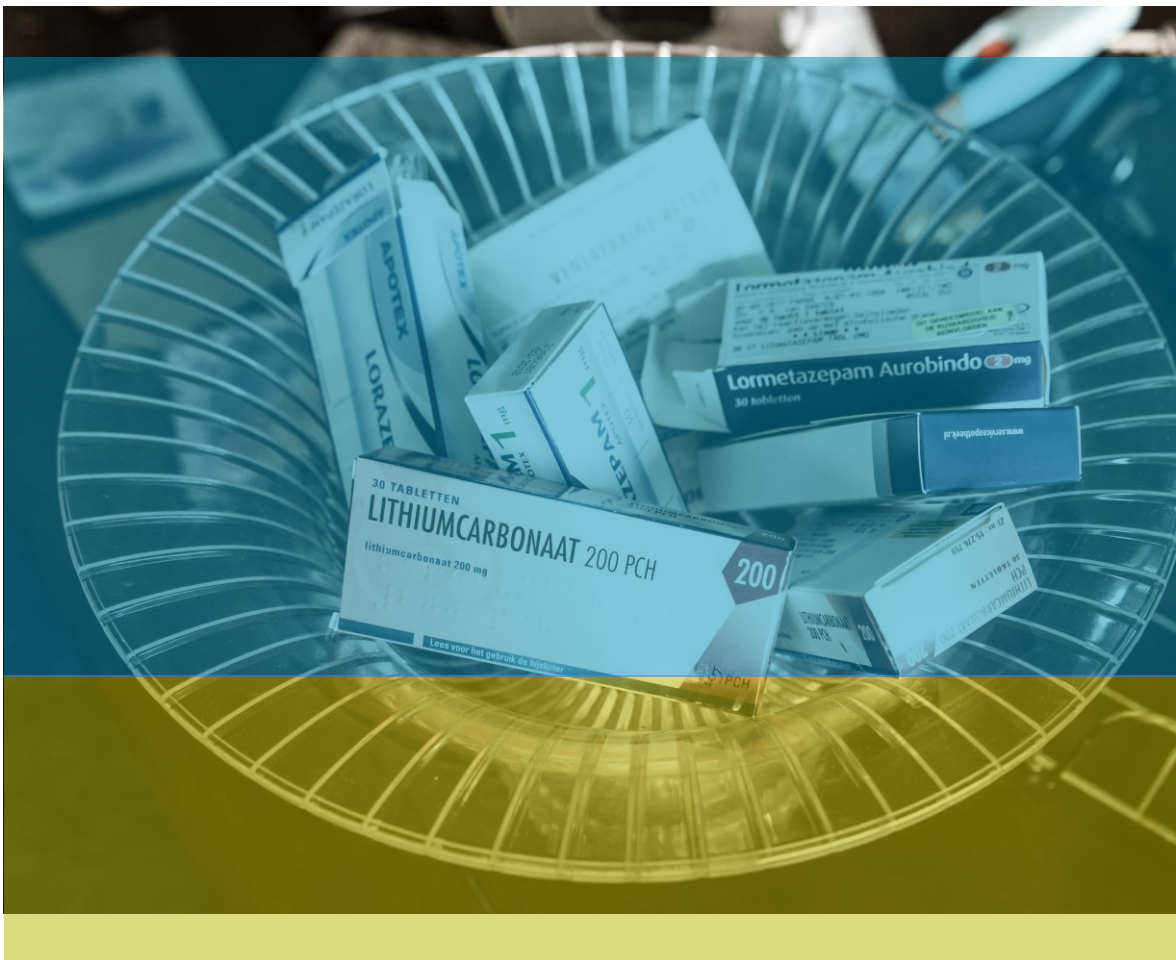


Verminderen van chronisch gebruik van benzodiazepinen

Handreiking voor huisartsenpraktijken en POH-GGZ



Cas Barendregt en Simone 't Hooft

Colofon

Auteurs: Cas Barendregt en Simone 't Hooft

Coverfoto: Alex Schröder

Den Haag, december 2022

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:
Arnhems Fonds Achterstandswijken



IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving



Onderzoek
naar welzijn,
zorg &
verslaving

Koningin Julianaplein 10

2595 AA Den Haag

T +31 (0)70 302 84 56

E secretariaat@ivo.nl

www.ivo.nl

Inhoud

Introductie	4
Project benzoreductie: stap voor stap	5
Projectmatig werken aan benzoreductie	5
Stappen voor benzoreductie	5
1. Stel je collega's in de praktijk op de hoogte	6
2. Maak een groslijst	6
3. Maak een selectie	7
4. Verstuur de stopbrief	8
5. Houd een wachtperiode aan	9
6. Bel na	9
7. Houd gesprekken en start afbouw	10
8. Optioneel: monitor	12
9. Optioneel: evalueer	12
Bijlage 1: Stopbrief voor laaggeletterden	14
Bijlage 2: Gesprekshulp nabellen (motiverende gespreksvoering)	15
Bijlage 3: Geraadpleegde bronnen	16

Introductie

Angst en slaapproblemen geven nog te vaak aanleiding tot chronisch benzodiazepinegebruik. Dit is in tegenspraak met de NHG-standaard M23 'Slaapstoornissen en slaapmiddelen'.¹ Langdurig gebruik van benzodiazepinen vergroot de kans op afhankelijkheid, vermindert cognitief functioneren (geheugenproblemen) en vergroot de kans op vallen bij oudere patiënten (Johnson & Strelzer, 2013). Langdurig gebruik van benzodiazepinen komt vaker voor bij ouderen, vrouwen en mensen met een minder goede fysieke en mentale gezondheid (Luijendijk, Tiemeier, Hofman, Heeringa, & Stricker, 2007).

Deze handreiking biedt handvatten om, als POH-GGZ in samenwerking met anderen in de huisartsenpraktijk, projectmatig aan de slag te gaan om chronisch benzodiazepinegebruik onder de patiënten te minderen of te stoppen.

In deze handreiking beschrijven we de stappen die je kunt zetten en vind je drie interventies die hiervoor kunnen worden ingezet: de stopbrief, motiverende gespreksvoering en een werkboekje.² De stopbrief en het werkboekje zijn in eenvoudige taal geschreven. Zo zijn deze ook toegankelijk voor de patiënten die minder goed kunnen lezen.

Een eerdere versie van deze handreiking (Barendregt, De Wit, Van Straaten, & Rodenburg, 2017) was in 2022 ook de leidraad voor een project met acht POH-GGZ van huisartsenpraktijken in de regio Arnhem. Hun ervaringen en geleerde lessen integreerden we in deze handreiking. Dit project werd gefinancierd door Arnhems Fonds Achterstandswijken (AFA). Meerdere deelnemende POH-GGZ waren positief:

"Het mooie aan dit project vind ik dat je dingen [van patiënten, red.] hoort die je nooit eerder hebt gehoord. [...] Juist als je aan de medicatie komt, komt er van alles boven water."

-deelnemende POH-GGZ (2022)

"Het onderwerp is weer op tafel gekomen, ook voor de huisartsen. [...] Het staat allemaal weer wat hoger op de agenda. Dat is mooi."

-deelnemende POH-GGZ (2022)

We hopen en verwachten dat je met deze handreiking voortvarend aan de slag kunt.

¹ Zie <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen>.

² Voor een belangrijk deel baseerden we deze handreiking op de inhoud van de website <https://www.benzodiazepinenschrijfwijsvoor.nl/index.php>. Hieraan voegen we zelf de stopbrief in eenvoudige taal, motiverende gespreksvoering en een werkboekje toe.

Project benzoreductie: stap voor stap

Projectmatig werken aan benzoreductie

Dit is een handreiking voor huisartsenpraktijken om via een *projectmatige* benadering chronisch benzodiazepinegebruik bij patiënten te verminderen. De ervaring leert dat een projectmatige insteek kan helpen bij het organiseren van benzoreductie. Organisatieadviseur Rudy Kor definieert een project als “een vooraf met elkaar overeengekomen uniek resultaat met de daartoe benodigde werkzaamheden, dat met beperkte middelen moet worden gerealiseerd” (Kor, 2008). Kenmerk van een project is dat het een begin en een eind heeft, en in deze handreiking: dat meerdere patiënten tegelijkertijd worden benaderd. Dit helpt om bij betrokkenen de aandacht en de juiste spanningsboog te creëren. Daarnaast vraagt projectmatig werken om het expliciet benoemen en toewijzen van (tijdelijke) rollen, en om hen te faciliteren bij de uitvoering. Een project heeft een projectleider. Dat is de persoon die het project opzet, faciliteert en de uitvoering monitort. Deze handreiking gaat ervan uit dat de POH-GGZ het project leidt. De huisarts of praktijkhouder ondersteunt de projectleider in die rol als dat nodig is.

