



wetenschappelijk bureau voor  
onderzoek, expertise en advies  
op het gebied van leefwijzen,  
verslaving en daaraan gerelateerde  
maatschappelijke ontwikkelingen

## Motiverend aan de slag met benzoreductie

Een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie  
ter vermindering van chronisch benzodiazepinegebruik in de  
huisartsenpraktijk

Cas Barendregt  
Nienke de Wit  
Barbara van Straaten  
Gerda Rodenburg

## Colofon

### Motiverend aan de slag met benzoreductie

Een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie ter vermindering van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk

Auteurs:

Cas Barendregt

Gerda Rodenburg

Nienke de Wit

Met medewerking van: Welmoed Nijboer (Progez) & Heleen Westendorp (Tactus verslavingspreventie) en alle POH's-GGZ, huisartsen en assistentes die aan dit project hebben deelgenomen

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw (projectnummer 80-83600-98-42023)



Rotterdam, april 2017



Het onderzoeksinstituut IVO werkt op een enthousiaste manier samen met opdrachtgevers aan het beantwoorden van vragen rondom leefstijl, verslaving en zorg. Het verbeteren van de situatie van kwetsbaren in de maatschappij speelt daarbij een belangrijke rol.

IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T +31 10 425 33 66

E [secretariaat@ivo.nl](mailto:secretariaat@ivo.nl)

W [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl)

## Inhoud

Samenvatting	1
1	5
1.1	6
1.2	7
2	8
2.1	8
2.2	9
3	12
3.1	12
3.1.1	12
3.1.2	13
3.1.3	15
3.1.4	18
3.1.5	19
3.1.6	22
3.1.7	23
3.2	25
3.2.1	25
3.2.2	26
3.2.3	26
3.2.4	28
4	29
4.1	29
4.2	32
5	33
Bijlage 1	35
Bijlage 2	36

## Samenvatting

### Samenvatting

#### *Aanleiding en doel*

Naar schatting gebruiken 1,7 miljoen mensen in Nederland benzodiazepinen, waarvan zo'n 20-50% chronisch gebruikt. Chronisch gebruik van benzodiazepinen is ongewenst: de gewenste effecten op de slaap nemen snel af terwijl ongewenste bijwerkingen blijven bestaan. De NHG-standaard 'Slaapproblemen en slaappmiddelen' adviseert dan ook benzodiazepinen eenmalig en met een maximum van 10 tabletten voor te schrijven. Het relatief hoge percentage chronische gebruikers laat zien dat de dagelijkse praktijk niet in lijn is met de NHG-standaard. Het doel van deze pilotstudie 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' is om de toepassing van de NGH-standaard bij chronisch gebruik van benzodiazepinen te verbeteren.

#### *De pilotstudie: 'Motiverend aan de slag met benzoreductie'*

Minimale interventies zijn bewezen effectief om benzodiazepinegebruik terug te dringen. Deze pilotstudie test en evalueert een combinatie van drie effectieve minimale interventies in huisartsenpraktijken. Deze drie interventies zijn:

1. een stopbrief;
2. gepersonaliseerd voorlichtingsmateriaal (in deze pilotstudie in de vorm van een werkboekje); en
3. motiverende gespreksvoering.

Voorafgaand aan de inzet van deze interventies volgden de POH's-GGZ een training (inclusief intervisie) in motiverende gespreksvoering gericht op het verhogen van de motivatie van patiënten om hun chronisch benzodiazepinegebruik te veranderen.

De pilotstudie bestaat uit een procesevaluatie en een effectevaluatie. De *procesevaluatie* geeft inzicht in het verloop van de pilot en biedt aanknopingspunten ter verbetering van de projectmatige aanpak zodat deze breed kan worden ingezet door huisartsenpraktijken die op systematische wijze het benzodiazepinegebruik in hun patiëntenpopulatie willen terugdringen. De procesevaluatie geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Is de pilot in de deelnemende praktijken uitgevoerd zoals bedoeld? Welke knelpunten hebben zich voorgedaan en wat was hiervan de oorzaak? Wat zijn voorwaarden voor een goed verloop van de nieuwe aanpak?
2. Hoe ervaren de POH's-GGZ de training in motiverende gespreksvoering? Hoe worden de intervisiebijeenkomsten gewaardeerd? Voelen POH's-GGZ zich door de training en intervisiebijeenkomsten in staat om motiverende gespreksvoering toe te passen zoals bedoeld?
3. Wat is de bruikbaarheid en cliëntvriendelijkheid van het gepersonaliseerde voorlichtings- en werkboekje voor patiënten? Sluit het boekje goed aan bij o.a. de culturele achtergrond, het opleidingsniveau en de leeftijd van de patiënt?
4. Wat is de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg, zoals geboden door de POH-GGZ?

Om deze vragen te beantwoorden zijn interviews gehouden met 13 POH's-GGZ, 11 benzodiazepinegebruikers en 6 huisartsen. Daarnaast is een focusgroep georganiseerd met 5 POH's-GGZ ter verificatie van de resultaten en eventuele aanvullingen.

Via een *effectevaluatie* onderzoeken we of de gecombineerde inzet van een stopbrief, gepersonaliseerd voorlichtingsmateriaal en motiverende gespreksvoering samenhangt met een vermindering in chronisch benzodiazepinegebruik. De effectevaluatie geeft antwoord op de volgende vragen:

5. Wat zijn in de deelnemende huisartsenpraktijken de behaalde resultaten in termen van:
  - het aantal patiënten dat een stopbrief heeft ontvangen;
  - het aantal patiënten dat na twee maanden is gestopt of geminderd met gebruik van benzodiazepinen;
  - het aantal patiënten waarmee POH's-GGZ hebben gesproken n.a.v. de stopbrief;
  - het aantal patiënten dat gepersonaliseerd voorlichtingsmateriaal heeft ontvangen;
  - het aantal patiënten dat is doorverwezen naar specialistische (online) behandeling van chronisch benzodiazepinegebruik?
6. Wat zijn verschillen tussen het proces en de resultaten in de drie deelnemende regio's en waardoor kunnen deze worden verklaard?

Voor deze effectevaluatie hielden 13 huisartsenpraktijken gegevens bij van patiënten die chronisch benzodiazepinen gebruikten in een monitorbestand: de benzomonitor. In totaal zijn gegevens van 422 patiënten aangeleverd. Bij 378 van deze patiënten was alle benodigde informatie aanwezig voor de effectevaluatie. De analyses zijn verricht op deze groep van 378 patiënten, waarvan 217 in interventiegroep en 161 in de controlegroep.

#### *Resultaten van de procesevaluatie*

Hieronder volgen de belangrijkste resultaten van de procesevaluatie per onderwerp.

#### Selectie patiënten:

- Voor het selecteren van patiënten neemt de huisarts of POH-GGZ contact op met de apotheker(s) en vraagt een lijst met patiënten uit te draaien die in de afgelopen 6 maanden benzodiazepinen kregen voorgeschreven. Vervolgens worden de chronisch gebruikende patiënten geselecteerd en loopt de huisarts de lijst na om die patiënten eruit te halen bij wie minderen met medicatie niet opportuun lijkt. Niet in alle praktijken zijn deze stappen in deze volgorde doorlopen. Enkele huisartsen die handmatig de geïncludeerde patiënten hebben nagelopen op exclusiecriteria (bijv. andere reden van benzogebruik dan slaap- of angstklachten), hebben deze criteria niet altijd consequent toegepast.
- Het bleek dat niet alleen patiënten zijn geselecteerd die chronisch benzodiazepinen gebruikten, ook zijn patiënten geselecteerd die incidenteel, niet-chronisch, gebruikten. Een reden hiervan is dat bij de inclusiecriteria de frequentie van gebruik niet is gespecificeerd. Een andere reden is dat de registratie van de apotheker wel iets zegt over de afgehaalde medicijnen, maar niet over het feitelijke gebruik.

#### Training motiverende gespreksvoering:

- Alle deelnemende POH's-GGZ hebben de training motiverende gespreksvoering gevolgd. Deze training werd hoog gewaardeerd.

#### De stopbrief en nabellen:

- Het werken in 'batches' van 20 patiënten – en niet in één keer alle geselecteerde patiënten een stopbrief sturen - lijkt een goede manier om de hoeveelheid werk af te bakken in werkbare porties.
- Volgens POH's-GGZ schrikt het gebruik van het woord "stoppen" in de stopbrief de lezers ervan af. Een aantal POH's-GGZ zou liever zien dat de nadruk in de brief zou liggen op bewustwording van de effecten van langdurig gebruik, "er anders mee omgaan" en eventueel minderen van gebruik.
- Nadat de stopbrieven zijn verstuurd kunnen patiënten contact opnemen met de praktijk. In de minimale interventiestrategie (Knuistingh Neven et al., 2014) is voorzien dat de praktijkassistente de

patiënten nabelt. In de meeste praktijken die aan dit project meededen, is nagebeld door de POH-GGZ. Er werden hiervoor twee redenen aangevoerd: 1) de assistentes zijn te druk om dit werk er nog bij te nemen en 2) het werk is te inhoudelijk om aan assistentes over te laten.

Het werkboekje:

- De reacties van de POH's-GGZ op het werkboekje zijn overwegend positief. Een enkeling vindt het boekje weinig informatie bevatten en nogal oppervlakkig. Ze vinden het fijn dat ze de patiënten iets concreets mee kunnen geven. Het 'afbouwschema' in het werkboekje is door de POH's-GGZ het meest genoemd als bruikbaar onderdeel.
- Patiënten reageren positief op het werkboekje, maar niet iedereen maakt er evenveel gebruik van. Het meest gebruikte deel van het boekje is de kalender.
- Schriftelijk materiaal bleek niet voor iedereen geschikt, ondanks eenvoudig taalgebruik, plaatjes en schema's.

De benzomonitor:

- Aanvankelijk leverde een aantal POH's-GGZ een onvolledig ingevulde benzomonitor in bij de onderzoekers. Dit is een indicatie dat een externe prikkel behulpzaam is het project volledig af te ronden en cijfermatig stil te staan bij de resultaten.

De uitvoering van dit pilotproject bleek in een aantal deelnemende huisartsenpraktijken een bredere invloed te hebben dan alleen op de geselecteerde patiënten. Die invloed bestond uit: 1) een groter bewustzijn ten aanzien van chronisch medicijngebruik, 2) 'onzichtbare' patiënten met chronische klachten zijn zichtbaar geworden, en 3) de positie van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werd versterkt.

#### *Resultaten van de effectevaluatie*

Hieronder volgen de belangrijkste resultaten van de effectevaluatie per onderwerp.

De patiënten:

- De patiënten waren gemiddeld 62 jaar oud en 72% is vrouw.
- Het meest gebruikte middel was Oxazepam.
- Alle 238 patiënten in de interventiegroep hebben de stopbrief ontvangen en met 197 daarvan is daarna telefonisch contact geweest (83%).
- 59 patiënten zijn op het spreekuur van de POH-GGZ geweest (24,8%). Aan 38 van hen is het werkboekje aangeboden.
- De gemiddelde gestandaardiseerde dagdosering (DDD) voor de hele populatie (378 patiënten, interventiegroep en controlegroep) bij aanvang van het project was 0,85. De gemiddelde DDD bij aanvang verschilde niet significant tussen de interventie- en de controlegroep.

Effecten op benzodiazepinegebruik:

- Zowel in de interventiegroep als in de controlegroep is het benzodiazepinegebruik afgenomen.
- In de interventiegroep is het gebruik significant sterker afgenomen (DDD -0,25) dan in de controlegroep (DDD -0,11).
- Het gecombineerd inzetten van motiverende gespreksvoering én het werkboekje (na de stopbrief) leidt tot een significant grotere afname van het benzodiazepinegebruik (DDD -0,41) dan alleen een werkboekje of geen van beide (DDD -0,11).

### *Conclusie*

Het effect van de pilotstudie 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' op het benzodiazepinegebruik van de deelnemende patiënten is veelbelovend. Patiënten die alle drie de onderdelen van de interventie ontvingen, laten een ruim drie maal zo grote afname in gebruik zien ten opzichte van patiënten die geen of niet alle onderdelen ontvingen. De verschillende uitvoeringspraktijken van de interventie laten echter wel zien dat de interventie niet strikt geprotocolleerd is uitgevoerd. Dit leidt tot een onbetrouwbaarheidsmarge waarmee rekening moet worden gehouden bij de interpretatie van deze resultaten.

De procesevaluatie gaf aanknopingspunten voor huisartsenpraktijken om aan de slag te gaan met benzoreductie onder hun patiënten. De training motiverende gespreksvoering werd bijvoorbeeld hoog gewaardeerd door POH's-GGZ. Het werkboekje werd over het algemeen nuttig gevonden, maar is niet voor alle patiënten geschikt en zou op sommige punten gebruiksvriendelijker kunnen volgens POH's-GGZ en patiënten. De benzomonitor is in deze pilotstudie ingezet om bij te kunnen houden wat het resultaat van de interventie is, maar kan ook buiten een onderzoekskader door huisartsenpraktijken worden ingezet om overzicht te houden van benaderde patiënten en is behulpzaam bij het intern evalueren van de geleverde inspanning.

De projectmatige aanpak van 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' faciliteert aandacht voor chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk. De huisarts is zich, in ieder geval tijdelijk, meer bewust van zijn of haar voorschrijfbeleid. De POH-GGZ heeft verhoogde aandacht voor benzodiazepinegebruik van alle patiënten die worden gezien, niet alleen de patiënten die zijn geselecteerd voor de interventie.

Wanneer een huisartsenpraktijk jaarlijks of tweejaarlijks een project zou uitvoeren zoals beschreven in deze pilotstudie, zal dat bij enkele herhalingen kunnen leiden tot een grote afname van het aantal chronisch benzodiazepinegebruikers in de patiëntenpopulatie.

## 1 Introductie

Ongeveer één op de tien mensen in Nederland gebruikt benzodiazepinen (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2016). Dat zijn zo'n 1,7 miljoen mensen. Van deze gebruikers is naar schatting 20% (Instituut Verantwoord Medicijngebruik, 2006) tot 50% (Geers & Arents, 2009) een chronische gebruiker. Een chronische gebruiker gebruikt deze middelen gedurende meer dan zestig dagen in de afgelopen drie maanden (Knuistingh Neven et al., 2014). Vaak zijn slaapproblemen de aanleiding tot chronisch gebruik, maar het blijkt dat benzodiazepinen nauwelijks effectief zijn en in veel gevallen niet tot een betere nachtrust leiden (Glass, Lanctôt, Herrmann, Sproule, & Busto, 2005). Er ontstaat relatief snel tolerantie. Het voorschrijven van benzodiazepinen voor slaapproblemen wordt daarom over het algemeen als ongewenst beschouwd. Volgens de NHG-standaard M23 'Slaapproblemen en slaappmiddelen' neemt na twee weken gebruik het hypnotisch effect af, terwijl ongewenste bijwerkingen blijven bestaan. Aangestuurd wordt op eenmalig voorschrijven van niet meer dan 5 tot 10 tabletten (Knuistingh Neven et al., 2014). Gezien het hoge percentage chronische gebruikers, blijkt de dagelijkse praktijk dus niet in lijn met de NHG-standaard (Knuistingh Neven et al., 2014).

