

Best Practice Project

“Een project gericht op de identificatie en behandelmogelijkheden voor ouderen met een benzodiazepinen afhankelijkheid ”.

“Tijd om wakker te worden”



Dit project is uitgevoerd in het werkgebied van RIAGG IJsselland en is onderdeel van het Best Practice afstudeerproject van de opleiding tot Master in Advanced Nursing Practice.

Student: Els Schuijt / 1232825

Opleiding: MANP-GGZ

Groep: 2005 cohort

Hoge school van Utrecht

Verpleegkundige studies

Afstudeeropdracht juni 2007

Coach: R van der Sande Msc.

18.552 woorden

Samenvatting

Dit is een project gericht op de identificatie en behandel mogelijkheden voor ouderen met een benzodiazepinenafhankelijkheid.

De literatuur laat zien dat het terugdringen van langdurig benzodiazepinen gebruik onder ouderen gecompliceerd is.

Om het probleem van langdurig benzodiazepinen gebruik onder ouderen aan te pakken kan de GGZ een belangrijke rol vervullen (Spitsbaard, 2005).

In Nederland worden door verschillende instanties behandelingen geboden die bestaan uit interventies om het benzodiazepinen gebruik te reduceren en –of te stoppen.

Veel initiatieven worden gezien in de eerste lijn. De tweede lijn doet mondjesmaat mee.

Zeker in Overijssel is dat het geval.

De initiatieven die in de eerste lijn gezien worden zijn voor ouderen cliënten onvoldoende effectief gebleken. Ouderen hebben meer en een intensievere begeleiding nodig om te komen tot reductie van hun benzodiazepinen gebruik. Hier is een rol voor de GGZ weggelegd.

Het gebruik van een meetinstrument om problematisch gebruik van benzodiazepinen in kaart te brengen is een goed hulpmiddel om te komen tot een identificatie van de doelgroep(Kan et al 2002)

Uit een praktijkonderzoek blijkt dat er binnen de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland geen concreet behandelaanbod is voor cliënten met een benzodiazepinen afhankelijkheid. Ook wordt duidelijk dat er geen interventie gebruikt wordt om de signalering/screening van deze doelgroep te bewerkstelligen.

Naar aanleiding van de 3 verrichtte onderzoeken, te weten: literatuur, benchmark en praktijkgericht onderzoek komt een voorstel tot de implementatie van een meetinstrument (Bendep-SRQ) en een voorstel voor wat betreft de best mogelijke praktijkvoering voor dit probleem.

Inhoudsopgave:

Inleiding	5
Hoofdstuk 1	
Probleemstelling	7
§1.1 Omvang van het probleem	7
§1.2 Eigen ervaringen	8
§1.3 De vraagstelling	8
§1.4 Opzet van het project	9
Hoofdstuk 2	
Literatuurstudie	11
§ 2.1 Methode	11
§2.2 Definitie van de begrippen	11
§2.3 Resultaten	11
§2.4 Conclusies literatuuronderzoek	21
Hoofdstuk 3	
Benchmarkonderzoek	23
§3.1 Vraagstelling/doelstelling	23
§3.2 Resultaten	23
§3.3 Conclusies benchmarkonderzoek	26
Hoofdstuk 4	
Onderzoek huidige praktijkvoering	27
§4.1.1 Demografische gegevens	27
§4.1.2 Vraagstelling/doelstelling	28
§4.2 De dataverzameling	29
§4.2.1 Vragenlijsten	29
§4.2.2 Respondenten	29
§4.2.3 Methodologische overwegingen	30
Hoofdstuk 5	
Resultaten	32
§5.1 Lokale karakteristieken	32
§5.2 Bevindingen in vier huisartspraktijken	33
§5.3 Discussie	33
§5.4 Deelconclusie	34
§5.5 Analyse vragenlijst collega's afdeling ouderen (RIAGG IJsselland)	35
§5.6 Discussie	35
§5.7 Deelconclusies	35
§5.8 Eindconclusie praktijkgericht onderzoek	37
Hoofdstuk 6	
Conclusies en aanbevelingen adhv: literatuur en verschillende Praktijkonderzoeken	38
§6.1 Conclusie literatuurstudie	38
§6.2 Conclusie benchmarkonderzoek	38
§6.3 Conclusie van de bevindingen in vier huisartspraktijken	39
§6.4 Conclusie van de bevindingen onder collega's (RIAGG IJsselland)	39
§6.5 Aanbevelingen ter verbetering van de huidige praktijkvoering	39

Hoofdstuk 7		
De best mogelijke praktijkvoering		41
§7.1 De Bendep-SRQ		41
§7.2 Achtergrondinformatie		43
§7.3 Implementatie Bendep-SRQ		44
§7.4 Stroomdiagram		45
§7.5 Blauwdruk voor een toekomstig zorgprogramma		46
§7.6 Fasering zorgprogramma ontwikkeling		47
Hoofdstuk 8		
De rol van de Nurse Practitioner		62
Hoofdstuk 9		
Discussie		64
Tot slot uit de krant “ouderen massaal verslaafd aan de pillen”		68
Literatuurvermelding		69
Bijlagen	I	<i>Vragenlijst voor collega hulpverleners</i>
		72
	II	<i>Analyse vragenlijst collega hulpverleners</i>
		73
	III	<i>Brief huisartsen</i>
		78
	IV	<i>Vragenlijst huisartsen</i>
		79
	V	<i>Analyse vragenlijst huisartsen</i>
		80
	VI	<i>Bendep-SRQ</i>
		83
	VII	<i>Instructies voor gebruik van de Bendep-SRQ</i>
		86
	VIII	<i>Vragenlijst tbv motiverende gespreksvoering</i>
		88
	IX	<i>Huiswerkopdracht tbv motiverende gespreksvoering</i>
		89
	X	<i>Benzodiazepinen conversiemodel</i>
		90
	XI	<i>BWSQ</i>
		91
	XII	<i>Vooraanmelding ZonMW Subsidie aanvraag</i>
		93

Inleiding.

Dit project is gericht op het verkennen van de mogelijkheden om benzodiazepinen-afhankelijkheid bij oudere cliënten (60+) te reduceren. Allereerst zullen bevindingen uit een literatuurstudie en een benchmarkonderzoek worden geanalyseerd, achtereenvolgens zal er een praktijkgericht onderzoek verricht worden. De uitkomsten van deze drie verschillende onderzoeken zullen worden aangewend voor de best mogelijke praktijkvoering voor dit probleem.

Het project vindt plaats binnen het ketenzorggebied van RIAGG IJsselland. RIAGG IJsselland is een GGZ instelling voor ambulante hulpverlening voor mensen met psychisch en psychiatrische problematiek. Deze organisatie is verdeeld in de sector jeugd, volwassenen, ouderen en preventie. De sector ouderen is verdeeld in twee regio's waarin psychiatrische diagnostiek en behandeling van cliënten van 60 jaar en ouder met diverse psychiatrische problemen plaatsvindt. De sector ouderen bestaat uit een multidisciplinair team met 2 psychiaters, 3 psychologen, 9 Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV en), 4 Psychiatrische Intensieve Thuiszorgverpleegkundige (PIT verpleegkundigen) en 4 TOP verpleegkundigen. Deze laatste groep verpleegkundigen verleent intensieve psychogeriatrische thuiszorg, dwz bij cliënten met cognitieve stoornissen en hun systeem.

Ondergetekende is zelf werkzaam op de afdeling ouderen als sociaal psychiatrisch verpleegkundige en belast met de directe cliëntenzorg, preventie, dienstverlening en deskundigheidsbevordering. Echter dit specifieke project wordt vormgegeven in het kader van de opleiding tot Master of Advanced Nursing Practice (MANP-GGZ). Binnen de RIAGG bestaat er geen ervaring met deze nieuwe professional. In dit project zal tevens worden onderzocht welke positie de Advanced Nurse Practitioner kan vervullen in het medicatie management van benzodiazepinen afhankelijke patiënten.

Gestart wordt met een weergave van de huidige stand van zaken van het benzodiazepinen-gebruik van ouderen, vervolgens wordt een probleemstelling geformuleerd, waaruit een vraag- en doelstellingen volgen waarmee in dit project aan het werk wordt gegaan.

Kenmerkend voor de aangemelde populatie binnen de sector ouderen is dat men voor het grootste deel last heeft van een depressieve stoornis of angststoornis. De spanning, onrust en/of slapeloosheid wordt in een eerder stadium vaak al door de huisarts behandeld met

een benzodiazepine. Bij de meeste aanmeldingen blijkt dat de cliënten vaak al langere tijd benzodiazepinen gebruiken.

Binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland worden veel ouderen met medicatie in de regel gevolgd door een SPV, niet altijd is daar de psychiater bij betrokken, soms alleen op verzoek van de SPV. Het komt regelmatig voor dat het ingezette medicatiebeleid van de huisarts langere periode blijft gehandhaafd. Er wordt geen meetinstrument gebruikt om benzodiazepinenafhankelijkheid te objectiveren. Ook is er geen protocolair behandelaanbod beschikbaar voor ouderen die afhankelijk zijn van benzodiazepinen. Bovendien is er momenteel onvoldoende inzicht in hoe de individuele hulpverlener omgaat met deze doelgroep en welke cliënten een risicogroep vormen. In het verlengde hiervan kan worden geconstateerd dat systematische monitoring niet plaatsvindt bij benzodiazepinengebruik en de negatieve verschijnselen van benzodiazepinengebruik weinig onder de aandacht staan. Momenteel wordt er binnen de sector ouderen nog niet gewerkt met vast omlijnde zorgprogramma's. De ontwikkeling van specifieke zorgprogramma modulen is een aandachtspunt voor de komende periode.

Het focus van dit project zal gericht zijn op de zoektocht naar de best mogelijke praktijkvoering in de begeleiding van benzodiazepinen afhankelijke ouderen boven de 60 jaar. In het verlengde hiervan zal de toekomstige invloed van de Nurse Practitioner in de benadering van dit probleem worden belicht. Hierbij is het uitgangspunt dat alle relevante, wetenschappelijke kennisbronnen worden geraadpleegd, gewogen op effectiviteit en contextuele relevantie, om uiteindelijk door middel van integratie en synthese te komen tot een passende oplossing voor dit praktijkprobleem.

** De inspiratie voor de titel van dit project "tijd om wakker te worden" is afkomstig uit een artikel over benzodiazepinen verslaving in een Surinaamse krant van 22 november 2006 en werd gevonden op internet.*

** De foto's in dit project zijn met toestemming van de afgebeelde persoon geplaatst.*

1. Probleemstelling

1.1 Omvang van het bestudeerde probleem

Na de analyse van beschikbare interne beleidsnotities en expertinterviews kan geconstateerd worden dat er binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland geen specifieke beschrijving voor een gericht zorgaanbod voor cliënten die afhankelijk zijn van benzodiazepinen beschikbaar is. Er wordt op dit moment geen meetinstrument gebruikt om deze doelgroep te identificeren en het monitoren van het therapeutisch effect en eventuele nadelige gevolgen te objectiveren. De SPV en binnen de sector ouderen werken vooral generalistisch waarbij behandeling en begeleiding plaats vindt bij cliënten met uiteenlopende problematiek. Naast de voordelen van brede inzetbaarheid is het nadelige gevolg dat de hulpverlening hierdoor veel versnipperd is en de ontwikkeling binnen een specifiek zorgdomein minder kan worden uitgediept. Hiernaast wordt er binnen onze sector nauwelijks met richtlijnen, zorgprogramma's of specifieke modules gewerkt. Hierdoor is het effect van de aangeboden behandeling/ begeleiding minder eenduidig toetsbaar.

Uit de bestudeerde literatuur en een screening van onze patiëntendossiers blijkt dat er een grote groep ouderen is, die van "jongs af aan" benzodiazepinen slikt. Vaak vanwege zeer milde klachten begonnen, maar niet tijdig beëindigd. Benzodiazepinen werden vroeger niet zoals volgens de moderne inzichten, slechts voor korte tijd voorgeschreven (Knoop et al., 2006).

Het gevolg van dit langdurige gebruik brengt met zich mee dat men afhankelijk is geworden van het sederende effect van deze slaap- en kalmeringsmiddelen.

Sommigen patiënten zijn daar tevreden mee. Velen anderen echter zouden willen stoppen met deze medicijnen maar vrezen opnieuw gevangen te worden in psychische ontreddering. Hierdoor gaat men het werken aan een afbouwschema uitstellen of zelfs volledig vermijden. Bij langdurig gebruik dient het fenomeen zich aan dat het oorspronkelijke beoogde effect van de benzodiazepinen minimaal zijn terwijl; stoppen vooral ontwenningsverschijnselen opleveren.

Ook vanuit medisch oogpunt is er alle reden om bij ouderen die benzodiazepinen gebruiken te streven naar beëindiging van het gebruik. Hoewel de beoogde werking afwezig is, geeft het middel zowel somatisch als psychische ongemakken. Als ongewenste bijeffecten ziet men vaak het zwakker ter been raken, futlozer worden dan zonder het middel. Valgevaar, moeheid en passiviteit. Daar waar het valrisico nog wel onder de aandacht staat lijken de nadelige psychische effecten minder vaak gerelateerd aan het benzodiazepinengebruik.

Soms worden deze verschijnselen meer geduid als: passend bij de leeftijd of zelfs als een depressie of andere psychische ziekte.

Tenslotte zijn de hoge kosten van het gebruik een reden om te trachten de benzodiazepinen consumptie te verminderen. Bij die kosten zijn trouwens ook de kosten van de schade van het voortdurend benzodiazepinengebruik meegewogen (Vissers, 1998).

1.2 Ervaringen uit de praktijk

Uit eigen praktijkervaring zijn er een aantal opvallende fenomenen te vermelden in relatie tot het bestudeerde probleem. Tijdens aanmelding van cliënten op de ouderenafdeling van de RIAGG, wordt vaak een enorme waslijst aan medicatie onthuld. In vrijwel alle gevallen betreft het hier ook slaapmedicatie of kalmeringsmiddelen. Bijna nooit is het focus gericht op indicaties en risico's op deze middelen te heroverwegen. Het fenomeen wordt eigenlijk niet of nauwelijks besproken door hulpverleners. Cliënten zelf geven zelden of nooit aan te willen minderen met de benzodiazepinen.

Ook uit ervaringen met consultaties in de huisartsenpraktijk komt duidelijk naar voren dat er bijzonder veel benzodiazepinen wordt voorgeschreven. De bevindingen worden ook in onderdelen door wetenschappelijk onderzoek bevestigd. Uit onderzoek van Oude Voshaar (2003) komt naar voren dat de gemiddelde huisartspraktijk 72 patiënten langdurig benzodiazepinen krijgen voorgeschreven, meer dan de helft van deze cliënten is 60+.

De aard, omvang en gevolgen voor de gezondheid van het probleem legitimeren onderzoek naar mogelijkheden om ouderen te ondersteunen bij het verminderen of staken van hun benzodiazepinen gebruik. In dit verband zal er ook kritisch worden gezien welke bijdrage de Nurse Practitioner kan leveren in de best mogelijke zorg voor ouderen met dit probleem.

1.3 Probleemformulering en vraagstelling

Binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland is er geen geprotocolleerd zorgaanbod voor ouderen met een benzodiazepinenafhankelijkheid. Er wordt geen gebruik gemaakt van een meetinstrument om deze doelgroep te identificeren en desgewenst te monitoren. Het gevolg hiervan is dat onduidelijk is hoeveel mensen onnodig, te lang één of meerdere benzodiazepinen gebruiken. De monitoring van dit probleem is momenteel nauwelijks transparant in de lokale context. In veel gevallen is de huisarts degene die gestart is met het voorschrijven van een benzodiazepinen en gebruiken cliënten wanneer zij bij de RIAGG in behandeling komen al te lang een benzodiazepinen.

Om de nadelige effecten van benzodiazepinen te reduceren is een gedegen methode van screening en monitoring noodzakelijk.

Het geconstateerde probleem zal nader onderzocht worden vanuit de volgende drie vraagstellingen;

- 1. Wat is het voorschrijfbeleid van huisartsen uit de regio?*
- 2. Hoe kan de signalering en monitoring van benzodiazepinen afhankelijke ouderen worden verbeterd?*
- 3. Welke interventies kunnen worden gebruikt om te komen tot reductie van benzodiazepinen gebruik bij ouderen.*

Doelstelling van de studie is:

Het identificeren van ouderen met problematisch benzodiazepinengebruik in behandeling bij RIAGG IJsselland, zoeken naar alternatieven voor cliënten met ongewenste benzodiazepinenafhankelijkheid. De verwijismogelijkheden en de alternatieven zijn duidelijk voor de huisartsen.

1.4 Opzet van het project

Hoofdstuk 1, in de eerste fase wordt gebruik gemaakt verschillende wetenschappelijke methode om relevante data te verzamelen.

Hoofdstuk 2 bestaat uit een weergave van een literatuurstudie: Het doel hiervan is, inzicht krijgen in de factoren die een rol spelen bij benzodiazepinenafhankelijkheid bij ouderen.

Hoofdstuk 3 bestaat uit een praktijkgericht onderzoek in de vorm van een benchmark onderzoek. Centraal hierin staat het inventariseren van het beschikbare doelgroepgebonden behandel aanbod in Nederland. Hierbij werden ook opvallende bevindingen uit het recente symposiumbezoek “verslaving bij ouderen” meegewogen.

Hoofdstuk 4 bestaat uit praktijkgericht onderzoek in de huidige praktijkvoering met de volgende acties:

- Inventarisatie van visies van 4 huisartsen uit de regio gericht op mogelijkheden van verbeteringen of gewenste acties voor deze doelgroep. Een gestructureerde vragenlijst wordt ontworpen met als vertrekpunt de conclusies uit de literatuurstudie.
- Een dossiercontrole met als doel het aantal benzodiazepinengebruikers op de afdeling ouderen van RIAGG IJsselland in kaart te brengen en de lokale cijfers te vergelijken met de uitkomsten uit literatuuronderzoek. Aan de 2 psychiaters, werkzaam op de

afdeling ouderen is gevraagd aan hoeveel cliënten zij op dit moment één of meerdere benzodiazepinen voorschrijven.

- Inventarisatie van visies van hulpverleners van de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland gericht op mogelijkheden van verbeteringen of gewenste acties voor deze doelgroep. Een gestructureerde vragenlijst wordt ontworpen met als vertrekpunt de conclusies uit literatuuronderzoek en dossiercontroles

De uitkomsten van de literatuurstudie en het benchmarkonderzoek worden aan het eind van de respectievelijke hoofdstukken in een conclusie beschreven.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van het onderzoek in de huidige praktijkvoering vooral beschrijvend weergegeven, daarnaast wordt gebruik gemaakt van tabellen om aantallen en voorkomen weer te geven. Ook worden er deelconclusies en een eindconclusie geschreven. Hoofdstuk 6 is een beschrijving van conclusies en aanbevelingen aan de hand van de literatuurstudie, benchmarkonderzoek en het onderzoek in de huidige praktijkvoering.

Een vervolg van de uitkomsten van de literatuurstudie en beide praktijkgerichte onderzoeken is het ontwikkelen van een zorgprogramma-module, volgens de best mogelijke praktijkvoering voor deze doelgroep binnen de afdeling ouderen van RIAGG IJsselland. Dit zal hoofdstuk 7 beslaan.

2. Literatuurstudie

Deze literatuurstudie is erop gericht inzicht te krijgen in de factoren die een rol spelen bij benzodiazepinenafhankelijkheid bij ouderen. Het is van belang deze factoren in kaart te brengen zodat er bij het ontwikkelen van een zorgaanbod voor de doelgroep rekening gehouden kan worden met deze factoren. Ook worden bevindingen vanuit de literatuurstudie gebruikt in het benchmarkonderzoek en praktijkgericht onderzoek.

2.1 Methode

Voor het zoeken van de literatuur is gezocht in Pubmed, Cochrane en het Nederlands kenniscentrum Ouderenpsychiatrie met de volgende zoektermen: *benzodiazepine, elderly, independent, late life*.

Hier werden in totaal 143 hits gevonden, waarbij via cross referenties eveneens artikelen werden gevonden. Een selectie criterium was het feit of deze artikelen op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd waren.

In het bestuderen van crossreferenties werd vaak het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik genoemd (DGV). Hier werden veel modules gevonden die zijn ontwikkeld door DGV. Modules gericht op stoppen met benzodiazepinen.

Met bovengenoemde zoektermen werd eveneens gezocht op Vivisimo, hier werden veel meer hits gevonden (388) veel kwam overeen met wat reeds was gevonden, verder was er veel onbruikbaar materiaal omdat ze niet waren gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

2.2 Definitie van de begrippen

Ouderen: mannen en vrouwen van 60 jaar en ouder.

Benzodiazepinen: slaap- en kalmeringsmiddelen

Benzodiazepinenafhankelijkheid: hiervan is sprake wanneer er bij vermindering of stoppen van de voorgeschreven dosis onttrekkingsverschijnselen optreden.

2.3 Resultaten

2.3.1 Het gebruik van de benzodiazepinen

In de farmaceutische literatuur wordt benadrukt dat benzodiazepinen slechts kortdurend voorgeschreven dienen te worden. Desondanks blijkt in de praktijk een aanzienlijk deel van de patiënten langdurig benzodiazepinen te gebruiken. Circa 12,2 % van de Nederlandse

bevolking slikt deze middelen, waarvan een op de drie chronisch, wat neerkomt op ruim 800.000 mensen. De prevalentie van het gebruik van benzodiazepinen neemt toe op oudere leeftijd en is hoger bij vrouwen dan bij mannen (Valk, 2004). Oxazepam en temazepam zijn al jaren de meest voorgeschreven geneesmiddelen in Nederland. Het totale aantal voorschriften benzodiazepinen wordt geschat op 12 miljoen per jaar. Het gebruik stijgt met drie procent per jaar; deze stijging wordt slechts voor minder dan de helft verklaard door de bevolkingsgroei.

Stofnaam	Voorschriften
1. oxazepam	2.914.000
2. temazepam	2.529.000

Het aantal voorschriften in 2004 (Bron: GIP/College voor Zorgverzekeringen (2004))

Een aanzienlijk deel van het gebruik is chronisch: 89% van de recepten voor benzodiazepinen zijn herhaalrecepten. Het grootste deel daarvan wordt via doktersassistenten verstrekt. Van de chronische gebruikers gebruikt bijna meer dan de helft langer dan vijf jaar terwijl ruim 10% langer dan 20 jaar gebruikt. Het gebruik onder vrouwen is tweemaal zo groot als onder mannen, meestal betreft het oudere cliënten. Deze groep geneesmiddelen staat hoog op de lijst van meest gebruikte middelen van ambulante ouderen. De indicatie voor benzodiazepinen luidt: pathologische angst en slapeloosheid (Gezondheidsraad 1998).

Het is niet aannemelijk dat deze beide ziektebeelden bij ouderen zo veel vaker voorkomen. De variatiebreedte in het voorschrijven van deze middelen aan ouderen, tussen huisartsen met een vergelijkbare praktijk, bedraagt een factor vier; een kwart van de gebruikers boven de 65 jaar slikt deze middelen al meer dan tien jaar. Deze bevindingen duiden erop dat de benzodiazepinen nogal eens buiten hun strikte indicatiegebied worden voorgeschreven. Veel, voor de leeftijd normale, veranderingen in het slaappatroon (korter slapen, een aantal keren 's nachts wakker worden), worden ten onrechte als slaapstoornis behandeld. Een gezonde oudere wordt hiermee, vaak op zijn eigen verzoek, gemedicaliseerd. Gebruik bij allerlei psychische disfuncties en bij psychosomatische afwijkingen moet vaak als inadequaats bestempeld worden (Praag, 2000). Allerlei onprettige gevoelens kunnen worden onderdrukt met benzodiazepinen, terwijl deze gevoelens toch geen indicatie vormen, zeker niet voor chronisch benzodiazepinengebruik.

Kortom: vanwege de nogal eens onjuist gestelde indicatie, het te lange gebruik, de te hoge dosering bij een geringere therapeutische breedte gezien de leeftijd, moeten ouderen als aparte risicogroep voor benzodiazepinegebruik gezien worden.

Terugdringen van langdurig benzodiazepinegebruik onder ouderen is gecompliceerd. Om het probleem van langdurig benzodiazepinegebruik onder ouderen aan te pakken kan de GGZ een belangrijke rol vervullen (Spitsbaard, 2005). Het gebruik van sedativa, is onder ouderen vrij algemeen geaccepteerd. Het in kaart brengen van riskant gebruik is niet moeilijk, het aanpakken van deze problematiek echter wel. Ouderen zullen niet snel uit zichzelf aangeven dat ze klachten hebben die veroorzaakt worden door middelengebruik. In plaats hiervan verbergen ze deze vaak achter lichamelijke problemen. Psycho-educatie en motiverende interventies zijn belangrijk bij de doelgroep “ouderen”. De tijd en ondersteuning die dit kost kan in de eerste lijn, bv in de huisarts praktijk niet geboden worden. Binnen de tweede lijn bv. de GGZ liggen hiervoor duidelijk meer mogelijkheden (Spitsbaard, 2005). Uit een grootschalig onderzoek van Stoele et al., in 2004 bij een groep van bijna 8000 Rotterdamse ouderen (55+) en semi gestructureerde interviews met 25 langdurige gebruikers en tien huisartsen, laat zien dat in 1993 ongeveer 7% van de ouderen langdurig en vaak (5 of meer dagen per week) benzodiazepinen gebruikte. Ruim de helft van hen is in de periode 1994-1999 minder gaan gebruiken of gestopt. Maar in diezelfde periode zijn er toch ook weer nieuwe langdurig frequente gebruikers bijgekomen, namelijk ongeveer 1% van de ouderen.

Uit de interviews met 25 oudere langdurige gebruikers van benzodiazepinen bleek dat benzodiazepinen grofweg op twee manieren worden gebruikt. De eerste manier is het gewoontegebruik; deze mensen nemen dagelijks op een vast tijdstip een vaste dosis zonder er verder bij na te denken. De tweede manier is het moeizaam worstelende gebruik; deze mensen wikken en wegen elke dag opnieuw op welk moment en hoeveel zij zullen slikken. Vaak stellen zij het lang uit, maar nemen zij uiteindelijk toch een pil. Hun dagelijkse leven wordt in grote mate in beslag genomen door deze worsteling. Het is van belang dat deze mensen ondersteund worden in het stoppen met het gebruik. Voor de ouderen die dagelijks worstelen met hun gebruik lijkt daarbij aanzienlijk meer en andere ondersteuning nodig dan voor degenen die puur uit gewoonte hun dagelijkse dosis slikken.

Naast deze ouderen werden ook tien huisartsen geïnterviewd. Daaruit kwamen grote verschillen naar voren. Sommige huisartsen zijn actief in het terugdringen van langdurig benzodiazepinegebruik; zij hebben in hun praktijk nog een ‘restant’ van hooguit enkele tientallen langdurige gebruikers. Andere huisartsen zijn terughoudend met het aanpakken van benzodiazepinegebruik. Zij weten niet hoeveel langdurige gebruikers zij in hun praktijk

hebben en zij laten het initiatief om te stoppen helemaal aan de patiënt zelf. Zij zijn niet bereid om oudere patiënten, die vaak ook eenzaam zijn, hun pillen af te nemen als daar geen acute noodzaak toe is. Ook vinden zij dat langdurig gebruik weinig kwaad kan als maar regelmatig een paar dagen worden overgeslagen. De moeilijkste patiënten zijn de 'misbruikers' die de huisarts onder druk zetten of fraude plegen om meer pillen te krijgen dan de huisarts wil geven (Stoele et al., 2004).

Dit omvangrijke onderzoek is uitgevoerd door het IVO in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum, afdeling Epidemiologie & Biostatistiek en werd gefinancierd door het Ministerie van VWS en het Sint Laurens Instituut te Rotterdam.

2.3.2 Profiel van benzodiazepinengebruiker

De oorspronkelijke klachten, die aanleiding zijn voor het benzodiazepinengebruik, zijn slaapproblemen en nervositeit zijn (Vissers, 1998).

Cliënten geven aan dat deze klachten met name worden veroorzaakt door problemen met de eigen gezondheid, ziekte in de naaste omgeving, problemen met het verlies van een dierbaar persoon en/of problemen met werk, kinderen, partner, financiën of ouders; kortom levensgebeurtenissen die angst en depressieve gevoelens oproepen. Benzodiazepinen maskeren deze normale reacties en verhinderen daardoor een normale psychische verwerking daarvan. Na staken van de benzodiazepinen komen de oorspronkelijke gevoelens terug, al dan niet versterkt door ontwenningssverschijnselen. Bij hernieuwd gebruik kan zo een vicieuze cirkel ontstaan met gecontinueerd benzodiazepinengebruik.

In vergelijking met een kortdurende gebruiker is een chronische benzodiazepinen gebruiker vaker alleenstaand, lager opgeleid, vaker eenzaam, minder expressief en vertoont een chronische gebruiker vaker depressief gedrag bij moeilijkheden. Ook zijn chronische gebruikers in het algemeen meer tevreden over het effect en voelen ze zich meer afhankelijk van de benzodiazepinen dan de kortdurende gebruiker. Naast de genoemde auteur Vissers zijn er meerdere publicaties gevonden waarin het profiel van de benzodiazepinen gebruiker wordt beschreven. Deze publicaties, ook van een later tijdstip geven geen nieuwe gezichtspunten dan de bevindingen beschreven in de publicatie van Vissers.

2.3.3 Farmacotherapeutische aspecten van benzodiazepinen

Volgens de huidige farmacologische inzichten (van Praag, 2000) grijpen benzodiazepinen aan op het zogenaamde GABAA-receptoren. Door binding van benzodiazepinen aan deze receptoren neemt de affiniteit van het receptorcomplex voor GABA toe. Binding van GABA

zorgt voor opening van de chloridekanalen, waardoor hyperpolarisatie van de celmembraan en vervolgens remming van de neuronen optreedt. De receptoren worden onderverdeeld in twee centrale en een perifere. Benzodiazepinen werken aselectief op deze drie typen; de benzodiazepine-achtige stoffen (zolpidem en zopiclon) werken selectiever op deze receptoren. De klinische betekenis hiervan is niet duidelijk. Benzodiazepinen zijn effectief als slaapmiddel. Ze verlengen de effectieve slaaptijd doordat men minder vaak en minder langdurig wakker wordt. De duur van de werking (variërend van enkele uren tot dagen) wordt niet alleen bepaald door farmacokinetische eigenschappen zoals halfwaardetijd, maar ook (en voornamelijk) door de hoogte van de dosering. Een benzodiazepinen met een korte halfwaardetijd kan in een dubbele dosis een langer effect hebben dan een middel met een lange halfwaardetijd. Nitrazepam, met een lange halfwaardetijd van 18-34 uur, geeft in de standaarddosering (2,5-5 mg) geen nawerking de volgende dag bij eenmalige of intermitterende toediening. Bij intermitterende toediening speelt de eliminatiehalfwaardetijd nauwelijks een rol voor de werkingsduur. Sommige benzodiazepinen worden omgezet in werkzame metabolieten, waardoor de effectieve halfwaardetijd toeneemt. Bij dagelijkse toediening treedt bij middelen met een lange halfwaardetijd cumulatie op, met als gevolg sufheid overdag en een meer op de voorgrond tredende spierverslappende werking. De inter-individuele variatie in benodigde doseringen van benzodiazepinen door ouderen is groter door farmacokinetische en -dynamische oorzaken, maar de intra-individuele marge tussen therapeutisch effect en bijwerkingen (dus de therapeutische breedte) is veel kleiner dan bij jongere mensen. Dit betekent dat farmacotherapie bij ouderen maatwerk vereist. Zo zal de leeftijd waarop overgegaan moet worden op de geriatrische dagdosering, de aanbevolen standaard dosering voor ouderen, per individu verschillen. Ernstige leverfunctiestoornissen vormen een contra-indicatie, alsmede myasthenia gravis, het slaap-apnoesyndroom en overgevoeligheid voor benzodiazepinen.

2.3.4 Voorschrijfindicaties

De belangrijkste indicaties voor benzodiazepinen zijn kortdurende slapeloosheid en angststoornissen. Andere indicaties zijn o.a. bij ontwenningsverschijnselen van alcoholafhankelijkheid, bij epilepsie en als spierverslappers. De plaats van benzodiazepinen bij slapeloosheid is uiterst beperkt. Bij kortdurende slapeloosheid zijn benzodiazepinen in de meerderheid van de gevallen niet nodig als voorlichting en slaaphygiënische maatregelen consequent worden doorgevoerd. Indien men overgaat tot het voorschrijven van benzodiazepinen bij kortdurende slapeloosheid dan heeft intermitterende toediening de voorkeur.

Zeker bij ouderen moet met een lage dosis begonnen worden. De behandeling moet beperkt worden tot vijf a tien tabletten (NHG- standaard slaapproblemen en slaapmiddelen, 2005). Vanwege de nadelige effecten vormt chronische slapeloosheid geen indicatie voor benzodiazepinen. Bij angststoornissen kan een benzodiazepinen voor incidenteel gebruik geïndiceerd zijn (NHG-standaard angststoornissen, 2004). Op korte termijn wordt de angst effectief gereduceerd, maar vanwege het optreden van afhankelijkheid is dit geen oplossing voor de langere termijn. Indien men kiest voor een behandeling met benzodiazepinen, dan wordt een therapieduur van niet langer dan vier weken aanbevolen.

2.3.5 Indicaties voor multi-gebruik van benzodiazepinen

Het gecombineerd gebruik van benzodiazepinen in de vorm van een anxiolyticum voor overdag en een slaapmiddel voor de nacht komt in de praktijk regelmatig voor. Uit cijfers van CVZ blijkt dat in 2003 bij circa 2% van de bevolking sprake was van gelijktijdig gebruik van meerder slaap- en/of kalmerende middelen (De Valk, 2004). Hiervoor is echter geen indicatie, wel neemt de kans op nadelige effecten toe door gecombineerd gebruik. Mocht er al sprake zijn van zowel slaap- als angstklachten, dan is het beter om één middel te gebruiken, bijvoorbeeld in een lage dosering overdag en in een iets hogere dosering voor de nacht of een eenmalige dosering van een langwerkend benzodiazepinen voor de nacht.