Tip

Denk voorafgaand aan de start van het project na over wat een goed moment is om het project te starten. Overleg hier zo nodig over met anderen binnen de praktijk. Starten kort voor de zomervakantie is niet handig. Reken op een doorlooptijd van zes tot negen maanden. Start daarom liever in september of in de eerste maanden van een kalenderjaar.

Stappen voor benzoreductie

Als POH-GGZ kan je de volgende stappen zetten in een project voor benzoreductie onder patiënten:

1. Stel je collega's in de praktijk op de hoogte
2. Maak een groslijst
3. Maak een selectie
4. Verstuur de stopbrief
5. Houd een wachtperiode aan
6. Bel patiënten na
7. Houd gesprekken met patiënten en start afbouw
8. Optioneel: monitor
9. Optioneel: evalueer

We lichten elke stap hieronder toe.



1. Stel je collega's in de praktijk op de hoogte

Om het project op te zetten, heb je ook je collega's nodig. Het is daarom goed als de gehele praktijk op de hoogte is van het voorgenomen project, en er achterstaat. Bespreek de details van het project in een groepsoverleg of met je collega's persoonlijk. Vertel ze wat zij ervan kunnen merken en wat je van hen verwacht. De assistent of praktijkmanager zou bijvoorbeeld kunnen helpen bij het verzenden van de stopbrief (zie bijlage 1). De huisarts(en) hebben een rol te vervullen bij de selectie van patiënten. De doktersassistenten moeten op de hoogte zijn dat aangeschreven patiënten kunnen bellen om een afspraak te maken of omdat ze vragen hebben.



2. Maak een groslijst

Belangrijk is om zicht te krijgen op welke patiënten chronisch benzodiazepinen gebruiken. Als tweede stap maak je daarom een groslijst van patiënten die chronisch benzodiazepinen krijgen voorgeschreven en daarmee mogelijk geschikt zijn voor het project. Voorgeschreven medicatie zegt uiteraard niet alles over het daadwerkelijke gebruik – een eventueel verschil wordt meestal pas duidelijk als de patiënt op consult komt.

Er zijn twee manieren om tot de groslijst te komen:

- 1) Je maakt de lijst zelf, op basis van het patiëntensysteem waarin voorgeschreven medicatie wordt bijgehouden.
- 2) Met hulp van de apotheek. Wat het handigst is, hangt onder andere af van de vaardigheden binnen de praktijk om specifieke informatie uit het patiëntensysteem te halen.

Tip

Langdurig gebruik volgens de NHG-standaard M23 'Slaapstoornissen en slaapmiddelen'³ is langer dan twee weken bij slaapstoornissen en langer dan drie maanden bij angststoornissen. Om ervoor te zorgen dat de groslijst patiënten bevat die nu *chronisch* benzodiazepinen gebruiken, kijken we bij het selecteren naar voorgeschreven medicatie in de afgelopen acht én de afgelopen twee maanden. Door én naar het recente gebruik, én naar het gebruik in het verleden te kijken, is het waarschijnlijker dat de chronische gebruikers op de lijst komen.

Ad 1) Zelf een lijst maken

Doorloop de volgende stappen als je zelf een groslijst gaat maken:

Stap 1

Selecteer alle patiënten in het patiëntensysteem die gedurende de afgelopen twee maanden minimaal één prescriptie benzodiazepinen kregen. Door in de afgelopen twee maanden te kijken, selecteer je patiënten die ook recent benzodiazepinen gebruikten. Relevante ATC-codes zijn NO5BA, NO5CD en NO5CF.

Stap 2

Selecteer uit bovenstaande selectie alle patiënten die zeven tot acht maanden geleden ook minimaal één recept voor slaap- of angstmedicatie kregen. Op deze manier selecteer je patiënten die zowel recent, als langer geleden benzo's kregen voorgeschreven. Hierdoor verhoog je de kans dat je personen selecteert die chronisch gebruiken. Maak een uitdraai van de lijst.

³ Zie <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen>.

Stap 3

Markeer de patiënten op de lijst ook in het patiëntensysteem, zodat je later nog weet wie zijn geselecteerd. Dit kan handig zijn bij een volgende ronde patiënten aanschrijven.

Ad 2) Via de apotheek een lijst maken

Als jouw praktijk samenwerkt met meerdere apotheken, kan het werkbaarder zijn om één apotheek te kiezen met het grootste aantal patiënten en/of een apotheek met wie je een goede relatie onderhoudt. De ervaring van de POH-GGZ die deelnamen aan de pilot was dat sommige apotheken een vergoeding vragen voor het maken van de lijst.