### *Risico's van chronisch gebruik*

Gevolgen als sufheid, slaperigheid, emotie-vervlakking en slechtere risico-inschatting bij langdurig gebruik kunnen leiden tot vallen en gevaarlijke situaties. Dit geldt in het bijzonder voor ouderen, van wie 10-20% slaappmiddelen gebruikt (Instituut Verantwoord Medicijngebruik, 2006). Echter, plotseling stoppen kan leiden tot ontwenningsverschijnselen en hernieuwde slapeloosheid, wat de kans op terugval in chronisch gebruik verhoogt. Implementatie van effectieve strategieën ter voorkoming en vermindering van chronisch gebruik blijken echter niet vanzelfsprekend.

### *De huisarts en POH-GGZ*

Uit eerder onderzoek van IVO blijkt dat huisartsen vaak geen inzicht hebben in het aantal langdurige gebruikers in de eigen huisartsenpraktijk (Stoele, Luijendijk, Tiemeier, Heeringa, & Jansen, 2004). Ondanks dat de NHG-standaard stelt dat herhalingsrecepten van slaappmedicatie binnen een spreekuur besproken moeten worden, blijkt het in de praktijk vaak te gaan om herhaalrecepten (circa 90%) zonder arts-patiënt contact (Eimers, Nelissen-Vrancken, & Sonnen, 2010). Daarnaast zijn er onder huisartsen ook verschillen in het durven aangaan van een discussie met de patiënt (Stoele et al., 2004). Voor het voorkómen, signaleren en bespreken van chronisch benzodiazepinegebruik lijkt de praktijkondersteuner (POH-GGZ) beter toegerust. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat de POH-GGZ na een training patiënten met slapeloosheid kan behandelen (Knuistingh Neven et al., 2014). Uit de praktijk blijkt dat de POH-GGZ een rol kan vervullen bij preventie en terugdringen van chronisch gebruik, aangezien meer tijd kan worden besteed aan psychologische en gepersonaliseerde behandelmethoden. De POH-GGZ kan patiënten individueel begeleiden om verandering in het slaapedrag te realiseren (Van de Ven, Meulepas, Gorgels, Verbeek, & Laurant, 2012) en het medicatiegebruik te verbeteren (Fletcher et al., 2012).

### *Een effectieve interventie*

Uit zowel Nederlandse (De Gier et al., 2011; Stewart et al., 2007; Gorgels et al., 2005) als internationale studies (Parr et al., 2009; Gould et al., 2014) blijkt dat het gebruik van een stopbrief - waarin de arts de patiënten wijst op de nadelen van chronisch benzodiazepinegebruik - als minimale interventie om chronisch benzodiazepinegebruik terug te dringen op zowel korte als lange termijn effectief is. Voor de POH-GGZ is de stopbrief daarmee het startpunt om met patiënten in gesprek te gaan over hun gebruik, met name met patiënten die niet op eigen kracht kunnen of willen stoppen na een stopbrief. Om ook terugdringen van chronisch gebruik bij deze groep te realiseren, kunnen aanvullend twee bewezen effectieve strategieën ingezet



worden: 1) gepersonaliseerd voorlichtingsmateriaal (Tannenbaum, Martin, Tamblyn, Benedetti, & Ahmed, 2014) en 2) motivatie verhogende gesprekstechnieken (Miller & Rollnick, 2002), oftewel motiverende gespreksvoering.

Uit eerder onderzoek blijkt dat voorlichting op maat behulpzaam kan zijn bij vermindering of stoppen met benzodiazepinegebruik (Cook, Marshall, Masci, & Coyne, 2007). Een gecontroleerde studie in Canada onder 300 oudere Canadezen liet zien dat gepersonaliseerde en begrijpelijke voorlichting bij ruim een kwart van de deelnemers leidde tot het stoppen met benzodiazepinen (Tannenbaum et al., 2014). Motiverende gespreksvoering is tevens een veelgebruikte methode om patiënten te stimuleren hulp te zoeken of hun ongezonde manier van leven aan te pakken (Miller & Rollnick, 2002). Uit een meta-analyse blijkt dat psychologische interventies samen met geleidelijke afbouw het meest effectief zijn om te stoppen met benzodiazepinegebruik (Parr et al., 2009). De komst van de POH-GGZ maakt het mogelijk om meer tijd te besteden aan dit soort psychologische en gepersonaliseerde behandelmethoden om daarmee chronisch benzodiazepinegebruik terug te dringen.

In deze pilotstudie wordt de minimale interventiestrategie, het versturen van een stopbrief gevolgd door een evaluatieconsult met de huisarts, als vertrekpunt genomen (Voshaar, Couvée, Van Balkom, Mulder, & Zitman, 2006). Wat echter anders is, is dat het evaluatieconsult door de POH-GGZ wordt gedaan en dat deze in de gesprekken met patiënten welbewust motiverende gespreksvoering inzet en het gesprek kan ondersteunen met een gepersonaliseerd voorlichtings- en werkboekje. In de voorbereidende fase, voordat de stopbrieven worden verzonden, krijgen de POH's-GGZ een training (inclusief intervisie) in motiverende gespreksvoering, gericht op het verhogen van de motivatie van patiënten om hun chronisch benzodiazepinegebruik te veranderen. Ook wordt in deze voorbereidende fase het gepersonaliseerde voorlichtings- en werkboekje ontwikkeld, gebaseerd op het Canadese model van Tannenbaum et al. (2014).

De toegepaste interventie, 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' genaamd, sluit aan bij reeds lopende initiatieven van Tactus Verslavingszorg, Progez en het NHG. Zo zet Tactus verslavingsconsulenten in huisartsenpraktijken in bij patiënten met chronisch benzodiazepinegebruik, sluit de interventie aan bij de patiëntenbrochure NHG 'Beter slapen' en bij de websites [www.Benzodebaas.nl](http://www.Benzodebaas.nl) (van Tactus) en [www.benzodiazepinenschrijfwijsvoor.nl](http://www.benzodiazepinenschrijfwijsvoor.nl) (van Progez).

De inzet van 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' wordt getest en geëvalueerd in huisartsenpraktijken met als doel de toepassing van de NHG-standaard M23 bij chronisch gebruik van benzodiazepinen te verbeteren.

## **1.1 Onderzoeksdoel en -vragen**

Om inzicht te krijgen in a) de toepasbaarheid en bruikbaarheid van 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' en b) verandering in benzodiazepinegebruik onder patiënten, worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Is de pilot in de deelnemende praktijken uitgevoerd zoals bedoeld? Welke knelpunten hebben zich voorgedaan en wat was hiervan de oorzaak? Wat zijn voorwaarden voor een goed verloop van de nieuwe aanpak?
2. Hoe ervaren de POH's-GGZ de training in motiverende gespreksvoering? Hoe worden de intervisiebijeenkomsten gewaardeerd? Voelen POH's-GGZ zich door de training en intervisiebijeenkomsten in staat om motiverende gespreksvoering toe te passen zoals bedoeld?

3. Wat is de bruikbaarheid en cliëntvriendelijkheid van het gepersonaliseerde voorlichtings- en werkboekje voor patiënten? Sluit het boekje goed aan bij o.a. de culturele achtergrond, het opleidingsniveau en de leeftijd van de patiënt?
4. Wat is de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg, zoals geboden door de POH-GGZ?
5. Wat zijn (in drie huisartsenpraktijken<sup>1</sup>) de behaalde resultaten in termen van:
  - het aantal patiënten dat een stopbrief heeft ontvangen;
  - het aantal patiënten dat na twee maanden is gestopt of geminderd met gebruik van benzodiazepinen;
  - het aantal patiënten waarmee POH's-GGZ hebben gesproken n.a.v. de stopbrief;
  - het aantal patiënten dat gepersonaliseerd voorlichtingsmateriaal heeft ontvangen;
  - het aantal patiënten dat is doorverwezen naar specialistische (online) behandeling van chronisch benzodiazepinegebruik?
6. Wat zijn verschillen tussen het proces en de resultaten in de drie deelnemende regio's en waardoor kunnen deze worden verklaard?

## **1.2 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksopzet beschreven. In hoofdstuk 3 volgen de resultaten, waarin bovengenoemde onderzoeksvragen beantwoord worden. Een deel van de resultaten gaat over hoe de pilot is uitgevoerd (procesevaluatie) en een deel over de effecten van de interventie (effectevaluatie). In hoofdstuk 4 volgt een aantal conclusies met daarin een korte evaluatie van de projectmatige aanpak, mogelijke randvoorwaarden en aanbevelingen voor een effectieve interventie.

---

<sup>1</sup> Uiteindelijk hebben (bijna) alle huisartsenpraktijken patiëntgegevens verzameld (zie § 3.1.1)

## 2 Methode van onderzoek

In deze studie wordt de projectmatige aanpak van het terugdringen van chronisch benzodiazepinegebruik met behulp van een combinatie van bewezen effectieve methoden uitgetoet en geëvalueerd. De studieopzet bestaat uit een procesevaluatie en een effectevaluatie. De procesevaluatie geeft inzicht in het verloop van de pilot en biedt aanknopingspunten ter verbetering van de projectmatige aanpak, zodat deze breed kan worden ingezet door huisartsenpraktijken die op systematische wijze het benzodiazepinegebruik in hun patiëntenpopulatie willen terugdringen. De effectevaluatie kijkt of de gecombineerde inzet van een stopbrief, motiverende gespreksvoering en gepersonaliseerd voorlichtingsmateriaal samenhangt met een vermindering in chronisch benzodiazepinegebruik.

### 2.1 Evaluatie van het verloop van de pilot

Voor de evaluatie van het verloop van de pilot zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met:

- 13 POH's-GGZ;
- 11 benzodiazepinegebruikers; en
- 6 huisartsen.

Daarnaast is één focusgroepbijeenkomst gehouden met vijf POH's-GGZ die hebben deelgenomen aan de pilot.

#### *Semi-gestructureerde interviews*

Op twee na, zijn de dertien POH's-GGZ twee keer telefonisch geïnterviewd: één keer rondom de periode van selectie van patiënten (voorjaar 2016) en één keer tegen het einde van het project (november 2016). Voor elke interviewronde is voor het afnemen van de interviews een topiclijst gemaakt op basis van de onderzoeksvragen en projectopzet. De gesprekken die aan de hand van de topiclijst met de POH's-GGZ werden gevoerd, duurden tussen de 20 en 30 minuten.

Er zijn elf gebruikers van benzodiazepinen telefonisch geïnterviewd. Zij zijn geworven door de POH's-GGZ onder patiënten die naar aanleiding van de stopbrief op het spreekuur kwamen. In de oorspronkelijke opzet waren per patiënt twee interviews voorzien, maar hiervan is om praktische en inhoudelijke redenen afgeweken. Praktisch gezien konden patiënten niet eerder dan wanneer zij op het spreekuur kwamen door de POH-GGZ worden gevraagd om medewerking aan een interview. In de praktijk gebeurde dit vaak pas bij het 2<sup>e</sup> of het 3<sup>e</sup> bezoek, wanneer sprake was van een voldoende stevige vertrouwensrelatie tussen de POH-GGZ en de patiënt. Daarnaast was de inhoud van de interviews grotendeels gericht op het retrospectief vragen hoe de patiënten de interventie hadden ervaren. Hierdoor lag twee keer interviewen minder voor de hand. Ook bleek tijdens het interviewen dat in de meeste gevallen de reflecties van de patiënten op de interventie beperkt bleven. De interviews met patiënten duurden tussen de 10 tot 30 minuten.

In totaal zijn zes huisartsen één keer geïnterviewd (telefonisch). Ook zij reflecteerden retrospectief op hoe zij de uitvoering van de interventie in hun huisartsenpraktijk hadden ervaren. De gesprekken met de huisartsen duurden tussen de 10 en 20 minuten.

Alle semi-gestructureerde interviews zijn geregistreerd met een audio-opnameapparaat en vervolgens letterlijk uitgewerkt. De getranscribeerde interviews zijn geanalyseerd met analysesoftware voor kwalitatieve data (NVivo 11). De analysestrategie bestond uit open en axiaal coderen (Boeije, 2005). Aan de hand van de codes zijn memo's geschreven over de verschillende onderdelen van de interventie. Deze vormen de inhoudelijke basis voor de rapportage over het verloop van de pilot (paragraaf 3.1).

### *Focusgroepbijeenkomst*

Aan het eind van de projectperiode is een focusgroepbijeenkomst gehouden met vijf POH's-GGZ. Aan hen zijn de voorlopige resultaten van de procesevaluatie voorgelegd ter verificatie. Tijdens de focusgroep is ook ingegaan op de vraag welke aanvullingen en veranderingen in de projectopzet wenselijk zijn om chronisch gebruik van benzodiazepinen in de huisartsenpraktijk terug te dringen.

## **2.2 Evaluatie van het effect van de interventie**

Van de deelnemende praktijken, werd per praktijk uit een 'long list' van patiënten die chronisch benzodiazepinen gebruiken 20 patiënten *at random* geselecteerd voor de interventiegroep en 20 patiënten voor de controlegroep. Niet alle praktijken hadden zoveel patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden om én een interventiegroep én een controlegroep samen te stellen. Dit leverde geen bezwaren op, omdat de analyse niet per praktijk maar over alle praktijken heen is gedaan.

Het monitoren van de interventie gebeurde door de POH's-GGZ. Zij hebben een spreadsheet gekregen waarin zij enkele geanonimiseerde gegevens van de ad random geselecteerde patiënten konden registreren. We noemden dit de benzomonitor. Deze benzomonitor is gebaseerd op het monitorbestand zoals ontwikkeld door Progez<sup>2</sup>. Naast patiëntgegevens hielden de POH's-GGZ hierin ook de uitgevoerde onderdelen van de interventie bij.