2.3.6 Nadelige effecten van benzodiazepinen

- Het optreden van *motorische stoornissen* (spierzwakte en –vermoeidheid). Door spierverslapping in combinatie met een vermindering van het reactie- en concentratievermogen neemt het risico op vallen toe (Herings, 2001). De kans is in het begin van het gebruik of verandering (eerste twee weken) het grootste. Bij chronisch gebruik neemt het risico geleidelijk af, maar blijft verhoogd. Er zijn geen verschillen in relatieve risico's tussen kort- en langwerkende benzodiazepinen.
- *Sufheid en slaperigheid* (vermindering van reactie- en concentratievermogen). Dit leidt tot gevaar bij het autorijden en het bedienen van machines. Er is een duidelijke toegenomen kans op verkeersongevallen (De Gier, 2001). De toename van het risico blijkt dosisafhankelijk te zijn en vooral in de eerste twee weken van de behandeling sterk verhoogd. Bij langwerkende middelen wordt er zelfs nog een verhoogd risico waargenomen na een jaar van gebruik. Het risico neemt verder toe bij gecombineerd gebruik van benzodiazepinen met alcohol en/of andere psychofarmaca. Het grootste

risico doet zich voor bij jonge mannen en bij ouderen die een te hoge dosering ontvangen.

- *Geheugenstoornissen*. Benzodiazepinen verminderen de mogelijkheid om informatie in het langetermijngeheugen op te slaan (Gorissen, 1999). Ook het ophalen van informatie, die tijdens het gebruik is opgeslagen in het langetermijngeheugen, is verminderd. Bij het slikken van benzodiazepinen overdag en bij gebruik van langwerkende benzodiazepinen kunnen de geheugenproblemen een vervelende bijwerking zijn, zowel bij kortdurend als bij chronisch gebruik.
- *Vervlakking* van de persoonlijkheid, zoals gevoelsarmoede, passiviteit en lusteloosheid (Herings, 2001).
- *Depressieve verschijnselen*, zoals somberheid, anhedonie en verlies van initiatief en/of libido (Herings, 2001).
- *Tolerantie*. Hoewel de subjectieve beleving van de cliënt wijst op een langere werkzaamheid van de benzodiazepinen blijkt uit slaaponderzoeken dat bij geregeld gebruik gedurende enkele weken de werkzaamheid van benzodiazepinen afneemt door het optreden van tolerantie (wel aanhouden van nadelige effecten). Dit kan leiden tot het (voortdurend) verhogen van de dosering ter verkrijging van eenzelfde effect, wat ook leidt tot een grotere kans op nadelige effecten (Praag et al., 2000)
- *Afhankelijkheid*. Zowel psychische als lichamelijke afhankelijkheid komt voor. De lichamelijke afhankelijkheid uit zich in het optreden van onthoudingsverschijnselen na het staken van het gebruik, wat de belangrijkste aanleiding is om het gebruik na staken weer te hervatten. Het risico op afhankelijkheid neemt toe bij hogere doseringen, gebruik van meerdere benzodiazepinen, langere gebruiksduur, de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis, eerdere verslavingsproblematiek en alcohol en/of drugmisbruik in de anamnese (Largo-Janssen et al., 1993).
- *Abstinentieververschijnselen*. Bekende verschijnselen zijn slaapstoornissen (rebound-insomnia) en het optreden van angst en spanning. Deze klachten komen sterk overeen met de klachten waarvoor de benzodiazepinen aanvankelijk werd voorgeschreven. Andere mogelijke verschijnselen zijn somberheid, prikkelbaarheid, tremoren, hoofdpijn, spierpijn, duizeligheid, transpiratie, eetlustverlies, wazig zien, irritaties, misselijkheid, overgevoeligheid voor licht, geluid of aanraking, epileptische aanvallen en een onttrekkingsdelier. De verschijnselen treden meestal binnen een tot tien dagen na het stoppen op. Bij langwerkende benzodiazepinen treden de abstinentieververschijnselen later op en hebben een milder verloop dan bij kortwerkende benzodiazepinen. In het algemeen zijn de verschijnselen na een tot vier weken verdwenen (Praag et al., 2000).

2.3.7 Kosten benzodiazepinen gebruik

Benzodiazepinen horen bij de goedkope geneesmiddelen. Door het grote aantal gebruikers worden de kosten toch hoog: de twaalf miljoen voorschriften per jaar in Nederland komen op ongeveer 175 miljoen gulden aan apotheek- en dokterskosten. Hierbij komen nog de kosten ten gevolge van verkeersongelukken en valpartijen thuis (Herings et al., 1995)

De kosten van heupfracturen door benzodiazepinegebruik worden geschat op 45 miljoen gulden. Immateriële aspecten zijn moeilijker in geld uit te drukken: b.v. de verminderde kwaliteit van leven door minder goede hersenfunctie bij benzodiazepinegebruik, maar ook de verbeterde kwaliteit van leven door benzodiazepinen bij angststoornissen. Is er een productiviteitsverlies door gebruik van benzodiazepinen of juist een groter productiviteitsverlies bij angststoornissen zonder behandeling met benzodiazepinen?

Kostenoverzicht: Anxiolytica - benzodiazepinen, oraal				
stofnaam	preparaat	rekenbasis	Per maand	€ 4,00
alprazolam	Alprazolam tabl. 0,25/0,5 mg	1 mg	€ 4,29	■
	Xanax tabl. 0,25/0,5 mg	1 mg	€ 4,29	■
	Xanax tabl. Retard 0,5/1/2 mg	1 mg	€ 6,76	■
bromazepam	Bromazepam tabl. 3/6 mg	10 mg	€ 3,01	■
chloordiazepoxide	Chloordiazepoxide drag./tabl. 5/10/25 mg	30 mg	€ 6,74	■
clobazam	Frisium tabl. 10/20 mg	20 mg	€ 6,76	■
clorazepinezuur	Clorazepaat caps. 5/10 mg	20 mg	€ 5,81	■
	Tranxene caps. 5/10 mg	20 mg	€ 5,96	■
	Tranxene tabl. 20/50 mg	20 mg	€ 6,76	■
diazepam	Diazepam tabl. 2/5/10 mg	10 mg	€ 1,19	■
	Stesolid tabl. 2/5/10 mg	10 mg	€ 1,19	■
lorazepam	Lorazepam tabl. 1/2,5 mg	2,5 mg	€ 2,32	■
oxazepam	Oxazepam tabl. 10/50 mg	50 mg	€ 5,68	■
	Seresta tabl. 10/50 mg	50 mg	€ 6,74	■
prazepam	Reapam tabl. 10 mg	20 mg	€ 6,22	
Kostenoverzicht: Hypnotica - benzodiazepinen en verwante verbindingen, oraal				

stofnaam	preparaat	rekenbasis	Per 15 dagen	€ 1,00
brotizolam	Lendormin tabl. 0,25 mg	0,25 mg	€ 2,73	██████████
flunitrazepam	Flunitrazepam tabl. 1/2 mg	1 mg	€ 1,09	████
flurazepam	Dalmadorm caps. 15/30 mg	30 mg	€ 1,83	██████████
	Flurazepam caps. 15/30 mg	30 mg	€ 1,86	██████████
loprazolam	Dormonoc tabl. 1mg	1 mg	€ 2,29	██████████
lormetazepam	Lormetazepam tabl. 1/2 mg	1 mg	€ 1,06	████
	Noctamid tabl. 1/2 mg	1 mg	€ 1,50	██████████
midazolam	Dormicum tabl. 7,5/15mg	15 mg	€ 2,73	██████████
nitrazepam	Mogadon tabl. 5 mg	5 mg	€ 1,08	████
	Nitrazepam tabl. 5 mg	5 mg	€ 1,08	████
temazepam	Normison caps. 10/20 mg	20 mg	€ 1,97	██████████
	Temazepam caps. 10/20 mg	20 mg	€ 1,91	██████████
	Temazepam tabl. 10/20 mg	20 mg	€ 2,03	██████████
zolpidem	Stilnoct tabl. 10 mg	10 mg	€ 2,10	██████████
	Zolpidem tabl. 10 mg	10 mg	€ 2,12	██████████
zopiclon	Imovane tabl. 7,5 mg	7,5 mg	€ 2,08	██████████
	Zopiclon tabl. 7,5 mg	7,5 mg	€ 2,14	██████████

Bron: Farmacothapeutisch kompas 2007.

2.3.8 Commentaar op rol van de huisarts en de apotheker

De huisarts is in het merendeel van de gevallen degene die het eerste recept verstrekt bij de start van het gebruik. Hiermee wordt hem de mogelijkheid geboden dit gebruik te bewaken, hetgeen blijkbaar onvoldoende gebeurt gezien de grote groep langdurige gebruikers. Vaak krijgen langdurige gebruikers hun recept via de balie, tot op zekere hoogte bepaalt de patiënt dan zelf de indicatie. Het merendeel van deze gebruikers is tevreden over het middel en merkt geen bijwerkingen. Ontkenning van de nadelen en de afhankelijkheid zorgen voor continuering van gebruik. De langdurige gebruikers kunnen in twee, qua omvang gelijke groepen, worden ingedeeld; namelijk een groep die continu en een groep die episodisch gebruikt. Van de episodische gebruikers denkt het merendeel zelfstandig het gebruik te kunnen stoppen of te verminderen, van de continue gebruikers is dit slechts een klein deel. Het verminderen of stoppen van de medicatie vormt dus, vooral voor de continue gebruiker, een probleem. Hieruit blijkt hoe belangrijk het is langdurig gebruik te voorkomen.

Risicopatiënten en risicogebruik moeten dus tijdig herkend kunnen worden. Uit epidemiologisch onderzoek komt naar voren dat langdurig gebruik vaker voorkomt bij gebruikers met de volgende kenmerken: vrouwelijk geslacht, hogere leeftijd, lage opleiding, het hebben van meerdere gezondheidsproblemen en psychologische problemen, een depressief reactiepatroon bij moeilijkheden, het ervaren van een slechte gezondheid en verslavingsgedrag.

2.3.9 Toezicht op voorschrijfgedrag

DGV, Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik heeft al veel FTO (farmacotherapie overleg arts en apotheker) materiaal ontwikkeld ter bevordering van het terugdringen van benzodiazepinengebruik in de huisartsengebruik.

Het ontwikkelde materiaal bestaat uit bewezen effectieve interventiemethoden (Oude Voshaar et al., 2001)

Een eerste aanpak die DGV hiervoor heeft gekozen is die van het principe dat altijd eerst wordt gestart met een minimale interventie. Het betreft hier, een zo klein mogelijke inspanning van de huisarts met de verwachting dat op veilige en kosteneffectieve wijze maximaal effect is te bereiken. Deze minimale interventie bestaat uit het sturen van een zogenaamde stopbrief aan een geselecteerde groep chronische benzodiazepinen - gebruikers, het verzenden van een uitnodiging voor een evaluatieconsult, het actief nabellen van cliënten die niet op de uitnodiging reageerden en het houden van een evaluatie consult. DGV baseert haar aanpak op het Benzoredux onderzoek uitgevoerd door onderzoekers van het UMC St. Radboud Nijmegen (Gorgells et al., 2002). Het betrof een door CVZ (College voor zorgverzekeringen) gesubsidieerd onderzoek. In dit onderzoek komt naar voren dat de stopbrief vooral goed werkt bij lichte gebruikers, echter zware gebruikers lijken niet ontvankelijk voor de stopbrief.

Een vervolgaanpak is die van de gereguleerde dosisreductie. Deze methode is geschikt voor cliënten die er niet in slagen om op eigen kracht te stoppen met het benzodiazepinengebruik. Het is de meest beproefde en best onderzochte methode. Ondanks dat afbouwen mogelijk is met het eigen middel, wordt in de meeste onderzoeken eerst omgezet naar diazepam, waarna in stappen van 25% wordt afgebouwd (laatste 2 stappen eventueel in 12,5%). Afbouwen met een middel met een lange halfwaardetijd heeft het theoretische voordeel dat dit leidt tot minder schommelingen in de bloedspiegel en dus tot minder ontweningsverschijnselen. Tijdens de afbouwperiode ondervindt de cliënt steun aan wekelijkse consulten met de arts. De kans op slagen bevat 60-70%.

Omdat beide interventies bewezen effectief zijn bevonden is het van belang passend gebruik te maken van deze in een evt. zorgprogramma voor de doelgroep “ambulante ouderen met een benzodiazepinenafhankelijkheid”.

2.3.10 Wenselijkheid terugdringen van chronisch gebruik van benzodiazepinen

De effectiviteit van benzodiazepinengebruik op lange termijn wordt betwijfeld; onder de chronische gebruikers komt nog steeds veel psychopathologie voor, dezelfde pathologie als waar de benzodiazepinen in eerste instantie voor worden geschreven; blijkbaar werkt het onvoldoende.

2.4 Conclusies literatuuronderzoek

Het doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in de factoren die een rol spelen bij benzodiazepinenafhankelijkheid bij ouderen.

Uit de bestudeerde literatuur wordt duidelijk dat:

Bevinding	Bron
a) 12,2% van de Nederlandse bevolking benzodiazepinen gebruikt	De Valk, 2004.
b) Een op de drie gebruikt chronisch, prevalentie neemt toe op oudere leeftijd	De Valk, 2004.
c) 2% is multigebruiker	De Valk, 2004
d) De groep geneesmiddelen hoog op de lijst staat van ambulante ouderen	
e) Het gebruik van benzodiazepinen veel nadelige effecten kent	Herings et al., 2001
f) De dokters- en apothekerskosten erg hoog zijn	Herings et al., 1995
g) Benzodiazepinen vaak buiten het strikte indicatiegebied worden voorgeschreven	Oude Voshaar, 2003
h) Terugdringen van langdurig benzodiazepinen gebruik onder ouderen gecompliceerd is	Spitsbaard, 2005
i) Veel huisartsen terughoudend zijn in het aanpakken van benzodiazepinen gebruik	DGV 2001
j) Risicopatiënten en risicogebruik niet tijdig herkend wordt	Vissers, 1998
k) De stopbrief zoals deze door verschillende huisartsen aan hun cliënten wordt verstuurd, bewezen effectief is voor de lichte gebruiker	Gorgells et al., 2002

l) Zware gebruikers niet ontvankelijk zijn voor de stopbrief	Gorgells et al., 2002
m) Huisartsen bewaken onvoldoende hun cliënten aan wie zij een benzodiazepinen voorschrijven	Stoele et al., 2004
n) Chronisch gebruik een gevolg is van onvoldoende bewaken	Stoel et al., 2004

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat er een groot aantal factoren een rol spelen in de benzodiazepinenafhankelijkheid bij ouderen. De hypothese dat het een veelvoorkomend probleem is wordt bevestigd uit het onderhavige literatuuronderzoek. Onduidelijk is of de factoren die een rol spelen in de benzodiazepinenafhankelijkheid bij ouderen te beïnvloeden zijn.

Om die reden is de volgende stap in dit project, dit te gaan onderzoeken in de vorm van praktijkgericht onderzoek te weten een benchmarkonderzoek en een onderzoek in de huidige praktijkvoering. In het volgende hoofdstuk wordt het benchmarkonderzoek beschreven.

3. Benchmarkonderzoek

Vanuit de literatuurstudie is duidelijk geworden welke factoren een rol spelen bij ouderen met een benzodiazepinenafhankelijkheid. Een volgende stap is, te onderzoeken of er in Nederland reeds interventies gebruikt worden in de GGZ die deze factoren beïnvloeden.

Voor dit benchmarkonderzoek worden een vraag- en doelstelling geformuleerd.

Voor een antwoord op deze vraag worden verschillende internet sites bezocht van GGZ instanties in Nederland. Een aantal geselecteerde GGZ instanties worden benaderd en hen wordt gevraagd om informatie.

In het verlengde hiervan werd in november 2006 een symposium bezocht over verslaving bij ouderen.

3.1

Vraagstelling

Wat is er in Nederland ontwikkeld aan interventies binnen de GGZ en in de eerste lijn voor ouderen om het benzodiazepinegebruik te minderen en –of te stoppen?

Doelstelling benchmarkonderzoek

Inzicht krijgen in beschikbaarheid van, interventies die momenteel worden gebruikt in de GGZ om het benzodiazepinegebruik van ouderen te minderen en- of te stoppen.

3.2 Resultaten

Zoals voor een deel al uit de literatuurstudie blijkt wordt in Nederland op dit moment vooral initiatief getoond in de eerste lijn, huisartsen in samenwerking met apothekers en zorgverzekeraars zijn de actiefste initiatiefnemers op het gebied van de benzodiazepinen reductie.

Volgens GZZ Nederland (2003) doet de tweede lijn hier mondjesmaat aan mee. Een belangrijke aanbeveling na de werkconferentie “Benzo’s de baas” (2003) was dat de resultaten die tot nog toe geboekt zijn in de eerste lijn meer gepromoot dienen te worden in de tweede lijn. Ook werd het zoeken van maatgerichte samenwerking op dit gebied aanbevolen.

Een GGZ gerelateerde internet resarch door Overijssel en Gelderland leverde slechts 2 resultaten op. In Nijmegen (UMC) en Almelo (Twenteborg ziekenhuis) worden zowel klinische als poliklinische groepsbehandelingen geboden aan cliënten met een

benzodiazepinenafhankelijkheid. In beide organisaties is geen specifiek aanbod voor de oudere cliënt.

Door beide organisaties wordt de Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ) gebruikt om problematisch gebruik van benzodiazepinen in kaart te brengen. Het betreft hier een meetinstrument dat is ontwikkeld door dr. C.C. Kan van het UMC in Nijmegen en kan gezien worden als een goed hulpmiddel om te komen tot een identificatie van de doelgroep ouderen met een benzodiazepinenafhankelijkheid”.

Bij Tactus, een instelling voor verslavingszorg met onder andere een vestiging in Deventer worden kleine aantallen cliënten aangemeld met een benzodiazepinenafhankelijkheid. Er bestaat geen geprotocolleerd programma waarmee deze groep cliënten geholpen wordt. De behandeling geschiedt individueel en naar eigen inzicht van de behandelaar.

In Leiden (LUMC) wordt op de polikliniek psychiatrie een individuele behandeling geboden die niet specifiek gericht is op de oudere cliënt. De behandeling daar bestaat vooral uit het volgen van het afbouwschema. De benzodiazepinen die wordt gebruikt, wordt omgerekend naar een vergelijkbare dosis diazepam. Diazepam werkt lang en bij afbouw verdwijnt het langzaam uit het lichaam, zodat de kans dat ontwenningssklachten optreden is veel kleiner. Het eigen lichaam en hersenen merken geen verschil, want diazepam werkt net zo als iedere andere benzodiazepinen.

Parnassia, een psycho-medisch centrum wat opereert vanuit 40 verschillende locaties in Den Haag en omgeving, biedt een leefstijltraining voor ouderen met een benzodiazepinenafhankelijkheid.

De afdeling Preventie van GgzE (Eindhoven) heeft een behandel groepsaanbod voor ouderen (55+) voor zelfcontrole en afbouw van slaap- en kalmerende middelen. Als leidraad wordt hier het motivatiemodel van Prochaska en Di Clemente (1992) gebruikt. Verder bieden de verschillende instanties voor verslavingsproblematiek behandelingen aan. Eenduidige protocollen en/of richtlijnen werden niet gevonden tijdens de zoektocht hierna.

Op 09-11-2006 werd een symposium over verslaving bij ouderen in Zeist bezocht. Dit symposium wordt georganiseerd door het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP). Hierbij werd door Spitsbaard (Onderzoeksmedewerker/ psycholoog bij NKOP) een bijdrage geleverd op dit symposium, zij presenteerde de stand van zaken met betrekking tot problematisch benzodiazepinengebruik bij ouderen. Dit aan de hand van een gedane pilot bij een huisartsgroep binnen de regio Utrecht. Deze pilot werd als volgt weergegeven:

Spitsbaard (2006) vertrok vanuit de volgende bevindingen met haar onderzoek.

Benzodiazepinen zijn medicijnen die worden gebruikt bij de behandeling van slaapstoornissen en angstklachten. Van alle medicijnen worden benzodiazepinen het meest

voorgeschreven in de Westerse samenleving. In 1998 ontving 8% van de Nederlandse populatie een recept voor een benzodiazepinen. In bijna alle gevallen (90%) gebeurt het voorschrijven door de huisarts.

Meer dan de helft van alle gebruikers is 65 plus. Vanwege nadelige bijwerkingen (verslaving, vergroot risico op vallen en ongelukken, vertraagd reactiepatroon en geheugenproblemen), zouden benzodiazepinen niet langer dan drie maanden gebruikt dienen te worden. Ondanks deze risico's, gebruikt tussen de 10-15% van de ouderen een benzodiazepinen langer dan drie maanden. Afbouwen van langdurig benzodiazepinegebruik is gecompliceerd, vanwege mogelijk onderliggende psychiatrische klachten en verslaving.

GGZ instellingen hebben extra mogelijkheden om te kunnen helpen bij het afbouwen van langdurig benzodiazepinegebruik bij ouderen.

Een huisartsengroep (HAGRO) binnen de regio Utrecht heeft Altrecht GGZ ingeschakeld om het probleem van langdurig benzodiazepinegebruik onder ouderen aan te pakken. De ouderenafdeling van Altrecht heeft samen met het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie een project uitgevoerd.

Er werd als volgt te werk gegaan: ouderen die langer dan drie maanden een benzodiazepinen gebruikten, ontvingen in april 2005 enkele screeningslijsten met een begeleidende brief waarin gewezen werd op de gevaren van langdurig benzodiazepinen-gebruik en waarin verzocht werd de lijsten in te vullen en te retourneren. De uitkomst op de lijsten gaf aan in welke mate sprake was van onderliggende psychiatrische problematiek, slaapklachten en/of verslaving (zowel benzodiazepinen als alcohol).

Indien uit de schriftelijke screening psychiatrische klachten en/of verslavingsproblematiek bleek, volgde een GGZ consult. Naar aanleiding hiervan werd de vervolginterventie bepaald.

De evaluatie van de interventies bij het terugdringen van benzodiazepinegebruik bij ouderen in de huisartspraktijk werd op juni 2006 gestart. Op dit moment vindt de data-analyse plaats.

De uitwerking in de vorm van een artikel wordt half 2007 verwacht.

Wel is duidelijk dat het bieden van alternatieven bij ouderen die met de medicatie stoppen/minderen erg belangrijk is gebleken. Een groot deel van de ouderen bleek na screening, angst-en of depressieve klachten te hebben. En forse slaapklachten (ondanks het benzodiazepinegebruik). Daarom werd er een behandeling op maat geboden: een cursus Beter Slapen voor Ouderen, een leefstijltraining (i.s.m. verslavingszorg) om verslavingsklachten aan te pakken of individuele therapie: extra gesprekken met een SPV tijdens het afbouwen of behandeling binnen de 2^e lijn. Met name de Cursus Beter Slapen voor Ouderen bleek succesvol. Behalve dat de ouderen uit deze groep minder tot geen

slaapklachten rapporteerden na de cursus, is ook een aantal na een jaar nog van de medicatie af.

3.3 Conclusie Benchmarkonderzoek

Veel initiatieven worden gezien in de eerste lijn, vooral voor de oudere en chronische gebruiker bieden deze initiatieven onvoldoende resultaat.

Landelijk gezien doet de tweede lijn doet mondjesmaat mee, en dit is zeker het geval in het Overijsselse, het werkgebied van het RIAGG IJsselland.

Het wiel hoeft niet te worden uitgevonden, er is voldoende beschikbaar materiaal wat kan worden gebruikt om te komen tot een vorm van best practice.

Wel dient er kritisch te worden gezien, “wat wel en wat niet”.

Voor de doelgroep ouderen spreken de voorbeelden van GgzE en het project van de regio Utrecht het meest tot de verbeelding. Verder zal een specifiek meetinstrument behulpzaam kunnen zijn om te komen tot een identificatie van cliënten met problematisch benzodiazepinengebruik. Hiervoor lijkt de Bendep-SRQ (1999) momenteel het meest aangewezen.

Een volgende stap van dit project is een praktijkgericht onderzoek. 4 huisartspraktijken en de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland worden in dit onderzoek betrokken.

Bij 4 huisartsen wordt vooral gezocht naar de aard en omvang van het probleem. Hierbij werd ook getoetst of deze lokale bevindingen in de huisartspraktijk en de ouderenafdeling in de RIAGG overeenkomen met de bevindingen uit de literatuurstudie en benchmarkonderzoek.

Op de afdeling ouderen van de RIAGG werd expliciet gezocht naar de wijze waarop het probleem onder de aandacht is van collega hulpverleners. Bijvoorbeeld wat vinden zij dat op dit moment van de signalering van risicofactoren in deze specifieke doelgroep en hoeverre beschikken zij over parate kennis over de risico's van het gebruik van benzodiazepinen? In het verlengde hiervan werden zij bevraagd over hun inschatting van de urgentie van dit praktijkprobleem en hun ideeën over relevante verbeteringen in de huidige praktijkvoering?

4. Onderzoek in de huidige praktijkvoering

Allereerst worden de demografische gegevens in kaart gebracht, dit met als doel een vergelijking te maken met wat de literatuur laat zien over het gebruik van benzodiazepinen bij ouderen.

4.1.1 Demografische gegevens

RIAGG IJsselland omvat het werkgebied Midden-IJssel. Daarbinnen vallen de volgende gemeenten: Berkelland (alleen Borculo, Ruurlo, Neede), Deventer, Rijssen/Holten (alleen Holten), Lochem, Olst-Wijhe (alleen Olst), Raalte, Vorden en Zutphen.

RIAGG IJsselland heeft drie vestigingen: Deventer (hoofdvestiging), Zutphen en Raalte (nevenvestigingen).

In het werkgebied wonen 46679 mensen van 65 jaar en ouder. CBS gegevens laten slechts de inwoners van 65 jaar en ouder zien, op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland wordt behandeld vanaf de leeftijd 60 jaar en ouder. Het aantal ouderen volgens de begrippen van het RIAGG ligt dus hoger. Wanneer men uit gaat van het feit dat 12% van de bevolking een benzodiazepinen gebruikt en dat van die 12 %, 7% ouder dan 65 jaar is dan is dit bezien over het zorggebied van de RIAGG IJsselland van ruim 5600 mensen, waarvan 3268 ouder is dan 65 jaar. Ook vermeldt de literatuur dat 2% meerdere benzodiazepinen tegelijk gebruikt, dat zou dan 65 mensen zijn.

Er zijn op dit moment 897 cliënten ingeschreven op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland. Wanneer men ervan uit gaat dat 7% van de Nederlanders (65+) een of meerder soorten benzodiazepinen gebruiken kan vooraf gesteld worden dat er minimaal 63 cliënten op de afdeling ouderen een benzodiazepinen gebruikt. Van die 897 cliënten zal 2% meerdere benzodiazepinen tegelijk gebruiken, dat zijn 18 cliënten.

Deze berekening is gemaakt aan de hand van CBS statistieken. Aannemelijk is dat de aantallen binnen het RIAGG veel hoger gaan uitvallen omdat je het hebt over een kwetsbare, risicovolle groep voor wat betreft benzodiazepinengebruik.

De 7% ouderen aangetroffen in een statistische analyse over een periode van 1993-1998 (GIPeilingen 1998), gezien de vergrijzing moet dit getal al zijn toegenomen.

Op dit moment zijn er ongeveer 2,2 miljoen 65-plussers in Nederland, de voorspelling van het CBS is dat dit de komende 20 jaar stijgt met 49%.

4.1.2 Vraag- en doelstelling

Aangezien op meerdere niveaus de gang van zaken rond het benzodiazepinengebruik van de doelgroep niet duidelijk is zal er eerst een explorerend onderzoek in de praktijk gaan plaatsvinden. De praktijk betekent 4 huisartsen uit de regio en de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland. Dit praktijkgericht onderzoek wordt uitgevoerd ten behoeve van het beantwoorden van de hoofdvragen van deze studie namelijk:

- 1. Wat is het voorschrijfbeleid van huisartsen uit de regio?*
- 2. Hoe kan de signalering van benzodiazepinen afhankelijke ouderen worden verbeterd?*
- 3. Welke interventies kunnen worden gebruikt om te komen tot reductie van benzodiazepinengebruik bij ouderen?*

Om dit helder te krijgen zijn er een aantal deelvragen geformuleerd, welke in dit praktijkgericht onderzoek beantwoord zullen gaan worden.

Deze vraagstellingen zijn de volgende:

- Wat is het voorschrijfbeleid van huisartsen in de regio en hoe worden cliënten door hen gevolgd? Zien zij een rol weggelegd voor de GGz?
- Om hoeveel mensen gaat het die in behandeling zijn bij het RIAGG IJsselland en hoe kan de signalering van benzodiazepinen afhankelijke ouderen worden verbeterd?
- Welke interventies worden gebruikt om te komen tot een reductie van benzodiazepinengebruik bij de oudere cliënten?
- Is er behoefte bij de collega's van de afdeling ouderen aan een nieuw zorgprogramma wat gericht is op reductie en/of stoppen met benzodiazepinen.

Voor de beantwoording van de bovenstaande vraagstukken is een onderzoek naar de huidige praktijkvoering nodig. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van de methode Migchelbrink (2006) voor het vormgeven van het behoefteonderzoek.

Essentieel bij dit type onderzoek is het inventariseren of bepalen van het verschil tussen een bestaande en een gewenste situatie. Het gaat dan om de kloof tussen 'wat is' en 'wat zou moeten zijn', het verschil tussen huidige en toekomstige (gewenste) situatie.

Dit betekent dat de volgende drie elementen altijd een rol spelen:

- 1) hoe de huidige, actuele situatie eruit ziet (dit kan ook een inventariserend genoemd worden)
- 2) het gemis, het tekort, de nood inzake de huidige situatie

3) de gewenste, toekomstige, bevredigende situatie.

Deze drie ingrediënten vormen in samenhang met elkaar het basisstramien voor verantwoord behoefteonderzoek.

De data's worden verzameld via kwalitatieve en kwantitatieve technieken.

4.2 De dataverzameling

4.2.1 Vragenlijsten

In deze fase van het praktijk gericht onderzoek is uitsluitend gebruik gemaakt van indirecte informatiebronnen. De directe informatiebron 'de doelgroep', nl. oudere cliënten met een benzodiazepinenafhankelijkheid komt later in dit project aan bod. Allereerst wordt uitgegaan van wat de literatuur vermeldt over de doelgroep zonder daar de cliënten zelf in te kennen. De indirecte informatiebronnen zijn 4 huisartsen uit de regio van het RIAGG en 7 collega's van de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland. De huisartsen zijn bekend van consultatie werkzaamheden, voor hen is gekozen om er zeker van te zijn dat de vragenlijsten teruggestuurd worden, tevens zijn ze op de hoogte van dit project en hebben interesse getoond in de afloop van dit project en gevraagd om een presentatie in het reguliere huisartsenoverleg.

4.2.2 Respondenten

Aan dit onderzoek werkte een zevental collega hulpverleners(psychiater, psychologe en 5 SPV-en) mee. Allen afkomstig van de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland en 4 huisartsen uit de regio. Aan deze twee verschillende groepen worden twee verschillende open vragenlijsten voorgelegd. Voor beide groepen zijn de vragen gericht op de huidige situatie, het gemis en de gewenste toekomstige situatie. De vragenlijsten zijn gebaseerd op bevindingen vanuit literatuur- en benchmarkonderzoek.

Naar de huisartsen werd een open vragenlijst opgestuurd met een begeleidende brief (zie bijlage). De collega hulpverleners worden persoonlijk benaderd, in een gestructureerd interview worden de open vragen aan hen voorgelegd. De beide vragenlijsten bevatten verschillende soorten vragen, nl. kennisvragen, feitenvragen en wensvragen. De antwoorden van zowel huisartsen en collega's worden samenvattend weergegeven en zijn te lezen in de bijlagen.

4.2.3 Methodologische overwegingen

Om een duidelijk beeld te krijgen over het voorkomen van de doelgroep op de afdeling ouderen van het RIAGG is dossiercontrole van alle ingeschreven cliënten op dit moment de meest voor de hand liggende keuze. Twee psychiaters die werkzaam zijn op de afdeling ouderen en alle medicamenteuze zaken behandelen hebben inmiddels toestemming gegeven om uit te zoeken aan hoeveel cliënten zij op dit moment een of meerdere benzodiazepinen recepten voorschrijven. Wel moet rekening gehouden worden met het feit dat er ook cliënten in behandeling zijn bij het RIAGG, die hun medicatie voorgeschreven krijgen door de eigen huisarts, deze groep wordt dan gemist. In het verlengde hiervan moet de prevalentie van benzodiazepinengebruik afgezet worden tegen het totaal aan ingeschreven cliënten op de afdeling ouderen en tegen het inwonersaantal van het verzorgingsgebied van de RIAGG IJsselland. In dit opzicht kan het aantal ingeschreven cliënten voor wat de afdeling ouderen betreft worden opgevraagd bij de centrale administratie. Het inwonersaantal is op te zoeken middels statistieken van het CBS. Statistische kenmerken worden vergeleken met de prevalentie op de afdeling ouderen en een vermoeden van prevalentie onder de ouderen die geen behandeling van de RIAGG genieten wordt uitgesproken.

Huisartsen kampen met een hoge werkdruk, in formulering van de vragen wordt hier rekening mee gehouden en wordt genoeg genomen met een globaal beeld van voorkomen, belangrijker in dit onderzoek is hoe huidige interventies eruit zien, waartegen de huisarts aanloopt en wat behoefte en/of wensen zijn in de behandeling van problematisch benzodiazepinengebruik.

Recepten die niet door het RIAGG worden voorgeschreven moeten worden voorgeschreven door andere professionals. Het is onmogelijk dit uit te zoeken, alle huisartsen in de regio zouden dan benaderd moeten worden, zij hebben immers als het goed is zicht op medicatie die door andere aan hun cliënten wordt voorgeschreven, bv door specialisten in het algemeen ziekenhuis.