Neem contact op met de apotheken van jouw patiënten en vraag om informatie van alle patiënten die het afgelopen jaar een recept voor meer dan 90 tabletten slaap- of angstmedicatie kregen. Relevante ATC-codes zijn NO5BA, NO5CD en NO5CF.

Vraag per patiënt de volgende gegevens:

- Naam
- Geboortedatum
- Adres
- De verschillende recepten (productnaam, aantal, dosering, afleverdatum)

Tip

Mocht dit binnen het apotheeksysteem niet mogelijk zijn, vraag dan om een lijst met alle patiënten die in de afgelopen twee maanden minimaal één voorschrift van benzodiazepinen kregen. Selecteer vervolgens zelf alle patiënten die óók zeven tot acht maanden geleden minimaal één voorschrift kregen.



3. Maak een selectie

Contra-indicaties

Om van de groslijst tot een kleinere selectie aan te schrijven patiënten te komen, moeten de dossiers in de groslijst handmatig worden nagelopen op contra-indicaties: redenen om patiënten toch niet aan te schrijven over hun benzodiazepinegebruik. Dit is een taak voor de huisarts, bij voorkeur in samenspraak met de POH-GGZ. Het is belangrijk dat deze stap zorgvuldig wordt gezet, om te voorkomen dat mensen onnodig worden benaderd.

Mensen die om inhoudelijke redenen beter niet kunnen worden benaderd, zijn:

- Mensen die benzodiazepinen krijgen om andere redenen dan voor slaapproblemen, spannings- en/of angstklachten (bijvoorbeeld voor een psychiatrische behandeling, verslaving, epilepsie, ernstige comorbiditeit).
- Terminale patiënten.

Meer praktische redenen om patiënten niet te selecteren, zijn:

- Immobiliteit (patiënten die niet naar het spreekuur kunnen komen voor evaluatieconsult).
- Beperkte Nederlandse of Engelse taalvaardigheden.

Bovendien kan de huisarts ervoor kiezen om iemand niet te benaderen, omdat een persoon korter dan een maand geleden een evaluatieconsult had met de huisarts of POH-GGZ. Of omdat iemand korter dan een jaar geleden al een stopbrief heeft gekregen.

Tip

Maak zo mogelijk in elk geëxcludeerd dossier een aantekening van de reden om te niet te benaderen.

Aanschrijflijst en reservelijst

Na voorgaande stappen blijft er een lijst over waaruit je de groep die je gaat aanschrijven én een reservegroep selecteert. Selecteer bijvoorbeeld 20 mensen in totaal. Zet daarvan 10 op de aanschrijf- en 10 op de reservelijst. Dit zijn voorbeeldgetallen. Kies de aantallen bij passend zijn bij de capaciteit van jouw huisartsenpraktijk.

Tip

Waarschijnlijk zal een deel van de patiënten niet op de stopbrief of op de nabelacties reageren. Of blijkt een deel al gestopt te zijn. Je kunt in dat geval putten uit de reservelijst om opnieuw patiënten aan te schrijven.



4. Verstuur de stopbrief

Stuur alle mensen op de aanschrijflijst een stopbrief. Wij bevelen een stopbrief in eenvoudige taal aan (zie bijlage 1). Deze is gebaseerd op de stopbrief van het NHG. Door de stopbrief te personaliseren, worden mensen directer en persoonlijker aangesproken.

Personaliseer de stopbrief door:

- Het praktijklogo te gebruiken.
- In de aanhef de naam van de patiënt gebruiken.
- De naam van de voorgeschreven medicatie en dosering te vermelden.

Andere bijzonderheden van de stopbrief:

- De stopbrieven worden ondertekend door de huisarts.
- Het evaluatieconsult dat in de stopbrief wordt genoemd, vindt plaats bij de POH-GGZ (wiens naam in de brief wordt genoemd).

Tip

Bij het personaliseren en versturen van de stopbrieven zouden de praktijkmanager en/of doktersassistenten kunnen helpen. Maak een notitie en/of plaats de brief in het patiëntendossier. Als mensen reageren, weet de medewerker (of waarnemend huisarts) waarover het gaat.

De ervaring leert dat patiënten die niets willen veranderen aan hun benzogebruik juist contact opnemen met de praktijk als ze de stopbrief hebben ontvangen. Wanneer de assistente hen aan de telefoon krijgt, is een goede reactie: "Ik maak een aantekening dat u gebeld heeft. Ik zal vragen of de POH-GGZ u daarover

terugbelt. Hartelijk dank voor uw telefoontje.” Het inhoudelijke gesprek over het benzogebruk wordt gedaan door de POH-GGZ en eventueel de huisarts.