Gemonitorde patiëntgegevens waren: geslacht, geboortedatum (of leeftijd op selectiedatum), voorgeschreven benzodiazepinegebruik drie maanden voorafgaand aan de selectiedatum, voornaamste reden van gebruik (slaap- of angstklachten) en voorgeschreven benzodiazepinegebruik ca. zes maanden na de selectiedatum. Gemonitorde interventiegegevens waren: datum stopbrief, datum contact met patiënt, evt. reden weigering consult, datum consult(en) POH-GGZ, werkboekje gebruikt (ja/nee), inzet motiverende gespreksvoering<sup>3</sup> en een vrije-tekstruimte. De notatie van de voorgeschreven benzodiazepinen (zie tabel 2.1) maakte het mogelijk de dosering om te rekenen naar 'defined daily dose' (DDD)<sup>4</sup>. Alle doseringen zijn voor onderlinge vergelijkbaarheid omgezet naar 'defined daily dose' (DDD). De DDD is een maat voor de gemiddelde dosis die een volwassene krijgt voor de meest voorkomende toepassing van het middel.

Tabel 2.1. Voorbeeld notatiewijze benzomonitor

<b>Middel</b>	<b>Dosering</b>	<b>Innamevoorschrift</b>	<b>Voornaamste reden</b>
Oxazepam	10 mg	1xd1t	Slaap

Dertien huisartsenpraktijken hebben gegevens bijgehouden van de voor de interventie geselecteerde patiënten. Tien van deze praktijken hebben niet alleen patiëntgegevens bijgehouden van patiënten die voor de interventie geselecteerd waren, maar ook van een twintigtal patiënten die niet voor de interventie waren

<sup>2</sup> <http://www.benzodiazepinenschrijfwijsvoor.nl/>

<sup>3</sup> Op een schaal van 1-5 konden de POH's-GGZ aangeven in welke mate zij motiverende gespreksvoering hebben toegepast, waarbij 1 staat voor niet of nauwelijks toegepast en 5 voor zeer consequent toegepast.

<sup>4</sup> [https://www.whocc.no/ddd/definition\\_and\\_general\\_considera/](https://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/)

geselecteerd: de controlegroep. Het ruwe databestand bestond uit 488 patiënten: 285 in de interventiegroep en 203 in de controlegroep. Er zijn 47 ingevoerde casussen samengevoegd. Het gaat om patiënten die apart in de monitor waren opgenomen, omdat ze zowel medicatie kregen voor slaap- als angstklachten. In een aantal gevallen werd nog een derde benzodiazepine voorgeschreven. Casussen die per abuis bleken geselecteerd (8x) en geen stopbrief hebben gekregen, zijn verwijderd. Casussen waarbij het middel niet is genoteerd (6x) zijn verwijderd. Casussen waarbij bij de tweede meting bleek dat de patiënt is overleden (2x) of van praktijk is veranderd (6x) zijn verwijderd.

Na opschoning bleven er 422 patiënten over van wie we demografische gegevens hebben. Van 44 patiënten konden we op basis van de beschrijving van recept geen DDD uitrekenen. Dat houdt in dat van 378 patiënten de gegevens gebruikt konden worden voor het meten van effect op de DDD van benzodiazepinegebruik: 217 in de interventiegroep en 161 in de controlegroep.

#### *Recept en feitelijk gebruik*

Het betrouwbaar vaststellen van het benzodiazepinegebruik van een patiënt op basis van gegevens uit het HIS (huisartsen informatiesysteem) of op basis van apotheekgegevens is niet onproblematisch. Immers, een recept zegt niets over het feitelijke gebruik van de patiënt. Daarnaast geven veel recepten de patiënt speelruimte om de medicatie wel of niet in te nemen. Een benzodiazepinerecept dat wordt uitgeschreven door een huisarts bevat gegevens als: naam van het middel, dosering per tablet of capsule en een innamevoorschrift, bijvoorbeeld: 1x daags 1 tablet. Een vaak voorkomende toevoeging is “zn”, wat staat voor ‘zo nodig’. Deze toevoeging impliceert dat patiënten kunnen kiezen wel of niet de medicatie in te nemen. Het innamevoorschrift is variabel. Een ander variabel innamevoorschrift luidt: 1-3x daags 1 tablet, of varianten daarop. Deze onzekerheden maken het exact vaststellen van het benzodiazepinegebruik van patiënten onmogelijk. Bovendien valt uit de benzomonitor niet eenduidig op te maken of bij recepten waar “zn” niet is genoteerd, dat ook niet in het recept staat, of dat dit niet is genoteerd door de POH-GGZ. Een aanwijzing dat deze toevoeging niet consequent bij alle patiënten is overgenomen in de benzomonitor, is dat sommige praktijken deze toevoeging bij geen enkele patiënt hebben genoteerd. Het is onwaarschijnlijk dat een huisarts dit bij niet één voorschrift zou hebben toegevoegd, temeer omdat bij andere praktijken de toevoeging soms wel en soms niet wordt vermeld. Om die reden hebben we ervoor gekozen in deze rapportage alleen te werken met maximumdoseringen (bijv.: 1-3x daags 1 tablet heeft als maximumdosering 3 tabletten, 1x daags 1 tablet zn heeft als maximumdosering 1 tablet).

#### *Deelnemende patiënten*

Bijna driekwart van de patiënten, in zowel de interventiegroep als in de controlegroep, is vrouw. De gemiddelde leeftijd is 62,1 jaar (SD<sup>5</sup> 14,7). De oudste deelnemer (controlegroep) is ruim 98 jaar en de jongste is 21 jaar (interventiegroep). Er is geen significant verschil in leeftijd tussen interventie- en controlegroep.

Tabel 2.2 Deelnemende patiënten

	Aantal	Aantal patiënten waarvan DDD bekend is	Vrouw % N=422	Gemiddelde leeftijd (SD) N=422
Interventiegroep	238	217	73,1	62,2 (14,4)
Controle groep	184	161	71,7	62,0 (15,1)
Totaal	422	378	72,7	62,1 (14,7)

#### *Analyses*

<sup>5</sup> SD = standaarddeviatie

Statistische analyses zijn uitgevoerd met het analyseprogramma SPSS (23). Er zijn frequenties en gemiddelden berekend. De analyses over het benzodiazepinegebruik zijn gedaan met behulp van de nieuw aangemaakte variabele 'Defined Daily Dose' (DDD). Er zijn verschilcores berekend in het gebruik van benzodiazepinen op de eerste en de laatste meting. Verschillen tussen interventie- en controlegroep en tussen de eerste en tweede meting zijn getoetst met T-tests. Verschillen zijn statistisch significant wanneer met 95% zekerheid kan worden gezegd dat ze niet op toeval berusten ( $p < 0.05$ ).

### 3 Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst (§3.1) het verloop van de pilotstudie. Stap voor stap beschrijven we de belangrijkste elementen van de interventie aangevuld met verwante thema's, zoals de invloed van de interventie op de huisartsenpraktijk. In §3.2 presenteren we de effecten: zijn de mensen die zijn benaderd ook minder gaan gebruiken?

#### 3.1 Het verloop van de pilot

Om aanknopingspunten te verzamelen voor een verbeterde opzet is het relevant stil te staan bij de vraag in hoeverre het project is uitgevoerd volgens de voorgenomen opzet (onderzoeksvraag 1). Welke knelpunten hebben zich voorgedaan en wat was hiervan de oorzaak? Wat zijn voorwaarden voor een goed verloop van de nieuwe aanpak? Door te beschrijven welke elementen van de opzet wel en niet zijn uitgevoerd, of anders zijn uitgevoerd, evalueren we de haalbaarheid van de projectopzet.

##### 3.1.1 Werven van huisartsenpraktijken

De opzet was in drie regio's acht huisartsenpraktijken te werven. Hiertoe werden regionaal opererende huisartsonderzoeks- of ondersteuningsorganisaties<sup>6</sup> benaderd. In de regio Gelderland, Overijssel, Drenthe en Flevoland werd een mailing uitgezet door de regionale ondersteuningsstructuren Progez en Caransscoop (samen vormen zij Proscop). In Rotterdam-Rijnmond werden huisartsen gemaïld door IVO en in de regio Maastricht werden op aanbeveling enkele huisartsenpraktijken gericht benaderd. De mailingactie van de twee regionale ondersteuningsstructuren bleek het meest succesvol. De werving in Rotterdam-Rijnmond leverde een (dubbel) praktijk op die in de loop van de voorbereidingsfase toch afhaakte. Via de werving in Gelderland kwam via een toevallige samenloop van omstandigheden een praktijk in Spijkenisse (regio Rotterdam) in beeld. In de regio Maastricht vonden we uiteindelijk één praktijk die met het project wilde meedoen. Elke deelnemende praktijk werd een vergoeding van 600 euro aangeboden om niet declarabele kosten te dekken. In totaal hebben elf praktijken meegedaan op basis van een vergoeding en vijf praktijken zonder vergoeding. De praktijken zonder vergoeding deden niet aan alle onderdelen mee, aan hen is niet gevraagd patiënten te werven voor een interview. Eén van deze praktijken stopte in de loop van het project zijn medewerking. Dit hing samen met de kleine aanstelling van de POH-GGZ bij de betreffende praktijk.

Door de gebrekkige regionale spreiding van de deelnemende huisartsenpraktijken zijn geen betrouwbare uitspraken te doen ten aanzien van proces en effect in stedelijk en niet-stedelijk gebied.

##### *Aantal patiënten per praktijk*

Voorzien was dat in drie van de beoogde acht deelnemende praktijken alle patiënten die chronisch benzodiazepinen gebruiken zouden worden aangeschreven én dat deze praktijken ook resultaten zouden leveren in de vorm van gegevens over het benzodiazepinegebruik zoals geregistreerd in het Huisarts InformatieSysteem (HIS) of via de apotheek. Echter, alle elf deelnemende praktijken die een vergoeding kregen, zegden toe registratiedata te leveren op twee meetmomenten. De praktijken die een vergoeding kregen voor deelname selecteerden ook 20 patiënten als controlegroep, en ook bij hen is een 1<sup>e</sup> en een 2<sup>e</sup> meting van het benzodiazepinegebruik toegepast, parallel aan de metingen van de interventiegroep.

---

<sup>6</sup> Afdeling Huisartsgeneeskunde van ErasmusMC en Maastricht University en Progez Zwolle (mede aanvrager van het project)

Het werken in 'batches' van 20 patiënten – en niet in één keer alle geselecteerde patiënten een stopbrief sturen - lijkt een goede manier om de hoeveelheid werk af te bakken in werkbare porties. Een grotere hoeveelheid patiënten in één keer de interventie aanbieden is niet aan te bevelen. Het werkt ontmoedigend op de POH-GGZ, zo gaven zij aan, en het risico bestaat dat patiënten wel worden aangeschreven, maar niet of veel te laat worden na gebeld.

#### *Benzomonitor*

Alle huisartsenpraktijken hebben een spreadsheet (benzomonitor) gekregen waarin zij de geselecteerde patiënten konden opnemen. In deze benzomonitor werd een minimum aantal patiëntgegevens opgenomen (geslacht, leeftijd, benzodiazepinegebruik eerste meting, voornaamste reden van gebruik). Daarnaast bevat de benzomonitor gegevens over de interventie (o.a. datum stopbrief, datum nabellen, datum consult POH-GGZ, inzet motiverende gespreksvoering, overhandiging werkboekje). De benzomonitor bevat ook gegevens over het benzodiazepinegebruik op de tweede meting (datum).

Het bijhouden van de benzomonitor is extra werk voor de POH-GGZ; het komt bovenop de standaard registratie in het patiëntendossier. Het is één van de redenen waarom de monitor beknopt is gehouden. Eén van de POH's-GGZ merkte op dat het goed is om per (telefoon)gesprek niet alleen voorbereidingstijd maar ook enkele minuten 'nabereidingstijd' in te plannen. De benzomonitor blijft dan zonder veel extra moeite up-to-date. Dat onderzoek en evaluatie niet in de genen van de POH-GGZ zit, blijkt uit het feit dat een substantieel deel van de POH-GGZ de benzomonitor inleverde zonder het benzodiazepinegebruik op de tweede meting te hebben ingevuld. Voor deze handeling moesten zij per patiënt het dossier openen en het dan geldende benzodiazepinerecept in de monitor overnemen. Op verzoek hebben de POH's-GGZ dit alsnog gedaan.

#### *3.1.2 Selectie van patiënten*

Voor het selecteren van patiënten neemt de huisarts of POH-GGZ contact op met de apotheker(s) en vraagt op basis van ATC-codes<sup>7</sup> een lijst met patiënten uit te draaien die in de afgelopen 6 maanden benzodiazepinen kregen voorgeschreven. Vervolgens moeten daaruit de chronisch gebruikende patiënten worden geselecteerd (drie maanden of langer gebruik bij slaapproblemen en zes maanden of langer gebruik bij angstklachten). Het hangt van de verhoudingen en taakverdeling in de huisartsenpraktijk af of dit wordt gedaan door de huisarts, de POH-GGZ of de assistente. De lijst die na deze filtering overblijft, wordt door de huisarts nagelopen om die patiënten eruit te halen bij wie, naar inschatting van de huisarts, minderen met medicatie niet opportuun is. Pas na deze stap kan er worden gerandomiseerd naar interventiegroep en controlegroep.

Niet in alle praktijken zijn deze stappen in deze volgorde doorlopen. De uitvoering van de opzet verschilt sterk per praktijk. Zo heeft in één praktijk de huisarts alle stappen van de selectie uitgevoerd en kreeg de POH-GGZ een lijstje van patiëntnamen die konden worden benaderd. In een andere praktijk heeft de POH-GGZ de selectie gedaan en heeft de huisarts alleen een laatste filtering gedaan. In andere praktijken zijn verschillende varianten van projectorganisatie te zien.

Geen van de praktijken merkte op dat bij verschillende apothekers gegevens moesten worden opgevraagd. Eén van de huisartsen merkte op dat het voor een vlotte selectie van patiënten is aan te bevelen een apotheker te kiezen met wie een goede collegiale band bestaat, zodat er actuele lijsten worden geproduceerd en, indien nodig, gemakkelijk kan worden overlegd. Echter, met name in verstedelijkte gebieden is het denkbaar dat de patiënten van een praktijk door meerdere apothekers worden bediend. In dat geval dient bij meerdere apothekers informatie te worden opgevraagd.

---

<sup>7</sup> ATC staat voor Anatomical Therapeutic Chemical. Internationaal classificatiesysteem van geneesmiddelen.



Uit de benzomonitor die door de praktijken is bijgehouden en uit te gesprekken met POH's-GGZ blijkt dat de selectie van patiënten problemen opleverde. Niet alleen zijn patiënten geselecteerd die chronisch benzodiazepinen gebruikten, ook zijn patiënten geselecteerd die incidenteel, niet-chronisch, gebruikten. Dit is mogelijk te wijten aan de beschrijving van de selectieprocedure en inclusiecriteria, die interpretatieruimte liet voor de uitvoerders.

