

1-6-2019

Ik BenZo?

Kwantitatief beschrijvend onderzoek naar de prevalentie en duur van chronisch benzodiazepinegebruik bij de klinisch opgenomen oudere zorgvrager in de specialistische GGZ (S-GGZ)

Auteur:	Denise de Reus
Leergang:	VS17B
Opleiding:	Utrecht: VS GGZ
Module:	WKenO
Versie:	1.0
Onderzoeksbegeleider:	G. Verhaegh
Opleidingsinstelling:	Mondriaan

Samenvatting

Achtergrond: Chronisch benzodiazepinegebruik kan bij de oudere zorgvrager gezondheidsrisico's veroorzaken. Benzodiazepines dienen enkel kort te worden voorgeschreven en er is nauwelijks een behandelindicatie voor chronisch gebruik. Toch is de prevalentie van chronisch benzodiazepinegebruik binnen de algemene oudere bevolking hoog, waarbij er sprake is van jarenlang gebruik. Er zijn geen onderzoeksgegevens aangetroffen over de omvang en duur van chronisch benzodiazepinegebruik bij de klinisch opgenomen oudere zorgvrager binnen de S-GGZ in Nederland.

Doel: Inzicht verkrijgen in de prevalentie en duur van chronisch benzodiazepinegebruik bij klinisch opgenomen oudere zorgvragers in de S-GGZ van Mondriaan Ouderen.

Methode: Het betreft een cross-sectioneel onderzoek waarbij door middel van deskresearch gegevens retrospectief werden verzameld. Middels een selecte gelegenhedensteekproef zijn 130 opgenomen zorgvragers van Mondriaan Ouderen benaderd voor deelname, resulterend in 52 respondenten.

Resultaten: De puntprevalentie van chronisch benzodiazepinegebruik bedraagt 53,85% met een gemiddelde gebruikersduur van 2,47 jaar. Hiernaast gebruikt 26,92% dagelijks benzodiazepine(s) in niet-chronische vorm. Deze groep wordt gezien als potentiële chronische benzodiazepinegebruikers.

Conclusie: Dit onderzoek geeft een goede indicatie van de omvang van chronisch benzodiazepinegebruik bij de klinisch opgenomen oudere zorgvrager binnen Mondriaan. Het is aan te bevelen om benzodiazepinereductie een vaste plaats te geven binnen behandelbeleid. Tevens is vervolgonderzoek naar oorzaken en verbanden wenselijk teneinde de gezondheid te bevorderen.

Inleiding

Benzodiazepines zijn geneesmiddelen waarvan de belangrijkste effecten sedatie, slaapinductie, anxiolyse, spierverslapping en het terugdringen van convulsies zijn (Gorgels et al., 2001). Benzodiazepines kunnen naast heilzaam werken ook gezondheidsrisico's veroorzaken. Ouderen blijken extra gevoelig te zijn voor de schadelijke effecten van benzodiazepines door een veranderde fysiologie en door multimorbiditeit (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012; Van der Mast et al., 2016). Verschillende studies tonen aan dat (langdurig) benzodiazepinegebruik bij ouderen onder andere kan leiden tot vermindering van de cognitieve functies, een verhoogd risico op valincidenten en psychische en/of lichamelijke afhankelijkheid van het middel (Gorgels et al., 2001; Stewart, 2005; Zitman, Oude Voshaar, & Kan, 2006). De afhankelijkheid kenmerkt zich door een sterk verlangen naar benzodiazepines en het ontstaan van ontwenningssymptomen bij het staken van inname. Afhankelijkheid gaat in veel gevallen gepaard met een verlies van de autonomie: mensen durven vaak zonder medicijnen de deur niet meer uit, schamen zich, bewegen minder en kunnen onverschilliger worden (GGZ Standaarden, 2017; Ten Broeke, 2007). Al na twee weken benzodiazepinegebruik kan er tolerantie en psychische/lichamelijke afhankelijkheid optreden (Tactive, z.d.). Er wordt gesproken van 'chronisch benzodiazepinegebruik' indien benzodiazepine(s) drie maanden of langer dagelijks wordt/worden ingenomen (Hovens & Vink, 2003). Voor chronisch gebruik is nauwelijks een behandelindicatie (Gorgels et al., 2001). Aanbevelingen voor benzodiazepinegebruik suggereren een behandeling voor de duur van enkele weken (Neutel, 2009). Een buitenlandse richtlijn raadt zelfs aan om benzodiazepines boven de leeftijd van 60 jaar volledig te mijden omdat de risico's mogelijk niet opwegen tegen de voordelen (Maudsley, 2012; GGZ Standaarden, 2017). Desondanks ligt de gemiddelde duur van benzodiazepinegebruik volgens Wiegman en Wiskerke (2008) tussen twaalf en twintig jaar. De prevalentie van benzodiazepinegebruik in Europa wordt geschat op 2-3% van de bevolking (Zitman, Oude Voshaar, & Kan, 2006). In 2016 werd door de Stichting Farmaceutische Kerngetallen gepubliceerd dat er in Nederland 1,7 miljoen benzodiazepinegebruikers zijn. De prevalentie van benzodiazepinegebruik bij ouderen is groot en wordt geschat op 10-30% (Van der Mast et al., 2016). Maric et al. (2017) onderzochten bij negen

