

# Stoppen met benzo's

Voorstellen om verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen terug te dringen.



 **ChristenUnie**

ChristenUnie Notitie 2008

Kamerlid Esmé Wiegman en beleidsmedewerker Josine Wiskerke

---

## **Inhoudsopgave**

Concrete voorstellen en aanbevelingen	pag. 3
Feiten en Cijfers	pag. 4
Benzodiazepinen: werking en bijwerkingen	pag. 5
Achtergrondbeleid	pag. 5
Ontwikkelingen tot nu toe	pag. 5
Maatregelen en actie gewenst!	pag. 7

## Inleiding

Bij de behandeling van het pakketadvies is besloten slaap- en kalmeringsmiddelen uit het pakket te halen. Als een van de redenen werd en passant het verslavingsrisico en –probleem genoemd. Het verslavingsprobleem los je echter niet op door enkel middelen te schrappen uit het pakket! Er zal meer moeten gebeuren, is de overtuiging van de ChristenUnie. Zeker ook als je beseft dat het probleem van medicijnverslaving zich met name onder (kwetsbare) ouderen manifesteert. Betere zorg in plaats van bezuiniging is ons motto!

Daarom stelt de ChristenUnie de volgende maatregelen voor:

1. Beperk instroom van onderaf: minder voorschrijven, lagere doseringen voorschrijven, kiezen voor alternatieven. Gebruik van richtlijnen via FTO (FarmacoTherapeutisch Overleg)-groepen opfrissen. FTO bijeenkomsten zijn erop gericht de kwaliteit bij het voorschrijven en afleveren van medicijnen in de praktijk te verbeteren.
2. VWS voert in 2009 een goede publieksgerichte voorlichtingscampagne uit om de gevaren van langdurig gebruik van slaapmiddelen, met name bij ouderen, onder de aandacht van de bevolking te brengen.
3. Zoek naar mogelijkheden in de eerstelijnszorg met de huisarts als regisseur en voorschrijver, om bijvoorbeeld door uitbreiding van praktijkondersteuning uitvoering te geven aan afkickprogramma's van slaap- en kalmeringsmiddelen (vgl behandeling en begeleiding bij andere chronische ziektes, zoals diabetes en copd)
4. Start/intensiveer *benzo-afbouwprogramma's*, op eenzelfde manier als dat valpreventie en decubitus bijzondere aandacht krijgen.
5. Start slaapeducatie, bijvoorbeeld via consultatiebureaus voor ouderen, of door de inzet van de thuiszorg of door praktijkverpleegkundigen/praktijkondersteuners in de 1<sup>e</sup> lijn, dicht bij de voorschrijver.
6. Versterk sociale verbanden en voorkom eenzaamheid omdat dit de kwetsbaarheid van burgers, met name ouderen, versterkt. Laat dit een belangrijk thema zijn in de WMO en het gemeentelijke welzijnsbeleid onder ouderen, om in samenhang met de 1<sup>e</sup> lijn wijkgerichte initiatieven voor ouderen op te zetten.
7. Zorgverzekeraars dragen zorg voor een stimuleringsmodule richting huisartsen om het voorschrijven van benzodiazepinen te ontmoedigen, zeker bij ouderen. Ook is het goed dat de preferente zorgverzekeraars benchmark getallen aan huisartsen overhandigen om te laten zien waar een huisarts qua voorschrijfgedrag met benzodiazepinen staat ten opzichte van zijn collega's.

## 1) Feiten en cijfers

Bijna een half miljoen mensen in Nederland nemen dagelijks slaap- of kalmeringsmiddelen, de zogenaamde benzodiazepinen. Vooral vrouwen zijn grote consumenten. Een op de zes à zeven vrouwen gebruikt slaap- of kalmeringsmiddelen. Hun gebruik ligt tweemaal zo hoog als bij mannen en ze slikken de pillen ook aanzienlijk langer. Gemiddeld gebruikt men twaalf tot twintig jaar. Dat komt onder andere omdat vrouwen vaker en eerder met psychosociale problemen op het spreekuur van de huisarts komen, met als behandeling ondermeer een slaap- of kalmeringsmiddel.

De pillen helpen om het leven inclusief de problemen vol te houden. Toch wordt uitdrukkelijk aangeraden ze niet langer dan twee, en maximaal zes, weken te gebruiken. De benzodiazepinen (Diazepam, oxazepam (seroxat= antidepressivum met ook angstwerende kwaliteiten)) en barbituraten (worden niet of nauwelijks meer voorgeschreven), die in kalmerings- en slaapmiddelen zitten, werken sterk verslavend. Het lichaam heeft er steeds meer van nodig om hetzelfde effect te bereiken. Bij benzodiazepinen treedt dat effect al snel op. Mensen zijn vaak afhankelijk geworden van benzodiazepinen vanuit het verlangen naar georganiseerde rust in een overvol programma. De afhankelijkheid is zowel psychisch als

lichamelijk. Jaren kunnen voorbij gaan in een geruststellende, versuffende mist. Zonder vervelende gevoelens, maar ook zonder kleur. Er treedt vervlakking van het gevoel op, mensen die jarenlang benzodiazepinen hebben geslikt neigen naar depressiviteit.

