

# Minimale interventiestrategie voor stoppen met benzodiazepinen

## Berichten uit de praktijk

Marjorie Nelissen-Vrancken, Mariëtta Eimers, Eric Versteeg

### Samenvatting

Nelissen-Vrancken HJMG, Eimers JM, Versteeg E. Minimale interventiestrategie voor stoppen met benzodiazepinen.

Berichten uit de praktijk. Huisarts Wet 2006;49(2):92-5.

**Inleiding** Onderzoekers van het UMC St. Radboud ontwikkelden enkele jaren geleden een minimale interventiestrategie voor het stoppen van langdurig benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk. DGV, het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, heeft diverse activiteiten ontplooid ter bevordering van de landelijke implementatie van deze interventiestrategie.

**Achtergrond** Uitgangspunt bij de implementatieactiviteiten was de inspanning van de huisarts te beperken door een beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid van de benzodiazepinegebruiker, samen te werken met de apotheker en taken naar de praktijkassistent/ondersteuner te delegeren. Daarvoor ontwikkelden we een serie werkmaterialen en diverse hulpmiddelen en bevelen we deze aan bij huisartsen en apothekers.

**Belangrijkste kwaliteitsmaat** De mate van verminderd benzodiazepinegebruik bij langdurige gebruikers.

**Interventie** Vijfendertig FTO-groepen voerden de interventie uit met het werk materiaal en onder begeleiding van DGV-adviseurs. Bij vijf FTO-groepen onderzochten we uitgebreid de mate van verminderd benzodiazepinegebruik.

**Effecten** De resultaten waren vergelijkbaar met die van het Nijmeegse onderzoek. Ruim 20% van de ontvangers van de stopbrief stopte zelfstandig met het langdurig benzodiazepinegebruik. Hoe lager het gebruik vóór de stopbrief, hoe groter het percentage stoppers. Bij de niet-stoppers nam het gebruik met gemiddeld 18% af.

**Leerpunten** De minimale interventiestrategie is ook in de eigen praktijk met behulp van de ontwikkelde werkmaterialen toepasbaar. Een goede motivatie en samenwerking tussen huisartsen en apothekers vormen een geschikte basis.

DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, Postbus 3089, 3502 GB Utrecht: dr. H.J.M.G. Nelissen-Vrancken, apotheker/adviseur; ir. J.M. Eimers, adviseur; E. Versteeg, adviseur.

Correspondentie: m.nelissen@dgvinform.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

### Inleiding

Benzodiazepinen zijn de meest voorgeschreven geneesmiddelen in Nederland. Na een lichte afname in 2002 is het gebruik van benzodiazepinen in 2003 en in de eerste helft van 2004 weer toegenomen.<sup>1</sup> Het totaal aantal gebruikers van benzodiazepinen bedroeg 1,86 miljoen in 2003.<sup>2</sup> Dit is 12% van de bevolking. Ondanks dat een slaapmiddel voor hooguit enkele weken en een kalmeringsmiddel voor maximaal enkele maanden voorgeschreven dient te worden, slikt circa 22% van alle gebruikers deze middelen langdurig.<sup>2</sup>

Onderzoekers van het UMC St. Radboud hebben in het Benzoredux-onderzoek aangetoond dat een vermindering van het aantal langdurige benzodiazepinegebruikers mogelijk is met behulp van een minimale interventiestrategie.<sup>3,4</sup> Deze is zo opgezet dat de inspanning van de huisarts beperkt blijft door een beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt met een persoonlijke stopbrief en een uitnodiging voor een evaluatieconsult aan een geselecteerde groep langdurige gebruikers. Door deze minimale interventie lukte het 27% van de ontvangers van de stopbrief om op korte termijn (3-6 maanden na stopbrief) te stoppen en was 14% van de ontvangers benzodiazepinevrij gedurende de gehele onderzoeksperiode van 21 maanden. Bij diegenen, bij wie het niet lukte op lange termijn geheel te stoppen, daalde het benzodiazepinegebruik met 20%. De overige medicatieconsumptie nam niet toe ten gevolge van het versturen van de stopbrief. Deze interventie is dus aantoonbaar effectief en lijkt toepasbaar in elke huisartsenpraktijk. Enkele vergelijkbare onderzoeken hebben inmiddels het gunstige effect van deze interventie in Nederland bevestigd.<sup>5,6</sup> Bredere landelijke implementatie van deze methode is dan ook gewenst.