psychiatrische ziekenhuizen in Zuidoost-Europa de prevalentie van benzodiazepinegebruik bij het ontslag van (volwassen) patiënten (N=1047). Zij toonden aan dat 81,9% van de patiënten benzodiazepines kreeg voorgeschreven. Over de omvang van het benzodiazepinegebruik bij oudere zorgvragers onder behandeling in de specialistische GGZ (S-GGZ) in Nederland is weinig bekend (Gorgels et al., 2001). Er zijn wetenschappelijk bewezen interventies om chronisch benzodiazepinegebruik te reduceren. Deze bestaan uit het geven van patiëntenvoorlichting, stapsgewijze dosisreductie en het toevoegen van patiëntspecifieke waarschuwingen voor artsen in het voorschrijfsysteem (Salonoja, Salminen, Aarnio, Vahlberg, & Kivelä, 2010; Tamblyn et al., 2012; Tannenbaum, Martin, Tamblyn, Benedetti, & Ahmed, 2014; Vicens et al., 2006; Vicens et al., 2014). Onderzoek toont echter ook aan dat benzodiazepinegebruikers door ontmoediging van de arts/apotheker besluiten om hun (chronische) benzodiazepinegebruik niet te reduceren (Tannenbaum et al., 2014). Tevens bestaat er een overtuiging dat de voordelen van benzodiazepinegebruik de mogelijke gezondheidsrisico's overstijgen (Tamblyn et al., 2012).

Probleemstelling

Er wordt in verschillende studies geconstateerd dat er, met name bij de doelgroep ouderen, gezondheidsrisico's ontstaan vanwege chronisch benzodiazepinegebruik. Binnen de algemene bevolking is de prevalentie van benzodiazepinegebruik bij ouderen groot. Onderzoeksgegevens over de omvang van chronisch benzodiazepinegebruik bij de oudere klinisch opgenomen zorgvragers in Nederland zijn niet aangetroffen.

Mondriaan Ouderen in Zuid-Limburg behandelt mensen met psychische, psychiatrische dan wel gedragsproblemen van 60 jaar en ouder. Het komt voor dat ook patiënten jonger dan 60 jaar worden behandeld, omdat de kliniek beschikt over specifieke kennis over en ervaring met bepaalde problematiek. Ook binnen Mondriaan Ouderen is het onduidelijk hoeveel klinisch opgenomen patiënten chronisch benzodiazepine(s) gebruiken en wat de duur van dit benzodiazepinegebruik is. Hierdoor is het onbekend of patiënten (onnodig) gezondheidsrisico's lopen.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in de omvang en duur van chronisch

benzodiazepinegebruik bij oudere zorgvragers die klinisch opgenomen zijn bij Mondriaan Ouderen. Om binnen het behandelbeleid benzodiazepinereductie te indiceren en over te gaan op het inzetten van (wetenschappelijk bewezen) effectieve interventies teneinde de gezondheid te bevorderen, is het van belang dat de leemte aan kennis over de omvang en de duur van benzodiazepinegebruik binnen deze populatie wordt opgevuld.

Vraagstelling

Wat is de omvang van chronisch benzodiazepinegebruik bij de klinisch opgenomen oudere zorgvrager binnen Mondriaan Ouderen en wat is er bekend over de duur van hun chronisch benzodiazepinegebruik?