Elk jaar sterven bijna 200 mensen door een ongeval dat te wijten is aan de invloed van tranquillizers, terwijl 20.000 anderen gewond raken. Het middel verergert de kwaal bij chronisch gebruik en veroorzaakt zelf weer klachten zoals angst, spanning en slapeloosheid. Stoppen na langdurig gebruik kan heftige onthoudingsverschijnselen geven, wat vaak aanleiding is om weer te gaan slikken.

## 2) Benzodiazepinen: werking en bijwerkingen

De huisarts kan een recept uitschrijven: een slaapmiddel voor één of twee weken, of een kalmeringsmiddel voor vier weken om onrust, angst of slaapproblemen tegen te gaan en lichamelijk herstel te bevorderen. Bijna alle slaap- en kalmeringsmiddelen zijn zogenoemde *benzodiazepinen*. Ze lossen de oorzaak van slaapklachten of nervositeit niet op, maar kunnen zeker een tijdelijk hulpmiddel zijn.

De meest voorgeschreven *benzodiazepinen*:

<b>Stofnaam</b>	<b>Merksnaam</b>
<i>diazepam</i>	Stesolid/Valium
<i>flunitrazepam</i>	Rohypnol
<i>lorazepam</i>	Temesta
<i>lormetazepam</i>	Loramet/Noctamid
<i>nitrazepam</i>	Mogadon
<i>oxazepam</i>	Seresta
<i>temazepam</i>	Normison/Normitab
<i>zolpidem</i>	Stilnoct
<i>zopiclon</i>	Imovane

De *benzodiazepinen* verschillen onderling. Of ze slaapverwekkend of kalmerend werken, hangt af van de dosis en de werkingsduur. Een slaapmiddel kan kort (temazepam, midazolam) en lang (nitrazepam bijvoorbeeld) werken. Een kalmerend middel kan kort (oxazepam) maar ook lang (diazepam) werken. Een *benzodiazepine* ontspant ook de spieren en onderdrukt gevoelens van angst en verdriet.

De werking van een *benzodiazepine* neemt na een week of twee af doordat het lichaam eraan went. Het effect wordt dus minder. Wie een *benzodiazepine* langer dan twee maanden gebruikt, is eraan verslaafd. En heeft er dan een probleem bij.

*Benzodiazepinen* kunnen vrij veel bijwerkingen en nadelen hebben. De belangrijkste zijn:

- Kans op verslaving; dit is een groot nadeel, want afkicken is moeilijk.
- Sufheid overdag, moeheid, vergeetachtigheid.
- Onderdrukking van gevoelens. Niet alleen verdriet en angst, maar op den duur ook positieve gevoelens als liefde, vreugde en genot.
- Invloed op het reactievermogen. Dit betekent: oppassen met autorijden of het bedienen van machines. Eventuele sufheid gaat na verloop van tijd wel over, maar dat is bedrieglijk. Het reactievermogen blijft verminderd!
- Versterking van het effect van alcohol. Na één drankje kun je al stevig 'onder invloed' zijn. Het reactievermogen kan dan dus nog verder afnemen.

- Spierzwakte; de keerzijde van de spierontspannende werking van *benzodiazepinen*. Je kunt makkelijker vallen. De kans op ongelukken is groter.

Vooraf bij ouderen brengt het gebruik van benzodiazepinen door bovengenoemde nadelen en bijwerkingen extra risico's met zich mee, zoals een verhoogde kans (40-60%) op heupfracturen als gevolg van valpartijen.

Benzodiazepinen gaan niet samen met zwangerschap en borstvoeding. Bij borstvoeding komt een belangrijk deel van de werkzame stof in de moedermelk terecht.

### **3) Achtergrondbeleid**

Medicijnverslaving is een erkend probleem. In verreweg de meeste gevallen gaat het om verslaving aan zogeheten benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen). De verslavingsproblematiek doet zich ook bij opiaten voor, maar is hier aanmerkelijk minder groot.