Er zijn verschillende apotheken benaderd, hen is gevraagd om informatie voor wat betreft het aantal recepten dat wordt voorgeschreven aan cliënten van 60 jaar en ouder. Niet een van de apotheken wilde informatie verschaffen. De reden is dat zij overspoeld worden met dergelijke soort verzoeken en dat de tijdsinvestering te groot was. Ook werd een keer het schaden van privacy genoemd, zelfs nadat uitgelegd was dat namen volstrekt onbelangrijk waren en dat de interesse puur gericht was op aantallen.

In Schema:

Methode	Dataverzameling	Data-analyse	Tijdspad
Behoeft onderzoek/ Inventariserend onderzoek, aan de hand van een semi- gestructureerd interview	Doel is het zicht krijgen op kennis die de collega's hebben over het onderwerpen interventies die collega's toepassen om te komen tot reductie van het benzodiazepinen gebruik bij cliënten die bij hen in zorg zijn. Tevens wordt gevraagd naar ideeën voor de best wenselijke situatie N=7 waarvan 1 psychiater, 1 psycholoog en 5 collega SPV-en	Geanalyseerd wordt de wijze waarop collega's omgaan met benzodiazepinen gebruik bij ouderen en de ideeën naar de best wenselijke situatie worden geanalyseerd Dataverzameling week 44 tot en met week 48. Data-analyse week 49,50 en 51.	Verderop in dit project worden de ideeën en suggesties van de collega's meegenomen bij de ontwikkeling van een zorgprogramma voor de doelgroep.
Behoeft onderzoek/ Inventariserend onderzoek, aan de hand van een semi- gestructureerde vragenlijst.	Het doel is om zicht te krijgen hoe de huisartsen omgaan de oudere benzodiazepinen afhankelijke cliënt, tevens wordt gevraagd naar hun ideeën over de best mogelijke praktijkvoering voor deze doelgroep, wat voor rol kan de GGz volgens hen hierin vervullen N=4	Analyse huidige interventies en de wenselijke interventies, week 44 tot en met week 48. Data-analyse week 49,50 en 51	De geanalyseerde data worden meegenomen in de ontwikkeling van een zorgprogramma voor de doelgroep.
Inventariserend onderzoek	Het doel is zicht te krijgen op het aantal ouderen (60+) in het zorggebied van RIAGG IJsselland. Het doel is om zicht te krijgen op het aantal cliënten ingeschreven binnen de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland. Daarna zal aan de 2 afdelingspsychiaters gevraagd worden aan hoeveel cliënten zij op dit moment een of meerdere recepten benzodiazepinen voorschrijven.	CBS statistieken worden geraadpleegd Met de afdeling automatisering overleggen hoeveel cliënten op dit moment zijn ingeschreven binnen de afdeling ouderen. Het aantal cliënten die 1 of meerder benzodiazepinen voorgeschreven krijgen wordt vergeleken met het aantal ingeschreven cliënten. Het percentage hiervan wordt vergeleken met landelijke onderzoeken. Het vermoeden van voorkomen onder de niet ingeschreven ouderen in ons zorggebied wordt uitgesproken aan de hand van reeds gedaan onderzoek. Einddatum in week 50	In een verdere fase van dit project worden de getallen meegenomen

5. Resultaten

5.1 Enkele lokale karakteristieken

Vooraf moet worden vermeld dat de verzamelde gegevens een afspiegeling zijn van de recepten die door twee psychiaters worden voorgeschreven. Men moet zich bewust zijn van het feit dat er cliënten behandeld worden binnen de afdeling ouderen maar hun medicatie verkrijgen via de eigen huisarts.

Psychiater 1 (♂ 53 jr.): heeft een arbeidscontract van 36 uur. Hij heeft een digitaal cliëntenbestand waarin hij ook het medicatiebeleid ingevoerd heeft. Een druk op de knop levert een uitdraai op met de volgende gegevens:

- Er worden op dit moment door hem aan 96 cliënten benzodiazepinen voorgeschreven
- Aan 25 cliënten worden meerdere benzodiazepinen tegelijk voorgeschreven.

Psychiater 2 (♀ 37 jr): Heeft een arbeidscontract van 28 uur, zij ziet dus minder cliënten dan haar collega. Ook heeft zij geen digitaal cliëntendossier. Aan de hand van een uitgedraaide caseload scoort zij de gegevens tav het voorschrijfbeleid van de benzodiazepinen.

Dit levert de volgende gegevens op:

- Er wordt op dit moment door haar aan 41 cliënten benzodiazepinen voorgeschreven
- Aan 13 cliënten worden meerdere benzodiazepinen tegelijk voorgeschreven.

Tezamen maakt dat er op dit moment aan 137 cliënten één of meerdere recepten benzodiazepinen wordt voorgeschreven. Dit is ruim 15% van de ingeschreven cliënten. Dit getal ligt dus ruim 8% hoger dan CBS statistieken laten zien.

Voor het gebruik van meerdere benzodiazepinen geldt dat het landelijk gemiddelde van 2% overschreden wordt met 20 cliënten, 38 van de 897 cliënten gebruikt meerdere benzodiazepinen tegelijk. Dit is een percentage van 4,3%, wat een overschrijding van 2,3% betekent.

In dit eerste gedeelte is niet gevraagd naar indicaties waarop wordt voorgeschreven. Dit komt later aan bod bij de verschillende interviews.

5.2 Bevindingen in vier huisartspraktijken

De volledig uitgewerkte interviews treft u aan in de bijlage. Hier wordt volstaan met de discussie en een deelconclusie.

5.3 Discussie

Alle vier de geïnterviewde huisartsen zijn op de hoogte van de door het DGV ontworpen serie “stoppen met benzodiazepinen”. Geen van de vier huisartsen volgen de interventies die de serie beschrijft. Voor alle vier de huisartsen geldt dat bij ouderen die chronisch benzodiazepinen gebruiken er geen interventies verricht worden die gericht zijn op een reductie of stoppen van het benzodiazepinengebruik. Geprobeerd is het door hen allemaal, doorgezet echter niet, dit had veelal te maken met tijdgebrek en de onmacht die optrad wanneer cliënten weer terugkwamen met dezelfde klachten als waarvoor eerder een benzodiazepinen werd voorgeschreven.

Twee van de vier huisartsen zal zeker gebruik maken van een aanbod voor behandeling van de doelgroep door de tweede lijn. Een is erg pessimistisch maar niet meteen afwijzend. Een huisarts geeft aan dat hij mogelijk gebruik zal maken van een aanbod maar geen zin heeft om cliënten te motiveren om in behandeling te gaan. Slechts één van de vier huisartsen noemt wat ideeën die volgens hem aan de orde dienen te komen in een behandelaanbod, de andere drie noemen hier geen idee van te hebben.

Benzodiazepinen	Aantal cliënten 60+	Aantal gebruikers 60+
Huisartspraktijk 1	519	80
Huisartspraktijk 2	344	21
Huisartspraktijk 3	600	40
Huisartspraktijk 4	530	80

De tabel laat zien dat huisarts 1 en huisarts 4 hetzelfde aantal oudere benzodiazepinen gebruikers in de praktijk hebben. Al dan niet toevallig zijn ze beide mannen van 60 jaar. Huisarts 3 schrijft met een iets grotere praktijk de helft minder benzodiazepinen voor, hij is ook degene die een duidelijk beleid voert tav het benzodiazepinengebruik.

Huisarts 2 is met 21 recepten op 344 cliënten in verhouding gelijk aan huisarts 3.

Wanneer naar het landelijk gemiddelde van 7% gekeken wordt (van de Nederlanders die 60 jaar en ouder zijn gebruikt 7% een benzodiazepinen) dan scoren de huisartsen als volgt:

Benzodiazepinen	Voorkomen in Nederland 60+	Voorkomen in de huisartspraktijk 60+
Huisarts 1	7%	15,5%
Huisarts 2	7%	6,1%
Huisarts 3	7%	6,5%
Huisarts 4	7%	15%

Huisarts 1 en 4 scoren ruim boven het gemiddelde van 7%.

Huisarts 2 en 3 scoren net onder het gemiddelde.

Uit de literatuur bleek al dat huisartsen zeer verschillen in hun gedrag tav het voorschrijf-beleid van benzodiazepinen (Gorgels et al., 2002). De verschillen zijn ook zichtbaar bij de 4 geïnterviewde huisartsen.

5.4 Deelconclusie

Terugkijkend naar de vraagstelling van het PGO voor wat betreft de huisartsen, nl.:

- Wat is het voorschrijfbeleid van huisartsen in de regio en hoe worden cliënten door hen gevolgd? Zien zij een rol weggelegd voor de GGZ?

Kan gesteld worden dat er een vrij duidelijk beeld bestaat van het aantal ouderen in de huisartspraktijk aan wie een benzodiazepinen wordt voorgeschreven. Ook is duidelijk dat voor een groot deel van de cliënten geldt dat er geen interventies gepleegd worden die gericht zijn op het verminderen en/of stoppen van het benzodiazepinengebruik.

Voor alle vier de huisartsen geldt dat ze niet afwijzend staan tegen een eventueel concreet zorgaanbod geboden door de tweede lijn. Twee huisartsen zijn echter pessimistisch en zeker kritisch.

Een van de huisartsen noemt geen zin te hebben cliënten te motiveren voor een behandeling, aannemelijk is dat er meer huisartsen zo over denken binnen de regio. Het motiveren van cliënten zal daarom ook meegenomen worden in een zorgaanbod wat zicht richt op reductie en /of stoppen met benzodiazepinen.

Het wordt als een uitdaging gezien om te komen tot een goed en helder aanbod temeer omdat de aanvoer van cliënten voor een groot deel van de huisartsen moet komen.

5.5 Analyse vragenlijst collega's afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland

De volledig uitgewerkte interviews treft u aan in de bijlage. Hier wordt volstaan met de discussie en conclusies.

5.6 Discussie

Alle geïnterviewde collega's hebben cliënten in hun caseload die langer dan 3 maanden een benzodiazepinen gebruiken. Interventies die gericht zijn op het verminderen en/of stoppen van het benzodiazepinengebruik worden altijd in samenwerking met de behandelend psychiater gepleegd.

Wanneer interventies gepleegd worden die op verminderen en/of stoppen gericht zijn dan ziet men dat vooral bij depressieve cliënten die starten met een antidepressief middel. Voor een groot deel van de cliënten geldt dat wordt geaccepteerd dat zij chronisch één of meerdere benzodiazepinen gebruiken.

De vragen die gericht zijn op kennis, te weten: wat zijn de risicogroepen en wat zijn nadelige effecten van benzodiazepinengebruik worden wanneer men naar de literatuur kijkt matig beantwoord. De antwoorden zijn niet fout, wel vaak onvolledig.

Meningen over hoe er op de afdeling mee wordt omgegaan wisselen nogal. Voor een deel bestaat er tevredenheid maar ook een deel van de collega's vindt dat het beter en meer zorgvuldig kan. Vooral wat betreft follow-up besprekingen is er te weinig aandacht voor het gebruik van benzodiazepinen. Bij intakebesprekingen lijkt het afhankelijk van de hoeveelheid nieuwe cliënten die besproken moet worden en de tijd die daarvoor is. Twee keer wordt gepleit voor een vast punt van bespreking tijdens intake en follow-up besprekingen.

Door één collega wordt geen concreet zorgaanbod gemist, één collega weet het niet en de overige vijf collega's missen een concreet zorgaanbod.

Zaken die volgens collega's in een nieuw aanbod aan de orde moeten komen zijn: groepsinterventies, psycho-educatie, alternatieven voor de benzodiazepinen, interventies gericht op motivatietechnieken, geprotocolleerd werken, contacten in frequentie opvoeren. Alleen de psychiater is op de hoogte van reeds bestaande interventies gericht op reduceren en/of stoppen van de benzodiazepinen.

5.7 Deelconclusie

Terugkijkend naar de deelvragen van het PGO die van toepassing zijn op de afdeling ouderen van RIAGG IJsselland:

- Om hoeveel mensen gaat het die in behandeling zijn bij het RIAGG IJsselland en hoe kan de signalering van benzodiazepinen afhankelijke ouderen worden verbeterd?
- Welke interventies worden gebruikt om te komen tot een reductie van benzodiazepinengebruik bij de oudere cliënten?
- Is er behoefte bij de collega's van de afdeling ouderen aan een nieuw zorgprogramma wat gericht is op reductie en/of stoppen met benzodiazepinen.

Over de hele linie kan gesteld worden dat globaal duidelijk is hoeveel cliënten benzodiazepinen gebruiken. De interventies die gericht zijn op reductie en/of stoppen met het gebruik van benzodiazepinen worden per hulpverlener, altijd in samenwerking met de behandelend psychiater naar eigen inzicht toegepast en zijn niet volgens een bepaald protocol.

Bijna alle geïnterviewde collega's vinden dat tijdens de intakebesprekingen voldoende gekeken wordt naar de medicatie die cliënten gebruiken tijdens de intakefase. Of er vervolgens adequaat gehandeld wordt ten aanzien van de medicatie is een tweede. Van de zeven geïnterviewde hulpverleners wordt door zes hulpverleners een concreet zorgaanbod gemist wat gericht is op reductie en of stoppen met benzodiazepinen.

Er worden een aantal ideeën genoemd die in een zorgaanbod meegenomen gaan worden. Men moet er zich van bewust zijn dat alle geïnterviewde collega's op de hoogte zijn van de reden van dit onderzoek (afstudeeropdracht MANP-GGZ) en dat de antwoorden daarom sociaal wenselijk zijn en mogelijk enige bias veroorzaakt.

Wanneer retrospectief gekeken wordt of alles wat geweten moet worden, geweten wordt is te concluderen dat hierin nog meerdere lacunes bestaan. Bijvoorbeeld onduidelijk blijft wat de financiële kosten van een specifieke doelgroep gerelateerde zorgmodule zijn vergeleken met de kosten van de huidige praktijkvoering. Bezien zal moeten worden wat de kosteneffectiviteit van de behandeling gericht op reductie en/of stoppen van benzodiazepinen voor de RIAGG kan behelzen? Dit is momenteel een onmogelijke opgave aangezien op dit moment onduidelijk is of cliënten bv. uitgeschreven kunnen worden bij de RIAGG na behandeling van hun benzodiazepinengebruik. In de meeste casussen rond het thema benzodiazepinengebruik is de hoofddiagnose een depressieve of angststoornis. Het kan zijn dat die hoofddiagnose vervalt na behandeling van het benzodiazepinengebruik. Mogelijk dat symptomen als; lusteloosheid, concentratiestoornissen, slapeloosheid, angst etc. een nadelig effect zijn van het benzodiazepinengebruik, echter dit kan pas achteraf geconcludeerd worden.

Uit de literatuur zijn wel gegevens bekend over de gigantische kosten van benzodiazepinengebruik, zeker wanneer je bv. de kosten van ziekenhuisopnamen meetelt voor behandeling van bv. fracturen veroorzaakt door valincidenten als gevolg van benzodiazepinengebruik. Zo zijn er meer voorbeelden te bedenken waar de zorgverzekeraar gevoelig voor zal zijn. In eventuele onderhandelingen naar de zorgverzekeraar moeten de kosten en baten dan ook goed omschreven worden. Of dit haalbaar is binnen de termijn waarbinnen dit plan af moet zijn zal bekeken moeten worden, en eventueel later aan de orde komen.

De positie van de Nurse Practitioner in een nieuw zorgaanbod zal in een latere fase aan de hand van het functieprofiel van de Nurse Practitioner beschreven worden. Ook de kosten en baten zullen daarin worden meegenomen.

De inventarisatie van zowel, het globale voorkomen van, kennis over, huidige interventies en de behoefte aan nieuwe interventies bij zeven collega's over benzodiazepinengebruik bij de oudere cliënt is in die zin bevredigend dat het mij niet belemmert door te gaan met een volgende fase, nl. het opzetten van een plan voor de best mogelijke praktijk voering voor de aan benzodiazepinen afhankelijke ouderen.

5.8 Eindconclusie praktijkgericht onderzoek

Wanneer teruggekeken wordt naar het praktijkgericht onderzoek in de vier huisartspraktijken en op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland blijkt dat er drie verschillende groepen gevonden worden die hoge risico's lopen tot langdurige benzodiazepinenafhankelijkheid.

Het betreft hier de volgende cliëntcategorieën:

- Een groep die niet in beeld is bij de GGZ, zij verkrijgen hun recepten van de huisarts
- Reeds ingeschreven cliënten bij de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland. Zij worden behandeld wegens een psychiatrische stoornis, niet voor de benzodiazepinenafhankelijkheid die ook aanwezig is.
- Nieuw aangemelde cliënten bij de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland. Vrijwel altijd aangemeld met het vermoeden van een psychiatrische stoornis, bijna nooit met de vraag iets te doen aan een benzodiazepinenafhankelijkheid die ook speelt zoals bij intake blijkt.

Het primaire focus in dit project zal gericht zijn op deze laatste groep. Voor de twee andere categorieën zal in eerste instantie volstaan worden met het doen van aanbevelingen over hoe deze groepen te betrekken bij een toekomstige nieuw programma.

6. Conclusies en aanbevelingen voor verbetering van de huidige praktijkvoering op basis van literatuurstudie en de verschillende praktijkgerichte onderzoeken.

De conclusies worden afzonderlijk van elkaar geschreven, om niet in herhaling te vallen gebeurt dit beknopt. De aanbevelingen worden vanuit de literatuurstudie en de verschillende onderzoeken in een paragraaf beschreven.

6.1 Conclusies literatuurstudie

In de literatuurstudie wordt duidelijk dat een groot aantal factoren een rol spelen in de benzodiazepinen afhankelijkheid bij ouderen. De groep ouderen die chronische benzodiazepinen gebruikt is groot, dit heeft vooral te maken met het feit dat veel ouderen lang geleden begonnen zijn met het gebruik van één of meerdere soorten benzodiazepinen. Vaak bij zeer milde symptomen gestart en niet op tijd gestopt. Het beleid rond het voorschrijven is in vergelijking met jaren terug enorm veranderd. Benzodiazepinen werden vroeger niet zoals volgens de moderne inzichten, slechts voor korte tijd voorgeschreven (Knoops et al., 2006).

Verder blijkt dat de benzodiazepinen nogal eens worden voorgeschreven buiten hun strikte indicatiegebied om (Gezondheidsraad 1998). Het terugdringen van langdurig benzodiazepinengebruik onder ouderen is gecompliceerd. Om het probleem van langdurig benzodiazepinengebruik onder ouderen aan te pakken kan de GGZ een belangrijke rol vervullen (Spitsbaard, 2005). Het gebruik van benzodiazepinen kent veel nadelige effecten die niet opwegen tegen de voordelige effecten. De effectiviteit van benzodiazepinen op lange termijn wordt betwijfeld; onder de chronische gebruikers komt nog steeds veel psychopathologie voor, dezelfde pathologie als waar de benzodiazepinen in eerste instantie voorgeschreven werden. Benzodiazepinen horen bij de goedkope geneesmiddelen, door het grote aantal gebruikers worden de kosten toch hoog, €175 miljoen per jaar aan dokters en apothekerskosten.

Heupfracturen door benzodiazepinengebruik betekent een kostenpost van ruim €18 miljoen per jaar.

6.2 Conclusie Benchmarkonderzoek

Het benchmark onderzoek laat zien dat de factoren die een rol spelen in de benzodiazepinenafhankelijkheid te beïnvloeden zijn. In Nederland worden door verschillende

instanties behandelingen geboden die bestaan uit interventies om het benzodiazepinen-gebruik te reduceren en –of te stoppen. Veel initiatieven worden gezien in de eerste lijn. De tweede lijn doet mondjesmaat mee. Zeker in Overijssel is dat het geval. De initiatieven die in de eerste lijn gezien worden zijn voor ouderen cliënten onvoldoende effectief gebleken. Ouderen hebben meer en een intensievere begeleiding nodig om te komen tot reductie van hun benzodiazepinengebruik. Hier is een rol voor de GGZ weggelegd. Het gebruik van een meetinstrument om problematisch gebruik van benzodiazepinen in kaart te brengen is een goed hulpmiddel om te komen tot een identificatie van de doelgroep.

6.3 Conclusie van de bevindingen in vier huisartspraktijken

Het voorschrijfbeleid rond benzodiazepinen aan ouderen verschilt nogal bij de vier geïnterviewde huisartsen. Toch hebben alle vier de artsen ouderen cliënten die chronisch één of meerdere benzodiazepinen gebruikt. Het merendeel van deze ouderen cliënten worden niet of nauwelijks gezien door de huisarts, zij verkrijgen hun recept via de doktersassistente.

Voor deze groep geldt dat er geen beleid is om te komen tot reductie of stoppen van het benzodiazepinengebruik. Geen van de huisartsen staat afwijzend tegenover een zorgaanbod voor deze doelgroep uit de tweede lijn.

6.4 Conclusie van de bevindingen onder collega's van de afdeling ouderen van het RIAGG

Alle geïnterviewde collega's hebben cliënten in hun caseload die langer dan 3 maanden een of meerdere soorten benzodiazepinen gebruiken. Interventies gericht op reductie en –of stoppen vinden niet plaats of in samenwerking met de psychiater. Er is verdeeldheid over de tevredenheid aangaande de huidige praktijkvoering voor deze doelgroep. De kennis over benzodiazepinengebruik en de nadelige gevolgen van het gebruik is matig. Collega's zijn niet op de hoogte van reeds ontwikkelde interventies in de eerste en tweede lijn. Collega's staan open voor nieuwe ontwikkelingen voor de doelgroep "ouderen met een benzodiazepinen-afhankelijkheid.

6.5 Aanbevelingen ter verbetering van de huidige praktijkvoering

Verbetering van de signalering of identificatie van de ouderen met een benzodiazepinen-afhankelijkheid is op basis van bevindingen uit dit project een eerste vereiste. Om goed te kunnen behandelen is nauwkeurige signalering nodig. Het implementeren van een geschikt

meetinstrument dat problematisch benzodiazepinengebruik objectieveert, kan een eerste stap zijn. De voorkeur gaat uit naar de Bendep-SRQ (1999). Dit meetinstrument alsmede een implementatieplan hiervoor wordt in een volgend hoofdstuk uitgebreid beschreven.

Opgemerkt moet worden dat een pilotproject met dit instrument nodig is en er gedacht moet worden aan het langdurig monitoren van de hoogrisico cliënten. Gedacht kan worden aan een zorgprogramma waarin verschillende modules worden opgehangen die aansluiten bij de verschillende scores die de Bendep-SRQ laat zien. Naar de praktijk vertaald zou dit kunnen betekenen: hoog inzetten als de score hoog problematisch is en laag inzetten als de score laag problematisch is. Het doseren van professionele begeleiding is dan meer gebaseerd op het stepped care principe.

Bij voorkeur wordt eerst gekozen voor de groep “nieuw aangemelde cliënten” van het RIAGG IJsselland. In een latere fase kunnen die cliënten die al in behandeling zijn bij het RIAGG IJsselland, maar niet voor de benzodiazepinenafhankelijkheid, benaderd worden. Of via de eigen hulpverlener, of via een zogenaamde stopbrief. De huisartsen uit de regio moeten worden geïnformeerd over deze ontwikkelingen, dit met als doel dat zij hun cliënten doorverwijzen.

7. De best mogelijke praktijkvoering voor ouderen (60+) die afhankelijk zijn van één of meerdere soorten benzodiazepinen

Het verrichtte praktijkonderzoek laat zien dat er binnen de afdeling ouderen geen concreet behandelaanbod is voor cliënten met een benzodiazepinenafhankelijkheid. Ook wordt duidelijk dat er geen interventie gebruikt wordt om de signalering/screening van deze doelgroep te bewerkstelligen. Dat zou een eerste stap moeten zijn in de ontwikkeling van een zorgaanbod.

Om cliënten te selecteren voor een behandelaanbod wat betreft hun benzodiazepinen-gebruik zal een gevalideerd en betrouwbaar meetinstrument gebruikt moeten worden. Een gevalideerd en betrouwbaar meetinstrument is de Bendep-SRQ. Het lijkt zinvol om cliënten wanneer zij 2 maanden of langer één of meerdere benzodiazepinen gebruiken een Bendep-SRQ in te laten vullen.

Ter introductie van dit meetinstrument zal in de volgende passage de achtergrond, de toepassing en bevindingen rond de betrouwbaarheid en validiteit van de Bendep-SRQ worden toegelicht. Vervolgens wordt een kort implementatievoorstel voor dit instrument beschreven ten behoeve van de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland.

Een volgende stap, het ontwikkelen van een zorgprogramma zal wegens de gelimiteerde periode van dit project niet haalbaar zijn. Twee modules zullen in een grote lijnen worden voorgelegd, om desgewenst richting te geven aan een toekomstig zorgprogramma. Dit project zal afgerond worden met aanbevelingen voor verder ontwikkelen en implementeren van dit zorgprogramma. Tot slot worden overwegingen besproken om verwijzers (huisartsen) te betrekken bij dit project. De Nurse Practitioner (GGZ) kan een sleutelrol spelen in de pilot met deze vernieuwde werkwijze.

7.1 De Bendep- SRQ (1999)

De afkorting staat voor “de Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire”. De Bendep- SRQ kwam tot stand na een periode van 2½ jaar Nederlands veldonderzoek. Gedurende deze periode is, in samenwerking met een aantal huisartspraktijken, psychiatrische poliklinieken, zelfhulpgroepen en consultatiebureaus een zelfbeoordelingsschaal uitgewerkt en gevalideerd zodat een betrouwbare uitspraak over het verslavingsprofiel van de cliënt kan worden gemaakt. Gebleken is dat de Bendep- SQR als

betrouwbaar meetinstrument gebruikt kan worden genomen als het gaat om de vraag in hoeverre bij een bepaalde cliënt sprake is van problematisch gebruik van benzodiazepinen. Van deze schaal bestaan op dit moment twee versies: de zogenaamde “paper and pencil” versie (zie bijlage), en de on-line versie op intranet (zie <http://oase.uci.kun.nl/~kan/bendep-srq>).

Een groot voordeel van de schaal is dat deze op een eenvoudige manier zelf door de cliënt in de praktijk kan worden ingevuld. Problematisch gebruik kan direct worden gesignaleerd en kan daarna met de hulpverlener worden besproken. Hoe hoger de score hoe ernstiger de verslaving. De uitkomsten zijn onder te brengen in vier schalen. Afhankelijk van de score kan een inschatting gemaakt worden om wat voor een soort verslaving het gaat. Vervolgens kan samen met de cliënt een passend beleid worden afgestemd.

De Bendep- SRQ kan als middel worden gebruikt om het gebruik te objectiveren, zodat dit voor de hulpverlener inzichtelijk wordt en de inspanningen om het gebruik te reduceren optimaal kunnen worden benut (Kan et al 1999).

In opdracht van de Commissie Kwaliteit van GGZ Nederland heeft het Trimbos instituut in 2002 en 2003 onderzoek gedaan naar instrumenten waarmee uitkomsten van zorg gemeten kunnen worden (Wijngaarden et al 2003). Het doel was, instrumenten aan te wijzen die wellicht geschikt zijn om te worden opgenomen in een handboek met uitkomstindicatoren waarmee de resultaten van zorgverlening kunnen worden geëvalueerd.

De in de inventarisatie verzamelde instrumenten zijn hiervoor door een expertpanel beoordeeld op hun psychometrische kwaliteiten (zoals betrouwbaarheid, validiteit en veranderingsgevoeligheid) en op hun toepasbaarheid voor gebruik in de praktijk (eenvoudig af te nemen, kort, geen training nodig).

In het rapport wordt beschreven welke criteria hierbij zijn gehanteerd en op welke gronden instrumenten al of niet aan een handboek klinische uitkomstindicatoren zouden kunnen worden toegevoegd. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen instrumenten die volledig aan alle eisen voldoen, instrumenten waarover nog twijfel bestaat, en instrumenten die zeker niet voldoen. Bij de geïnventariseerde instrumenten was slecht een instrument wat problematisch benzodiazepinengebruik in beeld brengt.

Van de 168 gevonden instrumenten blijken er uiteindelijk 17 te voldoen aan alle eisen, terwijl over 31 instrumenten twijfel bestaat. De overige 120 instrumenten zijn niet geschikt.

De Bendep- SRQ is een van de 168 gevonden en beoordeelde instrumenten, de beoordeling ziet er als volgt uit:

De Bendep -SRQ scoort als een van de 31 twijfelgevallen, de reden hiervan is dat er geen veranderingsgevoeligheid bekend is, met andere woorden “het instrument lijkt onvoldoende in staat veranderingen te meten”, ook wordt genoemd dat de maat voor het behandelresultaat niet altijd duidelijk is. Verder is de theoretische onderbouwing niet duidelijk. Wat betreft validiteit en betrouwbaarheid scoort de Bendep- SRQ, in de veilige marge. De wetenschappelijke eis voor de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument wordt omschreven als volgt: meet het instrument datgene waarvoor hij ontworpen is en zijn de metingen onafhankelijk van situationele of temporele omstandigheden?

Met de omschrijving “twijfelgevallen” wordt bedoeld “instrumenten die nog niet aan eisen voor goede indicatoren voldoen, maar die dat wel zouden kunnen worden.

De lijst met twijfelgevallen zou aan een handboek kunnen worden toegevoegd maar dan met de waarschuwing dat de psychometrische kwaliteiten nog onvoldoende zijn onderzocht.

Een zoektocht naar een beter beoordelingsinstrument om afhankelijkheid te meten van benzodiazepinen heeft niets opgeleverd, dit rechtvaardigt de keuze voor de Bendep- SRQ. Daarnaast is er contact gezocht met dr. C.C. Kan van het UMC in Nijmegen. Hij is degene die de Bendep- SRQ ontworpen heeft. Hem is gevraagd of er argumenten dan wel voor- of tegen zijn om de Bendep- SRQ af te nemen bij cliënten van 60 jaar en ouderen. Volgens hem zijn er alleen maar argumenten om het wel te doen.

7.2 Achtergrondinformatie

De Bendep-SRQ is een zelf-beoordeling-vragenlijst, waarmee een betrouwbare indruk verkregen wordt van de mate van afhankelijkheid bij mensen, die slaap en/of kalmeringsmiddelen, behorende tot de groep benzodiazepinen, gebruiken. De zelfbeoordelingsschaal is ontwikkeld door C.C Kan, psychiater in het UMC St. Radboud te Nijmegen. De Bendep-SRQ, kan de hulpverlener ondersteuning bieden bij het bepalen van de mate van benzodiazepinenafhankelijkheid bij (chronische) benzodiazepinen gebruikers. De mate van afhankelijk wordt bepaald aan de hand van een aantal vragen, die door de cliënt zelf beantwoord dienen te worden. De vragen behoren tot vier categorieën:

- 1) Problematisch gebruik: weergave van de mate van probleembesef t.a.v. het benzodiazepinengebruik.
- 2) Preoccupatie: weergave van de mate van preoccupatie/obsessiviteit t.a.v. de beschikbaarheid van benzodiazepinen.
- 3) Gebrek aan therapietrouw: weergave van de mate van gebrek aan therapietrouw t.a.v. het therapeutische benzodiazepinen beleid.
- 4) Ontwenning: weergave van de mate van eenduidigheid van de ervaren onthoudingsverschijnselen

Instructies voor het gebruik van de Bendep-SRQ zijn onder gebracht in bijlage 7.

7.3 Hoe de Bendep- SRQ te implementeren op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland.

Het implementeren van het meetinstrument de Bendep-SRQ is een eerste stap in de ontwikkeling van de verbetering aan zorg voor benzodiazepinen afhankelijke ouderen. Er bestaan veel verschillende modellen om nieuwe zorg te implementeren (Grol et al., 2001).

Omdat verder op in dit hoofdstuk de verschillende stappen die gehanteerd worden in de omschrijving van het zorgprogramma overeenkomen met de stappen die gebruikt worden om te komen tot implementatie wordt hier volstaan met een korte beschrijving van ideeën hoe het meetinstrument te implementeren

Wanneer gekeken wordt naar in- en exclusiecriteria voor wat betreft deelname aan een behandeling is duidelijk dat cliënten met forse cognitieve stoornissen worden uitgesloten van deelname. Ditzelfde geldt voor die cliënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn. Verder kunnen in principe alle cliënten die langer dan 2 maanden een of meerdere benzodiazepinen gebruiken deelnemen aan een behandeling die gericht is om te komen tot reductie en/of stoppen van de benzodiazepinen.

Tijdens de intake besprekingen dient er expliciet gekeken te worden naar de medicatie die cliënten gebruiken en hoelang zij die al gebruiken. Een aanbeveling zou hier zijn om het als vast punt op het intakeformulier te zetten. Dit kan heel kort, bv. WEL/GEEN screening Bendep-SRQ. Wanneer de cliënt een of meerdere soorten benzodiazepinen gebruikt ,langer dan twee maanden dan moet er besloten worden deze cliënt een screening te laten ondergaan, ten einde de precieze afhankelijkheid te meten. In eerste instantie zal er worden gekozen dit alleen bij de nieuw aangemelde cliënten toe te passen, dit in de vorm van een proeftuin. Hetzelfde geldt voor de deelname aan een of meer van de modules van het nieuw ontwikkelde zorgprogramma.

Het afnemen van de screening geschiedt onder begeleiding van de eigen hulpverlener, dit om eventuele vragen direct te kunnen beantwoorden. Tevens kan aan slechtiende cliënten de vragen worden voorgelezen. Hetzelfde geldt voor de oudere analfabeten. De internetversie van de Bendep-SRQ zal op de ouderenafdeling vooralsnog niet heel bruikbaar zijn, daar er slechts weinig ouderen gebruik maken van internet op dit moment.