Onderzoeksdesign

Het onderzoek heeft een cross-sectioneel onderzoeksdesign. Bij kwantitatief onderzoek worden grote hoeveelheden data verzameld en geanalyseerd met als doel over de onderzoekspopulatie algemeen geldende uitspraken te doen (EM Onderzoek, 2019). Door middel van deskresearch worden feitelijke gegevens retrospectief verzameld ter beantwoording van de onderzoeksvraag. De onderzoeker gebruikt patiëntendossiers als waarnemingsinstrument en is erop gericht om de werkelijkheid in kaart te brengen en beschrijvend weer te geven. Het betreft een cross-sectioneel onderzoek omdat er op één specifiek moment een 'snapshot' (momentopname) wordt gemaakt (Baarda et al., 2012; Polit & Beck, 2012; Van der Bijl, 2012).

Onderzoeksveld

Het onderzoek werd uitgevoerd binnen de organisatie Mondriaan. De doelpopulatie, oftewel de groep die de onderzoeker wenste te bestuderen (Baarda et al., 2012), betrof de klinisch opgenomen oudere zorgvragers binnen de kliniek van Mondriaan Ouderen, genaamd Wijerode. Deze kliniek heeft een opnamecapaciteit van 139 klinische bedden, verdeeld over zeven afdelingen (vijf behandelafdelingen en twee opnameafdelingen die zich speciaal richten op diagnostiek en kortdurende behandeling). Werving van respondenten vond plaats via de unitmanagers.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betrof alle klinisch opgenomen zorgvragers van Mondriaan Ouderen die bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek.

Inclusiecriteria:

- patiënten vanaf 55 jaar.

Exclusiecriteria:

- patiënten die geen actieve behandeling ontvingen (betroft tijdelijke opnames van externe organisaties ter ontlasting).

Steekproef

De administratieve bezetting van de kliniek bedroeg 133 klinisch opgenomen ouderen (steekproefkader). Het betrof een selecte gelegenheidssteekproef, omdat de selectie van respondenten niet willekeurig was. Alle respondenten hadden iets gemeenschappelijks: ze waren op dezelfde plek binnen een bepaald tijdsbestek (Baarda et al., 2012). De steekproef bestond uit alle opgenomen ouderen die na toepassing van de in- en exclusiecriteria overbleven (n=130). Een powerberekening voor de vereiste steekproefgrootte kwam, bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%, uit op 124 te includeren respondenten (CheckMarket, z.d.). De unitmanagers benaderden alle 130 patiënten en/of hun wettelijke vertegenwoordigers individueel voor mondelinge en schriftelijke uitleg over het onderzoek. Indien patiënten akkoord gingen met deelname aan het onderzoek, werd getekend voor informed consent. Het dossieronderzoek werd gestart nadat de onderzoeker het getekende informed consent had ontvangen.

Operationalisering van variabelen en begrippen

Operationaliseren wordt gedefinieerd als “de manier waarop de kenmerken bij de onderzoekseenheden worden gemeten”, ofwel “de manier waarop gegevens worden gemeten” (Van der Zee, 2017). In Tabel 1 worden de variabelen en eenheden weergegeven. Vervolgens worden de begrippen ‘oudere’, ‘benzodiazepines’ en ‘chronisch benzodiazepinegebruik’ nader toegelicht.

Tabel 1: Variabele, eenheid en meetniveau

Variabele	Eenheid	Meetniveau
Geslacht	Man Vrouw	Nominaal
Leeftijd	Jaren	Ratio
Oponameduur	Dagen Jaren	Ratio
Benzodiazepinegebruik	Ja Nee	Nominaal
Dagelijks benzodiazepinegebruik	Ja Nee Zo nodig	Nominaal
Soort(en) Benzodiazepine(s)	19 soorten benzodiazepine(s) zie Tabel 2	Nominaal
Duur benzodiazepinegebruik	Dagen Jaren	Ratio
Chronisch benzodiazepinegebruik ≥3 maanden	Ja Nee	Nominaal

Oudere:

De kalenderleeftijd bij het begrip oudere(n) wordt in de literatuur verschillend omschreven (Van Dale, 2018; CSV, 2009). Om het begrip 'oudere' te operationaliseren heeft de onderzoeker het begrip 'oudere' gedefinieerd als 'een persoon van 55 jaar of ouder'.

Benzodiazepines:

Benzodiazepines zijn psychotrope middelen (horende tot GABA-agonisten) en worden ook wel minor tranquillizers genoemd. Tijdens de dataverzameling werden de patiëntendossiers gescreend op het gebruik van benzodiazepines. In Tabel 2 zijn de verschillende benzodiazepines (stofnamen) weergegeven.