**Figuur 1. Excerpt uit “Handreiking voor de huisartsenpraktijk” zoals verzonden aan deelnemende praktijken.**

**Stap 1**

Selecteer alle patiënten die gedurende de afgelopen drie maanden minimaal één prescriptie benzodiazepinen kregen. Relevante ATC-codes zijn NO5BA, NO5CD en NO5CF.

**Stap 2**

Selecteer uit bovenstaande selectie alle patiënten die:

gedurende de afgelopen 3 maanden slaapmedicatie kregen voorgeschreven (voor slaapproblemen); en alle patiënten die gedurende 6 maanden angstmedicatie kregen voorgeschreven (voor angstklachten).

(...)

**Inclusiecriteria**

Langdurig volgens NHG M23: langer dan 2 weken bij slaapstoornissen en langer dan 3 maanden bij angststoornissen. Langdurig voor dit project:

**Slaapproblemen:** kreeg gedurende de afgelopen 3 maanden slaapmedicatie voorgeschreven

**Angstklachten:** kreeg gedurende de afgelopen 6 maanden angstmedicatie voorgeschreven.

Hoewel chronisch gebruik van benzodiazepinen centraal staat in dit project, laten de formuleringen in figuur 1 ruimte om ook niet-chronisch gebruik te includeren. Bij de inclusiecriteria is de frequentie van gebruik niet gespecificeerd. Het is denkbaar dat juist hierdoor ook niet-chronische gebruikers zijn geïnccludeerd.

Een andere reden waardoor ook niet-chronische gebruikers zijn geïnccludeerd, is dat de registratie van de apotheker wel iets zegt over de afgehaalde medicijnen, maar niet over het feitelijke gebruik. De POH's-GGZ hebben meerdere mensen gesproken die volgens de apothekersregistratie dagelijks gebruikten, maar dat in werkelijkheid niet deden. Ze gebruikten selectief of 'zo nodig', zoals op het etiket staat.

*Toepassing van de exclusiecriteria<sup>8</sup>*

Enkele huisartsen die handmatig de geïnccludeerde patiënten hebben nagelopen op exclusiecriteria, hebben de deze niet altijd consequent toegepast. Een POH-GGZ vertelde dat vier patiënten in de definitieve selectie de medicatie kregen voorgeschreven via de verslavingszorg of psychiatrie. Deze zouden kunnen worden geëxcludeerd. Echter, niet altijd is het zo dat de instelling of psychiater waarnaar de patiënt ooit door de huisarts is verwezen ook een terugkoppeling geeft aan de huisarts. Hierdoor is niet altijd bekend of iemand die ooit naar de GGZ is verwezen daar nog steeds in behandeling is.

Bij twee van de patiënten die zijn geïnterviewd kunnen vragen worden gesteld of ze terecht zijn geïnccludeerd. Eén patiënt met de ziekte van Parkinson had door een min of meer toevallige wisseling van huisartsen in een grote praktijk zijn huidige huisarts nog nooit ontmoet. Een andere patiënt die ernstig was getraumatiseerd en mede daardoor patiënt was bij de GGZ voor forse angstklachten, was door de huisarts niet geëxcludeerd. De patiënt vertelde dat het eerste gesprek met de POH-GGZ niet goed verliep: de patiënt was te zenuwachtig en

---

<sup>8</sup> Exclusiecriteria die de huisarts kon toepassen: andere redenen benzogebbruik (dan slaap- of angstklachten), patiënt is terminaal, patiënt begrijpt Nederlands niet, patiënt is immobiel en patiënt heeft hoog gebruik >2 ddd

sprong van de hak op de tak. Het tweede gesprek ging beter. De patiënt vond het niet erg dat ze werd uitgenodigd voor een gesprek, “daar kan hij [POH-GGZ] ook wat van leren”.

#### *Oudere patiënten*

Een huisarts vond de aanpak (stopbrief en aanbieden van gesprekken) minder geschikt voor ouderen (60+). Bij de ouderen is volgens deze huisarts vaak sprake van ingesleten routines en soms ook verminderd cognitief functioneren. Ook in een andere praktijk is een aantal ouderen geëxcludeerd vanwege verminderd cognitief functioneren. De POH-GGZ licht toe dat deze mensen het hoe en waarom van het minderen van benzodiazepinen ontgaat. Volgens een andere huisarts laat de stopbrief in die gevallen teveel over aan eigen keuze van de patiënt, waardoor ze niet willen minderen of stoppen. Liever zou deze huisarts deze patiënten uitnodigen voor een evaluatie van polyfarmacie en “medicatiesanering”, wat effectiever zou zijn. De betreffende POH-GGZ denkt dat bij oudere mensen traditioneel ontzag voor de huisarts ook nog een rol speelt.

#### *3.1.3 De stopbrief*

Voordat de geselecteerde patiënten een stopbrief ontvangen, moet deze gepersonaliseerd worden door het huisartsenlogo erin te verwerken, in de aanhef de naam van de patiënt op te nemen en in de brief het medicijn te noemen waarvoor aandacht wordt gevraagd. Een discussie in enkele praktijken was de vraag of alleen de huisarts de afzender moet zijn of dat de POH-GGZ moet mee ondertekenen. De algemene teneur was dat bij voorkeur de huisarts ondertekent, maar dat in de brief de POH-GGZ wordt genoemd als degene met wie een afspraak kan worden gemaakt.

De stopbrief is de kern van de minimale interventiestrategie (NHG 23). Volgens de POH-GGZ schrikt het gebruik van het woord “stoppen” in de brief, de lezers ervan af. Inderdaad komt het werkwoord stoppen in de brief meerdere keren voor. In de laaggeletterde versie van de stopbrief twee keer meer dan in de oorspronkelijke versie. Bij het nabellen door de POH-GGZ bleek dat sommige mensen de brief hadden geïnterpreteerd als een aankondiging dat de medicatie zou worden gestopt. Dat leidde in een aantal gevallen tot nogal defensieve reacties.

Een aantal POH-GGZ zou liever zien dat de nadruk in de brief zou liggen op bewustwording van de effecten van langdurig gebruik, “er anders mee omgaan” en eventueel minderen van gebruik. Volgens deze POH-GGZ zou door minder nadruk te leggen op stoppen of minderen de brief meer uitnodigend worden om op gesprek te komen. Tegelijkertijd viel het sommige POH-GGZ op dat de stopbrief bij patiënten heeft geleid tot verminderd gebruik. In die zin werkte de stopbrief als een zelfstandige interventie, zoals ook in eerder onderzoek werd aangetoond (Gorgels, Oude Voshaar, Mol, van de Lisdonk, van den Hoogen, Mulder, Breteler & Zitman, 2005; Gorgels, 2009).

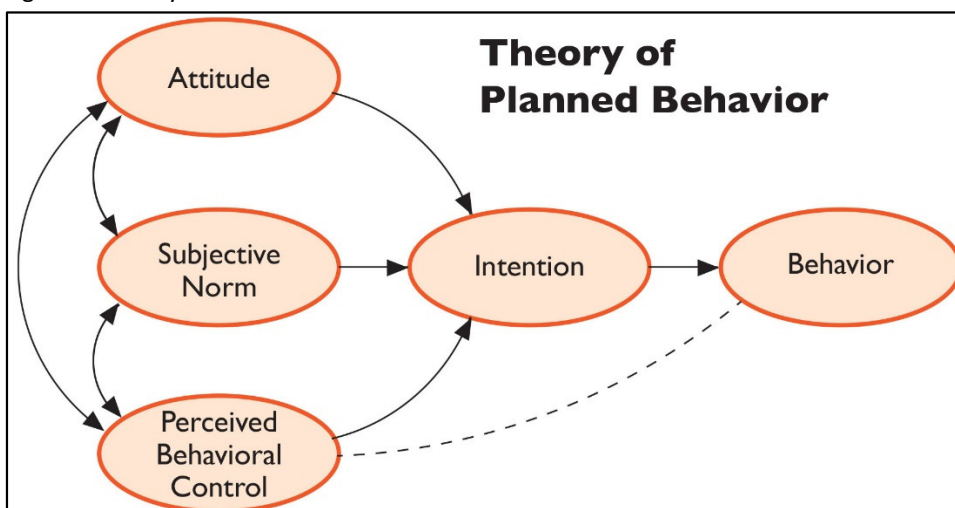
Een patiënt die we hebben gesproken wees op het belang van een verzorgde stopbrief. Deze patiënt vond het slordig dat niet het briefpapier van de huisartsenpraktijk werd gebruikt, maar werd gewerkt met een adressticker. Een andere praktijk werkte met een stempel.

#### *Timing stopbrief*

Bij vrijwel alle patiënten die we hebben gesproken kwam de stopbrief op een moment waarop zij nadachten over hun benzodiazepinegebruik. Zij waren, in termen van het Transtheoretisch Model, in de contemplatiefase

(Prochaska & DiClemente, 1983)<sup>9</sup>. Een ander model van gedragsverandering is de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991)<sup>10</sup>. De ontvankelijkheid voor de suggestie in de stopbrief om te minderen en liefst te stoppen met benzodiazepinegebruik zijn hierin te plaatsen. Hoewel deze theorie niet expliciet deel uit maakt van de interventiestrategie is het behulpzaam om de werking ervan te begrijpen.

Figuur 2. Theory of Planned Behavior



Een patiënt vertelde dat ze eigenlijk “tegen” het gebruik van slaapmiddelen is (attitude). Een andere patiënt vertelde dat kort geleden zijn zwager was gestopt met benzodiazepinegebruik (*subjective norm*). Een vrouw vertelde dat zij in het verleden wel eens bij een psycholoog was geweest en dat daarom hulp zoeken voor haar geen drempel vormde (*subjective norm* en *perceived behavior control*). Een enkeling was zelf al bezig met minder (vaak) te gebruiken (*behavior*).

*De slaapmiddelen werken helemaal niet meer voor haar. Ze slikt ze wel maar slaapt nog net zo slecht als vroeger. Ze slaapt pas tegen de ochtend in en wordt dan aan het eind van de ochtend doodmoe wakker. Ze wil er vanaf omdat ze verslaafd is, omdat ze niet meer helpen en omdat haar geheugen achteruit gaat. (gespreksaantekening, ptn 5)*

De bovenstaande aantekening uit het gespreksverslag van een interview laat zien dat meerdere redenen in elkaar kunnen grijpen die met elkaar de intentie vormen om het gedrag te veranderen. In dit geval is het gebruik niet meer functioneel (slaapt nog net zo slecht als vroeger) en lijkt er een negatieve attitude te zijn ten opzichte van verslaving (ze wil er vanaf omdat ze zich verslaafd voelt).

Daarnaast blijkt uit de gesprekken met de POH's-GGZ dat de timing van de brief ook ongunstig kan zijn, zoals de patiënt die wel zegt te willen stoppen, maar niet in de winter. Hier kan dus rekening mee gehouden worden door in het dossier van de patiënt een pop-up met datum te plaatsen, zodat deze in het voorjaar opnieuw kan worden benaderd.

<sup>9</sup> Hoewel er substantiële kritiek op dit model is (zie o.a. Littell & Girvin, 2002), biedt het hulpverleners een handvat om een idee te krijgen van 'waar iemand zit in zijn proces'.

<sup>10</sup> Dit model is ook niet zonder kritiek (Sniehotta, Presseau, & Araújo-Soares, 2014)

### *Nabellen naar aanleiding van stopbrief*

Nadat de brieven zijn verstuurd kunnen patiënten contact opnemen met de praktijk. Alle POH's-GGZ hebben de praktijkassistenten geïnformeerd over het project om adequaat telefoontjes te kunnen afhandelen. In de minimale interventiestrategie (Knuistingh Neven et al., 2014) is voorzien dat de praktijkassistente de patiënten ook nabelt. In de meeste praktijken die aan dit project meededen, is nagebeld door de POH-GGZ. Er werden hiervoor twee redenen aangevoerd: 1) de assistentes zijn te druk om dit werk er nog bij te nemen en 2) het werk is te inhoudelijk om aan assistentes over te laten. Een POH-GGZ die in meerdere praktijken meedeed, viel het op dat hij meer mensen op het spreekuur kreeg als hij zelf belde dan in de praktijken waar de assistentes belden.

*Zelf bellen is eigenlijk al een interventie. Je kunt als POH-GGZ meer over het waarom van het project vertellen en uitleggen dat dit een onderzoek is, en dat ze er willekeurig zijn uitgehaald. Mensen voelen zich vaak persoonlijk aangesproken "waarom nu juist ik?". Toelichting geven op het onderzoek helpt. Maar je kunt ook uitleggen wat de neveneffecten zijn van benzogebbruik en in dat gesprek dus al veel doen met de motivatie. (POH-GGZ 3)*

Nabellen kost relatief veel tijd. De POH's-GGZ vinden het nabellen niet iets dat ze 'even tussendoor' kunnen doen. Als ze de patiënten niet kennen, kijken sommige POH's-GGZ nog even het dossier na voordat zij gaan bellen. Ze willen graag goed voorbereid het gesprek aangaan. Als iemand niet opneemt, moet later nog eens worden gebeld. Zo kan het voorkomen dat sommige patiënten wel drie of vier keer worden benaderd voordat er contact is gelegd. Telkens weer vraagt een rondje bellen omschakelen en voorbereiden met wisselend resultaat.

De deelnemende praktijken hebben, op een uitzondering na, ongeveer twee maanden wachttijd aangehouden tussen het verzenden van de brief en het nabellen van de patiënten. De praktijken die niet twee maanden wachtten, maar eerder belden veronderstelden dat bij langer wachten de patiënten de brief zouden zijn vergeten, of dat het momentum dan voorbij zou zijn. Uit de gesprekken met POH's-GGZ die twee maanden als wachttermijn aanhielden, bleek niet dat patiënten de brief waren vergeten. Eén van de patiënten die we spraken zegt desondanks dat wat haar betreft het telefoontje wat eerder had mogen komen. Zij moest het even "oprakelen" en vindt:

*Als je mensen prikkelt, moet je ook doorpakken (ptn 16)*

In sommige gevallen leek het erop dat mensen het telefoontje verwachtten en zich goed hadden voorbereid om de POH-GGZ te overtuigen dat ze niet hoefden te minderen of stoppen. Deze gesprekken leidden vrijwel nooit tot een afspraak op de praktijk.

Alle POH-GGZ erkennen dat nabellen een onderdeel is van de interventie en dat de inzet van motiverende gesprekstechniek nodig is. De POH-GGZ probeert in het telefoongesprek een begin van vertrouwen op te bouwen en tegelijkertijd te 'verleiden' een afspraak te maken om (verder) te praten over het gebruik van de medicatie. Voor een aantal POH's-GGZ betekent dit dat zij goed luisteren en de tijd nemen om te horen hoe de brief is ontvangen en "waar iemand zit in zijn verhaal". Vanuit dit perspectief proberen zij mensen uit te nodigen voor een gesprek. Dit ging beter bij mensen die enige ambivalentie tonen over hun gebruik dan bij mensen die hun gebruik stellig niet willen veranderen. Mensen die zeggen hun medicatie selectief te gebruiken, bleken minder vaak bereid om op gesprek bij de POH-GGZ te komen.

