 35,0* |
| Man      | 181           | 44,1 | 129  | 35,9* | 289           | 40,8 | 195  | 35,4  |
| Vrouw    | 360           | 41,9 | 277  | 36,6* | 641           | 43,6 | 397  | 34,8* |
| Leeftijd |               |      |      |       |               |      |      |       |
| 18-44    | 152           | 36,3 | 113  | 29,9  | 218           | 34,1 | 119  | 26,9* |
| 45-65    | 236           | 41,7 | 165  | 35,0* | 383           | 39,5 | 235  | 31,3* |
| 66-75    | 71            | 44,1 | 69   | 45,7  | 148           | 50,0 | 89   | 37,4* |
| > 75     | 82            | 66,1 | 59   | 50,9* | 181           | 65,3 | 140  | 53,6* |

\* Verschil met 2008 statistisch significant (p < 0,05).