### Achtergrond

In het kader van het implementatieproject *Stoppen met benzodiazepinen* (2003-2004) heeft DGV, het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, diverse activiteiten ontplooid. De algemene doelstelling van het project was de succesvolle minimale interventiestrategie voor stoppen met benzodiazepinen bij huisartsen landelijk te implementeren, al dan niet in samenwerking met apothekers. In het algemeen kunnen huisartsen een elders succesvol uitgevoerde interventie niet zonder slag of stoot in de eigen praktijk doorvoeren. Veelal vormen allerlei praktische

## De kern

- ▶ De minimale interventiestrategie is een bewezen effectieve methode voor het verminderen van het aantal langdurige benzodiazepinegebruikers.
- ▶ De huisarts kan deze strategie (in FTO-verband) ook succesvol toepassen in de eigen praktijk.

bezwaren zoals tijdgebrek of onbekendheid met de praktische aspecten van de uitvoering in de eigen praktijk een belemmering. Uitgangspunt bij de implementatieactiviteiten was dan ook de inspanning van de huisarts bij het uitvoeren van de interventie beperkt te houden, niet alleen door een beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid van de benzodiazepinegebruiker, maar ook door samen te werken met de apotheker en taken naar de praktijkassistente en/of praktijkondersteuner te delegeren. In dit kader ontwikkelden we een serie werkmateriaal (tabel 1) met een praktische uitwerking van de diverse stappen van de minimale interventie (tabel 2), inhoudelijke achtergrondinformatie en ook diverse praktische tips en hulpmiddelen. De werkmateriaal zijn bruikbaar voor zowel huisartsen en apothekers die de interventie uitvoeren in FTO-verband als huisartsen die zelf aan de slag willen met de interventie ('doe-het-zelvers').

Ter ondersteuning van de activiteiten van huisartsen en apothekers in de eigen praktijk stelden we tevens een helpdesk (benzohelpdesk@dgvinform.nl), een training *Effectief terugdringen van benzodiazepinen*, voorlichtingsmateriaal voor benzodiazepinegebruikers en een publiekslezing beschikbaar (zie voor meer informatie [www.medicijngebruik.nl](http://www.medicijngebruik.nl) onder het thema *Benzodiazepinen*). Wij attendeerden met name huisartsen en apothekers op de werkmateriaal en de andere ondersteuningsactiviteiten (waaronder het FTO-begeleidingstraject). Daarbij maakten wij onder andere gebruik van een direct mailing aan huisartsen, publicaties in regionale beroepsbladen, flyers bij reguliere postverzendingen van DGV, informatiestands tijdens beroepscongressen, presentaties tijdens bijeenkomsten met FTO-contactpersonen, de website van DGV en reguliere netwerkcontacten van de FTO-adviseurs van DGV. Huisartsen, apothekers en andere belangstellende zorgverleners konden na aanvraag gratis over het werkmateriaal beschikken.

Aan de hand van het werkmateriaal voerden 35 FTO-groepen de interventie uit onder begeleiding van een DGV-adviseur. FTO-groepen konden zich hiervoor vrijwillig aanmelden. In aanmerking kwamen FTO-groepen die gewend waren om afspraken te maken in het FTO of daartoe bereid waren (niveau 3 of 4).<sup>7</sup>

## Belangrijkste kwaliteitsmaat

De belangrijkste uitkomstmaat was de mate van verminderd benzodiazepinegebruik bij langdurige gebruikers. Wij maten het verminderd gebruik aan de hand van de afgeleverde hoeveelheid medicatie vóór en na de interventie.

Bij alle FTO-groepen voerden wij een procesevaluatie uit. Hiervoor inventariseerden wij het aantal deelnemende huisartsen en apothekers, het aantal begeleidde FTO-groepen die daadwerkelijk stopbrieven hadden verstuurd (inclusief aantal verstuurd stopbrieven) en het aantal FTO-groepen die geen stopbrieven hadden verstuurd maar nog wel van plan waren om dit op een later tijdstip alsnog te doen.