*Eindelijk te pakken gekregen. Patiënt geeft aan afgelopen jaar al geen chronische, maar 'incidentele' gebruiker te zijn geweest. Heeft dit goed in de hand, geen behoefte aan verdere gesprekken.  
(aantekening van POG-GGZ uit Benzomonitor)*

Een aantal POH's-GGZ probeert het contact aan de telefoon kort te houden en in te zetten op het uitnodigen voor een gesprek op de praktijk. Soms is het daarbij nodig om op het gebruik zelf in te gaan, maar teveel inhoudelijk ingaan op het benzodiazepinegebruik is volgens een aantal POH's-GGZ een valkuil die de kans verkleint dat iemand op het spreekuur komt. Het is belangrijk in het telefoongesprek het stoppen niet teveel te benadrukken. Eventueel kan het woord minderen worden gebruikt of nog neutraler "heeft u over de brief nagedacht en zou u daarover met ons verder willen praten?"

In een aantal gevallen kent de patiënt de POH-GGZ al van eerder contact, wat een afspraak over medicatiegebruik lijkt te vergemakkelijken.

#### *3.1.4 Training en intervisie*

In de oorspronkelijke opzet van het project was een training in motiverende gespreksvoering voor POH-GGZ in de deelnemende huisartsenpraktijken opgenomen, gevolgd door drie intervisiebijeenkomsten. Bij de werving van de huisartsenpraktijken bleek al vrij snel dat de beschikbaarheid van POH's-GGZ voor training en intervisie beperkt was. Veel POH's-GGZ hebben een kleine aanstelling. Een tweedaagse training gevolgd door drie intervisiebijeenkomsten bleek teveel gevraagd. Er is gekozen voor een tweedaagse training in motiverende gespreksvoering, waarbij de tweede trainingsdag drie maanden na de eerste trainingsdag plaats vond. Het laatste dagdeel van de tweede trainingsdag werd gereserveerd voor intervisie. Deze opzet leek het maximaal haalbare.

Op de eerste trainingsdag lag de nadruk op de introductie van principes van motiverende gespreksvoering en in welke mate deze aansluiten op de huidige praktijk van de POH-GGZ. Op de tweede trainingsdag werd casuïstiek besproken, waaronder het voeren van de telefoongesprekken naar aanleiding van de stopbrief. De kwaliteit van de training werd door de POH's-GGZ hoog gewaardeerd. Het gemiddelde rapportcijfer over vier trainingsdagen is 8,8. De deelnemers gaven aan behalve over motiverende gespreksvoering ook behoefte te hebben aan kennis over benzodiazepinen en verantwoord afbouwen hiervan. Dit is niet actief aangeboden aan de POH's-GGZ.

In het geval van het nabellen van de patiënten door de POH's-GGZ werd motiverende gespreksvoering vaak direct ingezet: de POH's-GGZ zochten aansluiting bij de motivatie van de patiënt. Die varieerde van weerstand en ambivalentie tot motivatie om te veranderen. Enkele POH's-GGZ benadrukten dat zij daarmee vooral contact wilden krijgen met de patiënt, zodat een begin van een vertrouwensband kon ontstaan. Overeenstemming krijgen over de motivatie is daarin belangrijk. Contact maken en houden is cruciaal bij motiverende gespreksvoering. In de focusgroep met POH-GGZ aan het eind van het project formuleert een deelnemer het zo:

*Voor mij is de kern van motiverende gespreksvoering dat je zoekt naar wat je met elkaar wilt in plaats van wat je van elkaar wilt, zodat je kunt samenwerken aan het begin van verandering (aantekening focusgroep POH-GGZ)*

Overigens vindt een aantal POH's-GGZ het niet eenvoudig om hun gebruikelijke manier van omgaan met patiënten te onderscheiden van motiverende gespreksvoering. Zij proberen, net als in 'de spirit van' motiverende gespreksvoering aan te sluiten op de beleving van de patiënt.

De patiënten die instemden met een persoonlijk gesprek op de praktijk zijn voor een deel ook de patiënten die hun gebruik willen veranderen of dat willen overwegen. Voor hen is het motiverende voorwerk al gedaan door de brief en het nabellen. Hoewel, opgemerkt moet worden dat veel van de geïnterviewde patiënten zeggen dat ze zelf al minder benzodiazepinen wilden gebruiken toen ze de brief kregen. Een aantal POH's-GGZ merkt dat na meerdere gesprekken de noodzaak om te motiveren afneemt. Er is een werkrelatie ontstaan met de impliciete afspraak "we gaan er samen aan werken".

Geen van de geïnterviewde patiënten heeft ervaren dat ze door de POH-GGZ onder druk werden gezet om te minderen of te stoppen.

*Ik heb een goed contact met haar. Zij is ehm.. heel bescheiden typetje. Ze is niet van nou moet je dit of dat de komende week. Je moet niks. Ze laat het echt aan mij over. Ze ziet ook wel dat ik van goede wil ben. De ene keer lukt het beter dan de andere keer. (patiënt 9)*

Bij patiënten die niet-chronisch maar selectief benzodiazepinen gebruiken, is het voor de POH-GGZ lastiger om motivatie voor verandering te mobiliseren. Dat lijkt logisch, omdat er in die gevallen geen sprake is van afhankelijkheid en, indien goed selectief gebruikt, patiënten de gewenste effecten van inname ervaren.

*Er was bijvoorbeeld iemand die had 'n eigen café. En die zei: ik heb gewoon slaap nodig na zo'n avond lawaai. En soms gebruik ik 't wel en soms niet. Die was daar heel stellig in. Die had gewoon een duidelijk beeld voor ogen en was helemaal niet van plan om daar ook maar enigszins.... geen ambivalentie. (POH-GGZ 6).*

De POH's-GGZ proberen ook bij de patiënten die niet willen minderen of stoppen de deur open te houden voor verandering in de toekomst. Enkele patiënten gaven aan niet nu te willen stoppen. Met hen werd een belafpraak gemaakt voor over een half jaar of "na de winter". De POH's-GGZ doen dat, omdat motivatie veranderlijk is en dat het huidige contact de kiem kan leggen voor motivatie in de toekomst.

### 3.1.5 Voorlichtings- en werkboekje

In de oorspronkelijke opzet van het project werd een voorlichtings- en werkboekje ontwikkeld, gebaseerd op het gepersonaliseerde Canadese model van Tannenbaum (Tannenbaum et al., 2014). De inhoudelijke basis voor het voorlichtings- en werkboekje was de patiëntenbrochure 'Beter slapen' van het NHG. Tannenbaum heeft een pdf-exemplaar van het Canadese werkboekje beschikbaar gesteld. De ontwikkelaars van Tactus verslavingspreventie hebben hier kennis van genomen. Lang niet alle elementen hieruit bleken bruikbaar voor de Nederlandse situatie. Ook voldeed de vormgeving niet aan de Nederlandse norm. Het door Tactus ontwikkelde werkboekje 'Benzo de Baas' is voorgelegd en bediscussieerd door de projectgroep, waarop aanpassingen zijn gemaakt. Ook is een drukproef van het werkboekje voorgelegd aan een drietal POH's-GGZ en hun huisartsen (waarvan één deelnemer aan dit project) en akkoord bevonden voor gebruik in de betreffende huisartsenpraktijken. Het werkboekje is ook voorgelegd aan Peter Groot, vrijwilliger van stichting Cinderella (stichting voor "stiefkindgeneesmiddelen- en behandelingen") en onderzoeker/ervaringsdeskundige bij User Research Centre van Maastricht UMC.

Het voorlichtings- en werkboekje is een belangrijk onderdeel van de interventie. Het voorlichtings- en werkboekje, getiteld: “Benzo de baas. Succesvol zelf uw slaap- en kalmeringsmiddelen afbouwen”, is speciaal voor dit project ontwikkeld door Tactus verslavingszorg (zie Figuur 3). Het is geschreven voor patiënten die er zelfstandig of samen met de POH-GGZ mee aan de slag kunnen.

Figuur 3. Voorblad Voorlichtings- en werkboekje



#### Mening van de POH's-GGZ over het werkboek

De reacties van de POH's-GGZ op het werkboekje zijn overwegend positief. Een enkeling vindt het boekje weinig informatie bevatten en nogal oppervlakkig.. Het boekje zou volgens sommige POH's-GGZ vooral geschikt zijn voor mensen die “wat hardnekkiger gebruiken” en voor mensen met een wat lager opleidingsniveau. De POH's-GGZ zijn selectief in het aanbieden van het werkboekje. Ze schatten eerst in of het passend is voor de patiënt die ze voor zich hebben. Een POH-GGZ merkte op dat er weinig of geen informatie in staat over “onttrekkingsverschijnselen” en dat de eventuele toename van klachten bij afbouw niet wordt uitgewerkt. Een andere POH-GGZ vertelde dat deze het boekje had opgestuurd naar aanleiding van telefonisch contact met een patiënt. De patiënt wilde niet op gesprek komen maar wel (verder gaan met) afbouwen.

Er zijn ook POH's-GGZ die uitgesproken positief zijn over het werkboekje. Ze vinden het een toegankelijk boekje met een frisse vormgeving. Tevens vinden ze het fijn dat ze de patiënten iets concreets mee kunnen geven.

*Ik vind het heel helder. Ik heb er veel steun aan ... en voor de mensen. Maar ik ook, dat ik iets in handen heb om het uit te leggen. De verhaaltjes die erin staan, het afbouwschema, er staan wat vragen in. Het*

*is ook een handleiding om het gesprek te voeren. En ik denk dat de mensen het ook serieuzer oppakken, je geeft ze iets mee naar huis en moeten daar ook mee aan de slag. Dat is anders dan dat je zegt schrijf het thuis maar op een blaadje. Dat gebeurt dan toch niet. Zo'n boekje werkt volgens mij motiverend. (POH-GGZ 9)*

Het 'afbouwschema' op de middenpagina is door de POH's-GGZ het meest genoemd als bruikbaar onderdeel. De patiënten kunnen op dit schema dagelijks bijhouden hoeveel ze hebben gebruikt. Hiermee kunnen de patiënten concreet aan de slag. Ook de geïnterviewde patiënten die met het boekje hebben gewerkt noemen met name het schema op de middenpagina behulpzaam.

Opmerkelijk is dat zowel POH's-GGZ als patiënten naar de middenpagina verwijzen als "het schema" terwijl ze het gebruiken als een dagboek waarop het feitelijke gebruik wordt bijgehouden. In het werkboekje wordt gesuggereerd dat het schema van te voren wordt ingevuld en de mensen zich vervolgens aan dit schema gaan houden.

Enkele POH's-GGZ missen de (expliciete) suggestie in het werkboekje dat bij afbouwen een bepaalde dosis langer dan een week kan worden aangehouden.

*Dus vooraf wetende dat je – oké, ik start dan nu met een kwart minder, maar volgende week moet dat weer minder zijn. Dan hebben ze die druk, van het moet en het moet snel. Volgens mij vinden mensen het veel prettiger om te ervaren dat het een proces is. En dat ze kunnen meedeinen op.. Ja, hoe het verloopt, en wat er in het leven verder speelt." (POH-GGZ 11)*

Een andere POH-GGZ maakt deze opmerking niet, maar heeft het schema van de middenpagina gekopieerd omdat het aantal weken 'op' was. Het laat zien dat patiënt en POH-GGZ de afbouwschema's in het werkboekje niet letterlijk nemen, maar deze aanpassen naar eigen behoefte.

#### Mening van de patiënten over het werkboek

Patiënten reageren positief op het werkboekje maar niet iedereen maakt er evenveel gebruik van. Een patiënt vertelde dat ze het boekje wel heeft doorgenomen maar liever vertrouwde op de adviezen van de POH-GGZ. Een andere patiënt zei dat boekje alleen bedoeld is voor mensen die willen afbouwen, niet voor haar dus. Het meest gebruikte deel van het boekje is de middenpagina, met daarop een kalender.

*Ze heeft het boekje doorgenomen. Vond het heel goed. En heeft overal iets ingevuld waar dat werd gevraagd. Ook heeft ze keurig schema ingevuld. Hierdoor kon ze nalezen dat ze nog een terugval heeft gehad naar iets meer gebruik. Toch staat ze na zo'n 4 weken op nul. (gespreksaantekening van interview, patiënt 7)*

Schriftelijk materiaal is niet voor iedereen geschikt, ondanks eenvoudig taalgebruik, plaatjes en schema's.

*Heeft het werkboekje wel gezien en doorgebladerd. Maar: "ik ben niet zo'n lezer" en later: "ik lees niks". Hij leest geen krant, "al die ellende allemaal" en ook geen bijsluiters, allemaal ellende, "je ben al dood voordat je ze geslikt hebt". (gespreksaantekening van interview, patiënt 3).*

Het voorlichtings- en werkboekje, kortom, wordt ingezet als de POH-GGZ dat opportuun vindt en patiënten waarderen het boekje en gebruiken het vooral als dagboek om het gebruik tijdens afbouwen bij te houden.



### 3.1.6 Verschillen tussen praktijken

In de projectopzet was voorzien dat we de pilot in verschillende regio's zouden uitzetten om regionale verschillen te kunnen waarnemen. Het idee was dat er verschillen zichtbaar zouden zijn tussen stedelijke en niet-stedelijke gebieden onder andere op het gebied van logistiek en organisatie van de zorg. Hierin zijn we maar gedeeltelijk geslaagd. De meeste deelnemende praktijken bevinden zich in Gelderland. Het is daarom niet mogelijk om behaalde resultaten tussen regio's te vergelijken. Na kennismaking met de huisartsenpraktijken en de werkwijze van de POH-GGZ is het overigens de vraag of het relevant is regio's onderling te vergelijken. Het leeuwendeel van de interventie vindt plaats in de praktijk. Verschillen tussen praktijken lijken daarmee relevanter dan verschillen tussen praktijken in bepaalde regio's.

Ook geïnterviewde POH's-GGZ en huisartsen gaven aan dat niet zozeer regionale verschillen een rol spelen, maar eerder sociaaleconomische verschillen. Sommige POH's-GGZ zijn werkzaam bij meerdere praktijken en nemen op grond daarvan sociaaleconomische verschillen waar. Het benzodiazepinegebruik in huisartsenpraktijken die vooral patiënten met een lage(re) sociaaleconomische status (SES) bedienen lijkt wat hoger te liggen. Er lijken zich in de lage SES-praktijken ook wat vaker mensen met psychiatrische en psychosociale problematiek en druggebruik te bevinden.

