

Afbouwen van psychofarmaca en opioiden in de huisartsenpraktijk



Dr. Tessa Magnée

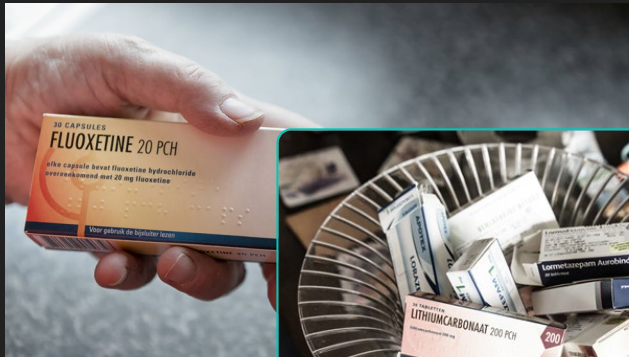
Disclosure sheet

POH-GGZ bij de FortaGroep, Rotterdam

Onderzoeker bij de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences (ESSB), Erasmus Universiteit Rotterdam

Voorzitter Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van de Landelijke Vereniging POH-GGZ o.b.v. vrijwilligersvergoeding (o.a. vierjaarlijkse ledenpeiling & richtlijnontwikkeling NHG/Akwa GGZ o.b.v. vacatiegelden)

Antidepressiva, slaapmiddelen, opioïden



'Slaappillen zijn niet slaapproblemen'

05 november 2018 23:01
Laatste update: 06 november 2018 08:53

Volgens de laatste cijfers van het heeft bijna een vijfde van de Nederlanders slaapproblemen: moeite om in slaap te vallen. Om toch aan te voldoen velen van hen naar slaapmiddelen te grijpen.

Slapen is gezond. Chronisch slecht slapen kan leiden tot vermoeidheid, depressie, hart- en vaatziekten en kanker.

Voor wie niet slaapt, is het dus fijn om te weten dat slaapproblemen vaak psychofysioloog professor Gerard van Amsterdam, blijkt dat 12,3 procent van de Nederlanders slaapproblemen heeft. Slaapstoorniscentrum van het Medisch Centrum Amsterdam, gebruikt om slaapproblemen te verhelpen gepubliceerd in het vakblad *Sleep Medicine*.

Een stille epidemie: ruim 200.000 langdurige opioïdegebruikers

Het aantal Nederlanders dat jaarlijks een opioïde voorgeschreven krijgt is opgelopen tot ruim 1 miljoen. Een op de vijf gebruikt de zware pijnstiller langer dan drie maanden, blijkt uit cijfers van Zorgverzekeraars Nederland. Nieuwsruimte en platform voor onderzoekersjournalisten. Investico Kregen toegang tot de nieuwste cijfers.

In 2017 waren er 218.435 langdurige gebruikers. Dat is een stijging van ruim zestig procent in acht jaar tijd. Experts spreken van een 'stille epidemie'.

Afhankelijkheid dreigt

Voor het hoge aantal langdurige gebruikers baart deskundigen zorgen. Met name de pijnstiller opioïden wordt vaak te langdurig voorgeschreven, zeggen zij. Bij gebruik langer dan een aantal weken dreigt al afhankelijkheid en neemt het verslavingsrisico toe, zegt Albert Dahan, hoogleraar Anesthesiologie van het LUMC en pijnonderzoeker.

'Als je pijnstillers langdurig gebruikt dan zie je dat de pijnstilling steeds minder wordt, terwijl de bijwerkingen blijven bestaan. Als je stopt met gebruiken, krijg je griepachtige verschijnselen en krijg je opnieuw de behoefte aan een dosis, terwijl de pillen eigenlijk nauwelijks nog werken. Dan kun je spreken van een verslaving.'

BEKIJK OOK

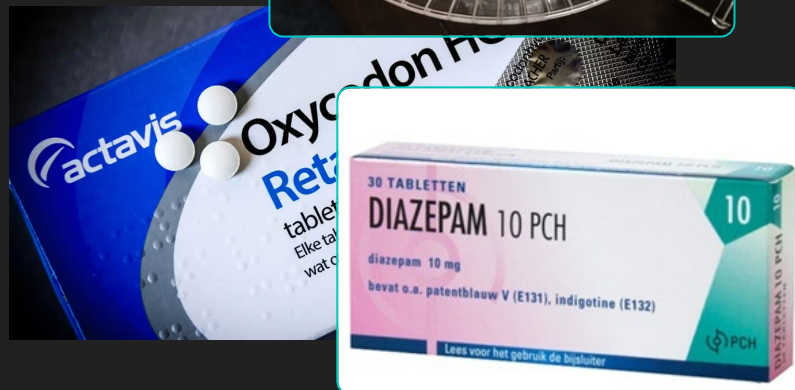
Gebruik en voorschrijftrend onderzocht op basis van declaraties (ITVG)

Wat is opioïden?