5. Houd een wachtperiode aan

Nadat de stopbrieven zijn verstuurd, wordt een wachtperiode van minimaal een maand in acht genomen. In deze periode heeft de patiënt de gelegenheid zelf de medicatie af te bouwen en/of contact op te nemen met de huisartsenpraktijk.



6. Bel na

Na de wachttijd van een maand kan je de patiënten nabellen die niet reageerden op de stopbrief. Probeer patiënten die je aan de telefoon krijgt te motiveren op gesprek te komen. Beperk het inhoudelijke gesprek over het gebruik van benzodiazepinen zelf, maar gebruik de aanleiding voor het voorschrijven wel om het gesprek op maat en persoonlijk te maken. De gesprekshulp in bijlage 2 kan hierbij behulpzaam zijn. De mogelijke reacties zijn geformuleerd in de geest van motiverende gespreksvoering, zoals in onderstaand voorbeeld.

Patiënt: *“Ik heb eigenlijk geen behoefte aan zo’n gesprek, want ik wil niet minderen.”*

POH-GGZ: *“U zegt dat u er voorlopig mee door wilt gaan. Dat respecteer ik. Mag ik u dan uitnodigen voor een gesprek om samen eens praten over waarom deze pillen zo belangrijk voor u zijn?*

Misschien is daar een oplossing voor.”

De meeste POH-GGZ vinden dat het motiveren van patiënten start met het nabellen en vinden het daarom belangrijk dit zelf te doen (in plaats van de assistente en andere medewerkers in de praktijk). Patiënten staan vaak ambivalent tegenover stoppen en hebben ondersteuning nodig om hun motivatie ‘op gang te brengen’.

De ervaring leert dat patiënten die zich spontaan na de stopbrief melden, vaak de patiënten zijn die hun medicijngebruik niet willen afbouwen. Als dat het geval is, probeer dan te achterhalen wat de reden is om (nu) niet te willen afbouwen. Mogelijk is door een recente gebeurtenis of omstandigheid de timing van de stopbrief ongunstig. Een aanbod om op de achterliggende reden in te gaan (en het benzogebruk met rust te laten) kan misschien helpen. Lukt dat niet, probeer dan een termijn af te spreken waarop je de patiënt later nog eens mag benaderen.

Tip

Houd er rekening mee dat nabellen tijdrovend kan zijn, omdat patiënten niet altijd thuis zijn of opnemen op het moment dat wordt gebeld. Soms zijn praktijknummers afgeschermd. Het kan helpen om een bericht te sturen (voicemail, WhatsApp) met de strekking: ‘Ik heb geprobeerd u te bellen naar aanleiding van de brief die u van uw huisarts heeft gekregen. Ik probeer het later opnieuw.’



7. Houd gesprekken en start afbouw

Tijdens het eerste consult komen tenminste de volgende zaken aan de orde:

- (Hernieuwde) kennismaking.
- De stopbrief als aanleiding om:
 - het verminderen van gebruik van slaapmiddelen te bespreken.
 - het werkboekje aan te bieden en te bespreken.

In niet alle gevallen zal het passend zijn het gepersonaliseerde werkboekje aan te bieden. Waar dit zinvol lijkt, wordt dit wel gedaan.

Motiverende gespreksvoering

Tijdens dit eerste gesprek en de daaropvolgende gesprekken kan je gebruikmaken van *motiverende gespreksvoering*. Deze methode gaat ervan uit dat motivatie dynamisch en beïnvloedbaar is. Motiverende gespreksvoering bestaat uit drie onderdelen:

- Gesprekstechnieken.
- Verschillende procesonderdelen.
- 'De spirit', die betrekking heeft op de basishouding van de persoon die de motiverende gespreksvoering toepast.

Tip

Voor dit project raden we je aan om een training in motiverende gespreksvoering te volgen. Of in ieder geval kennis te nemen van de principes van deze methode. Voor meer informatie over motiverende gespreksvoering, zie bijvoorbeeld [deze methodebeschrijving](#) (Brink, 2010) of [deze \(Engelstalige\) website over Motivational Interviewing](#).

Inhoudelijke kennis

Naast de motiverende gespreksvoering is kennis en ervaring met slaapproblematiek, angstproblematiek en verslavings/ontwenningproblematiek behulpzaam om de motiverende gesprekken nog meer op maat te kunnen voeren.

Slaapproblematiek

Raadpleeg de website Thuisarts.nl (<https://www.thuisarts.nl/slaapproblemen/ik-wil-beter-slapen>).