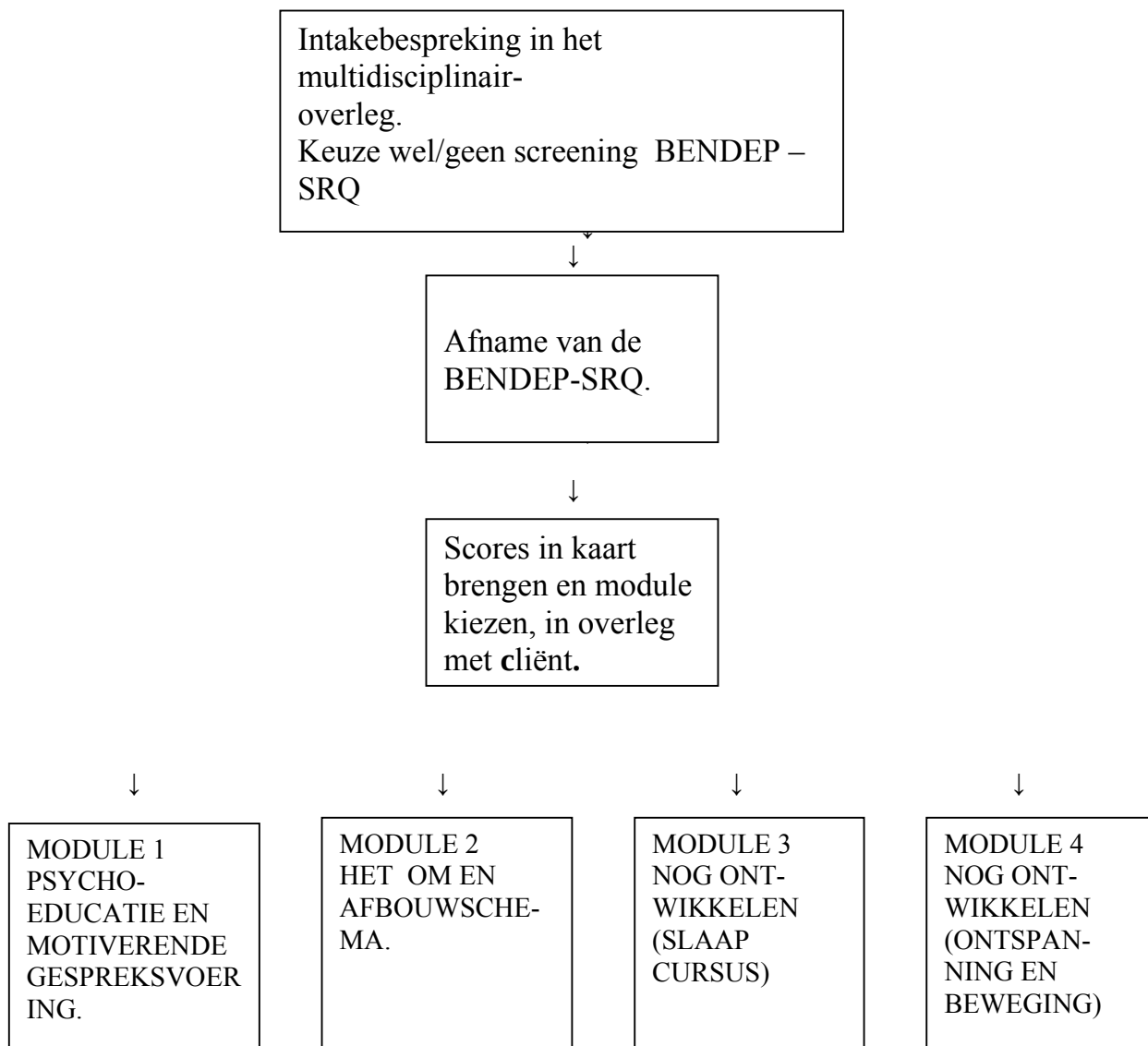
Om het draagvlak op de afdeling te vergroten voor eventuele veranderingen in de zorg voor cliënten met een benzodiazepinenafhankelijkheid dienen collega's goed geïnformeerd te worden over de toepassing en de consequenties van een Bende-SRQ.

Goede psycho-educatie in de vorm van een eenmalige bijscholing lijkt daar geschikt voor.

In bv een beleidvergadering zal gedurende 2 uur bijscholing worden gegeven over het gebruik van dit meetinstrument, de uitkomsten in de vorm van gemeten problematisch gebruik en ideeën over een behandeling dit gebruik te reduceren en of te stoppen.

7.4

STROOMDIAGRAM:



7.5 Blauwdruk voor een toekomstig zorgprogramma

Het zorgprogramma wordt geschreven aan de hand van de richtlijnen die zijn ontwikkeld door het Trimbos instituut (Verburg et al., 2006).

Hierbij dienen de volgende onderdelen te worden beschreven:

- 1) Identificatie van de doelgroep
- 2) Omschrijving specifieke kenmerken doelgroep
- 3) Inclusie en exclusie criteria
- 4) Totaalbeeld van de geselecteerde groep
- 5) Doelstelling van het programma
- 6) Praktische uitwerking, modules en de activiteiten binnen het specifieke zorgprogramma
- 7) Beoogde route van de cliënt door het programma
- 8) Vereiste randvoorwaarden van het programma.
- 9) Gewenste implementatie strategieën

In een later stadium van dit project worden in het zorgprogramma verschillende modules opgehangen volgens het lokale format zoals dat gebruikt wordt binnen RIAGG IJsselland. Een format dat is ontwikkeld en voldoet aan de eisen die een HKZ certificaat mogelijk maakt. Een module kan pas een module genoemd worden in het kader van het programma als het grotere geheel. Pas als het programma geformuleerd is, wordt duidelijk welke elementen er in dat kader noodzakelijk zijn: een onderdeel is pas een onderdeel als er sprake is van een geheel. Anders gezegd modules moeten 'in functie staan' van een programma (Verburg et al 2005).

De modules die voor dit zorgprogramma geschreven worden zijn afgestemd op de uitslagen van de screening welke cliënten ondergaan hebben, m.b.v. de Bendep SRQ. De modules zullen gehanteerd worden volgens het principe van het stepped care model. In eerste instantie wordt de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden.

Werken vanuit het Stepped care principe

Volgens het uitgangspunt van *stepped care* (getrapte zorg) wordt een patiënt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek aangeboden. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft wordt naar een intensievere interventie overgegaan. *Stepped care* past in de ontwikkeling richting zogenaamde *disease*

management programma's, die binnen de somatische gezondheidszorg al langer worden toegepast.

Consequenties voor het zorgcontinuüm

Een volledig uitgewerkt *stepped care* programma biedt een zorgcontinuüm (in de vorm van een stroomdiagram) voor patiënten met een specifieke stoornis. Naast het stroomdiagram worden behandelprotocollen opgenomen waarin specifieke interventies beschreven staan.

Gewenst ontwikkeltraject

Het *stepped care* programma is gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten en op wensen van patiënten. Er bestaan in Nederland inmiddels verschillende *stepped care* programma's. Een voorbeeld hiervan is ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een *stepped care*-programma voor depressie (Meeuwissen et al., 2003).

Implicaties voor de praktijk

Het inhoudelijke *stepped care* programma dient voor de praktijk bruikbaar gemaakt te worden via een organisatorisch raamwerk. Voor elke regio zal in kaart gebracht moeten worden welke hulpverleners wat voor soort interventies aanbieden, zodat het inhoudelijke programma volledig ondersteund wordt door de organisatorische stroomlijning. *Stepped care* kan zo een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg voor mensen met een psychische stoornis.

Men moet zich bewust zijn van het feit dat het ontwikkelen van een zorgprogramma veel tijd kost. Voor de afronding van dit BP is de tijd beperkt waardoor ik moet volstaan met slecht 2 modules. Latere invulling van het zorgprogramma dient na afronding van de opleiding aan de orde te komen. Ideeën over meerdere modules worden in de aanbevelingen kort toegelicht.

7.6 Fasering zorgprogramma ontwikkeling

Stap 1. Identificatie van de doelgroep

Centraal in dit beoogde zorgprogramma staan ouderen (60+) met een benzodiazepinen-afhankelijkheid. De psychiatrische classificatie volgens de DSM-IV voor deze doelgroep is 304.10 Afhankelijkheid van sedativum, hypnoticum of anxiolyticum.

In de praktijk ziet men vaak dat deze classificatie niet voorkomt, terwijl benzodiazepinen-

afhankelijkheid juist veel voorkomt. Veel gestelde classificaties die gezien worden bij cliënten met een benzodiazepinenafhankelijkheid zijn: stemmings, angst en slaapstoornissen. Ook cliënten met een afhankelijke persoonlijkheid gebruiken nogal eens veel benzodiazepinen. Cliënten met een dementiesyndroom en gedragsstoornissen zijn ook veelgebruikers. Deze laatste groep wordt in dit stadium echter uitgesloten. Cognities moeten in zoverre intact zijn dat eenvoudige opdrachten begrepen worden. Ook worden cliënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn uitgesloten. Verder worden op voorhand geen cliënten uitgesloten, voor eventuele tekortkomingen zoals bv het niet kunnen lezen en/of schrijven moeten alternatieven gezocht worden. Mobiliteit is geen absolute voorwaarde maar wel handig. Wanneer cliënten niet mobiel zijn moeten zij thuis worden opgezocht, een eventueel groepsaanbod valt dan al af.

Stap 2. Omschrijving specifieke kenmerken doelgroep

De doelgroep bestaat uit mannen en vrouwen vanaf 60 jaar aangemeld bij het RIAGG IJsselland. Tijdens de intake wordt zichtbaar dat zij langer dan 2 maanden één of meerdere benzodiazepinen gebruiken. In het multidisciplinair overleg wordt besloten een Bendep – SRQ af te nemen. De uitslag van de Bendep-SRQ geeft inzicht in de vraag in hoeverre bij een bepaalde cliënt sprake is van problematisch benzodiazepinegebruik. De hulpvraag van de doelgroep is te komen tot reductie en-of stoppen van het benzodiazepinegebruik. Risicofactor is dat de doelgroep het problematisch benzodiazepinegebruik niet als zodanig ervaart. Psycho-educatie in de vorm van voorlichting en motiverende gesprekstechnieken zijn dan voor de hand liggende interventies.

Stap 3. Inclusie en exclusie criteria

Exclusie criteria: cliënten met cognitieve stoornissen en cliënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn worden uitgesloten van deelname. Verder is het programma toegankelijk voor mannen en vrouwen die 60 jaar en ouder zijn en langer dan 2 maanden één of meerdere benzodiazepinen gebruiken.

Stap 4. Totaalbeeld van de geselecteerde groep

Voor het totaalbeeld van de geselecteerde doelgroep geldt dat zij allen langer dan 2 maanden een of meerdere benzodiazepinen gebruiken. De praktijk zal laten zien dat zij niet voor dit probleem aangemeld zijn bij de RIAGG. Het is een bijkomend probleem wat duidelijk wordt tijdens de intakefase. Vaak worden zij aangemeld met depressieve en of angstklachten. Het bijkomend probleem wordt als zodanig

behandeld, voor de hoofdklachten vindt ook behandeling plaats naast het benzodiazepinen probleem. Dit kan bij een andere behandelaar zijn.

De aanpak van het benzodiazepinen probleem vindt in overleg met de cliënt en hoofdbehandelaar plaats.

Stap 5. Doelstelling van het programma

De doelstelling van het programma is te komen tot reductie en of stoppen van het benzodiazepinengebruik bij cliënten van 60 jaar en ouder die langer dan 2 maanden één of meerdere soorten benzodiazepinen gebruiken.

Afhankelijk van de uitslag van de Bendep-SRQ wordt samen met de cliënt gekozen voor een passend moduul uit het programma. Dit volgens het stepped care principe.

Bij de een zal er moeten worden gestart met een module psycho-educatie waarna mogelijk nog energie gestoken moet worden om cliënten meer te motiveren. Bij de ander zal gelijk kunnen worden gestart met een om en afbouwprogramma van de benzodiazepinen.

Stap 6. Praktische uitwerking van de modulen en activiteiten

De modulen worden ingevuld binnen het format van het RIAGG IJsselland.

Voor dit project worden er 2 modulen uitgewerkt, te weten het module psycho-educatie en motiverende gespreksvoering en om en afbouwprogramma van de benzodiazepinen.

Suggesties voor meerdere modulen worden in de aanbevelingen meegenomen.

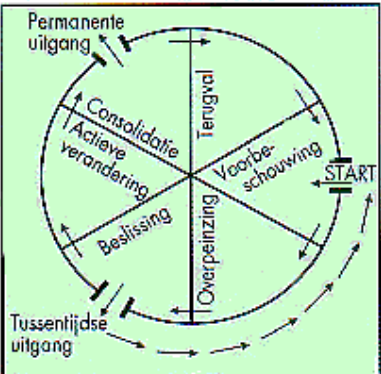
FORMAT beschrijving module¹

Naam module + registratiecode	Psycho-educatie over het gebruik van benzodiazepinen. Motiverende gespreksvoering.
Hoofdgroep/programma + registratiecode	Zorgprogramma "Benzodiazepinen afhankelijkheid". Cliënten van 60 jaar en ouder die langer dan 2 maanden één of meerdere benzodiazepinen gebruiken. Cliënten hebben een Bende-SRQ ingevuld.
Sector + locatie/vestiging	Riagg IJsselland afdeling ouderen. Pikeursbaan 3 te Deventer.
naam contactpersoon	Els Schuijt
vervaldatum	September 2008

BESCHRIJVING

algemene omschrijving module of interventie	Met behulp van foldermateriaal (individueel en groep) en een powerpointpresentatie (alleen voor de groep) wordt informatie gegeven over slaap- en kalmeringsmiddelen. Informatie over: • spanningsklachten en medicijngebruik • werking en bijwerking • hoe medicijngebruik een probleem kan worden • hoe medicijngebruik kan worden teruggedrongen. Deze informatie is overgenomen van GgzE en moet nog worden bewerkt tot een RIAGG IJsselland folder. Motivatie is een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van een gedragverandering. Om reductie van benzodiazepinengebruik te realiseren, is het nodig te kunnen anticiperen op de verschillende fasen in het veranderingsproces, waarin zich motivatieproblemen kunnen voordoen. Na het geven van psycho-educatie dient
--	--

¹ versie februari. 2006

	samen met de cliënt beoordeeld te worden of er over gegaan moet worden op motiverende gespreksvoering.
doelgroep (kenmerken van de deelnemers) + DSM code	Cliënten van 60 jaar en ouder die langer dan 2 maanden één of meerder benzodiazepinen gebruiken. DSMIV: 304.10 Afhankelijkheid van sedativum, hypnoticum of anxiolyticum.
doel, beoogd resultaat	• Cliënt heeft inzicht in de factoren die een rol spelen bij benzodiazepineafhankelijkheid. • Cliënt kent de nadelige effecten van het benzodiazepinengebruik • Cliënt is op de hoogte van vervolgstappen in dit programma en gemotiveerd hieraan deel te nemen.
contra-indicaties	Cognitieve stoornissen Nederlandse taal onmachtig zijn.
methodiek en werkwijze theoretisch kader, multidisciplinaire richtlijn, draaiboek etc.	De cliënt doorloopt bewust of onbewust verschillende stadia voor hij tot een geïntegreerde gedragsverandering komt. (Prochaska en Diclemente 1984)  Eerste fase: Voorbeschouwing: In deze fase is de cliënt zich niet bewust van het probleem, de omgeving vaak des te meer. Het is een periode waarin de cliënt veel ontkenning en weerstand vertoont. De cliënt gaat eerder hulp zoeken onder druk van de omgeving

	Tweede fase: de beschouwing: Deze fase kan ook overpeinzingfase genoemd worden. Typisch voor dit stadium is dat de cliënt er zich van bewust wordt dat er iets fout en/of problematisch is. Maar hij situeert de problemen buiten zichzelf (projectiemechanisme). Derde fase: de beslissingsfase: Die fase begint op het ogenblik dat de cliënt het besluit genomen heeft om in de nabije toekomst effectief tot een gedragsverandering over te gaan. In deze fase krijgen we een samenbundeling van het inzicht in de cognitief-emotionele dimensie en gedragsintenties. Het is geen echt afzonderlijk stadium, maar een overgang van overpeinzing naar actieve verandering. Vierde fase: de actiefase De cliënt gaat over tot actieve verandering. Hij zal daadwerkelijk zijn gedrag concreet modiëren en hij kiest zelf hoe, waar en wanneer hij dat zal doen. Bij succes zal het zelfwaardegevoel van de cliënt serieus stijgen en dankzij een nieuw gevoel van zelfredzaamheid is de kans groot dat dit nieuwe gedrag bestendigd wordt. Zo komt hij in de volgende fase terecht. Vijfde fase: de consolidatiefase In deze fase wordt het veranderde gedrag geconsolideerd, duurzaam gemaakt. Het wordt als het ware een geïntegreerd deel van het gedrag van de persoon. De cliënt zal proberen de terugval naar het oude probleemgedrag te voorkomen. De zesde fase: terugval In dit model wordt een eventuele terugval naar het oude gedrag niet als negatief of als een mislukking bekeken. Het wordt geduid als een belangrijk leermoment om de veranderingscirkel opnieuw te doorlopen en het
--	---

	probleemgedrag te ontleden om er meer inzicht in te krijgen met het oog op de toekomst.
activiteiten waaruit module is opgebouwd (<i>inhoud, onderscheiden fasen in het proces</i>)	3 bijeenkomsten van 1 uur, wekelijks. Bijeenkomst 1 : Informatie en uitleg over spanningsklachten en medicijngebruik. Informatie over de werking en bijwerkingen van benzodiazepinen. Bijeenkomst 2: Informatie over hoe medicijngebruik een probleem kan worden. Informatie over hoe het medicijngebruik kan worden teruggedrongen cq. gestopt kan worden. Bijeenkomst 3: Evalueren, tijd voor vergeten vragen, bepalen van volgende stap in de behandeling. Wanneer er gekozen wordt om door te gaan met motiverende gespreksvoering komen er 3 gesprekken van 1 uur bij, over een periode van 4 weken. Tussen het eerste en tweede gesprek zit minimaal 2 weken zodat de huiswerkopdracht (= registratie medicijngebruik en de voor- en nadelen van het medicijngebruik) goed kan worden uitgevoerd. Huiswerk zie bijlage Eerste gesprek: fase 1: invullen van vragenlijst (zie bijlage 8) samen met hulpverlener, fase 2 en 3 worden uitgelegd. Tweede gesprek: Huiswerk (zie bijlage 9) wordt besproken en balans wordt opgemaakt, is fase 4. Derde gesprek: fase 5 en 6.
aantal, duur en frequentie van de bijeenkomsten (hoe vaak en hoe lang + beschikbaarheid)	De module bestaat in eerste instantie uit 3x een contact van 1 uur. Dit in een periode van 3 weken. De eerste 2 contacten bestaan vooral uit het geven van educatie. Het derde contact bestaat uit een evaluatie waarin ook het vervolg aan bod komt. Wanneer er gekozen wordt om door te gaan met motiverende gespreksvoering komt er het volgende bij: 3 gesprekken van 1 uur, over een periode van 4 weken. Tussen het eerste en tweede gesprek zit minimaal 2 weken zodat de huiswerkopdracht goed kan worden uitgevoerd. Eerste gesprek: fase 1 invullen van vragenlijst samen met hulpverlener, fase 2 en 3 worden uitgelegd.

	Tweede gesprek: Huiswerk wordt besproken en balans wordt opgemaakt, is fase 4. Derde gesprek: fase 5 en 6.
setting	De module kan op indicatie in de groep (maximaal 6), individueel, op het bureau of thuis worden aangeboden.
evaluatie en afsluiting (wanneer en hoe wordt geëvalueerd en hoe wordt effect/resultaat gemeten)	In de derde bijeenkomst vindt er een evaluatie plaats. Tevens krijgen cliënten de gelegenheid vergeten vragen te stellen. Het verder beleid wordt in overleg met de cliënt bepaald.
behandelaar (aantal en discipline)	Nurse Practitioner.
randvoorwaarden (evt. eigen bijdrage, rapportage, registratie, dossiervoering, afsluiting)	Rapportage geschiedt in het cliënten dossier van de betreffende cliënt. De afspraken en registratie van de contacten lopen via het usersysteem van het RIAGG IJsselland. Cliënt is bereid tot het maken van huiswerk, huiswerk in de vorm van registreren van het benzodiazepinegebruik.
bijzonderheden	



FORMAT beschrijving module²

Naam module + registratiecode	Om en of afbouwschema Benzodiazepinen
Hoofdgroep/programma + registratiecode	Zorgprogramma "Benzodiazepinen afhankelijkheid". Cliënten van 60 jaar en ouder die langer dan 2 maanden één of meerdere benzodiazepinen gebruiken. Cliënten hebben een BendeP-SRQ ingevuld.
Sector + locatie/vestiging	Riagg IJsselland afdeling ouderen. Pikeursbaan 3 te Deventer.

² versie februari. 2006

naam contactpersoon	Els Schuijt
vervaldatum	September 2008

BESCHRIJVING

algemene omschrijving module of interventie	De benzodiazepinen die cliënten gebruiken worden omgezet naar een zelfde dosis diazepam volgend de omrekening van de Benzodiazepinen conversietabel naar equivalente diazepam dosering (zie bijlage10) Wanneer cliënten meerdere soorten diazepinen gebruiken, worden de verschillende soorten omgezet naar een soort, diazepam. Vervolgens wordt in kleine stapjes de dosis diazepam opgebouwd, volgens een vast schema.
doelgroep (<i>kenmerken van de deelnemers</i>) + DSM code	• Cliënten van 60 jaar en ouder die langer dan 2 maanden één of meerder benzodiazepinen gebruiken. DSMIV: 304.10 Afhankelijkheid van sedativum, hypnoticum of anxiolyticum. • Cliënten zijn gemotiveerd om af te bouwen • Cliënten die de module psych-educatie/motivatatie hebben gevolgd • Cliënten die na invulling van de Bendep-SRQ een zodanige score laten zien dat zij gelijk kunnen starten met deze module.
doel, beoogd resultaat	Cliënt gebruikt geen benzodiazepinen.
contra-indicaties	• Cognitieve stoornissen • Nederlandse taal onmachtig zijn
methodiek en werkwijze (theoretisch kader, multidisciplinaire richtlijn, draaiboek etc.)	Afbouwschema Na het motiveren van de cliënt wordt een strategie ontwikkeld om te stoppen met benzodiazepinen en ter behandeling van eventuele onderliggende lichamelijk en geestelijke symptomen. Het aanbevolen protocol

	voor het stoppen met benzodiazepinen bestaat uit drie fasen. <i>Fase 1 Stabilisatie van de dosering</i> Bij cliënten met een wisselend patroon van inname dient de dosering eerst gestabiliseerd te worden alvorens te staken. <i>Fase 2 Omzetting naar een equivalente dosis diazepam</i> De gebruikte benzodiazepinen wordt omgezet naar een equivalente dosering van het langwerkende diazepam aan de hand van een omrekenfactor (zie tabel in bijlage 7 <i>Omrekenfactoren</i>). Voor gestart kan worden met het afbouwschema dient de cliënt gedurende 14 dagen ingesteld te worden op diazepam om voldoende plasmaconcentratie van de actieve metabolieten op te bouwen. Voordelen van het omzetten naar diazepam zijn het beschikbaar zijn van meerdere doseringsvormen en de doorgaans minder hevige abstinentieverschijnselen ten gevolge van een meer geleidelijke verlaging en de kleinere fluctuaties van de plasmaconcentratie. Men dient erop toe te zien dat de cliënt het gebruik van de oorspronkelijke gebruikte benzodiazepinen ook daadwerkelijk staakt (voorkómen van dubbelgebruik). Aanbevolen wordt om diazepam in de kleinst mogelijke sterkte (2 mg) te verstrekken. Dit benadrukt de hoeveelheid geneesmiddelen en vergemakkelijkt het geleidelijk verminderen. Bij cliënten met zeer hoge doseringen wordt geadviseerd eerst geleidelijk te verminderen tot bijvoorbeeld het equivalent van 20 mg diazepam voordat omzetting plaats vindt. <i>Fase 3 Tijd- en afbouwschema</i> Door schriftelijk met de cliënt een tijdschema overeen te komen krijgt de patiënt eigen verantwoordelijkheid over de controle van het afbouwschema, wat de therapietrouw bevordert. De afbouwperiode dient men te laten afhangen van de verhouding van de duur van
--	--

	het gebruik en de hoogte van de dosering. Men kan binnen twee weken stoppen na relatief kortdurend gebruik. Bij cliënten met langdurig gebruik zal een afbouwperiode van tenminste zes weken tot enkele maanden eerder voor de hand liggen. Een bruikbaar afbouw schema is het verminderen van de oorspronkelijke dosering met 1/8 elke 14 dagen. Na 14 weken is de dosering tot nul afgebouwd. Eventueel kan men sneller (elke 14 dagen de dosering 1/4 verminderen) of langzamer afbouwen (elke 14 dagen de dosering 1/10 verminderen). Afbouw van meerdaagse dosering kan plaats vinden door eerst de inname 's middags, dan 's ochtends en tenslotte 's avonds te staken. Bij gebruik tot 40 mg diazepam per dag (of een vergelijkbare dosis van een ander benzodiazepinen) ziet het er als volgt uit: <table> <tr> <td>week 1</td><td>Uw medicatie wordt omgezet in een even sterke dosis diazepam (Valium). U zult in deze eerste week geen verschil merken omdat u nog net zo veel medicatie gebruikt als voor het afbouwen.</td></tr> <tr> <td>week 2</td><td>U gebruikt nog 75% van de begindosis diazepam (3/4)</td></tr> <tr> <td>week 3</td><td>U gebruikt nog 50% van de begindosis diazepam (1/2)</td></tr> <tr> <td>week 4</td><td>U gebruikt nog 25% van de begindosis diazepam (1/4)</td></tr> <tr> <td>week 5</td><td>U gebruikt nog 12½ % van de begindosis diazepam (1/8)</td></tr> <tr> <td>week 6</td><td>U gebruikt geen diazepam meer.</td></tr> </table> Bij gebruik van 40 mg of meer diazepam per dag (of een vergelijkbare dosis van een ander benzodiazepinen) wordt de	week 1	Uw medicatie wordt omgezet in een even sterke dosis diazepam (Valium). U zult in deze eerste week geen verschil merken omdat u nog net zo veel medicatie gebruikt als voor het afbouwen.	week 2	U gebruikt nog 75% van de begindosis diazepam (3/4)	week 3	U gebruikt nog 50% van de begindosis diazepam (1/2)	week 4	U gebruikt nog 25% van de begindosis diazepam (1/4)	week 5	U gebruikt nog 12½ % van de begindosis diazepam (1/8)	week 6	U gebruikt geen diazepam meer.
week 1	Uw medicatie wordt omgezet in een even sterke dosis diazepam (Valium). U zult in deze eerste week geen verschil merken omdat u nog net zo veel medicatie gebruikt als voor het afbouwen.												
week 2	U gebruikt nog 75% van de begindosis diazepam (3/4)												
week 3	U gebruikt nog 50% van de begindosis diazepam (1/2)												
week 4	U gebruikt nog 25% van de begindosis diazepam (1/4)												
week 5	U gebruikt nog 12½ % van de begindosis diazepam (1/8)												
week 6	U gebruikt geen diazepam meer.												

	dosis gedurende 30 dagen met 1/30 deel verlaagd
activiteiten waaruit module is opgebouwd <i>(inhoud, onderscheiden fasen in het proces)</i>	Cliënt wordt intensief begeleid (1x in de week) door de nurse practitioner. Om ontwenningssverschijnselen in kaart te brengen en te bespreken wordt gebruik gemaakt van de Benzodiazepinen Withdrawal Symptom Quistionnaire (BWSQ) zie bijlage 11). Bij het afbouwen van het benzodiazepinen gebruik kunnen ontwenningssverschijnselen optreden. Aangezien het niet vanzelfsprekend is, dat de cliënt weet wat ontwenningssverschijnselen zijn, is het belangrijk om hierover goede informatie te verstrekken en te benadrukken dat de klachten tijdelijk van aard zijn en bij geleidelijke afbouw meestal goed te verdragen zijn. Het bespreken van de ervaringen met deze verschijnselen kan een vast agendapunt zijn tijdens de consulten gedurende de afbouwperiode.
aantal, duur en frequentie van de bijeenkomsten (hoe vaak en hoe lang + beschikbaarheid)	Is afhankelijk van verschillende factoren: • hoelang gebruikt cliënte al een of meerdere benzodiazepinen • hoeveel omgerekende mg gebruikt de cliënt. Duidelijk mag zijn hoe langer en hoe meer een cliënt gebruikt, hoe langer de behandeling duurt.
setting	Individueel. Huisbezoeken of bureaubezoeken, dit is afhankelijk van de mobiliteit van de cliënt.
evaluatie en afsluiting <i>(wanneer en hoe wordt geëvalueerd en hoe wordt effect/resultaat gemeten)</i>	Wanneer cliënt 0 mg diazepam gebruikt kan dit behandeldoel worden afgesloten. Cliënt wordt na 2 maanden 1x uitgenodigd om te beoordelen of het effect nog daar is.
behandelaar(s) (aantal en discipline)	Nurse Practitioner in samenwerking met psychiater.
randvoorwaarden <i>rapportage, registratie, dossiervoering, afsluiting)</i>	Rapportage geschiedt in het cliënten dossier van de betreffende cliënt De afspraken en registratie van de contacten lopen via het usersysteem van het RIAGG IJsselland.
bijzonderheden	

Suggesties voor twee andere modules zijn:

Een module Cursus Beter Slapen voor Ouderen

In samenwerking met de afdeling Preventie van Altrecht is de cursus Beter Slapen voor Ouderen ontwikkeld. Een train de trainer variant wordt begin 2007 opgenomen in het NKOP trainingsaanbod. Na het volgen van deze training kunnen hulpverleners uit eigen instelling getraind worden in het aanbieden van de cursus aan betreffende doelgroep op locatie.

Dit lijkt een cursus op maat gesneden voor de NP, hij of zij kan dan collega's trainen binnen de eigen afdeling. Verder bestaan er ideeën over een module ontspanning en beweging, dit zou in samenwerking met een psychomotorisch therapeut opgezet kunnen worden. Mogelijk zelfs met een 4^e jaars student van de ALO (Academie Lichamelijke Opvoeding).

Stap 7. Beoogde route van de cliënt door het programma

Wanneer tijdens de intake fase duidelijk wordt dat cliënten langer dan 2 maanden een of meerdere soorten benzodiazepinen gebruiken, wordt overgegaan tot het invullen van de Bendep-SRQ. Dit kan worden gedaan door de hulpverlener die de intake heeft verzorgd. De route van de cliënt door het programma is afhankelijk van de score die de afgenomen Bendep-SRQ laat zien. De Bendep-SRQ kent 4 verschillende scores, te weten:

1) Problematisch gebruik

Somscore mate van problematisch gebruik:

0 = erg laag; 1 = matig; 2 = hoog; 3,4 en 5 = zeer hoog.

Bij een somscore van 2 of hoger is de cliënt zich goed bewust van het problematisch benzodiazepinegebruik. Desondanks heeft dit er nog niet toe geleid dat de cliënt gestopt is met het benzodiazepinegebruik.

2) Preoccupatie

Somscore mate van obsessiviteit t.a.v. de beschikbaarheid benzodiazepinen:

0 = erg laag; 1 = laag; 2 = matig; 3 = hoog; 4 en 5 = zeer hoog.

Bij een somscore van 2 of hoger is de cliënt duidelijk geobsedeerd met het beschikbaar hebben van een benzodiazepinen om deze te kunnen gebruiken als hij/zij dit nodig lijkt. De cliënt is moeilijk te bewegen om te stoppen met het benzodiazepinegebruik en daardoor dit houvast te geven.

3) Gebrek aan therapietrouw

Somscore mate gebrek aan therapietrouw:

0 = laag; 1 = hoog; 2,3,4 en 5 = zeer hoog.

Alle cliënten met een somscore van 1 of hoger hebben een lage therapietrouw en zijn relatief moeilijk te bewegen om te stoppen met het benzodiazepinegebruik.

4) Ontwenning

Somscore mate van onthoudingsverschijnselen:

0 = erg laag; 1 = laag; 2 = matig; 3 en 4 = hoog; 5 = zeer hoog.

Naarmate de somscore hoger is, hoe meer de cliënt last heeft van ontwenningverschijnselen. Vervang de benzodiazepinen eerst door diazepam in equivalente dosering en laat de cliënt het benzodiazepinengebruik verminderen aan de hand van een afbouwschema.

Op de 4 onderdelen scoort de cliënt 0,1,2,3,4, of 5. Hoe lager de score, hoe lager de inzet wat betreft een passend behandelaanbod kan zijn (stepped care). De score bepaalt dus of de cliënt begint met psycho-educatie, motiverende gespreksvoering of meteen kan starten met een af en of ombouwschema met als doel te komen tot reductie van het benzodiazepinengebruik.

De verschillende modules worden aangeboden in groepsverband of individueel. Wanneer er sprake is van een groepsaanbod zal deze geleid worden door de Nurse Practitioner samen met een collega SPV. Bij de module om en afbouw is de psychiater betrokken, zeker totdat er wettelijk iets geregeld is voor de Nurse practitioner wat betreft het voorschrijven van medicatie. In de toekomst zal de Nurse practitioner dit evt, zelfstandig of onder supervisie van de psychiater doen.

Duidelijk moge zijn dat dit een beperkte beschrijving is van de gang die de cliënt aflegt in dit programma. Tzt. voor de daadwerkelijke invoering van deze proefpilot zal volgens de richtlijnen van GGZ Nederland en Trimbos deze stap uitgebreider worden beschreven.

Stap 8. Vereiste randvoorwaarden van het programma

Een eerste stap is om collega's te informeren en bij te scholen voor wat betreft het gebruik van de Bendep-SRQ. Hiervoor zou een teamdag georganiseerd kunnen worden voor de afdeling ouderen. Op zo'n dag bestaat de mogelijkheid om dit hele project te presenteren en te oefenen met de Bendep-SRQ. Collega's zijn dan ook in de gelegenheid om te komen met suggesties die dit project kunnen optimaliseren. Voor de invoering van de modules moet er foldermateriaal voor cliënten beschikbaar zijn. GGzE (Eindhoven) heeft zeer geschikt materiaal wat eenvoudig te gebruiken en om te zetten is in folders voor de RIAGG IJsselland.

Duidelijk moet worden wat de extra kosten zijn die met de invoering van dit project gemoeid zijn en of hiervoor subsidie kan worden verkregen? (de vooraanmelding voor een subsidie aanvraag bij ZonMW. treft u aan in de bijlage). Duidelijk moet worden wanneer er daadwerkelijk gestart kan worden met het project. Geschat wordt dat er na september 2007,

2 maanden nodig zijn om dit project te volmaken. In september zou er een teamdag georganiseerd moeten worden zodat de suggesties die daar gedaan worden meegenomen kunnen worden voor het eindresultaat van dit project.