Genoemd werd dat o.a. kenmerkend voor patiënten met een lagere SES is dat zij minder zwaar tillen aan hun benzodiazepinegebruik. Ze reageren minder vaak op de stopbrief en stellen zich wat defensiever op bij het nabellen. Zij lijken het gevoel te hebben dat de huisarts (of POH-GGZ) hen de medicatie wil 'afpakken'. Te midden van de dagelijkse zorgen wordt het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen minder snel als een mogelijk probleem gedefinieerd. Een aantal POH's-GGZ heeft hier wel begrip voor.

*Als ik naar de mensen kijk die zijn geïnccludeerd, moet ik ook zeggen dat er wel meer problemen zijn, meer fysieke problemen... een hele waslijst. Het is een wijk met een lage SES, dus deze mensen zijn... het is wel het laatste wat ze aan hun hoofd hebben, zo'n pilletje. (POH-GGZ 9)*

Mensen met een hogere SES lijken eerder bereid na te denken over de voor- en nadelen van het gebruik. Volgens een huisarts in een hoge SES wijk hebben de patiënten zelf al wat meer zicht op de voor- en nadelen van benzodiazepinegebruik. Een POH-GGZ merkt dat deze patiënten wat gemakkelijker in gaan op de uitnodiging voor een persoonlijk gesprek.

*En dat is in Eibergen anders, zo'n brief van de huisarts zet ze aan het nadenken, en als je belt merk je een grote bereidheid om daar naar te luisteren, zijn wat volgzamer en meer gemotiveerd om daarmee zelf aan de slag te gaan. (POH-GGZ 9)*

Behalve het onderscheid tussen hogere en lagere SES, maken sommige POH-GGZ en huisartsen ook onderscheid naar culturele herkomst van de patiënten. Dit hangt deels samen met SES, maar niet helemaal. In de praktijk in Zuid-Limburg speelt bijvoorbeeld de mijnwerkersgeschiedenis en de van oudsher katholieke hiërarchische verdeling een rol. Eén van de POH-GGZ in deze praktijk merkt dat het woord van de dokter belangrijk is.

*En ik denk dat de oude populatie meneer of mevrouw dokter nog heel hoog heeft staan. En als die zegt dat we het daar een keer over moeten hebben... Ik denk dat dat ook meespeelt in deze wijk, dat de dokter heel belangrijk is. Dat idee een beetje. De dokter weet waar 'ie 't over heeft..'' (POH-GGZ 10)*

Een POH-GGZ in Overijssel maakt onderscheid tussen een wat “boersere” praktijk waar ze werkt (niet meegenomen in dit project) en de (suburbane) praktijk die wel in dit project is meegenomen. In de “boerse” praktijk zijn de patiënten iets minder goed geïnformeerd en praten minder gemakkelijk over achterliggende oorzaken van gebruik.

### 3.1.7 Impact van de interventie op de praktijk

De uitvoering van dit pilotproject heeft in een aantal deelnemende huisartsenpraktijken een bredere invloed dan alleen op de geselecteerde patiënten. De belangrijkste en meest genoemde impact is dat er in de praktijk onder POH's-GGZ en huisarts(en) een groter bewustzijn ontstaat ten aanzien van chronisch medicijngebruik. Een ander bijkomend effect is dat patiënten met chronische klachten, die jarenlang niet bij de huisarts (of POH-GGZ) in beeld waren, nu zichtbaar zijn geworden. Ook wordt de positie van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk versterkt.

#### *Bewustwording medicatiegebruik*

In de meeste praktijken lijkt het project te hebben geleid tot een grotere bewustwording van het medicatiegebruik van patiënten. Dit geldt zowel voor de POH-GGZ als voor de huisarts(en). Huisartsen zijn zich gedurende het project bewuster geworden van hun voorschrijfbeleid bij zowel nieuwe recepten als bij herhaalrecepten. Een huisarts zegt:

*Wat ik nu doe, vaak, is dat ik opschrijf: niet herhalen. Dat heb ik ook bewust met de patiënt afgesproken, het is eenmalig. Je krijgt 14 van die dingen, niet herhalen. (huisarts 3)*

Het lijkt erop dat een aantal huisartsen door deelname aan het project minder vaak en vooral minder lang benzodiazepinen voorschrijft. Een huisarts vertelde dat hij nu ook vaker de verslavingsrisico's met patiënten bespreekt. Het komt voor dat huisartsen nu sneller dan voorheen een patiënt met (ook) chronisch benzodiazepinegebruik doorverwijzen naar de POH-GGZ. Enkele POH's-GGZ meldden dat zij hun huisarts(en) erop hebben gewezen dat er veel preventief werk is te doen in de spreekkamer van de huisarts: minder vaak voorschrijven, minder lang voorschrijven, direct een evaluatieconsult koppelen aan een uitgeschreven recept en indien nodig doorverwijzen naar de POH-GGZ.

Een huisarts zegt dat wanneer een project als dit om de paar jaar wordt herhaald, dit zal leiden tot een afname van de “chronische klantjes” in zijn praktijk. De huisarts doelt daarmee zowel op het effect van kritischer voorschrijven als op de afname van chronische gebruikers door inzet van de POH-GGZ.

Die bewustwording van medicatiegebruik betreft bij sommige praktijken niet alleen het gebruik van benzodiazepinen, maar ook van antidepressiva. Ook een aantal POH's-GGZ let sinds deelname aan het project meer op medicatiegebruik van mensen die bij hen op het spreekuur komen. Dat doen ze door voorafgaand aan het gesprek even in het dossier van de patiënt te kijken.

*En nu als ik mensen ga zien, klik ik even het dossier open, kijk wat ze gebruiken. Door dit onderzoek ga ik vaak toch even kijken welke medicijnen ze gebruiken. Ik raak er in thuis. Al noem ik het maar even. (POH-GGZ 7)*

Een POH-GGZ vertelt dat ze haar in dit project ontwikkelde vaardigheden gemakkelijk kan toepassen op andere patiënten. Ze weet zich toegerust mensen te ondersteunen bij het afbouwen van benzodiazepinen, waarbij ze ook het werkboekje gebruikt. Zo ontwikkelen de huisartsenpraktijken niet alleen een extra antenne voor

chronisch medicatiegebruik, maar ook een extra vaardigheid om chronisch gebruik ter sprake te brengen. Hierdoor kunnen ze patiënten motiveren hun gebruik te minderen en ze daarbij te ondersteunen wanneer dat nodig is.

### *'Onzichtbare' patiënten in beeld*

Het project blijkt een goede gelegenheid mensen eens op de praktijk uit te nodigen. De aanleiding is het geregistreerde medicijngebruik. De huisarts en POH-GGZ vinden het waardevol om bij deze patiënten, die ze weinig zien, te informeren naar de (mentale) gezondheid en na te gaan of de omstandigheden zijn gewijzigd. Het kan dan blijken dat de patiënten de benzodiazepinen minder frequent gebruiken dan ooit voorgeschreven, of dat de partner 'mee snoept' van het recept. Tijdens het gesprek met de POH-GGZ kunnen andere (gerelateerde) zaken aan de orde komen die anders nog lang ongezien zouden blijven. Voorbeelden die de POH's-GGZ noemen zijn een patiënt met een totaal verstoord dag- en nachtritme, iemand met een onderliggend trauma en iemand met hartklachten.

### *Rol van de POH-GGZ*

Enkele geïnterviewde huisartsen gaven aan dat de POH-GGZ bij uitstek de rol heeft om projecten als deze te initiëren en uit te voeren. Hoewel een aantal huisartsen vindt dat zij qua gesprekstechniek minstens zo goed zijn toegerust als de POH-GGZ, ontbreekt het hen veelal aan tijd en voorspelbare agenda om dergelijke projecten systematisch uit te voeren. Eén van de POH's-GGZ heeft voor intern gebruik een kort evaluatieverslag geschreven. Dit illustreert dat een projectmatige aanpak kan helpen de balans op te maken van de inspanning, de opbrengst en de leerpunten.

Hoewel niet in elke praktijk de POH-GGZ in gelijke mate het project heeft geleid, lijkt het erop dat een project als hier beschreven de positie van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk versterkt. Dit geldt zowel ten opzichte van de huisarts ("je kunt het aan de POH-GGZ overlaten") als bij de patiënten die, dankzij de stopbrief, het nabellen en de face-to-face gesprekken, een beter beeld hebben wat de functie van de POH-GGZ is en met wat voor problemen ze bij hem/haar aan kunnen kloppen.

## **3.2 Resultaten interventie**

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van de interventie op basis van de gegevens die door de POH's-GGZ zijn bijgehouden in de benzomonitor. De POH's-GGZ hebben zowel gegevens van de interventiegroep als van een controlegroep bijgehouden. Het gaat om leeftijd en geslacht, benzodiazepinegebruik voorafgaand aan het verzenden van de stopbrief en ongeveer zes maanden daarna. We presenteren ook resultaten van de inzet van motiverende gespreksvoering en het gebruik van het voorlichtings- en werkboekje. Alle patiënten in de interventiegroep (238) hebben een stopbrief ontvangen en met 197 daarvan is daarna telefonisch contact geweest (83%). Er is niet systematisch informatie verzameld over het wel of niet doorverwijzen van patiënten naar specialistische behandeling.

### *3.2.1 Benzodiazepinegebruik patiënten*

In tabel 3.1 staat een overzicht van de meest gebruikte benzodiazepinen op de eerste meting (T1).

De gemiddelde DDD voor de hele populatie bij aanvang van het project was 0,85 (SD 0,71, range 0-7, meest voorkomend: 1). De gemiddelde DDD van de interventiegroep was 0,84 (SD 0,64) en de van de controlegroep 0,85 (SD 0,80). De verschillen in gemiddeld gebruik tussen interventie- en controlegroep zijn statistisch niet significant.

Tabel 3.1. Meest gebruikte benzodiazepinen en voorgeschreven dosering op T1

Middel	Frequentie	%	DDD meest voorkomend	DDD gemiddeld (SD)
Alprazolam	19	4,5	0,50	1,49 (1,15)
Bromazepam	11	2,6	0,30	0,53 (0,47)
Diazepam	35	8,3	0,50	1,28 (1,30)
Lorazepam	27	6,4	0,40	0,90 (0,86) <sup>1</sup>
Nitrazepam	10	2,4	1,00	1,06 (0,42) <sup>2</sup>
Oxazepam	120	28,4	0,20	0,53 (0,53) <sup>3</sup>
Temazepam	95	22,5	0,50	0,80 (0,43) <sup>4</sup>
Zolpidem	42	10,0	1,00	0,95 (0,33) <sup>5</sup>
Zopiclon	44	10,4	1,00	0,96 (0,32) <sup>6</sup>
Overige middelen*	19	4,5		
Totaal	422	100,0		

\*minder dan 10 patiënten kregen dit middel voorgeschreven

Aantal patiënten waarvan DDD gegevens ontbreken: <sup>1</sup> 11; <sup>2</sup> 2; <sup>3</sup> 1; <sup>4</sup> 16; <sup>5</sup> 11; <sup>6</sup> 6.

Van 372 patiënten is bekend of ze de medicatie hebben voorgeschreven gekregen voor angst- of slaapklachten. In totaal kregen 209 patiënten medicatie voor slaapklachten en 163 patiënten medicatie voor angstklachten. Verdeeld naar interventie- en controlegroep is een statistisch significant verschil te zien: de interventiegroep heeft een groter aandeel patiënten met slaapklachten dan de controlegroep<sup>11</sup>.

### 3.2.2 Stopbrief en nabellen

Alle 238 patiënten in de interventiegroep hebben een zogenaamde 'stopbrief' gekregen. Van 197 patiënten hebben we ook een datum waarop telefonisch contact is geweest naar aanleiding van deze brief. De eerste stopbrieven zijn verstuurd eind maart 2016 en de laatste half september 2016. De gemiddelde tijd tussen het verzenden van de stopbrief en het telefonisch contact met de patiënt is ruim twee maanden (8,6 weken). De meest voorkomende tussentijd is acht weken. Enkele patiënten belden zelf kort na ontvangst van de brief en meestal met de mededeling dat zij niet van plan zijn te stoppen of te minderen en verder geen prijs stellen op contact over dit onderwerp. Bij enkele praktijken heeft het tot wel 20 weken geduurd voordat zij telefonisch contact hadden met de aangeschreven patiënt. Dit heeft vrijwel altijd te maken met eerdere vruchteloze pogingen om eerder contact te leggen, waardoor de patiënt van het netvlies verdween en pas weer bij de POH-GGZ in beeld kwam rondom de tweede meting van het benzodiazepinegebruik.

### 3.2.3 Gestopt of geminderd

De verwachting is dat patiënten die de stopbrief hebben ontvangen en eventueel aan de daarop volgende interventie hebben deelgenomen hun benzodiazepinegebruik hebben gestopt of geminderd. De tweede meting van het gebruik (of beter: van het recept) heeft in de meeste gevallen niet twee maanden na de stopbrief of na het telefonisch contact plaatsgevonden, maar later. De gemiddelde tijd tussen de eerste (T1) en tweede meting (T2) bedraagt iets meer dan 6 maanden (6,19; SD 1,03). Voor de controlegroep geldt dezelfde tussentijd.

<sup>11</sup> Chi2: 7,452, df 1, p < 0,01

Tabel 3.2 Gemiddeld benzodiazepinegebruik (DDD) op eerste (T1) en tweede meting (T2).

	T1 (SD) (n=378)	T2 (SD) (n=380)	Verandering in gebruik (SD) (n=378)
DDD Interventiegroep	0,84 (0,64)	0,58 (0,70)	-0,25 (0,43)
DDD Controlegroep	0,84 (0,70)	0,72 (0,69)	-0,11 (0,45)
DDD totaal	0,84 (0,67)	0,64 (0,70)	-0,18 (0,70)

Tabel 3.2 laat zien dat zowel in de interventiegroep als in de controlegroep het benzodiazepinegebruik is afgenomen. In de interventiegroep is het gebruik sterker afgenomen (0,25) dan in de controlegroep (0,11). Het verschil in afname tussen interventie- en controlegroep is statistisch significant<sup>12</sup>.