Tabel 2: Overzicht benzodiazepines, Van Ojik, Jansen, Brouwers, & Van Roon (2011)

Alprazolam	Flurazepam	Midazolam	Prazepam	Oxazepam
Loprazolam	Clobazam	Flunitrazepam	Zolpidem	Diazepam
Zopiclon	Brotizolam	Temazepam	Clorazepinezuur	Nitrazepam
Bromazepam	Chloordiazepoxide	Lormetazepam	Lorazepam	

Chronisch benzodiazepinegebruik:

Het ≥ 3 maanden onafgebroken gebruiken van benzodiazepines vanwege lichamelijke en/of psychologische drang (ter vermijding van vervelende onthoudingseffecten en/of het ervaren van positief psychisch effect (Hovens & Vink, 2003; Tactive, z.d.).)

Dataverzameling

De methode van dataverzameling bestaat uit het gebruikmaken van bestaande informatie ('deskresearch'). Bij deskresearch wordt gestructureerd gewerkt (Baarda et al., 2012; Polit & Beck, 2012). De data zijn verzameld uit de interne elektronische patiëntendossiers van Mondriaan Ouderen, waardoor de respondenten op minimale wijze werden belast. De deelnemers (en/of hun wettelijk vertegenwoordigers) zijn enkel onderworpen aan mondelinge en schriftelijke informatie. Indien men bereid was tot deelname werd gevraagd te tekenen voor 'informed consent', waarna de onderzoeker startte met de dataverzameling. Hierbij werden het geslacht, de leeftijd en de opnameduur in kaart gebracht. Vervolgens werd in het Elektronisch Medicatie Systeem (EMS) bekeken of er sprake was van benzodiazepinegebruik en welke soort(en) benzodiazepine(s) werd(en) voorgeschreven. Daarnaast werd om de (chronische) duur van het gebruik te bepalen gescreend op het aantal aaneengesloten dagen van dagelijkse inname, ongeacht mogelijke wisselingen in benzodiazepinereceptuur.

Data-analyse

Op de verzamelde data is beschrijvende statistiek toegepast. De frequentie- en spreidingsmaten zijn berekend voor alle verzamelde variabelen. Afhankelijk van het meetniveau zijn dat gemiddelde, range en standaarddeviatie (Pallant, 2013; Polit & Beck, 2012). Er is gezocht naar puntprevalentie: het percentage chronische benzodiazepinegebruikers bij de klinisch opgenomen oudere zorgvragers in de S-GGZ. Bij het bepalen van de duur van het benzodiazepinegebruik is uitgegaan van 365 dagen per jaar ('schrikeldagen' niet meegenomen). De data zijn ingevoerd in het programma Excel uit het Office-kantoorpakket van Microsoft. Excel kent een scala aan functionaliteit rondom het analyseren van data (Excellent, 2017).

Methodologische kwaliteit

Om de kwaliteit van dit onderzoek te verantwoorden, is gekozen voor het best passende onderzoeksdesign om de vraagstelling te beantwoorden. Middels een kwantitatief beschrijvend onderzoeksdesign werden door deskresearch feitelijke gegevens verzameld (Baarda et al., 2012; Polit & Beck, 2012). Gestreefd is om het aantal vastgestelde respondenten vanuit de poweranalyse te bereiken om zodoende een hoge mate van betrouwbaarheid te bereiken (betrouwbaarheidspercentage van 95%). Het gebruikmaken van bestaande informatie, zonder dat er invloed werd uitgeoefend op de data (non-reactiviteit), verhoogde de externe betrouwbaarheid: herhaling van het onderzoek (door bijvoorbeeld een andere onderzoeker) zal dezelfde uitkomsten opleveren. De interne validiteit is vergroot door een passend waarnemingsinstrument te gebruiken: de (interne) patiëntendossiers. Een mogelijk optredende informatiebias bij deskresearch is het ontbreken van relevante informatie in de bestudeerde dossiers (Pilot & Beck, 2012). Het voorschrijven van medicatie vindt plaats aan de hand van het EMS, waardoor de volledigheid van informatie een hoge betrouwbaarheidsfactor kent. Om het risico op selectiebias te verkleinen is iedereen uit de onderzoekspopulatie die voldeed aan de gestelde inclusiecriteria uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Over de omvang van chronisch benzodiazepinegebruik bij oudere zorgvragers onder behandeling in de S-GGZ in Nederland is weinig bekend (Gorgels et al., 2001). Dit belemmert de externe validiteit, oftewel de generaliseerbaarheid naar vergelijkbare S-GGZ-instellingen in Nederland waar ouderen klinisch zijn opgenomen (Pilot & Beck, 2012). Het gaat hier om een cross-sectioneel onderzoek, wat betekent dat er op één moment in de tijd gegevens zijn verzameld. Gezien de beperkte tijdsperiode van het onderzoek werd het als niet-haalbaar beschouwd om een longitudinaal onderzoek of een retrospectief onderzoek over een andere periode uit te voeren. Hierdoor is het (nog) niet mogelijk om een beeld te vormen van een mogelijke 'trend' of ontwikkeling (Baarda et al., 2012; Pilot & Beck, 2012).