Stap 9. Gewenste implementatie strategieën

Op basis van ervaringen in allerlei implementatieprojecten zijn een aantal aandachtspunten te noemen voor een goede planning (Grol et al 2003).

- Zorg dat er een heldere doelstelling van het project wordt geformuleerd: wat beoogt men met de activiteit, wat wil men bereiken en wanneer is de implementatie geslaagd? Deze doelstelling vormt voortdurend de leidraad voor alle betrokkenen bij de keuze van de activiteit. Voor dit project is de volgende doelstelling geformuleerd *“Een project gericht op identificeren en behandelen van ouderen met benzodiazepinenafhankelijkheid”*.
- Stel een team samen met voldoende expertise en veel motivatie om het project te coördineren en te stimuleren. In dit project zal de NP een centrale rol vervullen en belast zijn met taken als: coördinatie (de dagelijkse organisatie van de activiteiten), technische expertise (specifieke kennis en vaardigheden op bv het terrein van literatuurstudie, dataverzameling of computergebruik), administratieve ondersteuning (het organiseren van bijeenkomsten, het ontwikkelen van nieuwe producten).
- Zorg voor een helder inzicht in de doelgroep en zorg dat deze in alle fasen van het project wordt betrokken in het implementatieproces. Meestal is de groep van betrokkenen voor wie de implementatie consequenties heeft veel groter dan men op voorhand denkt.
- Zorg voor voldoende budget en staf voor het project. Zelfs bij kleine verbeterprojecten moeten mensen tijd vrij maken om extra werk te doen of moeten er middelen aan worden geschaft.
- Er moet een realistisch tijdspad worden gemaakt, wanneer gebeurt wat? De meeste veranderingsprocessen vragen veel tijd en worden vooraf vaak te optimistisch (in tijd) ingeschat. Verandering gaat langzaam, maar desondanks moet het project met enige snelheid en doortastendheid worden aangepakt om het momentum niet te verliezen. De meeste doelgroepen willen snel resultaten zien, anders verliest men de motivatie en gaat men over tot iets anders.

8. De rol van de Nurse Practitioner

In het beroepsdeelprofiel van de Nederlandse Vereniging Nurse Practitioners (NVNP, 2004) wordt beschreven dat de deskundigheid van de NP zich manifesteert op 4 taakgebieden namelijk:

- Integratie verpleegkundig handelen en medisch handelen
- Behandel- en zorgcoördinatie
- Kwaliteitszorg
- Innovatie van zorg en beroep

Binnen dit project liggen de rollen van NP vooral op het gebied van de kwaliteitsverbetering en innovatie van zorg en beroep. De NPer draagt kennis over een nieuwe behandelwijze aan collega's en implementeert/ integreert deze in de huidige behandelwijze. Tevens initieert en begeleidt de NPer dit proces van verandering.

In dit project bewerkstelligt de NPer kennisontwikkeling en –verspreiding.

Deze twee taakgebieden passen prima bij de expertrol die de NPer in de praktijk zal gaan vervullen.

De NPer integreert praktijk en wetenschap, een element wat in dit project duidelijk naar voren komt. Tijdens het werk in de praktijk werd een praktijkprobleem gesignaleerd. Omdat in de opleiding veel aandacht besteed wordt aan methodologie en wetenschappelijk onderzoek, kan de NPer de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen gebruiken bij het zoeken naar oplossingen voor een praktijkprobleem en introduceren in de praktijk. In dit project heeft deze rol vorm gekregen waardoor er een goede integratie plaats heeft gevonden van praktijk en wetenschap.

De NPer zal in het vervolgtraject van dit project een specifieke rol krijgen, namelijk die van expert op het gebied van identificatie en behandeling van benzodiazepinen afhankelijke ouderen. Door scholingen te geven en als voorzitter van een expertgroep te fungeren krijgt deze rol inhoud.

In het vervolg van het project zou de NPer een rol kunnen krijgen in het medicatiemanagement van de patiënten die één of meerdere benzodiazepinen gebruiken. De wetgeving, dat ook verpleegkundige experts medicatie voor mogen gaan schrijven is in ontwikkeling maar nog niet geformaliseerd. Als deze wetgeving afgerond is zou de NPer bijvoorbeeld bij chronische gebruikers van één of meerdere benzodiazepinen, de medicatie kunnen monitoren en om – en afbouwen. De NPer zal dan specifiek aandacht besteden aan

de medicatietrouw van de patiënt, het functioneren van de patiënt, het sociale netwerk, de eventuele somatische ongemakken of bijwerkingen van het medicatiebeleid. De kracht zou dan liggen in het feit dat de NPer een aantal taken bij de patiënt integreert. Zodoende wordt er aan de patiënt continuïteit van zorg geboden waardoor signalering van problemen in een eerder stadium plaats zal vinden. Dit zal de zorg van de patiënt ten goede komen. De kwaliteitsverbetering van de zorg aan patiënten, is een belangrijk taakgebied van de NP. Door een integratie van het verpleegkundig- en medisch handelen en doordat de behandelcoördinatie bij de NP ligt, zal de kwaliteit van zorg aan deze groep patiënten zeker verbeteren.

9. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een terugblik gegeven over het gehele project, wordt een kritische beschouwing hierop gegeven en worden er aanbevelingen gedaan voor het vervolg van het project.

Terugblik

De opbouw van de studie heeft gemaakt dat er een goede analyse is gemaakt van de huidige praktijkvoering. De basis van de studie was een praktijkprobleem, namelijk: er wordt geen meetinstrument gebruikt om aan benzodiazepinen afhankelijke ouderen te identificeren. Er is geen protocollair behandelaanbod voor ouderen die afhankelijk zijn van benzodiazepinen en het voorschrijfbeleid van de huisartsen uit de regio is onduidelijk. Na een oriëntatiefase werd dit project gestart met de volgende vraagstelling:

Hoe kan de signalering van benzodiazepinen afhankelijke ouderen worden verbeterd, welke interventies kunnen worden gebruikt om te komen tot reductie van benzodiazepinengebruik bij ouderen en wat is het voorschrijfbeleid van huisartsen uit de regio?

Deze vraag werd onderzocht door middel van een literatuuronderzoek , benchmarkonderzoek en een praktijkgericht onderzoek bij vier huisartsen en op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland.. Hieruit volgde belangrijke resultaten waaruit bleek dat het aangeboden behandeltraject van de beschreven doelgroep, zeer wisselend was en sterk afhing van de hulpverlener die deze zorg verleende. Ook bleek dat de aangeboden interventies niet transparant waren, iedereen geeft een eigen invulling hieraan en men weet niet van elkaar hoe men dit uitvoert.

Bij de aan benzodiazepinen afhankelijke ouderen spelen factoren een rol die specifiek te maken hebben met de leeftijd, leefomstandigheden zoals eenzaamheid, veranderd slaappatroon, toenemende beperkingen waardoor medelijden wordt opgewekt en de arts als doekje voor het bloeden een slaap- en of kalmeringspil voorschrijft.

Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat niet alle collega's voldoende zicht hebben op de risicogroep en de nadelige effecten van benzodiazepinengebruik. Hiernaast blijkt dat er geen specifieke identificering plaats vindt van cliënten met een benzodiazepinenafhankelijkheid.

Uiteindelijk werden de belangrijkste conclusies van het literatuur- en praktijkgericht onderzoek, vertaald in aanbevelingen voor de praktijk. Op basis hiervan is er een implementatieplan beschreven voor de implementatie van een meetinstrument (Bendep-

SRQ) om ouderen met problematisch benzodiazepinegebruik in kaart te brengen. Tevens is gestart met het schrijven van twee zorgmodulen voor de doelgroep. Suggesties voor meerdere modulen worden aangehaald.

Om een start te maken met dit project wordt er voor gekozen om in eerste instantie aan de slag te gaan met de groep “nieuw aangemelde cliënten”. Op een nog te bepalen later tijdstip worden de cliënten betrokken die reeds in behandeling zijn op de afdeling en de cliënten die in beeld zijn van de huisarts en niet bij de RIAGG.

In september 2007 zal er een teamdag georganiseerd worden waarin dit hele project wordt gepresenteerd om collega's te betrekken bij dit project. Dit is belangrijk omdat van de collega's verwacht wordt dat zij actief deelnemen in deze nieuwe ontwikkelingen. De maanden oktober en november worden gebruikt om dit project op papier af te ronden. Vanaf december 2007 kunnen de eerste Bendep-SRQ's worden afgenomen en moet het zorgaanbod gestalte hebben. De maanden oktober en november worden gebruikt om dit project op papier af te ronden.

Kritische beschouwing op de onderzoeken

Het praktijkprobleem, met betrekking tot benzodiazepinenafhankelijkheid bij ouderen, was gesignaleerd door de MANP in opleiding. Het was onbekend of de collega's dit ook als een probleem zagen en dit is onderzocht. Uiteindelijk bleek dit zo te zijn en lijkt het alsof er voldoende draagvlak is om mee te werken aan de nieuwe ontwikkelingen zoals beschreven in dit project.

Het behoefteonderzoek is afgenomen bij collega hulpverleners en huisartsen, de vraagstelling van het onderzoek gaat immers over de sector en regio waar onderzoekster werkt. Het zou kunnen dat de collegiale band van invloed is geweest op het interview. Er treedt namelijk sneller herkenning op bij de antwoorden die men geeft, waardoor er mogelijk niet altijd voldoende doorgevraagd is. Sociaal wenselijke antwoorden zijn ook voorstelbaar.

Aanbevelingen.

Het vroegtijdig betrekken van degene die de innovatie moeten gaan uitvoeren blijkt van groot belang. Om die reden wordt een teamdag georganiseerd in september 2007.

Zoals beschreven wordt in de eindconclusie (§ 5.8) van het praktijkgericht zijn er drie verschillende groepen gevonden die hoge risico's lopen tot langdurige benzodiazepinenafhankelijkheid. Het betreft hier de volgende cliënt categorieën:

- De nieuwe aangemelde cliënten bij wie tijdens de intake fase duidelijk wordt dat zij één of meerder benzodiazepinen gebruiken langer dan 2 maanden.
- De groep cliënten die al in behandeling is bij het RIAGG IJsselland op de afdeling ouderen, maar niet voor de benzodiazepinenafhankelijkheid behandeld wordt.
- De groep cliënten die niet in beeld is van het RIAGG IJsselland en die de recepten voorgeschreven krijgen door de huisarts.

Het primaire focus in dit project zal gericht zijn op deze laatste groep. Op een nog te bepalen later tijdstip worden de cliënten betrokken die reeds in behandeling zijn op de afdeling. Om deze groep te kunnen benaderen zou gebruik gemaakt kunnen worden van de zgn. stopbrief zoals die in verschillende huisartspraktijken gebruikt wordt. De groep cliënten die in beeld is bij huisartsen en niet bij de RIAGG, waarschijnlijk de grootste groep en daardoor het meest aantrekkelijk voor de RIAGG, vereist degelijke voorbereidingen.

Een aantal huisartsen uit de regio zijn op de hoogte van dit project. Te zijner tijd zal dit project op huisartsvergaderingen op verschillende plekken in de regio gepresenteerd worden.

Het mooiste voorstelbare wat hieruit komt, is dat de Nurse Practitioner in drie of vier huisartspraktijken een proefpilot gaat verzorgen zoals dat in Utrecht gebeurt is (§ 3.2 resultaten benchmarkonderzoek).

De Nurse Practitioner is dan in de gelegenheid om cliënten te motiveren en de huisarts kan tijd besteden aan andere zaken. Een van de geïnterviewde huisartsen gaf aan dat hij geen zin had om cliënten te motiveren. Ik kan me voorstellen dat dit voor meer huisartsen geldt?

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat deze studie een waardevolle invloed kan hebben op de kwaliteit van de praktijkvoering. Binnen kwaliteitsverbeterende projecten zal de NPer van grote betekenis kunnen zijn.

De rol van de NPer is momenteel nog niet helder en niet uitgekristalliseerd binnen de GGZ. Ook binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland is er nog geen duidelijkheid over de invulling van deze rol. Door de uitvoering van onder andere kwaliteitsverbeterende projecten, kan de rol duidelijker worden en is deze mogelijk meer te onderscheiden van andere beroepsgroepen binnen de GGZ. De verdere ontwikkeling van de rol van de NPer in de GGZ en specifiek voor de sector ouderen van het RIAGG IJsselland, is een uitdaging voor de toekomst!

Tot slot

Het schrijven van dit Best Practice Project was een hele klus. Het onderwerp is me ondanks dat blijven boeien en de motivatie om iets aan het onderzochte praktijkprobleem te doen is alleen maar gegroeid. Of ik het een volgende keer op dezelfde manier zou doen is de vraag. Ik vind het een erg breed stuk geworden en daardoor verloor ik met regelmaat het zicht en ging dat ten koste van de logica. Ook heb ik teveel gedaan in de toch beperkte tijd. Mogelijk had ik me in eerste instantie alleen moeten richten op de identificatie van “ouderen met een benzodiazepinenafhankelijkheid.” Dit had prima gekund in de verschillende onderzoeken. Ook had er dan meer aandacht besteed kunnen worden aan de implementatie van het meetinstrument.

Veel dank ben ik verschuldigd aan Roland van der Sande en Michel Jansen. Beide docent aan de Academie voor Gezondheidszorg te Utrecht.

Zonder hun inzet en positieve feedback had ik dit niet kunnen schrijven.

Aan mijn mentor tevens sector manager van de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland Jan Aberson ben ik dank verschuldigd, altijd was er tijd voor een extra overleg, kritisch las hij mee en gaf zinvolle feedback. Ook heeft hij me altijd gesteund in de keuze van mijn onderwerp en toont hij zich positief en denkt mee over de ontwikkelingen ten aanzien van de toekomst in samenhang met mijn project.

De vier huisartsen die zich bereid hebben getoond de vragenlijsten in te vullen en te retourneren om mee te werken aan het praktijkgerichte onderzoek, dank ik, ditzelfde geldt voor zeven van mijn collega's op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland.

Mijn echtgenoot Fred, mijn kinderen Evelien, Jan en Emma hebben me altijd gesteund en begrip getoond op die momenten dat ik de studie prioriteit gaf in plaats van het gezinsleven. Als laatste maar zeker de belangrijkste, mijn groepsgenoot en collega Marie-Jose Pepping die me telkens weer oppepte op die momenten dat ik het allemaal niet meer zag zitten. Zij is een vriendin geworden!



Ouderen massaal verslaafd aan pillen

door Hans van Soest

JEN HAAG - „Ik kan niet slapen zonder. Na de dood van mijn man, vijftien jaar geleden, ben ik ze gaan gebruiken.”

osien (67) slikt dagelijks twee slaappillen. „De eerste om vier uur s middags, de tweede om een uur of negen, anders kom ik niet in slaap.”

osien is gewaarschuwd door de huisarts voor de gevolgen van langdurig gebruik. „Volgens hem kunnen mijn depressies en vergeetachtigheid komen door de pillen. Maar ik kan niet zonder. Als ik niet slaap, wordt het nog veel erger.”

meer mensen in ons land zijn verslaafd aan medicijnen dan aan alcohol of drugs. Het gaat vooral om slaap- en kalmeringsmiddelen. „Die pillerjes kosten bijna niets, naar de gevolgen voor de gebruikers zijn erg groot. Mensen komen vaak in grote psychische nood,” zegt Lia van Schaijk van het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.

Er wordt voor 113 miljoen euro per jaar geslikt aan slaap- en kalmeringstabletten, maar de schade aangerekend door medicijnverslaving ligt vele malen hoger, aldus Van Schaijk. „Elk jaar breken veel oudere hun heup doordat ze 's nachts opstaan, nog duizelig van de pillen. En natuurlijk de verkeersongevallen, doordat versuifte mensen niet opletten bij het oversteken.”

Jaarlijks sterven 180 mensen aan een ongeluk dat te wijten is aan de invloed van kalmerende middelen, terwijl 20.000 personen gewond raken. Dat blijkt uit onderzoek van eind jaren negentig.

„Ondanks allerlei pogingen om het gebruik terug te dringen, is het al jaren min of meer constant,” zegt Vincent de Valk, onderzoeker van van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). „Er is een forse groep van vooral oudere vrouwen die deze middelen met regelmaat gebruikt.” Ongeveer 650.000 mensen slikken

Nederland slikt 248 miljoen slaappillen per jaar

- ▶ Volgens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) slikken ongeveer 1,86 miljoen Nederlanders samen zo'n 248 miljoen slaap- of kalmeringstabletten per jaar.
- ▶ De middelen helpen bij onrust, angst en slaapproblemen. De pillen die het meest worden gebruikt, vallen onder de verzamelnaam benzodiazepine. Bekende merknamen zijn: Noctamid, Valium, Mogadon, Dalma-dorm, Normison, Rohypnol, Seresta en Temesta. Zowel lichamelijk als geestelijk zijn ze erg verslavend.
- ▶ De patiënt heeft een steeds hogere dosis nodig voor hetzelfde effect.
- ▶ De middelen leiden al snel tot ontspanning, sufheid, onverschilligheid, zelfoverschatting, concentratieverlies en afname van het reactievermogen. Op de lange termijn kan gewichtstoename, traagheid en spierzwakte ontstaan, aldus het Trimbos Instituut, kenniscentrum voor verslavingszorg.

chronisch. Een groot aantal van hen is verslaafd. „Dat is een groot nadeel van veel slaap- en kalmeringsmiddelen. Het lichaam functioneert na drie weken dagelijks gebruik al niet meer goed zonder. Het went eraan, waardoor de dosis ook nog eens omhoog moet,” zegt psycholoog Aly van Geleuken van het Fonds Psychische Gezondheid. Hoe groot de probleemgroep precies is, is niet duidelijk. Het meest recente onderzoek dateert alweer van tien jaar geleden. Toen bleek het te gaan om bijna een half miljoen personen: tweederde daarvan is vrouw. Ondanks het risico op verslaving hoeven patiënten niet veel moeite te doen om aan de pillen te komen. Vol-

gens het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik wordt een herhaalrecept in 61 procent van de gevallen gewoon uitgeschreven door de doktersassistent en niet door de huisarts.

Psycholoog Van Geleuken: „Veel mensen hebben wel degelijk baat bij de pillen. Maar het probleem is dat artsen te makkelijk herhalingsrecepten uitschrijven. Er zijn wel nieuwe richtlijnen voor, maar huisartsen zijn geen beroepsgroep die zich makkelijk iets laat voorschrijven.”

⇒ Om privacyredenen is de naam Joesien gefingeerd.

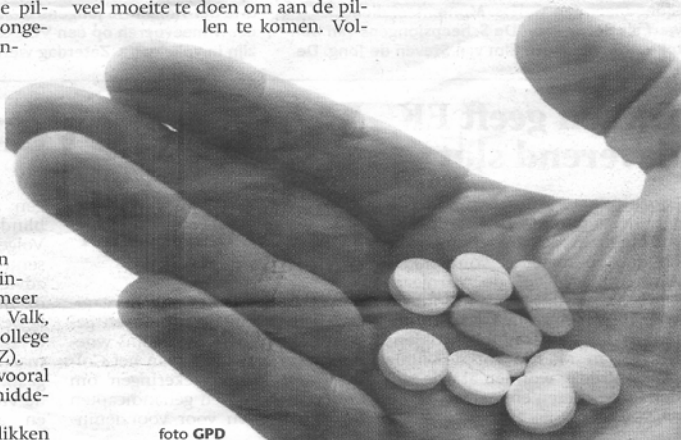


foto GPD

Aanpak gebruik pillen helpt niet

Zorgverzekeraars trekken aan de bel bij huisartsen.

APeldoorn/ZWOLLE - Ondanks jarenlange pogingen het gebruik van slaap- en kalmeringstabletten terug te dringen, is het aantal gebruikers nog even groot als tien jaar geleden. Dat blijkt uit cijfers van het College voor Zorgverzekeringen. In Nederland slikken zo'n 1,86 miljoen mensen weleens een slaappil. Een groot deel van hen kan niet meer zonder functioneren en is verslaafd. Naar schatting gaat het om bijna een half miljoen personen, vooral oudere vrouwen. Hoewel slaap- en kalmeringsmiddelen na drie weken dagelijks gebruik al verslavend kunnen zijn, wordt het merendeel van de herhalingsrecepten voor die pillen gewoon door de assistent van de huisarts afgegeven, aldus het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Volgens het instituut worden de maatschappelijke kosten van medicijnverslaving onderschat. Honderden mensen per jaar krijgen een ongeluk omdat ze suf zijn van de pillen. Elk jaar worden zo'n 248 miljoen slaap- en kalmeringstabletten verkocht.

⇒ Zie verder pagina 2 en 3

Literatuur

College voor zorgverzekeringen (2007). *"Farmacotherapeutisch Kompas"*.

Gezondheidsraad; Kerncommissie MTA. (1998). *"Naar een doelmatig gebruik van benzodiazepinen."* Den Haag: Gezondheidsraad.

Gorissen, M. (1999). *"Wat niet goed is opgeslagen, kan niet worden teruggehaald"*.
Geheugenstoornissen bij benzodiazepinegebruik. Pharm. Weekblad 1999;134(8): 274-8.

GIPeilingen (1998). Kengetallen farmaceutische hulp, College voor zorgverzekeringen/
geneesmiddelen Informatie project (GIP). Amstelveen 2000.

Gorgels, W.J.M.J., Oude Voshaar, R.C., Moll, A.J.J., Onder redactie van Zitman, F.G., Van
de Lisdonk E.H. (2002). *"Terugdringen van chronisch gebruik van benzodiazepinen"*:
eindverslag van een wetenschappelijk onderzoek. Nijmegen: Afdeling Huisartsgeneeskunde,
UMC St. Radboud Nijmegen, 2002.

Grol, R., Wensing, M. (2003). *"Implementatie Effectieve verandering in de patiëntenzorg"*,
Elsevier Gezondheidszorg, Maarsen.

Herings, R.M.C., Stricker, B.H.Ch., Boer,A.(1995). *"Benzodiazepines and the risk of falling
leading to femur fractures."* Dosage more important than elimination half-life.
Arch.Int.Med.1995;155:1801-7.

Herings, R.M.C.(2001). *"Ik ben zo gevallen"*. Benzodiazepinen in relatie tot (onge)vallen.
Pharm. Weekblad 2001; 136(49):1840-2.

Kan, C.C. (1999).

Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ)Dependence Self-Report
Questionnaire (Bendep-SRQ)

Kan, C.C, Breteler, M.H.M, Timmermans, E.A.Y., Ven van der, A.H.G.S., Zitman, F.G.(1999).
*"Scalability, reliability and validity of the benzodiazepine Dependence Self-Report
Questionnaire."* Comprehensive Psychiatry 1999; 40 (4): 283-291

Knoop, H., Kan, C.C., Mickers, F.C., Barnhoorn, D.(2006). *“Het voorspellen van het succes van benzodiazepineafbouw: mythes of klinische wijsheden?”* Tijdschrift voor Psychiatrie 48 (2006) 9, 695-703.

Knuistingh Neven, A., Lucassen, P.L.B.J., Bonsema, K.(2005). *” NHG-standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen.”* Eerste herziening. Huisarts Wet 2005;48(8):402-15.

Largo-Janssen, A.L.M., Liberton, I.J.W.(1993). *“Benzodiazepinen: profielen van chronische gebruikers in een huisartsenpraktijk”*. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137(39):1969-73.

Maessen, M., Koehorst, M., Lucassen, K.(1993). *“Niet eenvoudig maar de moeite waard.”* Brochure van GgzE. Eindhoven 1993

Meeuwissen, J.A.C. en Weeghel, J. van.(2003). *“Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie”*. Eindrapportage.

Migchelbrink, F.(2006). *“Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn”* Elfde compleet herziene druk mei 2006. Uitgeverij SWP Amsterdam.

Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (2003). Utrecht: Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ.

Nederlandse Vereniging Nurse Practitioners, (2004). *“Beroepsdeelfprofiel Nurse Practitioner.”* Utrecht.

Oude Voshaar, R.C., Gorgels, W.J.M.J., Moll, A.J.J.(2001). *“Behandelmethode om langdurig benzodiazepinegebruik te staken”*. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145(28):1347-50.

Praag, Dr.H.H.van.(2000). *“Psychofarmaca”*, VAN GORCUM, Assen.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C.(1992). *” In search of how people change: Applications to addictive behaviors”*. American Psychologist, nr. 47.

Ried, L.D., Johnson, R.E., Gettman, D.A.(1998). *“Benzodiazepine exposure and functional status in older people.”* Journal of the American Geriatrics Society, 46. 1998, blz. 71-76.

Spitsbaard, MSc, A., Laan, MSc, van der N.(2006). *“Verminderen van langdurig benzodiazepinegebruik onder ouderen”*, een pilotstudie. Utrecht.

- Stoele, M., Luijendijk, H., Tiemeier, H., Heeringa, J., & Jansen, H. (2004).
 Titel: *Langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen door ouderen*. Een kwantitatieve longitudinale analyse en een kwalitatieve survey onder gebruikers en voorschrijvende artsen in Rotterdam.
- Stoppen met benzodiazepinen (2005). Hulpmiddelenboek. DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. September 2005.
- Schuurmans, A. (2000). Brochure "*benzodiazepinengebruik door ouderen*". Stichting DGV.
- Tinke, J.L., Griens, A.M.G.F. (2005). Data en feiten 2005. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen.
- Valk, De V. (2004). "*CVZ wil slaap- en kalmeringsmiddelen verder terugdringen. 1,86 miljoen Nederlanders is teveel*". Pharm. Weekbl 2004;47(1):26-37.
- Verburg, H., Rest, E. (2005). "*Programma's in de GGZ*". Utrecht, november 2005, tweede druk, Trimbos instituut.
- Verburg, H., Boerema, I., Wiersma, D. (2006). "*Zorgprogramma's van papier naar praktijk*". Handreiking invoering zorgprogramma's. Trimbos instituut, Utrecht, The Netherlands.
- Vissers F.H.A.J.A. (1998). "*Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het dagelijks leven*."
- Determinanten, gevolgen en de rol van de huisarts (dissertatie); Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Wijgaarden, B. van, Wennink, mH.J., Kok, I. (2003). "*Klinische uitkomstindicatoren in de GGZ en verslavingszorg*." In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid. Trimbos instituut Utrecht.

BIJLAGE I

Vragenlijst voor hulpverleners van de afdeling ouderen met als doel;

Inventariseren van visies van hulpverleners van de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland gericht op mogelijkheden van verbeteringen of gewenste acties voor de doelgroep: “OUDEREN MET EEN BENZODIAZAPINEN AFHANKELIJKHEID “.

- 1) Zijn er in jouw caseload cliënten die langer dan 3 maanden een of meer soorten benzodiazepinen gebruiken? Om hoeveel cliënten gaat dit?
- 2) Worden er door jou bij die cliënten interventies gepleegd op verminderen of stoppen van de benzodiazepinen? Zo ja, hoe zien die interventies eruit?
- 3) Heb jij het idee dat je voldoende op de hoogte bent welke groep cliënten de risicogroep vormt afhankelijk te geraken van benzodiazepinen? Zo ja, welke groep cliënten behoort tot de risicogroep?
- 4) Denk je dat jij voldoende kennis hebt over de nadelige gevolgen van het gebruik van een of meerdere benzodiazepinen? Kun je wat nadelige gevolgen opnoemen?
- 5) Vind jij dat er tijdens intakebesprekingen de focus goed gericht is op met wat voor een medicatie cliënten binnen komen? Geldt dit ook voor de benzodiazepinen?
- 6) Mis je een concreet zorgaanbod voor cliënten met een benzodiazepinen afhankelijkheid ?
- 7) Hoe zal zo'n zorgaanbod er volgens jou uit moeten zien?
- 8) Weet je iets van reeds bestaande interventies op dit gebied?

Analyse vragenlijst collega's afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland.

Psychiater (♀ 37 jr.) : werkt sinds 2005 voor de afdeling ouderen.

Op dit moment schrijft zij aan 41 cliënten een benzodiazepinen voor. Van die 41 cliënten gebruiken 20 cliënten het middel langer dan 3 maanden. Deze cliënten worden ook gezien door een SPV.

Bij de helft van de 41 cliënten zijn interventies niet gericht op het komen tot reductie of stoppen met het middel, er is acceptatie over het feit dat zij gebruiken. Recepten worden op verzoek van de cliënt of op verzoek van de SPV uitgeschreven en gefaxt naar de apotheek. Bij de andere helft wordt de dosis in kleine stapjes afgebouwd, dit gebeurt naar eigen inzicht en is niet volgens een bepaald protocol. Gebruiken cliënten meerdere benzodiazepinen tegelijk dan wordt soms (afhankelijk van de cliënt) geprobeerd om de verschillende benzodiazepinen om te zetten in een middel (diazepam) vervolgens wordt de diazepam in kleine stapjes afgebouwd. Dit is een bewezen effectieve methode.

Als nadelige gevolgen van benzodiazepinengebruik noemt de psychiater de volgende nadelige effecten:

- tolerantie treedt snel op, cliënten hebben steeds meer nodig voor hetzelfde effect
- concentratiestoornissen
- geheugenstoornissen
- stemmingsstoornissen
- vermindering van de mobiliteit m.a.g. vallen en evt. andere ongelukken.

De psychiater noemt ook dat bij een Post Traumatische Stress Stoornis het contra-geïndiceerd is om een benzodiazepinen voor te schrijven.

De risicogroep voor een afhankelijkheid wordt als volgt omschreven:

- cliënten met een verhoogde gevoeligheid voor verslaving
- cliënten die worden overgedragen van de ene specialist naar de andere
- cliënte die slordig worden begeleid.

Over het algemeen is de psychiater van mening dat er tijdens de intake besprekingen goed gekeken wordt naar de medicatie die cliënten op dat moment gebruiken. Daarmee is niet gezegd dat er altijd adequaat gehandeld wordt.

Op de vraag of er een concreet zorgaanbod gemist wordt, wordt volmondig met 'ja' geantwoord. Een gestructureerd programma, individueel of in groepjes waarin cliënten met frequente regelmaat gezien kunnen worden, zeker in bij aanvang van de behandeling, lijkt de psychiater zinvol.

Tijdens haar opleiding tot psychiater op de PAAZ afdeling van het Twenteborgziekenhuis in Almelo is daar een klinisch pad ontwikkeld voor benzodiazepinen afhankelijke cliënten. Hiervan heeft zij het nodige meegekregen zonder dat zij actief was in de ontwikkelingen. Zij is daarom goed op de hoogte van reeds bestaande interventies die gericht zijn op reductie of stoppen met het benzodiazepinen gebruik.

Psycholoog (♀ 55 jr.) werkt 8 jaar op de afdeling ouderen.

Geschat wordt dat er ongeveer 10 cliënten in behandeling zijn bij haar die al langer dan 3 maanden één of meerdere benzodiazepinen gebruiken. Interventies gericht op reductie of stoppen van de benzodiazepinen worden in samenwerking met de psychiater gepleegd. De psycholoog vraagt een psychiatrisch consult aan met de vraag in hoeverre het gebruik van de benzodiazepinen geïndiceerd is en of een ander middel niet moet worden overwogen, bv, een antidepressief middel. Tijdens het afbouwen van de benzodiazepinen worden cliënten vaker gezien, of dit volgens een bepaald protocol is weet de psycholoog niet, dat zou dan toevallig zijn.

Als nadelige gevolgen van benzodiazepinen gebruik worden de volgende genoemd:

- het werkt verslavend
- het helpt niet meer
- mensen hebben steeds meer nodig Voor wat betreft de risicogroep worden de volgende kenmerken genoemd:
 - cliënten met een angststoornis
 - cliënten met een afhankelijke persoonlijkheid.

Tijdens de intakebesprekingen is er volgens de psycholoog voldoende aandacht voor wat betreft de medicatie, zeker wanneer de klinisch geriater aanwezig is bij de intakebesprekingen.

Een concreet zorgaanbod wordt zeker gemist, nog niet zolang geleden heeft de psycholoog een aan benzodiazepinen verslaafde cliënte doorgestuurd naar de verslavingszorg (Tactus). Hoe zo'n zorgaanbod eruit zou moeten zien vindt de psycholoog moeilijk te beantwoorden, denkt op voorhand aan groepen, psycho-educatie en motivatie technieken. Zij is niet op de hoogte van reeds bestaande interventies op dit gebied.

SPV (♀ 47 jr.) werkt ruim 7 jaar op de afdeling ouderen, SPV diploma behaald in 2000.

Zij kan niet exact benoemen om hoeveel cliënten het gaat in haar caseload, denkt een stuk of 10 cliënten.

Of er interventies gepleegd worden die gericht zijn op reductie en of stoppen van het benzodiazepinen gebruik is afhankelijk van wie het heeft voorgeschreven. Wanneer de huisarts dat heeft gedaan wordt het in eerste instantie vaak zo gelaten, mede ook omdat de

aanmeldklacht niet het benzodiazepinen gebruik is. Wanneer een cliënt start met benzodiazepinen gebruik tijdens de behandeling op het RIAGG dan wordt in overleg met de arts die het middel voorschrijft een afbouwschema toegepast. Het is ook afhankelijk van de motivatie van de cliënt, te vaak bepaalt die zelf het beleid wat betreft het afbouwen of stoppen van het benzodiazepinen gebruik.

Collega zegt onvoldoende op de hoogte te zijn van de nadelige gevolgen van het gebruik van benzodiazepinen, hetzelfde geldt voor wat betreft de cliënten die tot de risicogroep behoren.

Tijdens intakebesprekingen wordt soms over het hoofd gezien wat cliënten aan medicatie gebruiken, het zou een vast punt van bespreking moeten zijn. Bv. gebruik van en houding ten op zichte van medicatie.

Collega mist een concreet zorgaanbod voor de doelgroep. Over een eventuele invulling van zo'n programma worden zaken genoemd als: groepsinterventies, contacten in frequentie opvoeren, geprotocolleerd werken.

Collega is niet op de hoogte van reeds bestaande interventies.

SPV (♂ 49 jr.) werkt 3 jaar op de afdeling ouderen en heeft zijn diploma SPV behaald in 2004.