In een steekproef maten we met een uitgebreide effectevaluatie in welke mate de FTO-groepen het al bewezen effect van de interventie konden reproduceren. Voor een representatieve effectmeting was een steekproefgrootte van 5 FTO-groepen voldoende. De uitgebreide effectevaluatie was alleen mogelijk bij FTO-groepen die het gehele project tijdig (vóór eind 2004) hadden doorlopen en waarbij de analyse kon plaatsvinden aan de hand van apotheekgegevens. We selecteerden voor de effectevaluatie 5 FTO-groepen op grond van een tweetal praktische kenmerken: de stopbrieven moesten verstuurd zijn vóór 1 augustus 2004 en er mocht slechts één apotheek (met een of meerdere apothekers) bij de FTO-groep betrokken zijn.

De effectevaluatie bestond uit een analyse per huisarts van het benzodiazepinegebruik vóór (aantal DDD's/gebruiker 0-3 maanden voor stopbrief) en na de interventie (aantal DDD's/gebruiker 3-6 maanden na stopbrief) van alle gebruikers aan wie een stopbrief was verstuurd. Uitgangspunt was dat FTO-groepen alleen aan langdurige gebruikers (>90 tabletten in het afgelopen jaar) een stopbrief stuurden. Hiervan kon men echter afwijken. Dit

Tabel 1 Werkmateriaal en hulpmiddelen voor zorgverleners bij de minimale interventie Stoppen met benzodiazepinen

Materiaal	Inhoud
Werkboek <i>Minimale interventie</i>	Een algemene beschrijving van de interventie, een leidraad voor een stapsgewijze aanpak en praktische instructies voor de diverse stappen van het stappenplan.
<i>Hulpmiddelenboek</i>	Voorbeelden van stopbrief, afbouwschema's voor benzodiazepinen, sociale kaart, persberichten en relevante patiëntenvoorlichtingsfolders, brochures, adressen en literatuur.
Cd-rom	Diverse praktische hulpmiddelen, zoals Bendep-SRQ (vragenlijst voor bepaling van verslavingsprofiel), BWSQ (vragenlijst voor het in kaart brengen van ervaren ontwenningssverschijnselen) en de slaap-waakkalender (inzichtelijk maken van het slaappatroon).
Brochure <i>Stoppen met benzodiazepinen</i>	Bestanden van voorbeeldbrieven en praktische hulpmiddelen uit <i>Hulpmiddelenboek</i> , presentaties voor het FTO, scripts voor patiëntselectie in apotheekstelsel en digitale vorm van werkmateriaal in serie <i>Stoppen met benzodiazepinen</i> .
FTO-module <i>Oriëntatie</i>	Uitgebreide achtergrondinformatie over normale slaap en normale angst, belangrijkste indicaties, werking en nadelige effecten van benzodiazepinen, karakteristieken van benzodiazepinegebruikers en succesvolle preventie en interventie van ongewenst gebruik.
FTO-module <i>Minimale interventie</i>	Programma voor een FTO-bijeenkomst, gericht op een algemene oriëntatie over de zin en onzin van het voorschrijven van benzodiazepinen.
	Programma voor een FTO-bijeenkomst, gericht op aanpak van bestaand langdurig gebruik van benzodiazepinen door middel van een minimale interventie.

**Tabel 2** Stapsgewijze aanpak van minimale interventiestrategie Stoppen met benzodiazepinen

Stap	Werkwijze
1 Opsporen langdurige gebruikers	- vaststellen selectiemethode en uitvoerder(s) van werkzaamheden - uitvoeren selectie
2 Screenen opgespoorde gebruikers	- vaststellen exclusiecriteria en uitvoerder(s) van werkzaamheden - uitvoeren screening
3 Versturen stopbrief	- vaststellen afzender(s), opmaak brieven en uitvoerder(s) van werkzaamheden - aanpassen en verzenden stopbrief
4 Versturen uitnodiging evaluatieconsult	- vaststellen wijze van versturen uitnodiging en uitvoerder(s) van werkzaamheden
5 Houden evaluatieconsult	- vaststellen planning evaluatieconsulten - keuze van hulpmiddelen - voorbereiding en uitvoering consulten
6 Monitoren voortgang	- vaststellen uitvoerder monitorfunctie - monitoren activiteiten van alle deelnemers