Ethische verantwoording

Op macroniveau valt dit onderzoek volgens de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Personen zijn namelijk niet aan handelingen onderworpen en er zijn geen gedragsregels opgelegd (CCMO, 2018). Op mesoniveau is de onderzoeksopzet ter goedkeuring voorgelegd aan de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van Mondriaan. Op microniveau was deelname aan dit onderzoek geheel vrijblijvend, en deelname kon te allen tijde, zonder opgave van reden, worden beëindigd. De respondenten en/of hun wettelijke vertegenwoordigers kregen vooraf mondelinge en schriftelijke informatie, waarna gevraagd werd te tekenen voor 'informed consent'. Hierbij werden deelnemers niet onder druk gezet of op enige wijze geschaad. De verzamelde gegevens werden vertrouwelijk en anoniem verwerkt door de onderzoeker. De informatie zal worden vernietigd na de wettelijke termijn van 15 jaar (Universiteit Utrecht, 2017).

Resultaten

Alle 130 klinisch opgenomen ouderen en/of hun wettelijke vertegenwoordigers werden door de unitmanagers individueel uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Hiervan tekenden in totaal 52 respondenten voor informed consent ($n=52$). Van de bestudeerde groep (zie Tabel 3) is 52,92% mannelijk en 48,08% vrouwelijk. 20 respondenten (38,46%) zijn afkomstig van opname-afdelingen, 32 respondenten (61,54%) van behandelafdelingen. De gemiddelde leeftijd is 69,69 jaar oud (range 56-89 jaar, SD 8 jaar). De gemiddelde opnameduur is 1.547 dagen, oftewel 4,24 jaar (range 5-12.801 dagen, SD 2.841,57 dagen).

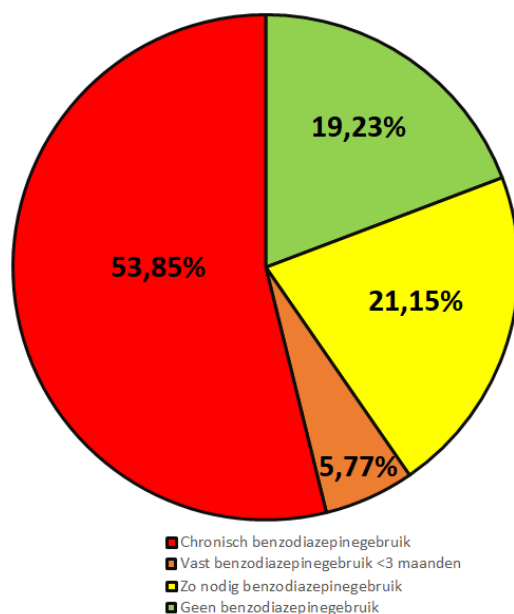
Tabel 3: Karakteristieken van de bestudeerde groep, $n = 52$

	Chronisch benzodiazepinegebruik ($n=28$ [53,85%])		Niet-chronisch benzodiazepinegebruik ($n=24$ [46,15%])	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Geslacht				
Man	14	50.00	13	54.17
Vrouw	14	50.00	11	45.83

Afdeling				
Opname-afdeling	7	25.00	13	54.17
Behandelaafdeling	21	75.00	11	45.83
Leeftijdsgroep				
56-60	2	7.14	1	4.17
61-65	9	32.14	6	25.00
66-70	9	32.14	5	20.83
71-75	5	17.86	6	25.00
76-80	2	7.14	2	8.33
81-85	0	0.00	2	8.33
86-89	1	3.57	2	8.33
Opmateduur				
<1 jaar	10	35.71	20	83.33
1-3 jaar	10	35.71	2	8.33
>3 jaar	8	28.57	2	8.33

Prevalentie

De puntprevalentie van chronisch benzodiazepinegebruik (≥ 3 maanden onafgebroken gebruik) bedraagt 53,85%. Van de groep niet-chronische benzodiazepinegebruikers blijken tien respondenten geen benzodiazepines te gebruiken. Bij elf respondenten zijn benzodiazepines als “zo nodig” voorgeschreven en drie respondenten gebruiken dagelijks benzodiazepines, maar bij hen is de duur van ≥ 3 maanden niet overschreden (zie Figuur 1).