In tabel 3.3 wordt duidelijk dat mannen iets meer zijn geminderd met gebruik dan vrouwen. De verschillen zijn echter niet significant. Dit geldt voor zowel de interventiegroep als de controlegroep

Tabel 3.3. Gemiddelde verandering in gebruik (DDD) naar geslacht (N=377)

	Vrouwen (n=272)	Mannen (n=105)
DDD Interventiegroep (n=216)	-0,23 (0,35)	-0,33 (0,59)
DDD Controlegroep (n=161)	-0,09 (0,49)	-0,15 (0,31)

De gemiddelde afname gemeten in DDD voor mensen die benzodiazepinen kregen voorgeschreven voor angstklachten bedraagt in de interventiegroep 0,21 (SD 0,36) en de afname bij slaapklachten 0,28 (SD 0,44). Dit verschil is niet significant. In de controlegroep is het verschil in afname voor angst- en slaapklachten kleiner. Dit verschil is ook niet significant (tabel 3.4).

Tabel 3.4 Gemiddelde verandering in gebruik (DDD) tussen T1 en T2 naar voornaamste reden van gebruik.

	Angstklachten: verandering in gebruik (SD)	Slaapklachten: verandering in gebruik (SD)
DDD Interventiegroep (n= 183)	-0,21 (0,36)	-0,28 (0,44)
DDD Controlegroep (n=128)	-0,09 (0,34)	-0,08 (0,33)

Eén van de deelnemende artsen vertelde dat zij de aanpak van stopbrief met follow-up gesprekken minder geschikt vond voor oudere patiënten (§3.1.2). We hebben naar aanleiding van deze opmerking een toets gedaan op leeftijd. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 62,1 een jaar, vergelijkbaar met de leeftijd in andere studies (Gorgels, 2009). Patiënten die ouder zijn dan 62 jaar hebben bij aanvang van deze studie een iets lager benzodiazepinegebruik (0,77 DDD) dan patiënten die 62 jaar of jonger zijn (0,92 DDD)<sup>13</sup>. De afname in gebruik tussen de eerste en tweede meting in de groep oudere patiënten (-0,16 DDD) is iets lager dan in de groep jongere patiënten (-0,23 DDD). Echter, deze verschillen zijn statistisch niet significant<sup>14</sup>. Kijken we alleen

<sup>12</sup> T-test: -3,155, df 336,226, p < 0,05 (0,002)

<sup>13</sup> T-test: 2,134, df 364 p < 0,05

<sup>14</sup> T-test: -1,413, df 338,706, p > 0,05

naar de afname in de interventiegroep, dan zien we een iets grotere afname bij jongere patiënten (niet significant)<sup>15</sup>.

### 3.2.4 Motiverende gespreksvoering en werkboekje

Van de 238 personen in de interventiegroep hebben de POH's-GGZ 59 patiënten op het spreekuur gehad (24,8%). Het benzodiazepinegebruik van de mensen die op het spreekuur kwamen ligt, zowel bij de eerste als bij de tweede meting, iets hoger dan van de mensen die niet op het spreekuur kwamen. Ook de verschillscore is iets groter bij mensen die de POH-GGZ hebben gezien. De verschillen zijn niet statistisch significant.

Op een schaal van 1-5 is de gemiddelde score voor toepassing van motiverende gespreksvoering door de POH-GGZ 3,3 (SD 1,12). Het meer of minder consequent toepassen hangt niet samen met de gemiddelde verschillscore.

Van 55 patiënten die op het spreekuur kwamen, heeft de POH-GGZ genoteerd of het voorlichtings- en werkboekje is aangeboden. Aan 38 van hen (65%) is het boekje aangeboden en aan 20 niet (35%).

Het gecombineerd inzetten van motiverende gespreksvoering (MGv) en het voorlichtings- en werkboekje (b. in tabel 3.5) leidt tot een grotere afname van het benzodiazepinegebruik<sup>16</sup>.

**Tabel 3.5 Verschilscores naar inzet van Motiverende Gespreksvoering (MGv) en werkboekje (n=55)**

	Verschilscore in DD (SD)
a. MGv laag + werkboekje of MGv hoog zonder werkboekje, of geen van beide (n=26)	-0,11 (0,42)
b. Kreeg één werkboekje en hoge inzet MGv (n=29)	-0,41 (0,44)

Opgemerkt moet worden dat de patiënten selectief worden blootgesteld aan de interventie. Patiënten bij wie in het telefoongesprek al duidelijk was dat deze niet of juist wel benzodiazepinen wilden afbouwen krijgen juist niet of juist wel de interventie. Het is te verwachten dat de groep patiënten die zich meldt voor een gesprek bij de POH-GGZ een selectie is van patiënten bij wie enige motivatie is om het gebruik af te bouwen.

<sup>15</sup> T-test: -1,526, df 172,644, p > 0,05

<sup>16</sup> T-Test: 2,575, df 51, p < 0,05

## 4 Conclusies

Het doel van deze pilotstudie was tweeledig: enerzijds beoogde het de toepasbaarheid en bruikbaarheid van de gecombineerde interventie 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' te onderzoeken en anderzijds de effecten van de interventie op benzodiazepinegebruik van de deelnemende patiënten. Hieronder zetten we de conclusies ten aanzien van deze twee hoofddoelstellingen op een rij: eerst de conclusies ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de interventie (§4.1), daarna ten aanzien van de effecten van de interventie (§4.2).

### 4.1 Uitvoerbaarheid interventie

#### *Gecombineerde interventie*

'Motiverend aan de slag met benzoreductie' is een gecombineerde interventie gebaseerd op de minimale interventiestrategie zoals aanbevolen in de NHG standaard M23. De interventie is projectmatig uitgevoerd: de interventie is afgebakend in omvang (aantal patiënten) en tijd (twee meetmomenten), en opgedeeld in fasen. De POH-GGZ speelt een coördinerende en uitvoerende rol in deze aanpak, en schakelt tussen de huisarts, assistentes en eventueel de apotheek. De projectmatige aanpak faciliteert aandacht voor chronisch benzodiazepinegebruik in de praktijk. De huisarts is zich, in ieder geval tijdelijk, meer bewust van zijn of haar voorschrijfbeleid. De POH-GGZ heeft verhoogde aandacht voor benzodiazepinegebruik van alle patiënten die worden gezien, niet alleen de patiënten die zijn geselecteerd voor de interventie.

#### *Afgebakend aantal patiënten*

In deze pilotstudie zijn per praktijk at random 20 patiënten geselecteerd die voor de interventie in aanmerking kwamen, nog eens 20 ad random geselecteerde patiënten werden toegewezen aan de controlegroep. In een situatie waarin het project niet wordt gecombineerd met onderzoek, kunnen de huisarts en POH-GGZ zelf bepalen welke patiënten ze voor de interventie in aanmerking willen laten komen. Het aanschrijven en, vooral, het vervolgens nabellen van de aangeschreven patiënten is tijdrovend. In de minimale interventiestrategie van de NHG was voorzien dat praktijkassistentes nabellen. Inmiddels heeft de POH-GGZ zijn intrede in de huisartsenpraktijk gedaan en kan deze het nabellen overnemen. De breed gedeelde opvatting van de POH-GGZ is ook dat zij dat beter zelf kunnen doen. Het telefonisch benaderen van patiënten wordt gezien als een deel van de interventie. Goede kennis van de interventie, van het gebruik van benzodiazepinen én de inzet van motiverende gespreksvoering bevorderen dat patiënten zich laten uitnodigen op het spreekuur van de POH-GGZ. Het is overigens een valkuil om van het nabellen van patiënten een telefonisch consult te maken. Soms is dit het maximaal haalbare, maar het verdient de voorkeur de focus te leggen op het uitnodigen voor een face-to-face gesprek.

#### *De stopbrief*

De stopbrief legt volgens een aantal POH's-GGZ te veel de nadruk op stoppen of minderen. Zij denken dat patiënten hierdoor te snel een defensieve houding aannemen. Liever zien deze POH's-GGZ een brief waarin bewustwording van de nadelen van gebruik centraal staan. Overigens heeft de brief in de huidige vorm bij veel patiënten een bewustwordingseffect. En zelfs als patiënten niet direct een aanleiding zien om te stoppen, zijn ze wel gesensibiliseerd voor de nadelen van benzodiazepinegebruik. De patiënten die zijn ingegaan op de uitnodiging voor een gesprek leken, op het moment dat zij de brief ontvingen, al bezig met de vraag of zij hun gebruik willen voortzetten, minderen of stoppen. De timing van de brief viel toevallig gunstig. Het is een aanwijzing dat patiënten die nu niet willen of kunnen stoppen bijvoorbeeld een jaar later meer open kunnen staan voor een interventie. Die kans lijkt groter wanneer ze eerder over dit onderwerp door de huisarts waren benaderd.



### *Chronisch voorgeschreven, maar selectief gebruik*

Op het spreekuur bij de POH-GGZ blijkt niet zelden dat patiënten benzodiazepinen wel chronisch krijgen voorgeschreven, maar ze niet dagelijks gebruiken. Dit blijkt soms ook al uit het voorafgaande telefonisch contact. Patiënten die benzodiazepinen selectief gebruiken, zijn minder ontvankelijk voor stoppen of (verder) minderen van gebruik dan chronische gebruikers. De ervaring van POH's-GGZ is dat selectieve gebruikers minder ambivalentie tonen dan veel chronische gebruikers. De selectieve gebruikers maken telkens een voor- en nadelenbalans voordat ze besluiten een benzo te nemen. De nadelen van chronisch gebruik zijn op selectieve gebruikers minder van toepassing. Bij gebruikers die ambivalent staan tegenover stoppen of minderen sluit de inzet van motiverende gespreksvoering beter aan. Op het moment dat er tussen patiënt en POH-GGZ overeenstemming is om te minderen of te stoppen, is de inzet van motiverende gespreksvoering minder pregnant aan de orde.

### *Training motiverende gespreksvoering*

Alle deelnemende POH's-GGZ hebben de training motiverende gespreksvoering gevolgd. Deze hooggewaardeerde training is een belangrijk element van de interventie om verschillende redenen. De training zorgde voor een gezamenlijke aftrap van het project, een helder markeringspunt. POH's-GGZ van verschillende praktijken leerden elkaar kennen, wisselden praktijkervaring uit, in een enkel geval ook na de training. POH's-GGZ voelden zich dankzij de training goed voorbereid op hun taak en gesterkt in hun vakbekwaamheid. Tijdens de tweede trainingsdag brachten POH's-GGZ concrete ervaring in uit het project. Het verdient de aanbeveling dat huisartsenpraktijken die op een projectmatige manier met vermindering van het gebruik van benzodiazepinen willen starten de POH-GGZ een training motiverende gespreksvoering te laten volgen, bij voorkeur speciaal gericht op benzodiazepinegebruik. Tevens is het aan te bevelen dat huisartsenpraktijken die de projectmatige aanpak 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' willen herhalen, de POH's-GGZ in de gelegenheid stellen vaardigheid van motiverende gespreksvoering te laten opfrissen en herijken. Motiverende gespreksvoering is ook toepasbaar in andere gevallen waarbij gedragsverandering wenselijk is.

### *Voorlichtings- en werkboekje*

Het voorlichtings- en werkboekje 'Benzo de baas' is voor veel POH's-GGZ behulpzaam. Het is prettig om iets tastbaars mee te kunnen geven en het helpt in sommige gevallen het contact te structureren. Het boekje is echt voor patiënten bedoeld, het taalgebruik is eenvoudig, het bevat niet te veel informatie en biedt praktische handvatten. Er worden geen onttrekkingsverschijnselen in benoemd. Dit is een bewuste keuze van de ontwikkelaars om gebruikers van het boekje niet te stimuleren nadelige gevolgen van minderen te ervaren (vermijden van *selffulfilling prophecy*). Patiënten maken wisselend gebruik van het werkboekje. Het meest praktische deel van het werkboekje is de voorgestructureerde kalender op de middenpagina. Deze wordt echter niet gebruikt als planningsinstrument voor het afbouwen van gebruik, maar meer als dagboek: patiënten houden bij wat ze gebruiken.

Het voorlichtings- en werkboekje is voorgelegd aan een vertegenwoordiger van de huisartspatiëntenvereniging. Vanuit deze patiëntenvertegenwoordiging werd opgemerkt dat de mogelijkheid van taperingstrips niet wordt genoemd in het werkboekje. Bij taperingstrips wordt het gewenste afbouwschema door de apotheek voorbereid. De medicatie wordt in een afnemende hoeveelheid in een strip verpakt. Deze manier van afbouwen is weliswaar mogelijk bij een aantal merken benzodiazepinen, maar is een andere aanpak dan het zelfstandig afbouwen met behulp van gesprekken met de POH-GGZ en/of een dagboek. De mogelijkheid om af te bouwen met behulp van taperingstrips lijkt eerder te behoren tot het domein van de huisarts dan de POH-GGZ. Het is immers de arts die het recept uitschrijft. Dat neemt niet weg dat afbouwen

met behulp van taperingstrips in het repertoire van de huisartsenpraktijk een rol hoort te hebben<sup>17</sup>. Ook POH's-GGZ kunnen in samenspraak met de patiënt en de arts taperingstrips voorstellen.

#### *Benzomonitor*

De Benzomonitor is in deze pilotstudie ingezet om bij te kunnen houden wat het resultaat van de interventie is. Het is niet noodzakelijk, maar wel sterk aanbevolen, een benzomonitor bij te houden als het project buiten een onderzoekskader wordt uitgevoerd. Het helpt de huisartsenpraktijk overzicht te houden van benaderde patiënten en is behulpzaam bij het intern evalueren van de geleverde inspanning. Ook het opnemen van een controlegroep is aan te bevelen, niet alleen als vergelijkingsmateriaal. De controlegroep kan ook fungeren als 'wachtkamer'. De mensen in de controlegroep kunnen de interventiegroep zijn van het volgende project.

#### *Projectmatige aanpak*

De projectmatige aanpak versterkt de rol en zichtbaarheid van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. De POH-GGZ kan laten zien dat deze zelfstandig en projectmatig kan werken. Huisartsen verschillen in de mate waarin ze de regie over laten aan de POH-GGZ. Ook werd door het project de rol en zichtbaarheid van de POH-GGZ bij patiënten versterkt. Zo waarderen enkele POH's-GGZ het project, omdat zij dankzij de (telefoon)gesprekken patiënten van de praktijk zien of spreken die zij anders niet zouden tegen komen, en omdat achter het benzodiazepinegebruik soms problematiek tevoorschijn komt waar zijn in hun functie als POH-GGZ goed mee uit de voeten kunnen.

De projectmatige aanpak impliceert dat er in de voorbereidingsfase tijd en energie wordt geïnvesteerd die niet wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Het selecteren van patiënten die chronisch benzodiazepinen gebruiken vergt tijd, die overigens flink kan worden bekort door de apotheek in te schakelen, mits de meeste patiënten van de huisartsenpraktijk naar dezelfde apotheek gaan. De huisarts investeert tijd door de lijst van chronische gebruikers op te schonen. Overigens geldt: hoe meer mensen chronisch benzodiazepinen krijgen voorgeschreven, hoe meer werk het oplevert, maar ook hoe groter de noodzaak de interventie uit te voeren.