Opioïden is een opioïde, net als bijvoorbeeld morfine. Het is een pijn die je kan doorbreken en heel snel pijnstillend werkt. Het middel werkt tijdelijk de Beroeps Waardering voor het eerst bereikt. Een aantal jaar geleden werd het in de Verenigde Staten verboden verkocht.

Als je ernstige pijn hebt, bijvoorbeeld na een operatie of een ongeval, wordt vaak een opioïde zoals opioïden of de laatste generatie. De pijnstiller heeft volgens experts meestal noch langdurig voor te worden geschreven, behalve bij terminale patiënten.

De pijnstiller is in feite een pijnstiller. Die zorgt ervoor dat je hersenen dopamine aanmaken, een zeer vervreemdend stof. Je krijgt een rush: je voelt je ontzettend fit en bent erg blij dat je het middel genomen hebt. Daarna ligt het heel erg op herhaling, zegt Dahan. 'En dat is het kwaad. Mensen worden heel verslief, het kan verslaving zijn en verslaving is niet eenvoudig te vangen.'



NHG-Standaard Depressie (M44)

Auteur(s):
NHG-werkgroep Depre:

**NHG-Standaard
Slaapproblemen en slaapmiddelen
(M23)**

Versie 3.1, mei 2019

NHG-werkgroep:
Gorgels W, Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Smelt A, Damen-van Beek Z, Bouma M, Verduijn MM, Van Venrooij M.

NHG-Standaard Pijn (M106)

NHG-werkgroep:
Damen Z, Kadir-Klevering F, Keizer D, Luiten WE, Van den Donk M, Van 't Klooster S, Van Walraven A, Veldhoven CMM, Vossenbergh PCTJ.

Versie 2.3, november 2021

© Nederlands Huisartsen Genootschap

Motiverend aan de slag met Benzoreductie

- Patiënten wachten af totdat zorgverlener begint over afbouwen
- POH-GGZ ziet patiënten met psychische problemen en dus ook patiënten die deze medicijnen gebruiken
- Pilot 'Motiverend aan de slag met Benzoreductie' uitgevoerd door Onderzoeksinstituut IVO met financiering van ZonMw
- 13 huisartsenpraktijken en 378 patiënten
- Projectmatige aanpak waarbij ook de apotheker werd betrokken; start met lijst patiënten o.b.v. huisartsinformatiesysteem

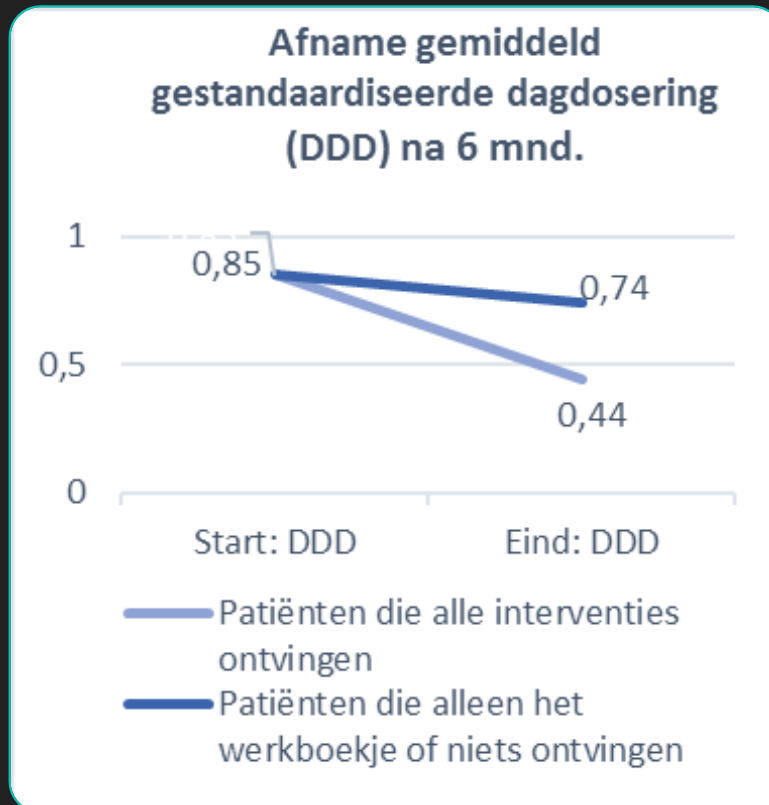
Referentie: <https://ivo.nl/verminderen-gebruik-benzodiazepinen/>