Figuur 1. Weergave prevalentie benzodiazepinegebruik

Duur van chronisch benzodiazepinegebruik

Bij het vaststellen van de duur van chronisch benzodiazepinegebruik is één respondent geëxcludeerd vanwege het ontbreken van de startdatum op het voorschrift. De gemiddelde gebruikersduur bedraagt 902,48 dagen, oftewel 2,47 jaar (range 97-5225 dagen, SD 992.5 dagen). In tabel 4 is de duur van chronisch benzodiazepinegebruik per karakteristiek weergegeven.

Tabel 4: Duur van chronisch benzodiazepinegebruik

	Gemiddelde duur in dagen / jaren	
Geslacht		
Man (n=13)	1131.00	3.10
Vrouw (n=14)	690.29	1.90
Afdeling		
Opname-afdeling (n=6)	329.67	0.90
Behandelaafdeling (n=21)	1066.14	2.92
Leeftijdsgroep		
56-60 (n=2)	3237.00	8.87
61-65 (n=9)	739.22	2.03
66-70 (n=10)	710.90	1.95
71-75 (n=5)	584.80	1.60
76-80 (n=0)	0.00	0.00
81-85 (n=0)	0.00	0.00
86-89 (n=1)	1207.00	3.31
Opnameduur		
<1 jaar (n=9)	276.89	0.76
1-3 jaar (n=6)	557.83	1.53
>3 jaar (n=12)	1544.00	4.23

Overige resultaten

In de bestudeerde groep van chronisch benzodiazepinegebruikers zijn er 10 respondenten (30,04%) die meer dan één benzodiazepine voorgeschreven krijgen. Te oordelen naar de voorgeschreven recepturen worden de volgende benzodiazepines bij de klinisch opgenomen ouderen voorgeschreven: zopiclon (9x), oxazepam (8x), alprazolam (7x), lorazepam (5x), temazepam (4x), flurazepam (1x) en diazepam (1x). Bij twintig respondenten (74,07%) is de eerste voorschrijver intern verbonden aan Mondriaan en bij zeven respondenten (25,93%) is de eerste voorschrijver de huisarts.

Discussie

De prevalentie van chronisch benzodiazepinegebruik bij de klinisch opgenomen oudere zorgvrager binnen Mondriaan Ouderen bedraagt 53,85% met een gemiddelde gebruikersduur van 2,47 jaar. Dit resultaat moet met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Er is namelijk gestreefd naar het bereiken van het vastgestelde aantal respondenten vanuit de poweranalyse. Echter, veertig procent van de opgenomen ouderen heeft deelgenomen aan het onderzoek. Vanwege ontoereikende power dient het resultaat te worden gezien als een indicatie van de prevalentie en de gebruiksduur. Het wordt hierdoor als niet mogelijk beschouwd om de resultaten te generaliseren naar andere S-GGZ-instellingen binnen Nederland.

Volgens de unitmanagers waren de belangrijkste redenen van de zorgvragers om niet mee te doen aan het onderzoek achterdocht en angst rondom mogelijke wijzigingen in de huidige benzodiazepinebehandeling ten gevolge van deelname aan het onderzoek. Hierdoor wordt de kans groot geacht dat het prevalentiecijfer bij een groter aantal respondenten hoger zal zijn.

Voor zover bij de auteur bekend is dit de eerste studie die de prevalentie van chronisch benzodiazepinegebruik en de duur van het gebruik bij de klinisch opgenomen oudere zorgvragers in de S-GGZ heeft onderzocht. Van der Mast et al. (2016) schatten de prevalentie van benzodiazepinegebruik binnen de oudere bevolking op 10-30%. De bevindingen tonen een significant hoger prevalentiecijfer van chronisch benzodiazepinegebruik binnen de studiebevolking aan. In de groep niet-chronisch benzodiazepinegebruikers heeft 26,92% benzodiazepines als zo nodig of als vast voorgeschreven. Deze groep kan worden beschouwd als potentiële chronische benzodiazepinegebruiker indien hun gebruik bijvoorbeeld niet zorgvuldig opgevolgd wordt. De resultaten van dit onderzoek zijn niet gericht op het vinden van de oorzaken van het hoge percentage (potentieel) chronisch benzodiazepinegebruik.