blijkt ook uit *tabel 3*: circa 10% van de patiënten gebruikte minder dan 0,1 DDD per dag. Sommige FTO-groepen selecteerden namelijk ook patiënten met minder dan 90 tabletten in het afgelopen jaar. Daarnaast verschilde de selectieperiode (afgelopen jaar) met de analyseperiode (3 maanden vóór stopbrief). Patiënten die tijdens het afgelopen jaar hun gebruik hadden geminderd werden daarom wel geselecteerd als langdurige gebruiker, maar hadden in de analyseperiode een laag gebruik. Gebruikers die tijdens de interventie verhuisd of overleden waren, sloten we in de analyse uit. We beschouwden een gebruiker als stopper als hij geen benzodiazepine meer gebruikte in het tweede kwartaal na het verzenden van de stopbrief.

### Interventie

Een adviseur van DGV begeleidde de vrijwillig aangemelde FTO-groepen bij de voorbereiding en uitvoering van FTO-bijeenkomsten waarin de minimale interventie voor stoppen met benzodiazepinen besproken werd. Allereerst werd in een oriënterende FTO-bijeenkomst aandacht besteed aan algemene aspecten rondom de problematiek van (langdurig) benzodiazepinegebruik, de situatie in de eigen praktijk en mogelijkheden om te voorkomen dat patiënten langdurig benzodiazepinen gaan gebruiken en bestaand langdurig gebruik aan te pakken. Indien de FTO-groep er vervolgens voor koos zich op bestaand langdurig gebruik te richten, dan werd in een volgende FTO-bijeenkomst de aanpak door middel van de minimale interventiestrategie nader besproken en uitgewerkt aan de hand van een stappenplan (*tabel 2*). Daarbij kwamen de praktische aspecten van de minimale interventiestrategie uitgebreid aan de orde: wie voert welke taken uit en op welke manier? De FTO-groep kon ervoor kiezen één plan voor de gehele FTO-groep of individuele plannen per huisartsenpraktijk uit te werken. De afspraken met een bijbehorende tijdsplanning werden vastgelegd en de monitor – een door de groep aangewezen huisarts of apotheker (eventueel praktijkondersteuner) van de FTO-groep – bewaakte de voortgang van het project. De adviseur van DGV was niet betrokken bij de praktische uitvoering van de interventie. De FTO-groep kon wel begeleiding krijgen bij het genereren van relevante cijfers en patiëntenlijsten voor de FTO-bijeenkomsten. Per FTO-groep was er bovendien voor één apotheek het praktijkprogramma *Benzodiazepinen* van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) gratis beschikbaar. Na minimaal een halfjaar bespraken de huisartsen en apothekers de ervaringen

en resultaten in een evaluatiebijeenkomst waarbij ook een FTO-adviseur aanwezig was.

### Effecten

Van de in totaal 35 FTO-groepen die actief begeleid waren door een adviseur van DGV, hebben er 5 uiteindelijk geen stopbrieven verstuurd. De redenen daarvoor liepen uiteen: te veel werk, drukke werkzaamheden, verbouwing gezondheidscentrum, wisseling samenstelling van het FTO en boosheid op de minister van VWS. Vier van deze FTO-groepen besteedden wel aandacht aan preventie van nieuw ongewenst langdurig gebruik. De overige 30 FTO-groepen voerden de minimale interventie geheel uit in 2004 of rondde deze in 2005 af. Negentien FTO-groepen bespraken het onderwerp 'stoppen met benzodiazepinen' in 3 bijeenkomsten; de overige FTO-groepen combineerden de oriëntatiebijeenkomst met de interventiebijeenkomst.