Heeft ongeveer 10 cliënten in behandeling die chronisch een benzodiazepinen gebruiken, is langer dan 3 maanden. Door hem worden geen interventies gepleegd die gericht zijn op stoppen of te komen tot een reductie van het benzodiazepinen gebruik. Vindt dit een taak van de arts.

Geeft aan niet te weten welke cliënten een risico vormen afhankelijk te geraken van een benzodiazepinen. Noemt als nadelig gevolg dat het gebruik verslavend is en cliënten steeds meer nodig hebben.

Vindt dat er voldoende gekeken wordt naar de medicatie die mensen gebruiken wanneer zij worden besproken tijdens intakebesprekingen.

Geeft aan dat hij een concreet zorgaanbod mist voor cliënten met een afhankelijkheid van benzodiazepinen. Heeft geen idee hoe zo'n eventueel zorgaanbod eruit zou moeten zien en is niet op de hoogte van bestaande interventies op dit gebied.

SPV (♂ 41 jr.) werkt 3 jaar op de ouderen afdeling, heeft zijn SPV diploma behaald in 2006.

In zijn caseload heeft hij ongeveer 8 cliënten die langer dan 3 maanden een benzodiazepinen gebruiken.

Huidige interventies zijn het beoordelen van de reden van voorschrijven en het beoordelen of er op dit moment indicaties zijn voor het gebruik van benzodiazepinen.

Wanneer dit niet het geval is wordt er in overleg met een medicus het middel langzaam afgebouwd.

De risicogroep wordt als volgt omschreven:

- cliënten met een angststoornis
- cliënten met een depressieve stoornis
- cliënten met een cognitieve stoornis
- cliënten die het middel van de huisarts krijgen voorgeschreven en een evaluatiemoment ontbreekt en daarom maar doorgebruiken.

De nadelige effecten van het benzodiazepinen gebruik:

- verslavende werking
- valgevaar bij ouderen wordt groter
- door langdurig gebruik kunnen klachten ontstaan waarvoor het middel eerder werd voorgeschreven (slapeloosheid)

Deze collega vindt dat er zorgvuldig wordt gekeken naar het medicatiegebruik tijdens intake besprekingen, zowel door de medicus als door de intaker.

Een concreet zorgaanbod wordt niet gemist, vindt dat er in ons team voldoende aandacht voor de doelgroep is en dat er ook wat mee gedaan wordt.

Weet niets van reeds bestaande interventies op dit gebied.

SPV (♀ 42 jr.) werkt 2 jaar op de afdeling ouderen, heeft haar SPV diploma behaald in 1996.

In haar caseload zijn 7 cliënten die langer dan 3 maanden een benzodiazepinen gebruiken.

Zij weet niet of er interventies gepleegd worden die gericht zijn op reduceren en of stoppen van het benzodiazepinen gebruik. Het betreft voornamelijk cliënten die lijden aan een depressie en met het starten van een antidepressiva geleidelijk de benzodiazepinen afbouwen. Zij neemt aan dat de psychiater hierin een protocol volgt maar weet dat niet.

De risicogroep wordt als volgt omschreven:

- cliënten met een onderliggende depressie
- cliënten met bepaalde persoonlijkheidsstoornissen
- cliënten met een psychose met als doel sederen.

De nadelige effecten van het benzodiazepinen gebruik:

- verslaving
- steeds meer nodig voor hetzelfde effect
- afvlakken van het gevoelsleven.

Tijdens de intakebespreking is de focus voldoende gericht op de medicatie, bij voortgangsbesprekingen echter niet, terwijl het bij benzodiazepinen gebruik juist zo belangrijk is.

Weet niet of ze een concreet zorgaanbod mist omdat ze zich er niets van kan voorstellen. Denkt dat je er standaard alert op moet zijn, zo min mogelijk en zo kort mogelijk voorschrijven van benzodiazepinen, zo mogelijk vervangen door een ander middel. Heeft wel behoefte aan een soort afspraak om bij benzodiazepinen gebruik regelmatig de medicatie te evalueren, dit wordt nu gemist.

Van bestaande interventies op dit gebied is de collega niet op de hoogte.

SPV (♀ 46 jr.) HBOV waarna de voortgezette opleiding Sociaal Psychiatische Verpleegkunde in 1996 afgerond. Werkt vanaf 1999 op de afdeling ouderen. Heeft ongeveer 10 cliënten in behandeling die langdurig (langer dan 3 maanden) een benzodiazepinen gebruiken. Bij sommige van deze cliënten wordt aandacht besteedt aan het verminderen en of stoppen van de dosering benzodiazepinen. Dit is vooral het geval bij depressie cliënten die starten met een antidepressiva, gelijktijdig wordt dan het gebruik van de benzodiazepinen afgebouwd. Altijd wordt dit in samenwerking met de psychiater gedaan. Deze interventie wordt verricht naar eigen inzicht van de psychiater en is afgestemd op de cliënt, het is niet volgens een bepaald protocol.

Tot de risicogroep horen:

- verslavingsgevoelige cliënten
- cliënten met een afhankelijke persoonlijkheid.

De nadelige gevolgen:

- steeds meer nodig voor hetzelfde effect.

Tijdens intakebesprekingen wordt onvoldoende gekeken naar de huidige medicatie van cliënten, we vliegen er doorheen en er wordt niet standaard stilgestaan bij het medicatiebeleid. Tijdens follow-up besprekingen is het helemaal een verwaarloosd gebied. Een concreet zorgaanbod wordt gemist, het bieden van een alternatief voor de benzodiazepinen wordt door deze collega als belangrijk gezien. Hoe zo'n alternatief eruit moet zien weet zij niet.

Van reeds bestaande interventies is deze collega niet op de hoogte.

Deventer 11-10-2006

Beste

Van de aangemelde populatie binnen de sector ouderen bestaat een groot deel uit ouderen met een depressieve stoornis of angststoornis. De spanning, onrust en/of slapeloosheid wordt in een eerder stadium vaak al door de huisarts behandeld met een benzodiazepinen. Ten tijde van de intakefase gebruiken cliënten vaak al langere tijd benzodiazepinen.

Er is geen omschreven behandelaanbod voor ouderen die afhankelijk zijn van benzodiazepinen. Er is geen inzicht in hoe de individuele hulpverlener omgaat met deze doelgroep en er is er geen zicht op welke cliënten een risicogroep vormen. Tevens is er onvoldoende inzicht in de relatie tussen benzodiazepinengebruik en de negatieve bijverschijnselen van benzodiazepinengebruik. Momenteel wordt er binnen de sector ouderen niet gewerkt met vast omlijnde zorgprogramma's, protocollen of modules, de ontwikkeling hiervan is een aandachtspunt voor de komende periode. Voor de afronding van mijn opleiding MANP-GGz ga ik mij bezig houden met de Best Practice voor de doelgroep "Benzodiazepinen afhankelijke ouderen".

Hierbij zal het focus gericht zijn op de zoektocht naar de best mogelijke praktijkvoering in de begeleiding van benzodiazepinen afhankelijke ouderen boven de 60 jaar. In het verlengde hiervan zal de toekomstige invloed van de Nurse Practitioner in de benadering van dit probleem worden belicht. Hierbij is het uitgangspunt dat alle relevante, wetenschappelijke kennisbronnen worden geraadpleegd om uiteindelijk door middel van integratie en synthese te komen tot een creatieve oplossing voor dit praktijkprobleem.

Naast praktijkgericht onderzoek op de ouderen afdeling van het RIAGG IJsselland wil ik ook een aantal huisartsen betrekken om zicht te krijgen op het voorschrijfbeleid van benzodiazepinen aan cliënten van 60 jaar en ouder in de huisartspraktijk.

Graag zou ik u willen vragen de bijgevoegde vragenlijst in te vullen en te retourneren (voor 05-11-'06) in de daarvoor meegestuurde en gefrankeerde antwoord envelop.

Wanneer u de vragenlijst liever digitaal beantwoordt zorg ik dat de vragenlijst digitaal wordt aangeleverd.

Met vriendelijke groet en bij voorbaat dank voor uw medewerking,

Els Schuijt

MANP-GGz i.o

RIAGG IJsselland, Afdeling Ouderen

Pikeursbaan 3

7411 GT Deventer.

eschuijt@riagg.ijsselland.nl

BIJLAGE IV

Vragenlijst voor huisartsen met betrekking tot benzodiazepinen gebruik bij ouderen vanaf 60 jaar.

- 1) Hoe groot is het cliënten bestand in uw praktijk?
- 2) Hoeveel cliënten in uw praktijk zijn 60+?
- 3) Wat zijn doorgaans de indicaties voor het voorschrijven van een benzodiazepine?
- 4) Aan hoeveel cliënten van 60 jaar en ouder hebt u de afgelopen 2 maanden een benzodiazepinen voorgeschreven?
- 5) Hoe zien evt. vervolgcontacten met deze cliënten eruit?
- 6) Waar loopt u tegenaan in cliëntencontact bij stop en/of afbouw pogingen van de benzodiazepinen?
- 7) Zijn er cliënten in uw praktijk die al langere tijd benzodiazepinen gebruiken en die hun recept verkrijgen via de assistente?
- 8) Werkt u volgens een bepaald protocol?
- 9) Bent u op de hoogte van de door de DGV ontworpen serie “stoppen met benzodiazepinen”?
- 10) Wanneer er een concreet behandelaanbod zou zijn voor deze groep mensen, in de tweede lijn, zou u daar gebruik van maken.
- 11) Heeft u ideeën hoe zo'n behandelaanbod eruit zou moeten zien?

Bijlage V

Analyse vragenlijst huisartsen

Huisarts 1: heeft een qua grote gemiddelde praktijk met een cliëntenbestand van ± 2500 .

Daarvan zijn 519 cliënten 60 jaar en ouder.

Als indicatie voor het voorschrijven van een benzodiazepinen worden slaapstoornissen en nervositeit gehanteerd.

De afgelopen 2 maanden zijn er 54 recepten van een of meerdere benzodiazepinen verstrekt aan cliënten van 60 jaar en ouder. Het geschatte aantal oudere gebruikers is ruim 80 cliënten.

Bij het grootste deel van de ouderen die een benzodiazepinen gebruiken zijn de vervolcontacten te verwaarlozen, veelal verkrijgen zij herhaalreceptuur via de doktersassistenten. Pogingen om de dosis te verminderen mislukken, cliënten vallen terug in hun oude klachtenpatroon, de klachten waarvoor eerder een benzodiazepinen is voorgeschreven. Het merendeel van de oudere cliënten gebruikt al jaren hetzelfde middel en de dosis is met het stijgen van de jaren ook toegenomen. Bij jongere cliënten ligt dat anders, in eerste instantie wordt er kortdurend voorgeschreven en zijn er 1x in de 2 a 3 weken vervolcontacten waarin interventies gericht zijn op verminderen en/of stoppen van het middel.

Er wordt door deze huisarts niet volgens een bepaald protocol gewerkt. Hij is wel op de hoogte van de door de DGV ontworpen serie "stoppen met benzodiazepinen".

Mogelijk zou deze huisarts gebruik maken van een zorgaanbod voor de doelgroep geboden door de tweede lijn. Is ook benieuwd hoe zo'n zorgaanbod eruit zal gaan zien, kan zich hier geen voorstelling bij maken. De huisarts geeft duidelijk aan dat hij niet gemotiveerd is om veel tijd te steken in het motiveren van cliënten voor deelname aan een evt. nieuw zorgaanbod om te komen tot reductie van de benzodiazepinen.

Huisarts 2: heeft een qua grote gemiddelde kleine praktijk waar 1544 cliënten zijn ingeschreven, van hen zijn 344 cliënten 60 jaar en ouder. Doorgaans zijn de indicaties waarop een benzodiazepinen wordt voorgeschreven slaapproblemen, angst en nervositeit. De afgelopen 2 maanden heeft de huisarts aan 10 cliënten een recept voor benzodiazepinen voorgeschreven. Het totaal aantal ouderen dat in deze praktijk een benzodiazepinen gebruikt wordt geschat op 21 cliënten. Wanneer de huisarts start met een benzodiazepinen worden cliënten 1x in de 3 weken gevolgd, het beleid is dan altijd gericht op het tijdig weer afbouwen en stoppen van het gebruik van de benzodiazepinen. Bij een groot deel van de cliënten

mislukt dit beleid omdat bij het afbouwen de cliënt terugvalt in het klachtenpatroon waarvoor de benzodazepinen eerder werden voorgeschreven. De huisarts schrijft dat hij dan het voorgenomen beleid laat vallen en dat de cliënt via de assistente een herhaalrecept verkrijgt. De huisarts werkt niet volgens een vaststaand protocol, handelt naar eigen inzicht. Hij is op de hoogte van de door DGV ontworpen serie “stoppen met benzodiazepinen”. Tijd en pessimisme belemmeren de huisarts om hier gemotiveerd mee om te gaan. Het pessimisme heeft te maken met de twijfels over de kans van slagen binnen de huisartspraktijk. Hij geeft aan dat wanneer er bv. in de tweede lijn een concreet behandelaanbod zou zijn voor deze groep mensen, hij daar gebruik van zal gaan maken. Op de vraag hoe zo’n behandelaanbod er uit zou moeten zien, antwoordt de huisarts daarover geen ideeën te hebben

Huisarts 3 : heeft qua grote een gemiddelde praktijk waar 2600 cliënten zijn ingeschreven. Van hen zijn 600 cliënten, 60 jaar en ouder. Indicaties die gehanteerd worden voor het voorschrijven van een benzodiazepinen zijn: slapeloosheid, angst en spanningsklachten en soms ook bij depressieve klachten. De afgelopen 2 maanden heeft de huisarts aan 28 cliënten van 60 jaar en ouder een recept voor een benzodiazepinen voorgeschreven. Het totaal aan ouderen die een benzodiazepinen gebruikt wordt geschat op 40. Van de 28 cliënten betrof dat 16 maal een herhaalrecept en voor 12 cliënten was het een eerste recept. Voor de 12 cliënten die voor het eerst een benzodiazepinen gaan gebruiken werd 2 weken later een vervolgspraak gemaakt, zij waren reeds op de hoogte dat de benzodiazepinen kortdurend werden voorgeschreven, bij alle 12 werd de dosering 2 weken later gehalveerd en weer 2 weken later gestopt. Voor de overige 16 cliënten geldt dat ze chronisch gebruiker zijn en pogingen om te minderen of te stoppen reeds zijn opgeheven. Dit heeft volgens de huisarts te maken met het zeer dwingende karakter van de chronische gebruiker, pogingen om hen te laten stoppen vergen teveel tijd die in de huisartspraktijk niet gerealiseerd kan worden. De huisarts is op de hoogte van de serie “stoppen met benzodiazepinen”. Het protocol zoals eerder beschreven wat gehanteerd wordt door deze huisarts is naar eigen inzicht en tevredenheid. Wanneer er een concreet behandelaanbod in bv. de tweede lijn zou zijn, zou hij daar zeker gebruik van maken ten behoeve van de chronische gebruikers. Over hoe zo’n behandelaanbod eruit moet zien heeft de huisarts wel ideeën. Hij geeft bv. aan dat de contacten met de doelgroep zeer frequent moeten zijn, denkt verder dat een groepsbehandeling adequaat zou kunnen zijn omdat cliënten door hetzelfde heen moeten en elkaar kunnen steunen.

Huisarts 4: Het betreft een grote praktijk van ± 2650 cliënten. Van de cliënten zijn er 530, 60 jaar en ouder.

De afgelopen 2 maanden zijn er ongeveer 60 recepten van een benzodiazepinen aan cliënten van 60 jaar en ouder voorgeschreven, dit betreft vooral chronisch gebruik. Het totaal aan oudere benzodiazepinen gebruikers wordt geschat op 80 cliënten. De huisarts noemt hierbij dat het in de praktijk vooral gaat om cliënten uit een achterstandswijk.

Deze cliënten worden niet gecontroleerd door de huisarts, zij verkrijgen hun recept via de assistente. De huisarts ziet de meeste van deze mensen vrij frequent voor andere klachten, zij doe een groot beroep op de huisarts.

De pogingen die in het verleden werden gedaan om te komen tot vermindering van het benzodiazepinen gebruik hebben de huisarts zeer gefrustreerd gemaakt en uit een soort van machteloosheid is hij weer recepten gaan uitschrijven, mede door het dwingende gevraag van de cliënten.

De huisarts neemt ook van de gelegenheid gebruik en vermeldt bij de antwoorden dat hij vindt dat een groot aantal cliënten na behandeling door de GGZ overgedragen worden naar de huisarts met een grote hoeveelheid benzodiazepinen. Aan hem de eer dit af te bouwen, hiervoor bedankt hij!

De huisarts werkt niet volgens een bepaald protocol, neemt wel voorzichtigheid in acht bij het starten van een benzodiazepinen. Geeft hierbij aan dat de samenwerking met zijn collega vraagt om extra alertheid zodat cliënten niet de ene keer bij hem en dan weer bij haar komen shoppen. Is zich ook bewust van het feit dat hij vaak te snel overgaat tot het voorschrijven van slaapmedicatie, laat dan voorlichting over slaaphygiëne achterwege en gaat gelijk over tot het kortdurend voorschrijven van een slaapmiddel.

De huisarts is op de hoogte van de door DGV ontworpen serie “stoppen met benzodiazepinen”. Hij maakt geen gebruik van de interventies die worden beschreven in de serie.

Of hij gebruik zal maken van een concreet behandelaanbod door de tweede lijn weet hij niet. Hij is nieuwsgierig naar hoe zo'n aanbod eruit komt te zien. Is daarnaast pessimistisch over het slagen van een behandeling voor ouderen met een benzodiazepinen afhankelijkheid.

BENZODIAZEPINEN DEPENDENCE SELF-REPORT QUESTIONNAIRE

(korte versie) © C.C. Kan

Naam Respondent: Geslacht: Leeftijd: Gebruiksduur:

Benzodiazepinen: 1) 2) 3) 4)

Instructie: Alle beweringen in deze vragenlijst gaan **alleen** over de slaap-en kalmeringsmiddelen die zojuist hierboven zijn opgeschreven. Beoordeel de beweringen zoals ze voor **U persoonlijk** de **laatste 6 maanden** van toepassing zijn geweest. Kies in welke mate elke bewering voor u geldt door het **meeste juiste** antwoord te omcirkelen.

BEWERINGEN	dat geldt helemaal niet voor mij	dat geldt niet voor mij	dat geldt deels wel, deels niet voor mij	dat geldt voor mij	dat geldt helemaal voor mij
1. ik neem op tijd weer medicijnen omdat ik anders klachten krijg	1	2	3	4	5
2. Zonder medicijnen bij de hand word ik nerveus	1	2	3	4	5
3. Anderen dringen erop aan dat ik minder medicijnen ga gebruiken	1	2	3	4	5
4. Ik neem meer medicijnen dan dat op het etiket staat	1	2	3	4	5
5. Met mijn medicijnen bij me voel ik me gerust	1	2	3	4	5
6. De medicijnen werken tegenwoordig minder goed dan vroeger	1	2	3	4	5
7. Mijn medicijnen zijn te vroeg op	1	2	3	4	5

20. Rusteloosheid	1	2	3	4	5
--------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

Berekening somscores van de Bendep-SRQ rasch-schalen:

Converteer de ruwe scores in dichotome scores*:

Ruwe score 1 en 2 wordt dichotome score 0; ruwe score 3, 4 en 5 wordt dichotome score 1.

Problematisch Gebruik	3	6	8	10	13	somscore	Rasch-normen dichotome somscore*:
Ruwe score						//////////	0= erg laag; 1= matig; 2= hoog 3,4, en 5 = zeer hoog
Dichotome score						*	
Preoccupatie	1	2	5	11	12	somscore	Rasch-normen dichotome somscore*:
Ruwe score						//////////	0= erg laag; 1= laag; 2= matig; 3= hoog; 4 en 5 = zeer hoog
Dichotome score						*	
Gebrek aan therapietrouw	4	7	9	14	15	somscore	Rasch-normen dichotome somscore*:
Ruwe score						//////////	0= laag; 1= hoog; 2,3,4 en 5 = zeer hoog
Dichotome score						*	
Ontwenning	16	17	18	19	20	somscore	Rasch-normen dichotome somscore*:
Ruwe score						//////////	0= erg laag; 1= laag; 2= matig; 3 en 4 = hoog; 5= zeer hoog
Dichotome score						*	

Instructies voor het gebruik van de Bendep-SRQ:

- De cliënt beantwoordt de vragen 1 t/m 20 van de Bendep-SRQ aan de hand van de instructies op de vragenlijst.
- De hulpverlener berekent de somscores van de 4 categorieën. Daartoe worden allereerst de ruwe scores* omgezet in dichotome* scores, die vervolgens gesommeerd worden. De ruwe scores 1 en 2 worden omgezet in de dichotome score 0; de ruwe scores 3 en 4 en 5 worden omgezet in de dichotome score 1.
- De hulpverlener bepaalt het vervolgbeleid aan de hand van de somscores voor de individuele categorieën.

* Dichotome scoring is een wijze van [scoren](#) waarbij slechts twee waarderingen van het antwoord worden onderscheiden: goed of fout.

* Een toetsscore (X), ook wel ruwe score genoemd, is de door middel van [scoren](#) verkregen getalsmatige weergave van de prestatie van een kandidaat op een [toets](#).

Interpretatie van somscores:

5) Problematisch gebruik

Somscore mate van problematisch gebruik:

0 = erg laag; 1 = matig; 2 = hoog; 3,4 en 5 = zeer hoog.

Bij een somscore van 2 of hoger is de cliënt zich goed bewust van het problematisch benzodiazepinegebruik. Desondanks heeft dit er nog niet toe geleid dat de cliënt gestopt is met het benzodiazepinegebruik.

6) Preoccupatie

Somscore mate van obsessiviteit t.a.v. de beschikbaarheid benzodiazepinen:

0 = erg laag; 1 = laag; 2 = matig; 3 = hoog; 4 en 5 = zeer hoog.

Bij een somscore van 2 of hoger is de cliënt duidelijk geobsedeerd met het beschikbaar hebben van een benzodiazepinen om deze te kunnen gebruiken als hij/zij dit nodig lijkt. De cliënt is moeilijk te bewegen om te stoppen met het benzodiazepinegebruik en daardoor dit houvast te geven.

7) Gebrek aan therapietrouw

Somscore mate gebrek aan therapietrouw:

0 = laag; 1 = hoog; 2,3,4 en 5 = zeer hoog.

Alle cliënten met een somscore van 1 of hoger hebben een lage therapietrouw en zijn relatief moeilijk te bewegen om te stoppen met het benzodiazepinengebruik.

8) Ontwenning

Somscore mate van onthoudingsverschijnselen:

0 = erg laag; 1 = laag; 2 = matig; 3 en 4 = hoog; 5 = zeer hoog.

Naarmate de somscore hoger is, hoe meer de cliënt last heeft van ontwenningverschijnselen. Vervang de benzodiazepinen eerst door diazepam in equivalente dosering en laat de cliënt het benzodiazepinengebruik verminderen aan de hand van een afbouwschema.

Bijlage VIII

Vragenlijst fase 1 motiverende gespreksvoering

- ~ Hoe kijkt u zelf tegen uw medicijngebruik aan?
- ~ Vindt u dat de medicijnen helpen?
- ~ Vindt u dat uw situatie door het gebruik van de medicijnen is verbeterd?
- ~ Wat stelt u zich voor bij uw medicijngebruik over bijvoorbeeld 1 jaar en 5 jaar?
- ~ Denkt u dat u dan meer of minder medicijnen nodig zult hebben?
- ~ Komt u uit met de voorgeschreven dosering?
- ~ Gaat u vaak binnen de gestelde termijn een nieuw/herhalingsrecept vragen?
- ~ Heeft u wel eens overwogen om medicijngebruik te minderen of te stoppen?
- ~ Heeft u wel eens pogingen ondernomen om te minderen of te stoppen met medicijngebruik?
- ~ Heeft u zich wel eens schuldig gevoeld over uw gebruik?
- ~ Spelen hierbij de reacties van uw omgeving een rol?

Bijlage IX

Het huiswerk, fase 2 motiverende gespreksvoering.

Registratie medicijngebruik *Slaap- en /of kalmerende middelen.*

Datum	Tijdstip	Aantal pillen	Mg per tablet	Reden van gebruik	Voordelen van gebruik	Nadelen van gebruik

Bijlage X

Benzodiazepine conversietabel naar equivalente diazepam dosering.
versie april 2003

Stofnaam	Merknaam (-namen)	Voorbeeld-dosis	Equivalente dosis diazepam	Omreken-factor:
alprazolam	Xanax	1 mg	10 mg	x 10
bromazepam	Lexotanil	10mg	10 mg	x 1
brotizolam	Lendormin	0.25mg	10 mg	x 40
chloordiazepoxide	Chloordiazepoxide	30mg	15 mg	x 0.5
clobazam	Frisium	20mg	10 mg	x 0.5
	Urbadan			
clonazepam	Rivotril	2 mg	25 mg	x 12.5
clorazepinezuur	Clorazepaat	20mg	15 mg	x 0.75
	Tranxène			
diazepam	Diazepam	10mg	10 mg	x 1
	Stesolid			
	Valium			
flunitrazepam	Flunitrazepam	1mg	10 mg	x 10
	Rohypnol			
flurazepam	Dalmadorm	30mg	10 mg	x 0.33
	Flurazepam			
ketazolam	Unakalm	60mg	10 mg	x 0.16
loprazolam	Dormonoot	1mg	10 mg	x 10
lorazepam	Lorazepam	2.5mg	12.5 mg	x 5
	Temesta			
lormetazepam	Loramet	1mg	10 mg	x 10
	Lormetazepam			
	Noctamid			
medazepam	Medazepam	20mg	10 mg	x 0.5
midazolam	Dormicum	15mg	20 mg	x 1.33
nitrazepam	Mogadon	5mg	5 mg	x 1
	Nitrazepam			
nordazepam	Calmday	15mg	15 mg	x 1
oxazepam	Oxazepam	50mg	15 mg	x 0.3
	Seresta			
prazepam	Reapam	20mg	10 mg	x 0.5
temazepam (harde capsules)	Levanxol	20mg	10 mg	x 0.5
temazepam (zachte capsules)	Euhypnos	20mg	10 mg	x 0.5
	Normison			
	Temazepam			
triazolam	Halcion	0.125mg	10 mg	x 80

*) uitkomsten naar boven afronden naar veelvoud van 1mg (halve tablet diazepam in laagste dosering)

Bijlage XI

Onttrekkingsverschijnselenlijst:

Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (BWSQ)

Naam patiënt:

Afnamedatum:

Elk van de onderstaande gewaarwordingen is door sommige mensen beschreven nadat ze het gebruik van kalmeringsmiddelen hadden verminderd of stopgezet. Wilt u trachten zich te herinneren welke van deze gewaarwordingen u de laatste twee weken hebt gehad en een vinkje zetten in het overeenkomstige vakje?

	nee	Ja, matig	Ja, hevig/ernstig
1. Onwezenlijk gevoel			
2. Erg gevoelig voor geluid			
3. Erg gevoelig voor licht			
4. Erg gevoelig voor geur			
5. Erg gevoelig voor aanraking			
6. Vreemde smaak in de mond			
7. Spierpijnen			
8. Spiertrekkingen			
9. Schudden en beven			
10. Slapen van handen, armen of benen			
11. Duizeligheid			
12. Flauw gevoel			
13. Misselijk gevoel			
14. Neerslachtig gevoel			
15. Irritatie van de ogen			
16. Gewaarworden dat de dingen bewegen terwijl ze stil staan.			
17. Zien of horen van dingen die er in de werkelijkheid niet zijn			
18. Niet bij machte uw bewegingen te beheersen			

19. Geheugenverlies			
20. Verlies van eetlust			
Heeft u nog andere nieuwe verschijnselen?(beschrijf elk	ver	schijnsel	hieronder)
21.			
22.			
23.			
24.			

Benzoprotocol 9 © Afdeling Psychiatrie Academisch Ziekenhuis Nijmegen, versie oktober 2002.

ZonMW vooraanmelding

Algemene gegevens

Programma: <Naam van het programma van ZonMw>

Projecttitel: “Tijd om wakker te worden!”

Het identificeren van ouderen met problematische benzodiazepinen gebruik in behandeling bij RIAGG IJsselland, zoeken naar alternatieven voor cliënten met ongewenste benzodiazepinen afhankelijkheid. De verwijsmogelijkheden en de alternatieven zijn duidelijk voor de huisartsen.

Aanvrager

Titelatuur	Sectormanager ouderen, dokter J. Aberson
Voorletters	J.
Voorvoegsels	
Achternaam	Aberson
Achtersvoegsels	
Geslacht	m
Telefoon	0570-688788
E-mail	j.aberson@riagg.ijsselland.nl
Organisatie	RIAGGz over de IJssel
Afdeling	ouderen
Post(bus)adres / nr	Pikeursbaan 3
Postcode / Plaats	7411 GT Deventer

Projectleider

☐ Aanvrager en projectleider zijn niet dezelfde persoon. Gegevens van de projectleider/penvoerder zijn hieronder vermeld.

Titelatuur	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige/ MANP-GGZ i.o
Voorletters	E.A

Voorvoegsels	
Achternaam	Schuijt
Achtersvoegsels	
Geslacht	v
Telefoon	0570-688788
E-mail	e.schuijt@riagg.ijselland.nl
Organisatie	RIAGGz over de IJssel
Afdeling	Ouderen
Post(bus)adres / nr	Pikeursbaan 3
Postcode / Plaats	7411 GT Deventer

Overige leden projectgroep

Naam	Mw. B van Engelen
Functie in project	Preventiemedewerkster afdeling ouderen

Naam	Dr. E van der Zwaag
Functie in project	Psychiater; lid expertgroep

Naam	Mw. MJ pepping
Functie in project	SPV/ lid expertgroep

Samenwerking

Organisatie	
Afdeling	
Plaats	
Aard van de samenwerking	

Organisatie	
Afdeling	

Plaats	
Aard van de samenwerking	

Organisatie	
Afdeling	
Plaats	
Aard van de samenwerking	

Projectgegevens

Datum indiening:

Juni 2007

Projecttype

☐ **Ontwikkeling**

☐ **Implementatie**

Samenvatting:

De literatuur laat zien dat het terugdringen van langdurig benzodiazepinen gebruik onder ouderen gecompliceerd is.

Om het probleem van langdurig benzodiazepinen gebruik onder ouderen aan te pakken kan de GGz een belangrijke rol vervullen (Spitsbaard, 2005).

In Nederland worden door verschillende instanties behandelingen geboden die bestaan uit interventies om het benzodiazepinen gebruik te reduceren en –of te stoppen.

Veel initiatieven worden gezien in de eerste lijn. De tweede lijn doet mondjasmaat mee.

Zeker in Overijssel is dat het geval.

De initiatieven die in de eerste lijn gezien worden zijn voor ouderen cliënten onvoldoende effectief gebleken. Ouderen hebben meer en een intensievere begeleiding nodig om te komen tot reductie van hun benzodiazepinen gebruik. Hier is een rol voor de GGz weggelegd.

Het gebruik van een meetinstrument om problematisch gebruik van benzodiazepinen in kaart te brengen is een goed hulpmiddel om te komen tot een identificatie van de doelgroep(Kan et al 2002)

Uit een praktijkonderzoek blijkt dat er binnen de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland

geen concreet behandelaanbod is voor cliënten met een benzodiazepinen afhankelijkheid. Ook wordt duidelijk dat er geen interventie gebruikt wordt om de signalering/screening van deze doelgroep te bewerkstelligen.

Naar aanleiding van de 3 verrichtte onderzoeken, te weten: literatuur, Benchmark en praktijkgericht onderzoek komt een voorstel tot de implementatie van een meetinstrument (Bendep-SRQ) en een voorstel voor wat betreft de best mogelijke praktijkvoering voor dit probleem.

Trefwoorden:

Ouderen (60+). Afhankelijkheid. Benzodiazepinen. Meetinstrument. Best Practice. 2^e lijnszorg

Inhoud

Probleemstelling:

Het probleem is dat er binnen de sector ouderen van het RIAGG IJsselland geen gericht zorgaanbod voor cliënten die afhankelijk zijn van benzodiazepinen is. Er wordt op dit moment geen meetinstrument gebruikt om deze doelgroep te identificeren. De SPVen binnen de sector ouderen werken generalistisch waarbij behandeling en begeleiding plaats vindt bij cliënten met uiteenlopende problematiek. Het gevolg hiervan kan zijn dat de hulpverlening hierdoor veel versnipperd en is ontwikkeling binnen een specifiek vakonderdeel minder goed mogelijk. Hiernaast wordt er binnen onze sector nauwelijks met richtlijnen, zorgprogramma's of modules gewerkt. Hierdoor is de aangeboden behandeling/begeleiding niet transparant toetsbaar en vindt er geen eenduidig toepassing plaats. Uit gegevens blijkt dat er een grote groep ouderen van "jongs af aan" benzodiazepinen slikt. Vaak om onschuldige reden begonnen, maar niet tijdig beëindigd. Benzodiazepinen werden vroeger niet zoals volgens de moderne inzichten, slechts voor korte tijd voorgeschreven (Knoop et al, 2006).

Deze groep is dus afhankelijk geworden van deze slaap- en kalmeringsmiddelen. Sommigen zijn daar tevreden mee. Velen echter zouden wel met deze medicijnen willen stoppen. Dat is echter voor veel mensen een te grote opgave. Het middel heeft bij hen weliswaar nauwelijks meer het oorspronkelijk beoogde effect; stoppen echter geeft wel degelijk problemen doordat er ontwenning verschijnselen optreden.

Ook vanuit medisch oogpunt is er alle reden om bij ouderen die benzodiazepinen gebruiken te streven naar beëindiging van het gebruik. Hoewel de beoogde werking afwezig is, geeft het middel wel problemen. Men is zwakker ter been en toch vaak futlozer dan zonder het middel. Valgevaar, moeheid en passiviteit zijn bijeffecten. Daar waar het vallen vaak nog wel

als ongewenste bijwerking wordt herkend, zijn de moeheid en passiviteit vaak verschijnselen die niet herkend worden en geduid als passend bij de leeftijd of zelfs als een depressie of andere psychische ziekte.