Uit het CVZ advies (2008) over de vergoeding van benzodiazepinen (p. 4):

*“Jaarlijks ontvangt één op de tien volwassenen ten minste één recept voor benzodiazepinen. In de meeste gevallen worden deze middelen toegepast conform de geldende behandelrichtlijnen. Dit betekent dat er slechts een klein percentage (ongeveer 10%) patiënten is, dat deze middelen gebruikt terwijl de richtlijnen dit afraden. Procentueel valt dat mee, maar gezien het grote aantal starters (ruim 500.000) blijkt dat jaarlijks ongeveer 50.000 patiënten ongewenst chronisch gebruiker worden. Uit de analyses van het GIP is gebleken dat van de in totaal bijna 2 miljoen gebruikers ongeveer een derde benzodiazepinen (ongewenst) chronisch gebruikt. Overigens merkt het CVZ ook op dat ongeveer driekwart van alle recepten voor benzodiazepinen is toe te schrijven aan deze groep (ongewenst) chronische gebruikers.”*

Dit grootschalig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is om verschillende redenen onwenselijk: vanuit therapeutisch oogpunt, omdat de benzodiazepinen de oorzaken van de klachten niet verhelpen, snel tot gewenning en afhankelijkheid leiden (verslaving) en veel bijwerkingen hebben. Vanuit financieel oogpunt, omdat aan het gebruik van benzodiazepinen aanmerkelijke (maatschappelijke) kosten verbonden zijn.

Als het om financiën gaat, zal wel rekening gehouden moeten worden met substitutie van middelen. Wat als bezuiniging bedoeld is, zou in de praktijk wel eens duurder kunnen uitpakken. Substitutie van middelen wil de ChristenUnie niet als negatief verschijnsel afwijzen. Als het voorschrijven van substituerende natuurlijke middelen en bijvoorbeeld lichte antidepressiva de zorg aan een patiënt ten goede komen, zal de arts dat zeker moeten (blijven) doen. Verder is het gevaar groot dat in ruil voor een kortwerkend slaapmiddel een kortwerkend kalmerend middel uit de groep van benzodiazepinen zal worden voorgeschreven.

### **4) Ontwikkelingen tot nu toe**

Er is op beleidsmatig niveau al enige tijd aandacht voor het probleem van 'benzo-verslaving'. In 1998 heeft de RVZ een rapport uitgebracht: 'Naar een doelmatig gebruik van benzodiazepines'. In dit rapport wordt (naast een aantal andere aanbevelingen) reeds in voorzichtige bewoordingen voorgesteld om slaap- en kalmeringsmiddelen uit het verzekerde pakket te halen.

Op advies van het CVZ heeft minister Klink besloten om slaap- en kalmeringsmiddelen per 1 januari 2009 daadwerkelijk uit het basispakket te halen, met uitzondering van de toepassing

bij een aantal specifieke indicaties, waaronder palliatieve sedatie bij terminale zorg.<sup>1</sup> Het terugdringen en voorkomen van chronisch gebruik en de verslavende werking werden daarbij expliciet als doelstelling aangemerkt. De pakketmaatregel werd verantwoord geacht, omdat de kosten van benzodiazepinen laag zijn en daarom best door de patiënten zelf kunnen worden betaald.

Dit roept wel de vraag op of het gewenste gedragseffect op deze wijze zal worden bereikt. Bovendien is voor een effectieve aanpak van dit probleem niet alleen een gedragswijziging van de patiënt nodig, maar moet ook het voorschrijfgedrag van de huisarts veranderen. Hetzelfde geldt voor de wijze waarop in ziekenhuizen en verzorgings- en verpleeghuizen met de verstrekking van benzodiazepinen wordt omgegaan.

- Huisarts:

De huisarts speelt een belangrijke rol bij het verstrekken van benzodiazepinen. Enkele jaren geleden bleek uit onderzoek dat driekwart van de patiënten die voor het eerst met klachten over slaapproblemen bij de huisarts komt een slaapmiddel voorgeschreven krijgt. Dit varieert overigens wel sterk per huisartsenpraktijk. Uiteindelijk (na vervolconsulten) krijgen vrijwel alle patiënten (96%) een slaapmiddel voorgeschreven - de huisarts als dealer.

- Ziekenhuizen:

Veel ziekenhuizen kennen nog grote aantallen 4 tot 8-persoons kamers. De onrust die dat met zich meebrengt, legt een druk op het verstrekken van slaapmiddelen. Waar voor veel mensen een ziekenhuisopname slechts een korte periode betreft, liggen ouderen die te kampen hebben met verschillende aandoeningen vaak voor een langere periode ter observatie en voor behandeling in het ziekenhuis. Als gedurende deze periode regelmatig/voortdurend benzodiazepinen worden verstrekt, kan bij ziekenhuisontslag zomaar sprake zijn van verslaving, waar vervolgens een huisarts of verpleeghuisarts mee geconfronteerd wordt.