Benzodiazepines dienen enkel kort te worden voorgeschreven en er is nauwelijks een behandelindicatie voor chronisch gebruik (FFMU, Medzorg, & Peeters, 2017; Gorgels et al., 2001; Neutel, 2009). De gemiddelde gebruiksduur binnen de studiebevolking bedraagt 2,47 jaar. Dit is beduidend korter dan 12 tot 20 jaar die Wiegman en Wiskerke (2008) noemen.

Respondenten tussen de 76 en 85 jaar ontbraken, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over een afnemende lijn in het voorschrijven van benzodiazepines naarmate patiënten ouder worden.

Conclusie

Dit onderzoek geeft een goede indicatie van de omvang van chronisch benzodiazepinegebruik (≥ 3 maanden onafgebroken gebruik) bij de klinisch opgenomen oudere zorgvragers binnen Mondriaan Ouderen. De prevalentie bedraagt 53,85%. Daarnaast gebruikt 26,92% van de zorgvragers dagelijks of zo nodig benzodiazepine(s). Deze groep wordt gezien als potentiële chronische benzodiazepinegebruikers. De gemiddelde duur van het chronisch benzodiazepinegebruik bedraagt 2,47 jaar. Gezien de gezondheidsrisico's van chronisch benzodiazepinegebruik wordt middels het verkregen inzicht uit het onderzoek aanbevolen benzodiazepinereductie, met behulp van de wetenschappelijk bewezen effectieve interventies, een vaste plaats te geven binnen het behandelbeleid. Tevens is vervolgonderzoek naar mogelijke oorzaken en verbanden wenselijk om in de toekomst op etiologische factoren te kunnen interveniëren en het chronisch benzodiazepinegebruik bij de opgenomen oudere zorgvragers in de S-GGZ te reduceren.

Literatuurlijst

- Baarda, B., Bakker, E., Van der Hulst, M., Fischer, T., Julsing, M., Van Vianen, R., & De Goede, M. (2012). *Basisboek methoden en technieken* (5e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (2018). *Moet mijn onderzoek een medisch-ethische toets ondergaan?* Geraadpleegd op 17 maart 2018, van <http://www.ccmo.nl/nl/help-mij-op-weg>
- CheckMarket. (z.d.). *Steekproefcalculator*. Geraadpleegd op 20 juni 2018, van <https://nl.checkmarket.com/steekproefcalculator/>
- CSV. (2009, 9 maart). *Besluit verpleegkundig specialisme geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd van <http://bit.ly/2EwSdVx>
- EM Onderzoek. (2019). *Wat is kwantitatief onderzoek?* Geraadpleegd van <https://www.emonderzoek.nl/wat-is-kwantitatief-onderzoek/>
- Excellent. (2017, 26 april). *Analyseren in Excel: van data naar informatie*. Geraadpleegd van <https://www.excelleren.nl/analyseren-excel-data-naar-informatie/>
- FFMU, Medzorg, & Peeters (2017, december). *Richtlijn Verslaving Benzodiazepinen*. Geraadpleegd van https://www.fmmu.nl/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Richtlijnen_en_handleidingen/Richtlijnen/RICHTLIJN_Verslaving___6_Richtlijntekst_BENZODIAZEPINEN_-_definitief_v1_1_dec2016.pdf
- GGZ Standaarden. (2017, 19 december). *Zorg rondom bijwerkingen door benzodiazepinen*. Geraadpleegd van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/bijwerkingen/zorg-rondom-bijwerkingen-door-benzodiazepinen>
- Gorgels, W.J.M.J., Oude Voshaar, R.C., Mol, A. J.J., Breteler, M.H.M., Van de Lisdonk, E.H., & Zitman, F.G. (2001, 15 juli). *Het langdurig gebruik van benzodiazepinen*. Geraadpleegd van <https://www.ntvg.nl/artikelen/het-langdurig-gebruik-van-benzodiazepinen/volledig>
- Hovens, J., & Vink, L. (2003, september). *Richtlijn benzodiazepinen dosisreductie*. Geraadpleegd van <http://www.med-info.nl/Richtlijnen/Geestelijk%20-%20Gedragsstoornissen/Benzodiazepinen%20dosisreductie.pdf>