DGV heeft in 5 FTO-groepen met in totaal 35 huisartsen en 7 apothekers de effecten uitgebreid geanalyseerd. Aan 682 langdurige benzodiazepinegebruikers was een stopbrief gestuurd – gemiddeld circa 20 stopbrieven per huisarts. Van deze groep kwamen 634 gebruikers in aanmerking voor evaluatie. De overige gebruikers waren verhuisd of overleden of bleken al gestopt te zijn met het benzodiazepinegebruik. Door onvolledige registraties in diverse huisartsenpraktijken is niet bekend hoeveel evaluatieconsulten er uiteindelijk hebben plaatsgevonden. Het percentage stoppers was gemiddeld 21% en varieerde van 14 tot 28% in de verschillende FTO-groepen. Er waren geen significante verschillen tussen FTO-groepen en tussen huisartsen binnen de FTO-groep. Er was een statistisch significant verband tussen het percentage stoppers en het gebruik vóór verzending van de stopbrief: hoe minder men gebruikte, hoe hoger het percentage stoppers (*tabel 3*;  $p < 0,001$ ). Langdurige benzodiazepinegebruikers met gemiddeld

**Tabel 3** Stoppers van langdurig benzodiazepinegebruik

Gebruik vóór interventie	Aantal gebruikers vóór interventie	% stoppers
<0,1 DDD/dag	61	41
0,1-0,5 DDD/dag	294	25
0,5-1 DDD/dag	191	14
1-2 DDD/dag	69	9
>2 DDD/dag	19	5
Totaal	634	21

DDD: standaarddagdosering

**Tabel 4** Verschil in gebruik vóór en na de interventie bij niet-stoppers van langdurig benzodiazepinegebruik

Gebruik voor interventie	Aantal niet-stoppers	Gemiddeld DDD vóór interventie	Gemiddeld DDD na interventie	% verschil
< 0,1 DDD/dag	36	0,03	0,09	+162
0,1-0,5 DDD/dag	222	0,28	0,25	-11
0,5-1 DDD/dag	164	0,74	0,58	-22
1-2 DDD/dag	63	1,24	0,99	-19
>2 DDD/dag	18	2,67	2,17	-19
Totaal	503	0,61	0,51	-18

1 DDD of minder per dag stopten het vaakst. Hoewel het versturen van een stopbrief dan ook het meest zinvol lijkt voor deze categorie gebruikers, heeft het ook effect bij niet-stoppers bij wie het gebruik afnam met gemiddeld 18% (tabel 4). Bij deze categorie gebruikers is er geen duidelijke relatie tussen de mate van vermindering van het gebruik en het gebruik vóór verzending van de stopbrief: vanaf meer dan 0,5 DDD per dag neemt het gebruik af met 19-22%.

### Leerpunten en vervolg

Uit onze ervaringen met de begeleiding van FTO-groepen blijkt dat het uitvoeren van de minimale interventie in een samenwerkingsverband tussen huisartsen en apothekers een goede basis vormt voor het welslagen van de aanpak. Belangrijk is wel dat de groep één of twee goede voortrekkers heeft, een huisarts en/of apotheker die de gehele groep kan motiveren en overtuigen van de ernst van de problematiek (juist bij die oudere patiënt die al 20 jaar een slaaptabletje slikt), weerstanden kan ondervangen en de voortgang van de uitvoering bewaakt. Het was vaak de apotheker die de voorselectie van relevante benzodiazepinegebruikers uitvoerde. Hierbij was de beschikbaarheid van standaardscripts van enkele apotheeksoftwareleveranciers – helaas niet voor alle – en het praktijkprogramma *Benzodiazepinen* van de SFK onontbeerlijk voor een eenvoudige geautomatiseerde selectie van de patiënten. Bij huisartsenpraktijken met een praktijkondersteuner waren de uitvoering en ondersteuning van de andere praktische aspecten van de interventie (screening, versturen brieven, oproep consult) vaak de taak van de praktijkondersteuner. De uitgebreide instructies bij de werkmateriaal boden in het algemeen voldoende ondersteuning en achtergrondinformatie. Hoewel we niet precies weten hoeveel tijd er in de uitvoering van het project ging zitten, is ons wel duidelijk geworden uit reacties van individuele huisartsen en apothekers dat de interventie in het algemeen meer tijd kost dan de naam doet vermoeden. Hier dient dan ook vooraf rekening mee te worden gehouden.