- Verzorgings- en verpleeghuizen:

Veel ouderen komen met een poly-farmacie probleem in verzorgings- en verpleeghuizen terecht. Het is voor ouderen erg lastig 'af te kicken' van benzodiazepinen. De klachten die destijds de reden vormden om tot gebruik van benzodiazepinen over te gaan kunnen drie keer zo erg terugkeren.

De 'psychologie' achter het voorschrijven en verwachtingspatronen:

Bij ouderen komt het aan op een goede diagnose: meer inzicht in de oorzaak van het slaapprobleem. Ook de vraag: 'Hoe erg is het als iemand 's nachts niet slaapt' moet aan de orde komen. De cultuur onder zorgverleners in instellingen is over het algemeen: iedereen dient 's nachts te slapen. Er zal breder geaccepteerd moeten worden dat slaappatronen op latere leeftijd kunnen veranderen, mede onder invloed van dementie en de middagdutjes overdag in de stoel. Duidelijk is dat activering overdag een belangrijke bijdrage kan leveren aan een goede nachtrust.

Het verwachtingspatroon van zorgvragers richting huisarts speelt vaak ook mee. Op het moment dat je niet met een recept de spreekkamer verlaat, is het bezoek nog niet zinloos geweest en betekent het nog niet dat je (slaap)problemen niet serieus zijn genomen.

Er is dus een veel bredere aanpak noodzakelijk, die zich uitstrekt van preventie tot verslavingszorg!

---

<sup>1</sup> Naast palliatieve sedatie bij terminale zorg blijft vergoeding van benzodiazepinen ongewijzigd bij epilepsie, bij sommige ernstige vormen van angststoornissen en bij meervoudige psychiatrische problematiek.

## 5) Maatregelen en actie gewenst!

Er is in het verleden al een aantal maatregelen genomen om verkeerd gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen tegen te gaan. Risico's zijn al voor een deel afgedekt door de maatregelen die in het kader van de geneesmiddelenwet zijn genomen: 'in iedere tent een vent' en opname in de UR-categorie (uitsluitend op recept). Dit betekent dat de apotheek de verstrekking mag verzorgen, maar dat de controle bij de huisarts ligt.

Wat is er naast de aangekondigde pakketmaatregel en de maatregelen in het kader van de geneesmiddelenwet nog meer mogelijk? Een aantal denkrichtingen:

In hoeverre worden eisen gesteld aan het voorschrijfgedrag? Voor huisartsen geldt de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) standaard nr 23 'slaapproblemen en slaapmiddelen' van oktober 2005 met voorlichting over wat een slaapstoring is, niet-medicamenteuze adviezen, en een restrictief beleid bij medicatie. Daarnaast worden adviezen voor de aanpak van chronisch slaapmiddelengebruik vermeld. Verder geldt voor huisartsen bij angststoornissen NHG standaard nr 62. Ook daarbij ligt de nadruk weer op niet-medicamenteuze behandeling. Bij medicamenteuze behandeling wordt maximaal 4 weken benzodiazepinen geadviseerd. Indien medicatie naast gesprekken nodig is, wordt specifiek op angstklachten werkende medicatie geadviseerd als SSRI's (Selectieve Serotonine Re-uptake Remmer, bijvoorbeeld paroxetine=Seroxat) of TCA's (tricyclische antidepressiva, bijvoorbeeld clomipramine= Anafranil).

Medicijnverslaving zou onderdeel moeten uitmaken van de eerstelijnszorg, het preventiebeleid en het geneesmiddelenbeleid. Bij preventie dient te worden ingezet op goede voorlichting (door huisarts en apotheker), het behandelen van somatische of psychiatrische oorzaken en niet-medicamenteuze alternatieven.

Daarnaast is er voor arts en apotheker een rol weggelegd bij vroegsignalering van chronisch gebruik en het bewaken van het consumptiepatroon (herhaalrecepten, dosering). Er moet zorgvuldig omgegaan worden met het uitschrijven van herhaalrecepten. Het is belangrijk dat de arts hier daadwerkelijk bij betrokken is en dat dit niet als 'routineklus' aan een assistent wordt overgelaten.

Op alle verpakkingen waarin benzodiazepinen afgegeven worden staat dat ze gevaarlijk zijn bij gelijktijdig gebruik en deelname aan het verkeer. De middelen werken spier- en aandacht verslappend. Veel blikshade is terug te voeren op kalmerings- en slaapmiddelengebruik. Goede en duidelijke verpakkingsinformatie blijft noodzakelijk!

Ook de inrichting van het zorgstelsel als geheel speelt een rol, met name de administratieve lasten: voorkom(-) dat artsen door tijdsdruk te gemakkelijk medicijnen gaan voorschrijven of nalaten het consumptiepatroon te bewaken.