- Maric, N.P., Latas, M., Petrovic, S.A., Soldatovic, I., Arsova, S., Crnkovic, D., . . . Zikic, O. (2017, december). Prescribing practices in Southeastern Europe – focus on benzodiazepine prescription at discharge from nine university psychiatric hospitals. *Psychiatry Research*, 258, 59-65
- Maudsley (2012). *Prescribing Guidelines in Psychiatry / Insomnia*. P317. New Jersey, Verenigde Staten: Wiley-Blackwell
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen*. Geraadpleegd van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/polyfarmacie_bij_ouderen.pdf
- Neutel, C.I. (2009, 19 augustus). The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *International Review of Psychiatry*, 17(3), 189-197.
Doi 10.1080/09540260500071863
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manuel* (5e ed.). Berkshire, United Kingdom: Mc Graw Hill. Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research* (9e ed.). Philadelphia, Pennsylvania, Verenigde Staten: Lippincott Williams & Wilkens
- Salonoja, M., Salminen, M., Aarnio, P., Vahlberg, T., & Kivelä, S. L. (2010). One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons. *Age and Ageing*, 39, 313-319.
doi:10.1093/ageing/afp255
- Stewart, S.A. (2005, 13 september). The Effect of Benzodiazepines on Cognition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(2), 9-13
- Stichting Farmaceutische Kerngetallen. (2016, 17 november). Gebruik benzodiazepines daalt gestaag, maar traag. *Pharmaceutisch Weekblad*, 151(46). Geraadpleegd van <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2016/gebruik-benzodiazepines-daalt-gestaag-maar-traag>
- Tactive. (z.d.). *Benzo de baas, de gevolgen: ben ik afhankelijk?* Geraadpleegd van <https://www.benzodebaas.nl/U-en-benzodiazepinen/Ben-ik-afhankelijk-.aspx>
- Tamblyn, R., Eguale, T., Buckeridge, D. L., Huang, A., Hanley, J., Reidel, K., . . . Winslade, N. (2012). The effectiveness of a new generation of computerized drug alerts in reducing the risk of injury from drug side effects: a cluster randomized trial. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19, 635-643.
doi:10.1136/amiaj.nl-2011-000609

- Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., & Ahmed, S. (2014). Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education. *JAMA Internal Medicine*, *174*(6), 890-898. doi:10.1001/jamainternmed.2014.949
- Ten Broeke, A. (2007, 29 maart). *De verborgen verslaving*. Geraadpleegd van <https://www.nemokennislink.nl/publicaties/de-verborgen-verslaving/>
- Universiteit Utrecht. (2017, juli). *Kaders en wetten onderzoeksdata*. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van <https://www.uu.nl/en/file/40607/download?token=iy0umVNj>
- Van Dale. (2018). Online woordenboek. Geraadpleegd van <http://bit.ly/2M8a8lq>
- Van der Bijl, J. (2012, 25 oktober). *Weblecture: experimentele en niet-experimentele designs*. [Video]. Geraadpleegd op 20 januari 2017, van <http://bit.ly/30LiY1M>
- Van der Mast, R., Heeren, T., Kat, M., Stek, M., Vandenbulcke, M., & Verhey, F. (2016). *Handboek Ouderenpsychiatrie* (3e ed.). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Van der Zee, F. (2017). *Operationaliseren is de manier van meten*. Geraadpleegd van <https://hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/operationaliseren/>
- Van Ojik, A.L., Jansen, P.A.F., Brouwers, J.R.B.J., & van Roon, E.N. (2011, 10 augustus). *Benzodiazepine-agonisten*. Geraadpleegd op 1 februari 2018, van <https://ephor.nl/wp-content/uploads/2018/12/hypnotica-2011.pdf>
- Vicens, C., Bejarano, F., Sempere, E., Mateu, C., Fiol, F., Socías, I., . . . Leiva, A. (2014). Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, *204*, 471-479. doi:10.1192/bjp.bp.113.134650
- Vicens, C., Fiol, F., Llobera, J., Campoamor, F., Mateu, C., Alegret, S., & Socías, I. (2006). Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. *British Journal of General Practice*, *56*, 958-963.
- Wiegman, E., & Wiskerke, J. (2008). *Stoppen met benzo's*. Geraadpleegd van <http://bit.ly/30JirOD>
- Zitman, F.G., Oude Voshaar, R.C., & Kan, C.C. (2006, 1 december). *Stoppen met chronisch gebruik van benzodiazepinen*. Geraadpleegd van <http://cckan.ruhosting.nl/BenzoPsyfar.pdf>