Lees het praktische boekje Slapeloosheid van Verbeek en Klip (2015) om deskundig te worden in het helpen bij hardnekkige slaapproblemen.

Angstproblematiek

Raadpleeg de website Thuisarts.nl (<https://www.thuisarts.nl/angststoornis/ik-heb-gegeneraliseerde-angststoornis> of <https://www.thuisarts.nl/paniekaanvallen>).

Informatie over afbouwen, ontwenningverschijnselen

Raadpleeg de website Thuisarts.nl (<https://www.thuisarts.nl/kalmeringsmiddelen/ik-wil-stoppen-met-kalmeringsmiddelen>).

De volgende materialen kunnen verder behulpzaam zijn bij het afbouwen van de benzodiazepinen zelf:

- [Een afbouwschema](#).
- [Een rekenhulp](#) bij het komen tot een gepersonaliseerd afbouwschema.
- Ook het gebruik van zogenoemde taperingstrips kan helpend zijn (zie <https://www.taperingstrip.nl/> voor meer informatie).

Werkboekje

Het werkboekje voor patiënten bevat een overzicht van de nadelen van langdurig gebruik, enkele verhalen van mensen die zijn gestopt, een afbouwschema en een dagboekje om het gebruik bij te houden. Het werkboekje kan behulpzaam zijn voor mensen die zelf aan de slag willen met minderen of stoppen.

Figuur 1. Illustraties uit werkboekje



Dagboekje - hoe het gegaan is

Mijn plan deze week:
..... milligram (mg) per dag

Dag	Hoeveel milligram (mg)	Hoe ging het? Wat ging goed en wat ging minder goed?
Maandag		
Dinsdag		
Woensdag		
Donderdag		
Vrijdag		
Zaterdag		
Zondag		

Niet alle POH-GGZ vinden het nodig de gesprekken te ondersteunen met schriftelijk materiaal, zoals het werkboekje of een dagboekje. Zij vinden het materiaal niet passend bij de patiënt en/of vertrouwen op de gesprekken met de patiënt. Je maakt zelf de afweging welke combinatie van interventies (stopbrief, gesprekken, werkboekje) passend is voor de patiënt die je voor je hebt.

Het werkboekje en een los dagboekje voor patiënten is te downloaden vanaf deze website:

<https://ivo.nl/motiverend-aan-de-slag-met-benzoreductie/>

Andere mogelijk behulpzame materialen

De website benzodiazepinenschrijfwijsvoor.nl biedt nog een aantal andere mogelijk behulpzame middelen, zoals:

- Slaapwaakkalender om zicht te krijgen op de slaapklasten.
- Bendep-SRQ vragenlijst om het verslavingsprofiel in kaart te brengen (Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire).
- BWSQ om ontweningsverschijnselen in kaart te brengen (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire).
- 4DKL om zicht te krijgen op onderliggende problematiek (VierDimensionale KlachtenLijst).
- Patiëntenbrieven (NHG).



8. Optioneel: monitor

Om erachter te komen of de interventie leidt tot vermindering van het gebruik (hoeveelheid en/of frequentie) van benzodiazepinen is het aan te raden om per patiënt een aantal zaken bij te houden:

1. Welke patiënten zijn geselecteerd? (groslijst)
2. Wat is hun benzodiazepinegebruik? (op basis van uitgeschreven recepten)
3. Welke patiënten zijn geïnccludeerd? (aanschrijflijst)
4. Welke inzet is gedaan om patiënten te ondersteunen?
5. Wat is het gebruik na de interventie? (op basis van uitgeschreven recepten)

Tip

Wanneer dit kan worden bijgehouden in het patiëntensysteem is het goed om dat te gebruiken. Als dat te omslachtig is, kunnen bovenstaande gegevens ook apart worden bijgehouden in een spreadsheet. Een voorbeeld van zo'n spreadsheet is beschikbaar via [deze link](#).



9. Optioneel: evalueer

Het monitoren van het benzogebbruik en de inzet per patiënt is een goed hulpmiddel om het resultaat van de interventie te evalueren. Resultaten worden dan uitgedrukt in de gemiddelde hoeveelheid voorgeschreven benzodiazepinen voor alle aangeschreven patiënten. Maak daarbij een vergelijking tussen de voorgeschreven hoeveelheid aan het begin (vóór de stopbrief) en aan het einde van de project (negen maanden na de start). De ervaring leert dat het toepassen van de interventie ook andere effecten kan hebben dan alleen verminderen van benzogebbruik. Deze effecten kunnen worden meegewogen in de totale evaluatie van de inzet. Hieronder beschrijven we enkele van deze mogelijke effecten op enerzijds de relatie met patiënten en anderzijds op de samenwerking in de huisartsenpraktijk.