Uit de uitgebreide effectevaluatie blijkt dat het mogelijk is de minimale interventie uit te voeren in de eigen huisartsenpraktijk met vergelijkbare resultaten als in het Benzoredux-onderzoek van het UMC St. Radboud. Zowel het gemiddeld percentage stoppers (21% versus 27% in Benzoredux-onderzoek) als het verminderd gebruik bij niet-stoppers (18% respectievelijk 20%) was ongeveer gelijk. Het percentage stoppers is afhankelijk van het benzodiazepinegebruik vóór de interventie. Langdurige gebruikers met gemiddeld 1 DDD of minder per dag stoppen het vaakst. Verschil-

len in uitgangsgebruik van de geselecteerde patiënten kunnen dan ook een verklaring zijn voor de (niet-significante) verschillen in effecten tussen FTO-groepen.

Uiteraard is het ook mogelijk om de minimale interventiestrate-

gie buiten FTO-verband uit te voeren. De werkmateriaal bieden voldoende handvatten voor 'doe-het-zelvers'. Na een uitgebreide promotiecampagne onder huisartsen is het 'doe-het-zelfpakket' in 2004 circa 1200 keer aangevraagd. Uit een enquête onder de aanvragers van dit pakket is gebleken dat 5% van de respondenten al in 2004 aan de slag is gegaan met de interventie. Eenentwintig procent van de respondenten gaf aan nog geen brieven te hebben verstuurd, maar wel van plan te zijn om alsnog te gaan starten. Als belangrijkste motieven voor het versturen van de stopbrieven werden de risico's van en het ontbreken van een indicatie voor langdurig benzodiazepinegebruik genoemd. De belangrijkste redenen waarom men (nog) geen stopbrieven had verstuurd, waren tijdsaspecten. Momenteel is nog onduidelijk hoe succesvol een dergelijke interventie bij 'doe-het-zelvers' zal zijn. Onze ervaringen met de FTO-groepen duiden erop dat motivatie van de arts en ondersteuning van apotheker, praktijkondersteuner en/of praktijkassistente de belangrijkste voorwaarden voor het welslagen van de interventie zijn. DGV zal in ieder geval vooralsnog de minimale interventiestrategie voor het stoppen van ongewenst langdurig benzodiazepinegebruik blijven aanbevelen en ondersteunen, onder andere door FTO-groepen actief te begeleiden en de helpdeskactiviteiten voort te zetten.

### Dankbetuiging

Wij bedanken alle betrokken FTO-groepen voor hun deelname aan het onderzoek.

Het project Stoppen met benzodiazepinen (2003-2004) is gefinancierd door een projectsubsidie van ZonMw.

### Literatuur

- 1 Stichting Farmaceutische Kengetallen. Benzodiazepinen weer in opmars. Pharm Weekbl 2004;139:1219.
- 2 De Valk V. CVZ wil gebruik slaap- en kalmeringsmiddelen verder terugdringen. 1,86 miljoen Nederlanders is teveel. Pharm Weekbl 2004;139:1649-50.
- 3 Oude Voshaar RC, Gorgels WJM, Mol AJJ, Couvée JE, Van Balkom AJLM, Zitman FG. Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1347-50.
- 4 Gorgels WJM, Oude Voshaar RC, Mol AJJ. Terugdringen van chronisch gebruik van benzodiazepinen: eindverslag van een wetenschappelijk onderzoek. Nijmegen: Afdeling huisartsgeneeskunde, UMC St. Radboud Nijmegen, 2002.
- 5 Ten Wolde GB. Individuele brief met stopadvies voor benzodiazepinen. Persoonlijk advies is effectiever. Pharm Weekbl 2004;139:1625-3.
- 6 Niessen WJM, Stewart RE, Broer J, Haaijer-Ruskamp FM. Vermindering van gebruik van benzodiazepinen door een brief van de eigen huisarts aan chronische gebruikers. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:356-61.
- 7 Van Dijk L, Jansen J, Wagner C, De Bakker D. Professionalisering van het FTO in Noord-Holland Noord. Evaluatie van een pilot. Utrecht: NIVEL, 2004.