#### *Externe ondersteuning*

Doordat de uitvoering van het project was ingebed in een studie, werden de POH's-GGZ met enige regelmaat benaderd door de onderzoeker. Ook de afronding van het project, ongeveer zes maanden na het versturen van de stopbrief, geschiedde op initiatief van de onderzoeker. Bij een flink deel van de praktijken bleek deze externe prikkel behulpzaam om het project daadwerkelijk af te sluiten en zorgvuldig af te ronden. Wanneer huisartsenpraktijken in de toekomst besluiten projectmatig chronisch benzodiazepinegebruik van hun patiënten aan te pakken, is het aan te bevelen een duidelijk eindpunt te markeren. Een duidelijk afrondings- en evaluatiemoment is bevredigend voor de uitvoerende betrokkenen en biedt de huisartsenpraktijk de mogelijkheid zich hiermee te profileren.

Hoewel deelname aan het onderzoek een extra belasting vormde, was het tegelijkertijd ook de stimulans om de boog tot op het einde toe gespannen te houden. Wanneer deze interventie landelijk wordt gepromoot, is het aan te bevelen opnieuw voor een projectmatige aanpak te kiezen, inclusief een externe coach of consultant die een goed verloop en afronding van het project ondersteunt. Een projectmatige aanpak kan herhaald en regionaal gespreid worden aangeboden. De ROS (Regionale OndersteuningsStructuur) kan hierin begeleiden en adviseren.

---

<sup>17</sup> <http://www.cinderella-tx.org/nl/>

Wanneer een huisartsenpraktijk jaarlijks of tweejaarlijks een project zou uitvoeren zoals beschreven in deze pilotstudie, zal dat bij enkele herhalingen kunnen leiden tot een grote afname van het aantal chronisch benzodiazepinegebruikers in de patiëntenpopulatie. Dit verwachte effect is niet uitsluitend gebaseerd op de interventie, maar ook op de verhoogde alertheid en vaardigheid om benzodiazepinen behoudend voor te schrijven en te ondersteunen bij het afbouwen ervan.

#### **4.2 Effecten van de interventie**

De verschillende uitvoeringspraktijken van de interventie (bijv.: verstreken tijd tussen stopbrief en nabellen, assistente belt na of POG-GGZ, wel of niet werkboekje aanbieden) laten zien dat de interventie niet strikt is geprotocolleerd. Er kunnen zich hierdoor verschillen voordoen tussen patiënten van één POH-GGZ en tussen POH's-GGZ onderling. Dit leidt tot een onbetrouwbaarheidsmarge waarmee rekening moet worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten.

De interventie- en de controlegroep zijn vergelijkbaar op grond van leeftijd (gemiddeld 62 jaar), geslacht (72% vrouw) en gestandaardiseerde dagdosering (DDD) bij aanvang van de studie: gemiddeld 0,84. Het resultaat van de interventie wordt uitgedrukt als de gemiddelde verandering in benzodiazepinegebruik tussen de maximale dosis op de eerste meting en de maximale dosis op de tweede meting. De gecombineerde interventie 'Motiverend aan de slag met benzoreductie' (stopbrief, eventueel consult bij de POH-GGZ en gebruik van een voorlichtings- en werkboekje) leidde tot een grotere afname in benzodiazepinegebruik dan bij patiënten die deze interventie niet hebben gekregen. De afname bij de interventiegroep is ongeveer twee keer zo groot als bij de controlegroep. Dat in de controlegroep ook een afname is te zien in benzodiazepinegebruik is te verwachten op grond van regulier voorschrijfbeleid dat zegt dat zowel benzodiazepinen voor slaap- als voor angstklachten beperkt worden voorgeschreven, zowel in omvang als duur. De afname in gebruik bij slaap of angstklachten is ongeveer even groot.

Er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden in afname van benzodiazepinegebruik tussen jongere patiënten ( $\leq 62$  jaar) en oudere patiënten ( $\geq 63$  jaar).

Patiënten die op gesprek zijn geweest bij de POH-GGZ én waarbij de POH-GGZ zegt in sterke mate motiverende gespreksvoering te hebben toegepast én die een werkboekje hebben gekregen, laten een ruim drie maal zo grote afname in gebruik zien ten opzichte van patiënten die wel op gesprek waren maar geen van beide kregen aangeboden of één van beide.

Het projectmatig aanpakken van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk met behulp van de stopbrief én de inzet van de POH-GGZ blijkt een goed haalbare interventie die leidt tot een grotere afname van gebruik dan bij vergelijkbare patiënten in een controlegroep.

## 5 Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organisational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief Onderzoek*. Amsterdam: Boom / Lemma uitgevers.
- Cook, J. M., Marshall, R., Masci, C., & Coyne, J. C. (2007). Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(3), 303–307. <http://doi.org/10.1007/s11606-006-0021-3>
- De Gier, H., Gorgels, W., Lucassen, P., Oude Voshaar, R., Mulder, J., & Zitman, F. (2011). Stoppen met langdurig benzodiazepinegebruik. *Huisarts En Wetenschap*, 54(10), 548–551. <http://doi.org/10.1007/s12445-011-0264-z>
- Eimers, M., Nelissen-Vrancken, M., & Sonnen, M. (2010). *Terugdringen van chronisch benzodiazepinegebruik met een minimale interventiestrategie*. Utrecht. Retrieved from [https://www.medicijngebruik.nl/content/products/170/attachments/bro\\_benzodiazepinen\\_stoppen\\_20100713\\_p.pdf](https://www.medicijngebruik.nl/content/products/170/attachments/bro_benzodiazepinen_stoppen_20100713_p.pdf)
- Fletcher, J., Hogg, W., Farrell, B., Woodend, K., Dahrouge, S., Lemelin, J., & Dalziel, W. (2012). Effect of nurse practitioner and pharmacist counseling on inappropriate medication use in family practice. *Canadian Family Physician*, 58(8), 862–868.
- Geers, H., & Arents, B. (2009). Minimale interventie in een cohort van chronische benzodiazepinegebruikers. *Wetenschappelijk Platform*, 3(4), 62–66.
- Glass, J., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Sproule, B. A., & Busto, U. E. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*;331. *BMJ2*, 331. <http://doi.org/10.1136/bmj.38623.768588.47>
- Gorgels, W.J.M.J., Oude Voshaar, R.C., Mol, A.J.J., van de Lisdonk, A.J.L.M., van den Hoogen, H.J.M., Mulder, J., Breteler, M.H.M., & Zitman, F. G. (2005). Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. *Drug Alcohol Depend*, 78(1), 49–56.
- Gorgels, W. J. M. J. (2009). Stoppen met benzodiazepinen. *Huisarts En Wetenschap*, 52(2), 91–7.
- Gorgels, W. J. M. J., Oude Voshaar, R. C., Mol, A. J. J., Van De Lisdonk, E. H., Van Balkom, A. J. L. M., Van Den Hoogen, H. J. M., ... Zitman, F. G. (2005). Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: A prospective controlled intervention study. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(1), 49–56. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.09.001>
- Gould, R. L., Coulson, M. C., Patel, N., Highton-Williamson, E., & Howard, R. J. (2014). Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 98–107. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126003>
- Instituut Verantwoord Medicijngebruik. (2006). *Financiële opbrengsten stopbrief bij benzodiazepinen*. Utrecht.
- Knuistingh Neven, A., Lucassen, P. L. B. ., Bonsema, K., Teunissen, H., Verduijn, M. M., & Bouma, M. (2014). NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening). *Huisarts Wet*, 57(7), 352–361. [http://doi.org/10.1007/978-90-313-6614-9\\_30](http://doi.org/10.1007/978-90-313-6614-9_30)
- Littell, J. H., & Girvin, H. (2002). Stages of Change. *Behavior Modification*, 26(2), 223–273. <http://doi.org/10.1177/0145445502026002006>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Cahill, L., Mitchell, G., & Young, R. M. (2009). Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: A meta-analysis. *Addiction*, 104(1), 13–24. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02364.x>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–95.
- Sniehotta, F. F., Presseau, J., & Araújo-Soares, V. (2014). Time to retire the theory of planned behaviour. *Health Psychol.Rev*, 8(1), 1–7.
- Stewart, R., Niessen, W. J. M., Broer, J., Snijders, T. A. B., Haaijer-Ruskamp, F. M., & Meyboom-De Jong, B. (2007). General Practitioners reduced benzodiazepine prescriptions in an intervention study: a multilevel application. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(10), 1076–1085.

- <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.11.024>
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2016). Gebruik benzodiazepines daalt gestaag, maar traag. Retrieved from <https://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2016/gebruik-benzodiazepines-daalt-gestaag-maar-traag>
- Stoele, M., Luijendijk, H., Tiemeier, H., Heeringa, J., & Jansen, H. (2004). *Langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen door ouderen*. (IVO, Ed.) *IVO Reeks 32* (Vol. 32). Rotterdam: IVO.
- Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., & Ahmed, S. (2014). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Internal Medicine, 174*(6), 890–8. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.949>
- Van de Ven, G., Meulepas, M., Gorgels, W., Verbeek, I., & Laurant, M. (2012). Praktijkondersteuner-ggz helpt chronisch slaapmiddelengebruik terugdringen. *Tijdschrift Voor Praktijkondersteuning, 7*(1), 6–10.
- Voshaar, R. C. O., Couvée, J. E., Van Balkom, A. J. L. M., Mulder, P. G. H., & Zitman, F. G. (2006). Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 189*(SEP.), 213–220. <http://doi.org/10.1192/bjp.189.3.213>

## Bijlage 1 Deelnemende huisartsenpraktijken

<b>Huisartsenpraktijk</b>	<b>Plaats</b>	<b>POH-GGZ</b>
Kuinre	Kuinre	Carien Mulder
Deneer & van Gaalen	Dronten	Robert Dudink
Snelder	Doetinchem	Adrie de Leeuw
EMC de Raad	Doetinchem	Adrie de Leeuw
MC Dichteren	Doetinchem	Adrie de Leeuw
De Blauwe Jachthoorn	Arnhem	Maarten van Balen
Glux	Arnhem	Jet Driessen
Van den Berg	Apeldoorn	Jeanine van 't Erve
Boting-Klomp	Eibergen	Ruud van Rijsingen
De Akkers	Spijkenisse	Ruud van Rijsingen
MCWK	Kerkrade	Aimée Plommen Lizan Kölgen
Dodewaard	Dodewaard	Josita van der Veen-Bink
Ankoné / Doppen	Twello	Angela Moorlag
Spijker	Twello	Sandra Ogink
De Zuiderenk (nieuwe naam: Het Oude Postkantoor)	Lochem	Gerben ten Broeke

## Bijlage 2 Enkele aanbevelingen

Enkele aanbevelingen voor een succesvolle aanpak van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk.

- De interventie bestaat uit de volgende elementen:
  - Patiënten die chronisch benzodiazepinen gebruiken krijgen een brief waarin ze worden gewezen op de nadelen van langdurig gebruik en ze worden aangemoedigd te minderen of eventueel te stoppen. Tevens worden ze uitgenodigd om met de POH-GGZ contact op te nemen.
  - Twee maanden na verzending van de brief worden de patiënten gebeld door de POH-GGZ om ze uit te nodigen voor een gesprek over het gebruik.
  - Als patiënten op gesprek komen zet de POH-GGZ motiverende gespreksvoering in om de (latente) motivatie om te minderen te vergroten.
  - De POH-GGZ maakt gebruik van een voorlichtings- en werkboekje speciaal ontwikkeld voor patiënten die willen minderen met gebruik.
- Een projectmatige aanpak verdient de voorkeur omdat de hele praktijk (tijdelijk) bewust wordt van het gebruik van benzodiazepinen in de patiëntenpopulatie. Consulteer voor een projectmatige aanpak [www.benzodiazepinenschrijfwijsvoor.nl](http://www.benzodiazepinenschrijfwijsvoor.nl).
  - Huisarts(en), POH-GGZ en assistentes doen mee of zijn op de hoogte
  - Afgebakende hoeveelheid patiënten
  - Start en einddatum
  - Bijhouden van het medicatiegebruik op start en einddatum
- Een externe consultant of projectondersteuner kan helpen om het project op te zetten en af te ronden.
- De POH-GGZ volgt een training motiverende gespreksvoering, bij voorkeur toegespitst op het verminderen van chronisch benzodiazepinegebruik.
- Het selecteren van patiënten die chronisch benzodiazepinen gebruiken geschiedt bij voorkeur in samenwerking met de apotheker(s) om redenen van efficiëntie.
- De stopbrief is netjes verzorgd en (ook) ondertekend door de huisarts. In de stopbrief wordt de medicatie bij naam genoemd.
- De assistentes zijn voorbereid op telefoontjes naar aanleiding van de stopbrief.
- De telefonische opvolging van de stopbrief wordt gedaan door de POH-GGZ.
  - Motiverende gespreksvoering begint hier
  - Primair is het doel van het telefoongesprek mensen uitnodigen op het spreekuur van de POH-GGZ
  - Secundair kan het uitmonden in een telefonisch consult (geen voorkeur)
- Het bijhouden van een 'benzomonitor' helpt de resultaten van de inspanning te evalueren.
  - In de monitor worden recepten bij voorkeur direct door de POH-GGZ omgezet in DDD (daily defined dose) waardoor ze onderling vergelijkbaar zijn.
- De gecombineerde inzet van motiverende gespreksvoering (liefst zo consequent mogelijk) én het voorlichtings- en werkboekje heeft een groter effect dan de inzet van één van de twee.

### Nuttig om te weten als je aan de slag gaat met 'Motiverend aan de slag met benzoreductie'

Wat vraagt het?

- een tijdsinvestering van de POH-GGZ: zowel coördinerend als uitvoerend.

- een kleine tijdsinvestering van de huisarts en assistente.

#### Wat levert het op?

- Een POH-GGZ die is getraind in motiverende gespreksvoering (of de kennis van motiverende gespreksvoering heeft opgefrist).
- Versterking van de positie van de POH-GGZ binnen de praktijk: huisarts krijgt beter inzicht in het soort werk dat naar de POH-GGZ doorgeschoven kan worden.
- Versterking van de positie van de POH-GGZ voor de patiënten: zij krijgen beter zicht op 'problematiek' waarmee zij bij de POH-GGZ kunnen aankloppen.
- Aandacht voor benzoreductie: zowel in voorschrijfgedrag als in terugdringen van gebruik bij chronische gebruikers.
- Aandacht voor terugdringen van chronisch medicijngebruik in het algemeen (bijvoorbeeld anti-depressiva).