Tenslotte zijn de kosten van het gebruik een reden om te trachten de benzodiazepinen consumptie te verminderen. Bij die kosten zijn trouwens ook de kosten van de schade van het voortdurend benzodiazepinen gebruik te rekenen (Vissers 1998).

Eigen ervaringen.

Uit eigen praktijkervaring zijn er een aantal opvallende fenomenen te vermelden in relatie tot het bestudeerde probleem. Tijdens aanmelding van cliënten op de ouderenafdeling van de RIAGG, wordt vaak een enorme waslijst aan medicatie onthuld. In vrijwel alle gevallen betreft het hier ook slaapmedicatie of kalmeringsmiddelen. Bijna nooit is het focus gericht op indicaties en risico's op deze middelen te heroverwegen. Het fenomeen wordt eigenlijk niet of nauwelijks besproken door hulpverleners. Cliënten zelf geven zelden of nooit aan te willen minderen met de benzodiazepinen.

Ook uit ervaringen met consultaties in de huisartsenpraktijk komt duidelijk naar voren dat er bijzonder veel benzodiazepinen wordt voorgeschreven. Onderzoek wees uit dat in een gemiddelde huisartspraktijk 72 cliënten langdurig benzodiazepinen krijgen voorgeschreven, meer dan de helft van deze cliënten is 60+ (Oude Voshaar 2003). De aard, omvang en gevolgen voor de gezondheid van het probleem legitimeren onderzoek naar mogelijkheden om ouderen te ondersteunen bij het verminderen of staken van hun benzodiazepinen gebruik.

Er wonen 46679 mensen van 65 jaar en ouder in het werkgebied van RIAGG IJsselland. CBS gegevens laten slechts de inwoners van 65 jaar en ouder zien, op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland wordt behandeld vanaf de leeftijd 60 jaar en ouder. Het aantal ouderen volgens de begrippen van het RIAGG ligt dus hoger. Wanneer men uit gaat van het feit dat 12% van de bevolking een benzodiazepinen gebruikt en dat van die 12 %, 7% ouder dan 65 jaar is heb je het in het zorggebied van de RIAGG IJsselland over ruim 5600 mensen, waarvan 3268 ouder is dan 65 jaar. Ook vermeldt de literatuur dat 2% meerdere benzodiazepinen tegelijk gebruikt, dat zou dan 65 mensen zijn.

Er zijn op dit moment 897 cliënten ingeschreven op de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland. Wanneer men ervan uit gaat dat 7% van de Nederlanders (65+) een of meerder soorten benzodiazepinen gebruiken kan vooraf gesteld worden dat er minimaal 63 cliënten op de afdeling ouderen een benzodiazepinen gebruikt Van die 897 cliënten zal 2% meerdere benzodiazepinen tegelijk gebruiken, dat zijn 18 cliënten.

Deze berekening is gemaakt aan de hand van CBS statistieken. Aannemelijk is dat de aantalen

binnen het RIAGG veel hoger gaan uitvallen omdat je het hebt over een kwetsbare, risicovolle groep voor wat betreft benzodiazepinen gebruik.

De 7% ouderen aangetroffen in een statistische analyse over een periode van 1993-1998 (GIPeilingen 1998), gezien de vergrijzing moet dit getal al zijn toegenomen.

Op dit moment zijn er ongeveer 2,2 miljoen 65-plussers in Nederland, de voorspelling van het CBS is dat dit de komende 20 jaar stijgt met 49%.

Relevantie:

Vanuit een dossiercontrole (Schuijt 2007) op de afdeling ouderen blijkt dat op dit moment aan 137 cliënten één of meerdere recepten benzodiazepinen wordt voorgeschreven. Dit is ruim 15% van de ingeschreven cliënten. Dit getal ligt dus ruim 8% hoger dan CBS statistieken laten zien.

cliënten benzodiazepinen gebruiken. De interventies die gericht zijn op reductie en/of stoppen met het gebruik van benzodiazepinen worden per hulpverlener, altijd in samenwerking met de behandelend psychiater naar eigen inzicht toegepast en zijn niet volgens een bepaald protocol.

Bijna alle geïnterviewde collega's vinden dat tijdens de intakebesprekingen voldoende gekeken wordt naar de medicatie die cliënten gebruiken tijdens de intakefase. Of er vervolgens adequaat gehandeld wordt ten aanzien van de medicatie is een tweede.

Van de 7 geïnterviewde hulpverleners wordt door 6 hulpverleners een concreet zorgaanbod gemist wat gericht is op reductie en of stoppen met benzodiazepinen.

Alle geïnterviewde collega's hebben cliënten in hun caseload die langer dan 3 maanden een benzodiazepinen gebruiken.

Interventies die gericht zijn op het verminderen en/of stoppen van het benzodiazepinen gebruik worden altijd in samenwerking met de behandelend psychiater gepleegd.

Wanneer interventies gepleegd worden die op verminderen en/of stoppen gericht zijn dan zie je dat vooral bij depressieve cliënten die starten met een antidepressief middel. Voor een groot deel van de cliënten geldt dat wordt geaccepteerd dat zij chronisch één of meerdere benzodiazepinen gebruiken.

Kennisoverdracht/implementatie/bestendinging:

Vanuit medisch oogpunt is er alle reden om bij ouderen die benzodiazepinen gebruiken te streven naar beëindiging van het gebruik. Hoewel de beoogde werking afwezig is, geeft het

middel wel problemen. Men is zwakker ter been en toch vaak futlozer dan zonder het middel. Valgevaar, moeheid en passiviteit zijn bijeffecten. Daar waar het vallen vaak nog wel als ongewenste bijwerking wordt herkend, zijn de moeheid en passiviteit vaak verschijnselen die niet herkend worden en geduid als passend bij de leeftijd of zelfs als een depressie of andere psychische ziekte.

Tenslotte zijn de kosten van het gebruik een reden om te trachten de benzodiazepinen consumptie te verminderen. Bij die kosten zijn trouwens ook de kosten van de schade van het voortdurend benzodiazepinen gebruik te rekenen (Vissers 1998).

De geïnterviewde collega's beantwoorden vragen die gericht zijn op kennis, te weten: wat zijn de risicogroepen en wat zijn nadelige effecten van benzodiazepinen gebruik niet volledig.

Slechts een van de zeven geïnterviewde collega's is op de hoogte van bestaande interventies die moeten leiden tot reductie en- of stoppen van langdurig benzodiazepinengebruik.

Het meetinstrument (Bendep-SRQ) is bij geen van de collega's bekend.

Om het draagvlak op de afdeling te vergroten voor eventuele veranderingen in de zorg voor cliënten met een benzodiazepinenafhankelijkheid dienen collega's goed geïnformeerd te worden over de toepassing en de consequenties van het afnemen van een Bendep-SRQ. Goede psycho-educatie in de vorm van een eenmalige bijscholing lijkt daar geschikt voor. In bv een beleidsdag zal bijscholing worden gegeven over het gebruik van dit meetinstrument, de uitkomsten in de vorm van gemeten problematisch gebruik en ideeën over een behandeling dit gebruik te reduceren en of te stoppen. De behandeling bestaat uit in eerste instantie 2 uitgewerkte modules. Te weten: module psycho-educatie / motiverende gespreksvoering en om- en afbouw van de benzodiazepinen met behulp van een geprotocolleerd schema.]

Voor de invoering van de modules moet er foldermateriaal voor cliënten beschikbaar zijn. GGZ Eindhoven heeft zeer geschikt materiaal wat eenvoudig te gebruiken en om te zetten is in folders voor de RIAGG IJsselland.

Duidelijk moet worden wat de extra kosten zijn die met de invoering van dit project gemoeid zijn en of hiervoor subsidie kan worden verkregen?

Duidelijk moet worden wanneer er daadwerkelijk gestart kan worden met het project.

Geschat wordt dat er na september 2007, 2 maanden nodig zijn om dit project te volmaken. In september zou er een teamdag georganiseerd moeten worden zodat de suggesties die daar gedaan worden meegenomen kunnen worden voor het eindresultaat van dit project.

Gewenste implementatie strategieën

Op basis van ervaringen in allerlei implementatieprojecten zijn een aantal aandachtspunten te noemen voor een goede planning (Grol et al 2003).

- Zorg dat er een heldere doelstelling van het project wordt geformuleerd: wat beoogt men met de activiteit, wat wil men bereiken en wanneer is de implementatie geslaagd? Deze doelstelling vormt voortdurend de leidraad voor alle betrokkenen bij de keuze van de activiteit. Voor dit project is de volgende doelstelling geformuleerd *“Een project gericht op identificeren en behandelen van ouderen met benzodiazepinenafhankelijkheid”*.
- Stel een team samen met voldoende expertise en veel motivatie om het project te coördineren en te stimuleren. In dit project zal de NP een centrale rol vervullen en belast zijn met taken als: coördinatie (de dagelijkse organisatie van de activiteiten), technische expertise (specifieke kennis en vaardigheden op bv het terrein van literatuurstudie, dataverzameling of computergebruik), administratieve ondersteuning (het organiseren van bijeenkomsten, het ontwikkelen van nieuwe producten).
- Zorg voor een helder inzicht in de doelgroep en zorg dat deze in alle fasen van het project wordt betrokken in het implementatieproces. Meestal is de groep van betrokkenen voor wie de implementatie consequenties heeft veel groter dan men op voorhand denkt.
- Zorg voor voldoende budget en staf voor het project. Zelfs bij kleine verbeterprojecten moeten mensen tijd vrij maken om extra werk te doen of moeten er middelen aan worden geschaft.

Er moet een realistisch tijdspad worden gemaakt, wanneer gebeurt wat? De meeste veranderingsprocessen vragen veel tijd en worden vooraf vaak te optimistisch (in tijd)ingeschat. Verandering gaat langzaam, maar desondanks moet het project met enige snelheid en doortastendheid worden aangepakt om het momentum niet te verliezen. De meeste doelgroepen willen snel resultaten zien, anders verliest men de motivatie en gaat men over tot iets anders.

Doelstelling:

Het identificeren van ouderen met problematische benzodiazepinen gebruik in behandeling bij RIAGG IJsselland, zoeken naar alternatieven voor cliënten met ongewenste benzodiazepinen afhankelijkheid.

Het geven van bijscholing aan collega's van de afdeling Ouderen (RIAGG IJsselland) over het gebruik en de consequenties van de score het meetinstrument (de Bendep-SRQ).

Het implementeren van een meetinstrument (de Bendep-SRQ).

Het geven van bijscholing over het in ontwikkeling zijnde zorgprogramma voor de doelgroep,

“ouderen met een benzodiazepinenafhankelijkheid”.

Het implementeren van een zorgprogramma voor de doelgroep “ouderen met een benzodiazepinenafhankelijkheid”.

De verwijsmogelijkheden en de alternatieven zijn duidelijk voor de collega's maar ook voor de huisartsen.

Plan van aanpak:

Het implementeren van het meetinstrument de Bendep-SRQ is een eerste stap in de ontwikkeling van de verbetering aan zorg voor benzodiazepinen afhankelijke ouderen.

Er bestaan veel verschillende modellen om nieuwe zorg te implementeren (Grol et al 2001).

Omdat de verschillende stappen die gehanteerd worden in de omschrijving van het zorgprogramma overeenkomen met de stappen die gebruikt worden om te komen tot implementatie wordt hier volstaan met een korte beschrijving van ideeën hoe het meetinstrument te implementeren

Wanneer gekeken wordt naar in- en exclusiecriteria voor wat betreft deelname aan een behandeling is duidelijk dat cliënten met forse cognitieve stoornissen worden uitgesloten van deelname. Ditzelfde geldt voor die cliënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn. Verder kunnen in principe alle cliënten die langer dan 2 maanden een of meerder benzodiazepinen gebruiken deelnemen aan een behandeling die gericht is om te komen tot reductie en/of stoppen van de benzodiazepinen.

Tijdens de intake besprekingen dient er goed gekeken te worden naar de medicatie die cliënten gebruiken en hoelang zij die al gebruiken. Een aanbeveling zou hier zijn om het als vast punt op het intakeformulier te zetten. Dit kan heel kort, bv. WEL/GEEN screening Bendep-SRQ. Wanneer de cliënt een of meerdere soorten benzodiazepinen gebruikt, langer dan 2 maanden dan moet er besloten worden deze cliënt een screening te laten ondergaan, ten einde de precieze afhankelijkheid te meten. In eerste instantie zal er worden gekozen dit alleen bij de nieuw aangemelde cliënten toe te passen, dit in de vorm van een proeftuin.

Hetzelfde geldt voor de deelname aan een of meer van de modules van het nieuw ontwikkelde zorgprogramma.

Het afnemen van de screening geschiedt onder begeleiding van de eigen hulpverlener, dit om eventuele vragen direct te kunnen beantwoorden. Tevens kan aan slechtziende cliënten de vragen worden voorgelezen. Hetzelfde geldt voor de oudere analfabeten. De internetversie van de Bendep-SRQ zal op de ouderenafdeling vooralsnog niet heel bruikbaar zijn, daar er slechts weinig ouderen gebruik maken van internet op dit moment.

Fasering zorgprogramma ontwikkeling.

Stap 1. Identificatie van de doelgroep:

Dit zorgprogramma wordt geschreven voor ouderen (60+) met een benzodiazepinenafhankelijkheid. De psychiatrische classificatie volgens de DSM-IV voor deze doelgroep is 304.10 Afhankelijkheid van sedativum, hypnoticum of anxiolyticum. In de praktijk zie je echter dat deze classificatie niet voorkomt, terwijl benzodiazepinenafhankelijkheid veel voorkomt. Veel gestelde classificaties die gezien worden bij cliënten met een benzodiazepinenafhankelijkheid zijn: stemmings, angst en slaapstoornissen. Ook cliënten met een afhankelijke persoonlijkheid gebruiken nogal eens veel benzodiazepinen. Cliënten met een dementiesyndroom en gedragsstoornissen zijn ook veelgebruikers. Deze laatste groep wordt in dit stadium echter uitgesloten. Cognities moeten in zoverre intact zijn dat eenvoudige opdrachten begrepen worden. Ook worden cliënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn uitgesloten. Verder worden op voorhand geen cliënten uitgesloten, voor eventuele tekortkomingen zoals bv het niet kunnen lezen en/of schrijven moeten alternatieven gezocht worden. Mobiliteit is geen absolute voorwaarde maar wel handig. Wanneer cliënten niet mobiel zijn moeten zij thuis worden opgezocht, een eventueel groepsaanbod valt dan al af.

Stap 2. Omschrijving specifieke kenmerken doelgroep:

De doelgroep bestaat uit mannen en vrouwen vanaf 60 jaar aangemeld bij het RIAGG IJsselland.

Tijdens de intake wordt zichtbaar dat zij langer dan 2 maanden één of meerdere benzodiazepinen gebruiken. In het multidisciplinair overleg wordt besloten een Bendep – SRQ af te nemen. De uitslag van de Bendep-SRQ geeft inzicht in de vraag in hoeverre bij een bepaalde cliënt sprake is van problematisch benzodiazepinen gebruik.

De hulpvraag van de doelgroep is te komen tot reductie en-of stoppen van het benzodiazepinengebruik.

Risicofactor is dat de doelgroep het problematisch benzodiazepinengebruik niet als zodanig ervaart. Psycho-educatie in de vorm van voorlichting en motiverende gesprekstechnieken zijn dan voor de hand liggende interventies.

Stap 3. Inclusie en exclusie criteria:

Te beginnen met de exclusie criteria: Cliënten met cognitieve stoornissen en cliënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn worden uitgesloten van deelname.

Verder is het programma toegankelijk voor mannen en vrouwen die 60 jaar en ouder zijn en langer dan 2 maanden één of meerdere benzodiazepinen gebruiken.

Stap 4. Totaalbeeld van de geselecteerde groep.

Voor het totaalbeeld van de geselecteerde doelgroep geldt dat zij allen langer dan 2 maanden een of meerdere benzodiazepinen gebruiken. De praktijk zal laten zien dat zij niet voor dit probleem aangemeld zijn bij de RIAGG.

Het is een bijkomend probleem wat duidelijk wordt tijdens de intakefase. Vaak worden zij aangemeld met depressieve en of angstklachten. Het bijkomend probleem wordt als zodanig behandeld, voor de hoofdklachten vindt ook behandeling plaats naast het benzodiazepinenprobleem. Dit kan bij een andere behandelaar zijn.

De aanpak van het benzodiazepinenprobleem vindt in overleg met de cliënt en hoofdbehandelaar plaats.

Stap 5. Doelstelling van het programma.

De doelstelling van het programma is te komen tot reductie en of stoppen van het benzodiazepinengebruik bij cliënten van 60 jaar en ouder die langer dan 2 maanden één of meerdere soorten benzodiazepinen gebruiken.

Afhankelijk van de uitslag van de Bendep-SRQ wordt samen met de cliënt gekozen voor een passend moduul uit het programma. Dit volgens het stepped care principe.

Bij de een zal er moeten worden gestart met een module psycho-educatie waarna mogelijk nog energie gestoken moet worden om cliënten meer te motiveren. Bij de ander zal gelijk kunnen worden gestart met een om en afbouwprogramma van de benzodiazepinen.

Stap 6. Praktische uitwerking van de modulen en activiteiten.

De modulen worden ingevuld binnen het format van het RIAGG IJsselland.

Voor dit project worden er 2 modulen uitgewerkt, te weten het module psycho-educatie en motiverende gespreksvoering en om en afbouwprogramma van de benzodiazepinen. Ideeën voor andere modulen zijn er maar moeten nog worden uitgewerkt.

Stap 7. Beoogde route van de cliënt door het programma.

Wanneer tijdens de intake fase duidelijk wordt dat cliënten langer dan 2 maanden een of meerdere soorten benzodiazepinen gebruiken, wordt overgegaan tot het invullen van de Bendep-SRQ. Dit kan worden gedaan door de hulpverlener die de intake heeft verzorgd.

De route van de cliënt door het programma is afhankelijk van de score die de afgenomen Bendep-SRQ laat zien. De Bendep-SRQ kent 4 verschillende scores, te weten:

9) Problematisch gebruik

Somscore mate van problematisch gebruik:

0 = erg laag; 1 = matig; 2 = hoog; 3,4 en 5 = zeer hoog.

Bij een somscore van 2 of hoger is de cliënt zich goed bewust van het problematisch

benzodiazepinengebruik. Desondanks heeft dit er nog niet toe geleid dat de cliënt gestopt is met het benzodiazepinengebruik.

10) Preoccupatie

Somscore mate van obsessiviteit t.a.v. de beschikbaarheid benzodiazepinen:

0 = erg laag; 1 = laag; 2 = matig; 3 = hoog; 4 en 5 = zeer hoog.

Bij een somscore van 2 of hoger is de cliënt duidelijk geobsedeerd met het beschikbaar hebben van een benzodiazepinen om deze te kunnen gebruiken als hij/zij dit nodig lijkt. De cliënt is moeilijk te bewegen om te stoppen met het benzodiazepinengebruik en daardoor dit houvast te geven.

11) Gebrek aan therapietrouw

Somscore mate gebrek aan therapietrouw:

0 = laag; 1 = hoog; 2,3,4 en 5 = zeer hoog.

Alle cliënten met een somscore van 1 of hoger hebben een lage therapietrouw en zijn relatief moeilijk te bewegen om te stoppen met het benzodiazepinengebruik.

12) Ontwenning

Somscore mate van onthoudingsverschijnselen:

0 = erg laag; 1 = laag; 2 = matig; 3 en 4 = hoog; 5 = zeer hoog.

Naarmate de somscore hoger is, hoe meer de cliënt last heeft van ontwenningverschijnselen. Vervang de benzodiazepinen eerst door diazepam in equivalente dosering en laat de cliënt het benzodiazepinengebruik verminderen aan de hand van een afbouwschema.

Op de 4 onderdelen scoort de cliënt 0,1,2,3,4, of 5. Hoe lager de score, hoe lager de inzet wat betreft een passend behandelaanbod kan zijn (stepped care). De score bepaalt dus of de cliënt begint met psycho-educatie, motiverende gespreksvoering of meteen kan starten met een af en/of ombouwschema met als doel te komen tot reductie van het benzodiazepinengebruik.

De verschillende modules worden aangeboden in groepsverband of individueel. Wanneer er sprake is van een groepsaanbod zal deze geleid worden door de Nurse Practitioner samen met een collega SPV. Wanneer er sprake is van een individuele behandeling kan deze worden geboden door de eigen behandelaar mits deze goed is bijgeschoold. Bij de module om en afbouw is de psychiater betrokken, zeker totdat er wettelijk iets geregeld is voor de Nurse practitioner wat betreft het voorschrijven van medicatie. In de toekomst zal de Nurse practitioner dit evt. zelfstandig of onder supervisie van de psychiater doen.

Duidelijk moge zijn dat dit een beperkte beschrijving is van de gang die de cliënt aflegt in dit programma. Tzt. voor de daadwerkelijke invoering van deze proefpilot zal volgens de richtlijnen van GGZ Nederland en Trimbos deze stap uitgebreider worden beschreven.

Stap 8. Vereiste randvoorwaarden van het programma

Zie kennisoverdracht.

Stap 9. Gewenste implementatie strategieën

Zie kennisoverdracht.

Expertise, voorgaande activiteiten en producten:

De projectleider is Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en Advanced Nurse Practitioner in opleiding.

De afstudeeropdracht van deze opleiding bestaat er uit een Best Practice Project te beschrijven voor een specifieke doelgroep.

Hiervoor is in overleg met de mentor die tevens sectormanager is op de ouderen afdeling van het RIIAGG IJsselland gekozen voor de doelgroep” ouderen met een benzodiazepinen afhankelijkheid.

De basis van dit project bestond uit een literatuurstudie, benchmarkonderzoek en een praktijkgericht onderzoek.

Het praktijkgericht onderzoek bestond uit een behoefteonderzoek onder 7 experts die gemoeid zijn bij de hulpverlening aan ouderen met een benzodiazepinen afhankelijkheid. Essentieel bij dit type onderzoek is het inventariseren of bepalen van het verschil tussen een bestaande en een gewenste situatie. Het gaat dan om de kloof tussen ‘wat is’ en ‘wat zou moeten zijn’, het verschil tussen huidige en toekomstige (gewenste) situatie.

Dit betekent dat de volgende drie elementen altijd een rol spelen:

- 1) hoe de huidige, actuele situatie eruit ziet (dit kan ook een inventariserend genoemd worden)
- 2) het gemis, het tekort, de nood inzake de huidige situatie
- 3) de gewenste, toekomstige, bevredigende situatie.

Deze drie ingrediënten vormen in samenhang met elkaar het basisstramien voor verantwoord behoefteonderzoek.

De data's werden verzameld via kwalitatieve en kwantitatieve technieken

Dit onderzoek vond plaats onder de supervisie van Dr. J. Aberson en Dhr. R van de Sande, Master of Science.

Referenties

- College voor zorgverzekeringen, *"Farmacotherapeutisch Kompas"* 2007.
- GI Peilingen 1998, Kengetallen farmaceutische hulp, College voor zorgverzekeringen/ geneesmiddelen Informatie project (GIP). Amstelveen 2000.
- Gorgels, W.J.M.J., Oude Voshaar, R.C., Moll, A.J.J. Onder redactie van Zitman, F.G., Van de Lisdonk E.H. *"Terugdringen van chronisch gebruik van benzodiazepinen"*: eindverslag van een wetenschappelijk onderzoek. Nijmegen: Afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC St. Radboud Nijmegen, 2002.
- Grol, R., Wensing, M., *Implementatie "Effectieve verandering in de patiëntenzorg"* Elsevier Gezondheidszorg, Maarsen 2003.
- Herings, R.M.C., *"Ik ben zo gevallen"*. Benzodiazepinen in relatie tot (ongevallen). Pharm. Weekblad 2001; 136(49):1840-2.
- Kan, C.C. 1999 Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ) Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ)
- Kan, C.C, Breteler, M.H.M, Timmermans, E.A.Y., Ven van der, A.H.G.S., Zitman, F.G. *"Scalability, reliability and validity of the benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire."* Comprehensive Psychiatry 1999; 40 (4): 283-291
- Knoop, H., Kan, C.C., Mickers, F.C., Barnhoorn, D., *"Het voorspellen van het succes van benzodiazepineafbouw: mythes of klinische wijsheden?"* Tijdschrift voor Psychiatrie 48 (2006) 9, 695-703.
- Meeuwissen, J.A.C. en Weeghel, J. van (2003). Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie – Eindrapportage.
- Migchelbrink, F., *"Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn"* Elfde compleet herziene druk mei 2006. Uitgeverij SWP Amsterdam.
- Oude Voshaar, R.C., Gorgels, W.J.M.J., Moll, A.J.J. *"Behandelmethode om langdurig benzodiazepinegebruik te staken"*. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145(28):1347-50.
- Schuurmans, A. Brochure *"benzodiazepinegebruik door ouderen"*. Stichting DGV. 2000.
- Schuijt, E., (2007) *Het identificeren van ouderen met problematische benzodiazepinen gebruik in behandeling bij RIAGG IJsselland, zoeken naar alternatieven voor cliënten met ongewenste benzodiazepinen afhankelijkheid*. Best Practice Project 2007. Hoge school van Utrecht.
- Tinke, J.L., Griens, A.M.G.F., Data en feiten 2005. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2005.
- Valk, De V., *"CVZ wil slaap- en kalmeringsmiddelen verder terugdringen. 1,86 miljoen Nederlanders is teveel"*. Pharm. Weekbl 2004; 47(1):26-37.
- Verburg, H., Boerema, I., Wiersma, D., *"Zorgprogramma's van papier naar praktijk"*.

Handreiking invoering zorgprogramma's. 2006 Trimbos instituut, Utrecht, The Netherlands.
 - Wijgaarden, B. van, Wennink, H.J., Kok, I. "*Klinische uitkomstindicatoren in de GGZ en verslavingszorg*". In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid. 2003 Trimbos instituut Utrecht.

Financiële gegevens

Geplande duur: 12 maanden

Bedragen zijn nog niet toegevoegd, hierover volgt eerst overleg met de sectormanager.

Budget

Gevraagd budget	Bedrag :	
Eigen bijdrage	Bedrag :	
Co-financiering		
1. <naam cofinancier>	Bedrag :	status: toegekend /aangevraagd
2. <naam cofinancier>	Bedrag :	status: toegekend /aangevraagd
3. <naam cofinancier>	Bedrag :	status: toegekend /aangevraagd
Totale budget	Bedrag :	

Toelichting budget

De beleidsmiddag in aanwezigheid van 2 psychiaters, de sectormanager, 1 teamleider, 2 psychologen, 9 sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, 2 PIT verpleegkundigen, 2 TOP verpleegkundigen, 1 team secretaresse.

De ontwikkeling van foldermateriaal voor cliënten ten behoeve van de module psycho-educatie.

Volmaking van het zorgprogramma door projectleider, 80 uur (4 uur per week tot en met december 2007)

Organisatie en coördinatie van implementatie meetinstrument en zorgprogramma vanaf december 2007 tot december 2008. Proefpilot. Projectleider 4 uur per week.(160 uur)

Voorlichting en bekend maken van een nieuw zorgaanbod bij huisartsen in het zorggebied van RIAGG IJsselland. Het streven is om dit op huisartsvergaderingen te doen om zoveel mogelijk huisartsen tegelijkertijd te bereiken. Vooralsnog wordt ingeschat dat deze activiteit 4x een avond van 3 uur kost. Dit is inclusief voorbereidingen.

Ondertekening *

Naar waarheid ingevuld op

Naam :

Bestuurlijk verantwoordelijke

Naar waarheid ingevuld op

Naam :

Inhoudelijk verantwoordelijke

* Aanvragen dienen te zijn ondertekend door:

De inhoudelijk eindverantwoordelijke en de persoon of personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de organisatie te vertegenwoordigen. Indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen dient een afschrift te worden meegezonden van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.

Bijlagen:

I	<i>Vragenlijst voor collega hulpverleners</i>	72
II	<i>Analyse vragenlijst collega hulpverleners</i>	73
III	<i>Brief huisartsen</i>	78
IV	<i>Vragenlijst huisartsen</i>	79
V	<i>Analyse vragenlijst huisartsen</i>	80
VI	<i>Bendep-SRQ</i>	83
VII	<i>Instructies voor gebruik van de Bendep-SRQ</i>	86
VIII	<i>Vragenlijst tbv motiverende gespreksvoering</i>	88
IX	<i>Huiswerkopdracht tbv motiverende gespreksvoering</i>	89
X	<i>Benzodiazepinen conversiemodel</i>	90
XI	<i>BWSQ</i>	91
XII	<i>Vooraanmelding ZonMW Subsidie aanvraag</i>	93

BIJLAGE 1

Vragenlijst voor hulpverleners van de afdeling ouderen met als doel;

Inventariseren van visies van hulpverleners van de afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland gericht op mogelijkheden van verbeteringen of gewenste acties voor de doelgroep: “OUDEREN MET EEN BENZODIAZEPINEN AFHANKELIJKHEID “.

- 9) Zijn er in jouw caseload cliënten die langer dan 3 maanden een of meer soorten benzodiazepinen gebruiken? Om hoeveel cliënten gaat dit?
- 10) Worden er door jou bij die cliënten interventies gepleegd op verminderen of stoppen van de benzodiazepinen? Zo ja, hoe zien die interventies eruit?
- 11) Heb jij het idee dat je voldoende op de hoogte bent welke groep cliënten de risicogroep vormt afhankelijk te geraken van benzodiazepinen? Zo ja, welke groep cliënten behoort tot de risicogroep?
- 12) Denk je dat jij voldoende kennis hebt over de nadelige gevolgen van het gebruik van een of meerdere benzodiazepinen? Kun je wat nadelige gevolgen opnoemen?
- 13) Vind jij dat er tijdens intakebesprekingen de focus goed gericht is op met wat voor een medicatie cliënten binnen komen? Geldt dit ook voor de benzodiazepinen?
- 14) Mis je een concreet zorgaanbod voor cliënten met een benzodiazepinen afhankelijkheid ?
- 15) Hoe zal zo'n zorgaanbod er volgens jou uit moeten zien?
- 16) Weet je iets van reeds bestaande interventies op dit gebied?

Bijlage 2

Analyse vragenlijst collega's afdeling ouderen van het RIAGG IJsselland.

Psychiater (♀ 37 jr.) : werkt sinds 2005 voor de afdeling ouderen.

Op dit moment schrijft zij aan 41 cliënten een benzodiazepinen voor. Van die 41 cliënten gebruiken 20 cliënten het middel langer dan 3 maanden. Deze cliënten worden ook gezien door een SPV.

Bij de helft van de 41 cliënten zijn interventies niet gericht op het komen tot reductie of stoppen met het middel, er is acceptatie over het feit dat zij gebruiken. Recepten worden op verzoek van de cliënt of op verzoek van de SPV uitgeschreven en gefaxt naar de apotheek. Bij de andere helft wordt de dosis in kleine stapjes afgebouwd, dit gebeurt naar eigen inzicht en is niet volgens een bepaald protocol. Gebruiken cliënten meerdere benzodiazepinen tegelijk dan wordt soms (afhankelijk van de cliënt) geprobeerd om de verschillende benzodiazepinen om te zetten in een middel (diazepam) vervolgens wordt de diazepam in kleine stapjes afgebouwd. Dit is een bewezen effectieve methode.

Als nadelige gevolgen van benzodiazepinegebruik noemt de psychiater de volgende nadelige effecten:

- tolerantie treedt snel op, cliënten hebben steeds meer nodig voor hetzelfde effect
- concentratiestoornissen
- geheugenstoornissen
- stemmingsstoornissen
- vermindering van de mobiliteit m.a.g. vallen en evt. andere ongelukken.

De psychiater noemt ook dat bij een Post Traumatische Stress Stoornis het contra-geïndiceerd is om een benzodiazepinen voor te schrijven.

De risicogroep voor een afhankelijkheid wordt als volgt omschreven

- cliënten met een verhoogde gevoeligheid voor verslaving
- cliënten die worden overgedragen van de ene specialist naar de andere
- cliënte die slordig worden begeleid.

Over het algemeen is de psychiater van mening dat er tijdens de intake besprekingen goed gekeken wordt naar de medicatie die cliënten op dat moment gebruiken. Daarmee is niet gezegd dat er altijd adequaat gehandeld wordt.

Op de vraag of er een concreet zorgaanbod gemist wordt, wordt volmondig met 'ja' geantwoord. Een gestructureerd programma, individueel of in groepjes waarin cliënten met frequente regelmaat gezien kunnen worden, zeker in bij aanvang van de behandeling, lijkt de psychiater zinvol.

Tijdens haar opleiding tot psychiater op de PAAZ afdeling van het Twenteborgziekenhuis in Almelo is daar een klinisch pad ontwikkeld voor benzodiazepinen afhankelijke cliënten.

Hiervan heeft zij het nodige meegekregen zonder dat zij actief was in de ontwikkelingen. Zij is daarom goed op de hoogte van reeds bestaande interventies die gericht zijn op reductie of stoppen met het benzodiazepinen gebruik.

Psycholoog (♀ 55 jr.) werkt 8 jaar op de afdeling ouderen.

Geschat wordt dat er ongeveer 10 cliënten in behandeling zijn bij haar die al langer dan 3 maanden één of meerdere benzodiazepinen gebruiken. Interventies gericht op reductie of stoppen van de benzodiazepinen worden in samenwerking met de psychiater gepleegd. De psycholoog vraagt een psychiatrisch consult aan met de vraag in hoeverre het gebruik van de benzodiazepinen geïndiceerd is en of een ander middel niet moet worden overwogen, bv, een

antidepressief middel. Tijdens het afbouwen van de benzodiazepinen worden cliënten vaker gezien, of dit volgens een bepaald protocol is weet de psycholoog niet, dat zou dan toevallig zijn.

Als nadelige gevolgen van benzodiazepinen gebruik worden de volgende genoemd:

- het werkt verslavend
- het helpt niet meer
- mensen hebben steeds meer nodig Voor wat betreft de risicogroep worden de volgende kenmerken genoemd:
 - cliënten met een angststoornis
 - cliënten met een afhankelijke persoonlijkheid.