Patiëntencontact

Hoe is het contact met de patiënten verlopen? De ervaring leert dat sommige patiënten verontwaardigd reageren op de stopbrief. Hoe is hiermee omgegaan? Wat betekent dit voor de relatie met de patiënt met de huisartsenpraktijk? Wat doet dit met de vertrouwensband? Vergeet niet dat tegenover deze ervaringen ook positieve ervaringen kunnen staan. Sommige patiënten reageren juist positief op het contact dat de praktijk met hen zocht over hun benzogebbruik. Zij ervaren het als zorgzaam en verantwoordelijk.

Bewustwording medicatiegebruik

De uitvoering van een project om chronisch benzogebbruik onder patiënten te verminderen, kan ook een proces van bewustwording teweegbrengen. Verschillende POH-GGZ rapporteren dat zij zelf meer alert worden op medicijngebruik van hun patiënten. En ook de huisarts, afhankelijk hoe nauw deze is betrokken, kan zich meer bewust worden van diens voorschrijfbeleid.

Samenwerking in de praktijk

Door in de evaluatie aandacht te hebben voor de onderlinge samenwerking binnen de huisartsenpraktijk kan een goede afweging worden gemaakt of, en zo ja onder welke voorwaarden, het project kan worden herhaald. POH-GGZ hebben vaak een kleine aanstelling en zijn daarom niet altijd in de positie om een dergelijke project alleen te dragen. Samenwerken met collega's (huisarts, assistent, POH-SOM en praktijkmanager) is dan ook nodig. In de praktijk zien we voorbeelden van huisartsen en POH-GGZ die het

project samen aangaan en ook met elkaar overleggen over patiënten. We zien ook POH-GGZ die zich aan hun lot voelen overgelaten en geen steun ondervinden van de huisarts of praktijkmanager. Dat laatste is een zwakke basis voor herhaling van het project.

Praktijkbelasting

Het opzetten en uitvoeren van de interventie kost tijd. De deelnemende praktijken, op basis waarvan deze handreiking is geschreven, kregen een vergoeding (vacatiegeld) voor hun deelname aan het project. Het directe patiëntcontact wordt op reguliere wijze geregistreerd en vergoed. Extra tijd bestaat met name uit het maken van de selectie en versturen van de brieven. We horen twee geluiden over de extra inspanning die de interventie vergt. Enerzijds de vaststelling dat het tijd kost, maar dat de praktijkhouder het belangrijk vindt en de POH-GGZ het leuk vindt om te doen. Anderzijds zeggen sommige POH-GGZ dat een vergoeding de druk op de dagelijkse agenda niet weg neemt en dat het project, hoe dan ook, een extra werkbelasting vormt.

Bijlage 1: Stopbrief voor laaggeletterden

[praktijklogo]

[Naam]

[Adres]

[Postcode Woonplaats]

[Plaats, datum verzending]

Geachte mevrouw/meneer [naam]

U gebruikt al langere tijd [rustgevende middel] [naam benzo + mg].

Beter is het om deze pillen alleen voor korte tijd te gebruiken.

Ik raad u daarom aan het gebruik van [naam benzo] langzaam te verminderen.

Uiteindelijk is het beter om helemaal te stoppen.

Waarom minderen?

Het lichaam went aan de pillen. Daardoor werken ze na een tijdje veel minder goed.

De pillen hebben wel bijwerkingen. U heeft een grotere kans op ongelukken.

En uw geheugen werkt mogelijk minder goed.

Tijdelijk klachten

De pillen kunnen verslavend zijn. Dat betekent dat stoppen niet altijd makkelijk is.

U kunt tijdelijk last hebben van onrust, angst of slecht slapen.

Als u deze klachten krijgt, probeer dan toch vol te houden!

Want na een tijdje gaan ze vanzelf over.

Steeds een beetje minder

Stoppen is makkelijker als u steeds een klein beetje minder [naam benzo] neemt.

Bijvoorbeeld: de hele volgende week een kwart tablet minder.

De week daarna weer een kwart minder. Enzovoort.

Misschien lukt het na een tijdje wel om helemaal te stoppen!

Mensen die gestopt zijn zeggen vaak: "Ik voel me nu veel prettiger."

Afspraak

Wij hopen dat deze informatie u helpt om uw gebruik te verminderen.

Over ongeveer een maand nodig ik u uit voor een afspraak met [naam POH-GGZ].