Tijdens de intakebesprekingen is er volgens de psycholoog voldoende aandacht voor wat betreft de medicatie, zeker wanneer de klinisch geriater aanwezig is bij de intakebesprekingen.

Een concreet zorgaanbod wordt zeker gemist, nog niet zolang geleden heeft de psycholoog een aan benzodiazepinen verslaafde cliënte doorgestuurd naar de verslavingszorg (Tactus).

Hoe zo'n zorgaanbod eruit zou moeten zien vindt de psycholoog moeilijk te beantwoorden, denkt op voorhand aan groepen, psycho-educatie en motivatie technieken.

Zij is niet op de hoogte van reeds bestaande interventies op dit gebied.

SPV (♀ 47 jr.) werkt ruim 7 jaar op de afdeling ouderen, SPV diploma behaald in 2000.

Zij kan niet exact benoemen om hoeveel cliënten het gaat in haar caseload, denkt een stuk of 10 cliënten.

Of er interventies gepleegd worden die gericht zijn op reductie en of stoppen van het benzodiazepinen gebruik is afhankelijk van wie het heeft voorgeschreven. Wanneer de huisarts dat heeft gedaan wordt het in eerste instantie vaak zo gelaten, mede ook omdat de aanmeldklacht niet het benzodiazepinen gebruik is. Wanneer een cliënt start met benzodiazepinen gebruik tijdens de behandeling op het RIAGG dan wordt in overleg met de arts die het middel voorschrijft een afbouwschema toegepast. Het is ook afhankelijk van de motivatie van de cliënt, te vaak bepaalt die zelf het beleid wat betreft het afbouwen of stoppen van het benzodiazepinen gebruik.

Collega zegt onvoldoende op de hoogte te zijn van de nadelige gevolgen van het gebruik van benzodiazepinen, hetzelfde geldt voor wat betreft de cliënten die tot de risicogroep behoren. Tijdens intakebesprekingen wordt soms over het hoofd gezien wat cliënten aan medicatie gebruiken, het zou een vast punt van bespreking moeten zijn. Bv. gebruik van en houding ten op zichte van medicatie.

Collega mist een concreet zorgaanbod voor de doelgroep. Over een eventuele invulling van zo'n programma worden zaken genoemd als: groepsinterventies, contacten in frequentie opvoeren, geprotocolleerd werken.

Collega is niet op de hoogte van reeds bestaande interventies.

SPV (♂ 49 jr.) werkt 3 jaar op de afdeling ouderen en heeft zijn diploma SPV behaald in 2004.

Heeft ongeveer 10 cliënten in behandeling die chronisch een benzodiazepinen gebruiken, is langer dan 3 maanden. Door hem worden geen interventies gepleegd die gericht zijn op stoppen of te komen tot een reductie van het benzodiazepinen gebruik. Vindt dit een taak van de arts.

Geeft aan niet te weten welke cliënten een risico vormen afhankelijk te geraken van een benzodiazepinen. Noemt als nadelig gevolg dat het gebruik verslavend is en cliënten steeds meer nodig hebben.

Vindt dat er voldoende gekeken wordt naar de medicatie die mensen gebruiken wanneer zij worden besproken tijdens intakebesprekingen.

Geeft aan dat hij een concreet zorgaanbod mist voor cliënten met een afhankelijkheid van benzodiazepinen. Heeft geen idee hoe zo'n eventueel zorgaanbod eruit zou moeten zien en is niet op de hoogte van bestaande interventies op dit gebied.

SPV (♂ 41 jr.) werkt 3 jaar op de ouderen afdeling, heeft zijn SPV diploma behaald in 2006. In zijn caseload heeft hij ongeveer 8 cliënten die langer dan 3 maanden een benzodiazepinen gebruiken.

Huidige interventies zijn het beoordelen van de reden van voorschrijven en het beoordelen of er op dit moment indicaties zijn voor het gebruik van benzodiazepinen.

Wanneer dit niet het geval is wordt er in overleg met een medicus het middel langzaam afgebouwd.

De risicogroep wordt als volgt omschreven:

- cliënten met een angststoornis
- cliënten met een depressieve stoornis
- cliënten met een cognitieve stoornis
- cliënten die het middel van de huisarts krijgen voorgeschreven en een evaluatiemoment ontbreekt en daarom maar doorgebruiken.

De nadelige effecten van het benzodiazepinen gebruik:

- verslavende werking
- valgevaar bij ouderen wordt groter
- door langdurig gebruik kunnen klachten ontstaan waarvoor het middel eerder werd voorgeschreven (slapeloosheid)

Deze collega vindt dat er zorgvuldig wordt gekeken naar het medicatiegebruik tijdens intake besprekingen, zowel door de medicus als door de intaker.

Een concreet zorgaanbod wordt niet gemist, vindt dat er in ons team voldoende aandacht voor de doelgroep is en dat er ook wat mee gedaan wordt.

Weet niets van reeds bestaande interventies op dit gebied.

SPV (♀ 42 jr.) werkt 2 jaar op de afdeling ouderen, heeft haar SPV diploma behaald in 1996. In haar caseload zijn 7 cliënten die langer dan 3 maanden een benzodiazepinen gebruiken.

Zij weet niet of er interventies gepleegd worden die gericht zijn op reduceren en of stoppen van het benzodiazepinen gebruik. Het betreft voornamelijk cliënten die lijden aan een depressie en met het starten van een antidepressiva geleidelijk de benzodiazepinen afbouwen. Zij neemt aan dat de psychiater hierin een protocol volgt maar weet dat niet.

De risicogroep wordt als volgt omschreven:

- cliënten met een onderliggende depressie
- cliënten met bepaalde persoonlijkheidsstoornissen
- cliënten met een psychose met als doel sederen.

De nadelige effecten van het benzodiazepinen gebruik:

- verslaving
- steeds meer nodig voor hetzelfde effect
- afvlakken van het gevoelsleven.

Tijdens de intakebespreking is de focus voldoende gericht op de medicatie, bij voortgangsbesprekingen echter niet, terwijl het bij benzodiazepinen gebruik juist zo belangrijk is.

Weet niet of ze een concreet zorgaanbod mist omdat ze zich er niets van kan voorstellen.

Denkt dat je er standaard alert op moet zijn, zo min mogelijk en zo kort mogelijk

voorschrijven van benzodiazepinen, zo mogelijk vervangen door een ander middel. Heeft wel behoefte aan een soort afspraak om bij benzodiazepinen gebruik regelmatig de medicatie te evalueren, dit wordt nu gemist.

Van bestaande interventies op dit gebied is de collega niet op de hoogte.

SPV (♀ 46 jr.) HBOV waarna de voortgezette opleiding Sociaal Psychiatrische

Verpleegkunde in 1996 afgerond. Werkt vanaf 1999 op de afdeling ouderen.

Heeft ongeveer 10 cliënten in behandeling die langdurig (langer dan 3 maanden) een benzodiazepinen gebruiken. Bij sommige van deze cliënten wordt aandacht besteedt aan het verminderen en of stoppen van de dosering benzodiazepinen. Dit is vooral het geval bij depressie cliënten die starten met een antidepressiva, gelijktijdig wordt dan het gebruik van de benzodiazepinen afgebouwd. Altijd wordt dit in samenwerking met de psychiater gedaan.

Deze interventie wordt verricht naar eigen inzicht van de psychiater en is afgestemd op de cliënt, het is niet volgens een bepaald protocol.

Tot de risicogroep horen:

- verslavingsgevoelige cliënten
- cliënten met een afhankelijke persoonlijkheid.

De nadelige gevolgen:

- steeds meer nodig voor hetzelfde effect.

Tijdens intakebesprekingen wordt onvoldoende gekeken naar de huidige medicatie van cliënten, we vliegen er doorheen en er wordt niet standaard stilgestaan bij het medicatiebeleid.

Tijdens follow-up besprekingen is het helemaal een verwaarloosd gebied.

Een concreet zorgaanbod wordt gemist, het bieden van een alternatief voor de benzodiazepinen wordt door deze collega als belangrijk gezien. Hoe zo'n alternatief eruit moet zien weet zij niet.

Van reeds bestaande interventies is deze collega niet op de hoogte.

Deventer 11-10-2006

Beste

Van de aangemelde populatie binnen de sector ouderen bestaat een groot deel uit ouderen met een depressieve stoornis of angststoornis. De spanning, onrust en/of slapeloosheid wordt in een eerder stadium vaak al door de huisarts behandeld met een benzodiazepinen. Ten tijde van de intakefase gebruiken cliënten vaak al langere tijd benzodiazepinen.

Er is geen omschreven behandelaanbod voor ouderen die afhankelijk zijn van benzodiazepinen. Er is geen inzicht in hoe de individuele hulpverlener omgaat met deze doelgroep en er is er geen zicht op welke cliënten een risicogroep vormen. Tevens is er onvoldoende inzicht in de relatie tussen benzodiazepinengebruik en de negatieve bijverschijnselen van benzodiazepinengebruik. Momenteel wordt er binnen de sector ouderen niet gewerkt met vast omlijnde zorgprogramma's, protocollen of modules, de ontwikkeling hiervan is een aandachtspunt voor de komende periode. Voor de afronding van mijn opleiding MANP-GGz ga ik mij bezig houden met de Best Practice voor de doelgroep "Benzodiazepinen afhankelijke ouderen".

Hierbij zal het focus gericht zijn op de zoektocht naar de best mogelijke praktijkvoering in de begeleiding van benzodiazepinen afhankelijke ouderen boven de 60 jaar. In het verlengde hiervan zal de toekomstige invloed van de Nurse Practitioner in de benadering van dit probleem worden belicht. Hierbij is het uitgangspunt dat alle relevante, wetenschappelijke kennisbronnen worden geraadpleegd om uiteindelijk door middel van integratie en synthese te komen tot een creatieve oplossing voor dit praktijkprobleem.

Naast praktijkgericht onderzoek op de ouderen afdeling van het RIAGG IJsselland wil ik ook een aantal huisartsen betrekken om zicht te krijgen op het voorschrijfbeleid van benzodiazepinen aan cliënten van 60 jaar en ouder in de huisartspraktijk.

Graag zou ik u willen vragen de bijgevoegde vragenlijst in te vullen en te retourneren (voor 05-11-'06) in de daarvoor meegestuurde en gefrankeerde antwoord envelop.

Wanneer u de vragenlijst liever digitaal beantwoordt zorg ik dat de vragenlijst digitaal wordt aangeleverd.

Met vriendelijke groet en bij voorbaat dank voor uw medewerking,

Els Schuijt

MANP-GGz i.o

RIAGG IJsselland, Afdeling Ouderen

Pikeursbaan 3

7411 GT Deventer.

eschuijt@riagg.ijsselland.nl

BIJLAGE 4

Vragenlijst voor huisartsen met betrekking tot benzodiazepinen gebruik bij ouderen vanaf 60 jaar.

- 12) Hoe groot is het cliënten bestand in uw praktijk?
- 13) Hoeveel cliënten in uw praktijk zijn 60+?
- 14) Wat zijn doorgaans de indicaties voor het voorschrijven van een benzodiazepine?
- 15) Aan hoeveel cliënten van 60 jaar en ouder hebt u de afgelopen 2 maanden een benzodiazepinen voorgeschreven?
- 16) Hoe zien evt. vervolcontacten met deze cliënten eruit?
- 17) Waar loopt u tegenaan in cliëntencontact bij stop en/of afbouwpoingen van de benzodiazepinen?
- 18) Zijn er cliënten in uw praktijk die al langere tijd benzodiazepinen gebruiken en die hun recept verkrijgen via de assistente?
- 19) Werkt u volgens een bepaald protocol?
- 20) Bent u op de hoogte van de door de DGV ontworpen serie “stoppen met benzodiazepinen”?
- 21) Wanneer er een concreet behandel aanbod zou zijn voor deze groep mensen, in de tweede lijn, zou u daar gebruik van maken.
- 22) Heeft u ideeën hoe zo’n behandel aanbod eruit zou moeten zien?

Bijlage 5

Bevindingen:

Huisarts 1: heeft een qua grote gemiddelde praktijk met een cliëntenbestand van ± 2500 .

Daarvan zijn 519 cliënten 60 jaar en ouder.

Als indicatie voor het voorschrijven van een benzodiazepinen worden slaapstoornissen en nervositeit gehanteerd.

De afgelopen 2 maanden zijn er 54 recepten van een of meerdere benzodiazepinen verstrekt aan cliënten van 60 jaar en ouder. Het geschatte aantal oudere gebruikers is ruim 80 cliënten. Bij het grootste deel van de ouderen die een benzodiazepinen gebruiken zijn de vervolcontacten te verwaarlozen, veelal verkrijgen zij herhaalreceptuur via de doktersassistenten. Pogingen om de dosis te verminderen mislukken, cliënten vallen terug in hun oude klachtenpatroon, de klachten waarvoor eerder een benzodiazepinen is voorgeschreven. Het merendeel van de oudere cliënten gebruikt al jaren hetzelfde middel en de dosis is met het stijgen van de jaren ook toegenomen. Bij jongere cliënten ligt dat anders, in eerste instantie wordt er kortdurend voorgeschreven en zijn er 1x in de 2 a 3 weken vervolcontacten waarin interventies gericht zijn op verminderen en/of stoppen van het middel.

Er wordt door deze huisarts niet volgens een bepaald protocol gewerkt. Hij is wel op de hoogte van de door de DGV ontworpen serie “stoppen met benzodiazepinen”.

Mogelijk zou deze huisarts gebruik maken van een zorgaanbod voor de doelgroep geboden door de tweede lijn. Is ook benieuwd hoe zo’n zorgaanbod eruit zal gaan zien, kan zich hier geen voorstelling bij maken. De huisarts geeft duidelijk aan dat hij niet gemotiveerd is om veel tijd te steken in het motiveren van cliënten voor deelname aan een evt. nieuw zorgaanbod om te komen tot reductie van de benzodiazepinen.

Huisarts 2: heeft een qua grote gemiddelde kleine praktijk waar 1544 cliënten zijn ingeschreven, van hen zijn 344 cliënten 60 jaar en ouder. Doorgaans zijn de indicaties waarop een benzodiazepinen wordt voorgeschreven slaapproblemen, angst en nervositeit. De afgelopen 2 maanden heeft de huisarts aan 10 cliënten een recept voor benzodiazepinen voorgeschreven. Het totaal aantal ouderen dat in deze praktijk een benzodiazepinen gebruikt wordt geschat op 21 cliënten. Wanneer de huisarts start met een benzodiazepinen worden cliënten 1x in de 3 weken gevolgd, het beleid is dan altijd gericht op het tijdig weer afbouwen en stoppen van het gebruik van de benzodiazepinen. Bij een groot deel van de cliënten mislukt dit beleid omdat bij het afbouwen de cliënt terugvalt in het klachtenpatroon waarvoor de benzodiazepinen eerder werden voorgeschreven. De huisarts schrijft dat hij dan het voorgenomen beleid laat vallen en dat de cliënt via de assistente een herhaalrecept verkrijgt. De huisarts werkt niet volgens een vaststaand protocol, handelt naar eigen inzicht. Hij is op de hoogte van de door DGV ontworpen serie “stoppen met benzodiazepinen”. Tijd en pessimisme belemmeren de huisarts om hier gemotiveerd mee om te gaan. Het pessimisme heeft te maken met de twijfels over de kans van slagen binnen de huisartspraktijk. Hij geeft aan dat wanneer er bv. in de tweede lijn een concreet behandelaanbod zou zijn voor deze groep mensen, hij daar gebruik van zal gaan maken.

Op de vraag hoe zo’n behandelaanbod er uit zou moeten zien, antwoordt de huisarts daarover geen ideeën te hebben

Huisarts 3 : heeft qua grote een gemiddelde praktijk waar 2600 cliënten zijn ingeschreven. Van hen zijn 600 cliënten, 60 jaar en ouder. Indicaties die gehanteerd worden voor het voorschrijven van een benzodiazepinen zijn: slapeloosheid, angst en spanningsklachten en soms ook bij depressieve klachten. De afgelopen 2 maanden heeft de huisarts aan 28 cliënten van 60 jaar en ouder een recept voor een benzodiazepinen voorgeschreven. Het totaal aan ouderen die een benzodiazepinen gebruikt wordt geschat op 40. Van de 28 cliënten betrof dat 16 maal een herhaalrecept en voor 12 cliënten was het een eerste recept. Voor de 12 cliënten die voor het eerst een benzodiazepinen gaan gebruiken werd 2 weken later een vervolgafpraak gemaakt, zij waren reeds op de hoogte dat de benzodiazepinen kortdurend werden voorgeschreven, bij alle 12 werd de dosering 2 weken later gehalveerd en weer 2 weken later gestopt. Voor de overige 16 cliënten geldt dat ze chronisch gebruiker zijn en pogingen om te minderen of te stoppen reeds zijn opgeheven. Dit heeft volgens de huisarts te maken met het zeer dwingende karakter van de chronische gebruiker, pogingen om hen te laten stoppen vergen teveel tijd die in de huisartspraktijk niet gerealiseerd kan worden. De huisarts is op de hoogte van de serie “stoppen met benzodiazepinen”. Het protocol zoals eerder beschreven wat gehanteerd wordt door deze huisarts is naar eigen inzicht en tevredenheid. Wanneer er een concreet behandelaanbod in bv. de tweede lijn zou zijn, zou hij daar zeker gebruik van maken ten behoeve van de chronische gebruikers. Over hoe zo’n behandelaanbod eruit moet zien heeft de huisarts wel ideeën. Hij geeft bv. aan dat de contacten met de doelgroep zeer frequent moeten zijn, denkt verder dat een groepsbehandeling adequaat zou kunnen zijn omdat cliënten door hetzelfde heen moeten en elkaar kunnen steunen.

Huisarts 4: Het betreft een grote praktijk van ± 2650 cliënten. Van de cliënten zijn er 530, 60 jaar en ouder.

De afgelopen 2 maanden zijn er ongeveer 60 recepten van een benzodiazepinen aan cliënten van 60 jaar en ouder voorgeschreven, dit betreft vooral chronisch gebruik. Het totaal aan oudere benzodiazepinen gebruikers wordt geschat op 80 cliënten. De huisarts noemt hierbij dat het in de praktijk vooral gaat om cliënten uit een achterstandswijk.

Deze cliënten worden niet gecontroleerd door de huisarts, zij verkrijgen hun recept via de assistente. De huisarts ziet de meeste van deze mensen vrij frequent voor andere klachten, zij doe een groot beroep op de huisarts.

De pogingen die in het verleden werden gedaan om te komen tot vermindering van het benzodiazepinen gebruik hebben de huisarts zeer gefrustreerd gemaakt en uit een soort van machteloosheid is hij weer recepten gaan uitschrijven, mede door het dwingende gevraag van de cliënten.

De huisarts neemt ook van de gelegenheid gebruik en vermeldt bij de antwoorden dat hij vindt dat een groot aantal cliënten na behandeling door de GGZ overgedragen worden naar de huisarts met een grote hoeveelheid benzodiazepinen. Aan hem de eer dit af te bouwen, hiervoor bedankt hij!

De huisarts werkt niet volgens een bepaald protocol, neemt wel voorzichtigheid in acht bij het starten van een benzodiazepinen. Geeft hierbij aan dat de samenwerking met zijn collega vraagt om extra alertheid zodat cliënten niet de ene keer bij hem en dan weer bij haar komen shoppen. Is zich ook bewust van het feit dat hij vaak te snel overgaat tot het voorschrijven van slaapmedicatie, laat dan voorlichting over slaaphygiëne achterwege en gaat gelijk over tot het

kortdurend voorschrijven van een slaapmiddel.

De huisarts is op de hoogte van de door DGV ontworpen serie “stoppen met benzodiazepinen”. Hij maakt geen gebruik van de interventies die worden beschreven in de serie.

Of hij gebruik zal maken van een concreet behandelaanbod door de tweede lijn weet hij niet. Hij is nieuwsgierig naar hoe zo’n aanbod eruit komt te zien. Is daarnaast pessimistisch over het slagen van een behandeling voor ouderen met een benzodiazepinen afhankelijkheid.

Benzodiazepinen: 1) 2) 3) 4)

Als U **nooit** geprobeerd heeft om minder medicijnen te gebruiken of ermee te stoppen, dan kunt U de rest van de vragen overslaan en bent U nu klaar. Lees verder als U **wel** eens geprobeerd hebt om minder medicijnen te gebruiken of ermee te stoppen!

Minder slaap- of kalmeringsmiddelen gebruiken of stoppen kan leiden tot klachten. Hieronder wordt een aantal van dit soort klachten genoemd. Geef door het omcirkelen van het juiste antwoord voor iedere klacht aan hoeveel last U er de **laatste keer** van kreeg **toen U minder gebruikte of stopte**.

KLACHT	geen of nauwelijks last	een beetje last	nogal wat last	veel last	heel veel last
16. Neerslachtig gevoel	1	2	3	4	5
17. Neerslachtig gevoel	1	2	3	4	5
18. Trillen	1	2	3	4	5
19. Prikkelbaarheid	1	2	3	4	5
20. Rusteloosheid	1	2	3	4	5

Berekening somscores van de Bendep-SRQ rasch-schalen:

Converteer de ruwe scores in dichotome scores*:

Ruwe score 1 en 2 wordt dichotome score 0; ruwe score 3, 4 en 5 wordt dichotome score 1.

Problematisch Gebruik	3	6	8	10	13	somscore	Rasch-normen dichotome somscore*:
Ruwe score						//////////	0= erg laag; 1= matig; 2= hoog 3,4, en 5 = zeer hoog
Dichotome score						*	
Preoccupatie	1	2	5	11	12	somscore	Rasch-normen dichotome somscore*:
Ruwe score						//////////	0= erg laag; 1= laag; 2= matig; 3= hoog; 4 en 5 = zeer hoog
Dichotome score						*	
Gebrek aan therapietrouw	4	7	9	14	15	somscore	Rasch-normen dichotome somscore*:
Ruwe score						//////////	0= laag; 1= hoog; 2,3,4 en 5 = zeer hoog
Dichotome score						*	
Ontwenning	16	17	18	19	20	somscore	Rasch-normen dichotome somscore*:
Ruwe score						//////////	0= erg laag; 1= laag; 2= matig; 3 en 4 = hoog; 5= zeer hoog
Dichotome score						*	

Instructies voor het gebruik van de Bendep-SRQ:

- De cliënt beantwoordt de vragen 1 t/m 20 van de Bendep-SRQ aan de hand van de instructies op de vragenlijst.
- De hulpverlener berekent de somscores van de 4 categorieën. Daartoe worden allereerst de ruwe scores* omgezet in dichotome* scores, die vervolgens gesommeerd worden. De ruwe scores 1 en 2 worden omgezet in de dichotome score 0; de ruwe scores 3 en 4 en 5 worden omgezet in de dichotome score 1.
- De hulpverlener bepaalt het vervolgbeleid aan de hand van de somscores voor de individuele categorieën.

* Dichotome scoring is een wijze van [scoren](#) waarbij slechts twee waarderungen van het antwoord worden onderscheiden: goed of fout.

* Een toetsscore (X), ook wel ruwe score genoemd, is de door middel van [scoren](#) verkregen getalsmatige weergave van de prestatie van een kandidaat op een [toets](#).

Interpretatie van somscores:

13) Problematisch gebruik

Somscore mate van problematisch gebruik:

0 = erg laag; 1 = matig; 2 = hoog; 3,4 en 5 = zeer hoog.

Bij een somscore van 2 of hoger is de cliënt zich goed bewust van het problematisch benzodiazepinengebruik. Desondanks heeft dit er nog niet toe geleid dat de cliënt gestopt is met het benzodiazepinengebruik.

14) Preoccupatie

Somscore mate van obsessiviteit t.a.v. de beschikbaarheid benzodiazepinen:

0 = erg laag; 1 = laag; 2 = matig; 3 = hoog; 4 en 5 = zeer hoog.

Bij een somscore van 2 of hoger is de cliënt duidelijk geobsedeerd met het beschikbaar hebben van een benzodiazepinen om deze te kunnen gebruiken als hij/zij dit nodig lijkt. De cliënt is moeilijk te bewegen om te stoppen met het benzodiazepinengebruik en daardoor dit houvast te geven.

15) Gebrek aan therapietrouw

Somscore mate gebrek aan therapietrouw:

0 = laag; 1 = hoog; 2,3,4 en 5 = zeer hoog.

Alle cliënten met een somscore van 1 of hoger hebben een lage therapietrouw en zijn relatief moeilijk te bewegen om te stoppen met het benzodiazepinengebruik.

16) Ontwenning

Somscore mate van onthoudingsverschijnselen:

0 = erg laag; 1 = laag; 2 = matig; 3 en 4 = hoog; 5 = zeer hoog.

Naarmate de somscore hoger is, hoe meer de cliënt last heeft van ontwenningverschijnselen. Vervang de benzodiazepinen eerst door diazepam in equivalente dosering en laat de cliënt het benzodiazepinengebruik verminderen aan de hand van een afbouwschema.

Bijlage 8

Vragenlijst fase 1 motiverende gespreksvoering

- ~ Hoe kijkt u zelf tegen uw medicijngebruik aan?
- ~ Vindt u dat de medicijnen helpen?
- ~ Vindt u dat uw situatie door het gebruik van de medicijnen is verbeterd?
- ~ Wat stelt u zich voor bij uw medicijngebruik over bijvoorbeeld 1 jaar en 5 jaar?
- ~ Denkt u dat u dan meer of minder medicijnen nodig zult hebben?
- ~ Komt u uit met de voorgeschreven dosering?
- ~ Gaat u vaak binnen de gestelde termijn een nieuw/herhalingsrecept vragen?
- ~ Heeft u wel eens overwogen om medicijngebruik te minderen of te stoppen?
- ~ Heeft u wel eens pogingen ondernomen om te minderen of te stoppen met medicijngebruik?
- ~ Heeft u zich wel eens schuldig gevoeld over uw gebruik?
- ~ Spelen hierbij de reacties van uw omgeving een rol?

Bijlage 9

Het huiswerk, fase 2 motiverende gespreksvoering.

Registratie medicijngebruik *Slaap- en /of kalmerende middelen.*

Datum	Tijdstip	Aantal pillen	Mg per tablet	Reden van gebruik	Voordelen van gebruik	Nadelen van gebruik

Bijlage 10

Benzodiazepine conversietabel naar equivalente diazepam dosering.

versie april 2003

Stofnaam	Merknaam (-namen)	Voorbeeld-dosis	Equivalente dosis diazepam	Omreken-factor:
alprazolam	Xanax	1 mg	10 mg	x 10
bromazepam	Lexotanil	10mg	10 mg	x 1
brotizolam	Lendormin	0.25mg	10 mg	x 40
chloordiazepoxide	Chloordiazepoxide	30mg	15 mg	x 0.5
clobazam	Frisium	20mg	10 mg	x 0.5
	Urbadan			
clonazepam	Rivotril	2 mg	25 mg	x 12.5
clorazepinezuur	Clorazepaat	20mg	15 mg	x 0.75
	Tranxène			
diazepam	Diazepam	10mg	10 mg	x 1
	Stesolid			
	Valium			
flunitrazepam	Flunitrazepam	1mg	10 mg	x 10
	Rohypnol			
flurazepam	Dalmadorm	30mg	10 mg	x 0.33
	Flurazepam			
ketazolam	Unakalm	60mg	10 mg	x 0.16
loprazolam	Dormonoct	1mg	10 mg	x 10
lorazepam	Lorazepam	2.5mg	12.5 mg	x 5
	Temesta			
lormetazepam	Loramet	1mg	10 mg	x 10
	Lormetazepam			
	Noctamid			
medazepam	Medazepam	20mg	10 mg	x 0.5
midazolam	Dormicum	15mg	20 mg	x 1.33
nitrazepam	Mogadon	5mg	5 mg	x 1
	Nitrazepam			
nordazepam	Calmday	15mg	15 mg	x 1
oxazepam	Oxazepam	50mg	15 mg	x 0.3
	Seresta			
prazepam	Reapam	20mg	10 mg	x 0.5
temazepam (harde capsules)	Levanxol	20mg	10 mg	x 0.5
temazepam (zachte capsules)	Euhypnos	20mg	10 mg	x 0.5
	Normison			
	Temazepam			
triazolam	Halcion	0.125mg	10 mg	x 80

*) uitkomsten naar boven afronden naar veelvouden van 1mg (halve tablet diazepam in laagste dosering)

Onttrekkingsverschijnselenlijst: Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (BWSQ)

Naam patiënt:

Afnamedatum:

Elk van de onderstaande gewaarwordingen is door sommige mensen beschreven nadat ze het gebruik van kalmeringsmiddelen hadden verminderd of stopgezet. Wilt u trachten zich te herinneren welke van deze gewaarwordingen u de laatste twee weken hebt gehad en een vinkje zetten in het overeenkomstige vakje?

	nee	Ja, matig	Ja, hevig/ernstig
1. Onwezenlijk gevoel			
2. Erg gevoelig voor geluid			
3. Erg gevoelig voor licht			
4. Erg gevoelig voor geur			
5. Erg gevoelig voor aanraking			
6. Vreemde smaak in de mond			
7. Spierpijnen			
8. Spiertrekkingen			
9. Schudden en beven			
10. Slapen van handen, armen of benen			
11. Duizeligheid			
12. Flauw gevoel			
13. Misselijk gevoel			
14. Neerslachtig gevoel			
15. Irritatie van de ogen			
16. Gewaarworden dat de dingen bewegen terwijl ze stil staan.			
17. Zien of horen van dingen die er in de werkelijkheid niet zijn			
18. Niet bij machte uw bewegingen te beheersen			
19. Geheugenverlies			
20. Verlies van eetlust			
Heeft u nog andere nieuwe verschijnselen?(beschrijf elk ver	schijnsel	hieronder)	
21.			
22.			
23.			
24.			

Literatuur:

College voor zorgverzekeringen, “*Farmacotherapeutisch Kompas*” 2007.

Gezondheidsraad; Kerncommissie MTA. *Naar een doelmatig gebruik van benzodiazepinen*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1998.

Gorissen, M., “*Wat niet goed is opgeslagen, kan niet worden teruggehaald*”. Geheugenstoornissen bij benzodiazepinegebruik. Pharm. Weekblad 1999; 134(8): 274-8.

GIPeilingen 1998, Kengetallen farmaceutische hulp, College voor zorgverzekeringen/ geneesmiddelen Informatie project (GIP). Amstelveen 2000.

Gorgels, W.J.M.J., Oude Voshaar, R.C., Moll, A.J.J. Onder redactie van Zitman, F.G., Van de Lisdonk E.H. “*Terugdringen van chronisch gebruik van benzodiazepinen*”: eindverslag van een wetenschappelijk onderzoek. Nijmegen: Afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC St. Radboud Nijmegen, 2002.

Herings, R.M.C., Stricker, B.H.Ch., Boer, A., *Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures*. Dosage more important than elimination half-life. Arch.Int.Med.1995;155:1801-7.

Herings, R.M.C., “*Ik ben zo gevallen*”. Benzodiazepinen in relatie tot (ongevallen). Pharm. Weekblad 2001; 136(49):1840-2.

Kan, C.C. 1999
Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ) Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ)

Kan, C.C., Breteler, M.H.M., Timmermans, E.A.Y., Ven van der, A.H.G.S., Zitman, F.G. Scalability, reliability and validity of the benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire. Comprehensive Psychiatry 1999; 40 (4): 283-291

Knoop, H., Kan, C.C., Mickers, F.C., Barnhoorn, D., “*Het voorspellen van het succes van benzodiazepineafbouw: mythes of klinische wijsheden?*” Tijdschrift voor Psychiatrie 48 (2006) 9, 695-703.

Knuistingh Neven, A., Lucassen, P.L.B.J., Bonsema, K., NHG-standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Eerste herziening. Huisarts Wet 2005;48(8):402-15.

Largo-Janssen, A.L.M., Liberton, I.J.W., “*Benzodiazepinen: profielen van chronische gebruikers in een huisartsenpraktijk*”. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137(39):1969-73.

Meeuwissen, J.A.C. en Weeghel, J. van (2003). Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie – Eindrapportage.

Migchelbrink,F., “*Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*” Elfde compleet herziene druk mei 2006. Uitgeverij SWP Amsterdam.

Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen 2003. Utrecht: Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ.

Oude Voshaar,R.C., Gorgels, W.J.M.J., Moll, A.J.J. “*Behandelmethode om langdurig benzodiazepinegebruik te staken*”. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145(28):1347-50.

Praag. Dr.H.H.van “*Psychofarmaca*”, 2000 VAN GORCUM, Assen.

Ried,L.D., Johnson,R.E., Gettman,D.A. *Benzodiazepine exposure and functional status in older people*. Journal of the American Geriatrics Society, 46. 1998, blz. 71-76.

Stoele, M., Luijendijk, H., Tiemeier, H., Heeringa ,J., & Jansen. H.
Titel: *Langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen door ouderen*. Een kwantitatieve longitudinale analyse en een kwalitatieve survey onder gebruikers en voorschrijvende artsen in Rotterdam.

Stoppen met benzodiazepinen Hulpmiddelenboek. DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. September 2005.

Schuurmans, A. Brochure “*benzodiazepinegebruik door ouderen*”. Stichting DGV. 2000.

Tinke, J.L., Griens, A.M.G.F., Data en feiten 2005. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetalen, 2005.

Valk. De V., “*CVZ wil slaap- en kalmeringsmiddelen verder terugdringen. 1,86 miljoen Nederlanders is teveel*”. Pharm. Weekbl 2004;47(1):26-37.

Verburg, H., Rest, E., “*Programma’s in de GGZ*”. Utrecht ,november 2005, tweede druk, Trimbos instituut.

Verburg, H., Boerema. I., Wiersma, D., “*Zorgprogramma’s van papier naar praktijk*”. Handreiking invoering zorgprogramma’s. 2006 Trimbos instituut, Utrecht, The Netherlands.

Vissers F.H.A.J.A. *Gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in het dagelijks leven*. Determinanten, gevolgen en de rol van de huisarts (dissertatie); Maastricht: Universiteit Maastricht,1998.

Wijgaarden, B. van, Wennink,H.J., Kok, I. “*Klinische uitkomstindicatoren in de GGZ en verslavingszorg*”. In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid. 2003 Trimbos instituut Utrecht.