We willen dan graag weten hoe het met u gaat.

Heeft u een vraag? Of heeft u hulp nodig om te stoppen? Bel dan met nummer [telefoonnummer praktijk].

Met vriendelijke groeten,

[naam huisarts]

[naam POH-GGZ]

Bijlage 2: Gesprekshulp nabellen (motiverende gespreksvoering)

Uitnodiging evaluatieconsult

'Dag, u spreekt met [naam/functie] van dokter [naam]. De dokter heeft u een tijdje geleden een brief gestuurd met de vraag bij [naam], onze POH-GGZ, een spreekuurafspraken te maken om te komen praten over het gebruik van slaap- of kalmeringsmiddelen. Ik bel u om na te gaan of u de brief heeft ontvangen en zo ja, dan voor u een afspraak voor het spreekuur te maken.

Reactie patiënt	Reactie
'Een brief? Ik heb geen brief ontvangen'	Oh, dat is goed om te weten. We gaan u de brief opnieuw sturen. Kopt het (email)adres nog?
'Ik heb eigenlijk geen behoefte aan zo'n gesprek, want ik wil niet minderen.'	U zegt dat u er voorlopig mee door wilt gaan. Dat respecteer ik. Mag ik u dan uitnodigen voor een gesprek om samen eens praten over waarom deze pillen zo belangrijk voor u zijn? Misschien is daar een oplossing voor.
of	Als de reden van voorschrijven bekend is: Mogelijk is er nog meer dat u aan uw [vul in] probleem kunt doen, want langzaam vermindert de werking van uw medicatie. Zou u daar eens met mij naar willen kijken?
'Ik wil niet minderen. Ik kan niet zonder die medicijnen.'	U zegt dat u niet zonder die medicijnen kunt. Dat respecteer ik. Mag ik u dan uitnodigen op het spreekuur om samen eens praten over waarom deze pillen belangrijk voor u zijn? Misschien is daar een oplossing voor.
of	Mag ik u dan uitnodigen op het spreekuur, om samen eens te kijken of alle mogelijkheden om uw klachten te verhelpen goed ingezet zijn?
'Ik heb het al eens eerder geprobeerd, maar het lukt me toch niet.'	Oh, dat is vervelend voor u. Vindt u het goed om samen eens te onderzoeken waarom het niet is gelukt? Ik wil u daarvoor graag uitnodigen op het spreekuur.
'Ik ben al gehalveerd in gebruik/ik ben al gestopt, ik vind dat ik al heel wat gedaan heb, ik voel me fitter etc.'	Mooi zeg, aan welke dingen merkt u dat u zich beter voelt? Ik zou het op prijs zou stellen uw ervaringen eens persoonlijk te horen, hoe u dat heeft aangepakt.
'Ik wil wel, maar niet nu, later. Ik heb het veel te druk (gespannen) etc.'	Oh, wat vervelend voor u. Mag ik u uitnodigen op het spreekuur om te kijken hoe die drukte/spanning kunnen verminderen, en hoe u daar goed mee om kunt gaan?
of	Mag ik u dan over twee maanden nog eens bellen, om te kijken hoe het dan gaat?

Bijlage 3: Geraadpleegde bronnen

Barendregt, C., De Wit, N., Van Straaten, B., & Rodenburg, G. (2017). *Motiverend aan de slag met benzoreductie: Een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie ter vermindering van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk*. Onderzoeksinstituut IVO. Van <https://ivo.nl/wp-content/uploads/2018/12/2017-04-Motiverend-aan-de-slag-met-benzoreductie-1.pdf>.

Johnson, J., & Strelzer, B. (2013). Risks associated with long-term benzodiazepine use. *American Family Physician*, 88(4), 224-225.

Kor, R. (2008). *Werken aan projecten: Aandacht voor mens en methode*. Kluwer.

Luijendijk, H.J., Tiemeier, H., Hofman, A., Heeringa, J., & Stricker, B.H.Ch. (2007). Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: A longitudinal study. *British Journal of Clinical Pharmacology*: 65(4), 593-599. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.03060.x>

Nagelhout, G.E., Verhagen, D., Loos, V., & De Vries, H. (2018). Belangrijke randvoorwaarden bij de ontwikkeling van leefstijlinterventies voor mensen met een lage sociaaleconomische status. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen*, 96, 37-45. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0101-x>

Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., & Ahmed, S. (2014). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(6), 890-898. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.949>

Verbeek, I., & Klip, E. (2015). *Slapeloosheid*. Boom Uitgevers Amsterdam.