Drie minimale interventies

1. Informatiebrief voor patiënten
2. Werkboekje met afbouwschema
3. Motiverende gespreksvoering door POH-GGZ



Resultaten effect evaluatie



Succesfactoren uit procesevaluatie

- POH-GGZ belde patiënten na brief en zette al motiverende gespreksvoering in (in plaats van assistent)
- Batches van 20 patiënten
- Projectadviseur was behulpzaam
- Werkboek was nuttig, vooral het afbouwschema (maar niet voor alle patiënten)
- Training motiverende gespreksvoering (+ intervisie) werd gewaardeerd met cijfer 8.8
- Positief bijeffect: meer bewustwording in praktijk

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

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

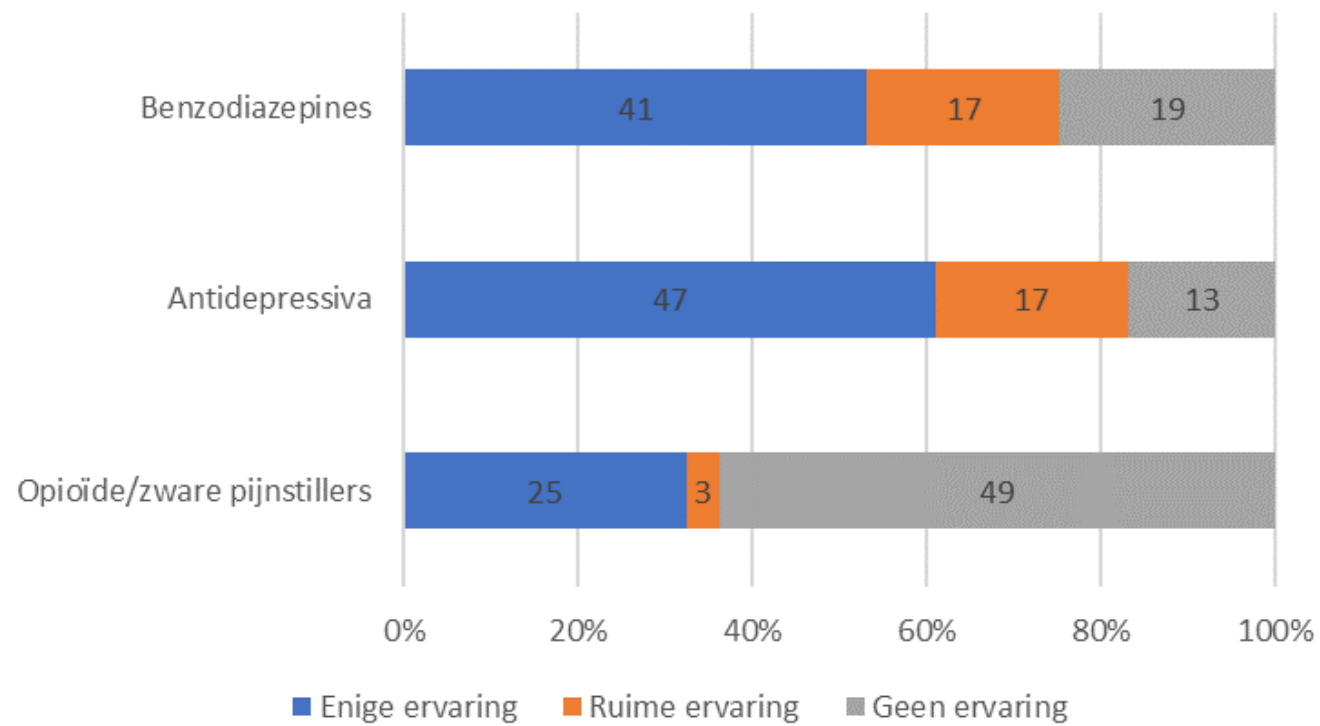
Implementatie: draagvlak voor inzet POH-GGZ bij afbouwbegeleiding

- Online vragenlijst onderzoek in 2021 onder 113 huisartsen en 77 POH's-GGZ
- Vrijwel alle POH's-ggz (97%) achtten de POH-ggz geschikt (73%) of mogelijk geschikt (25%) om afbouwbegeleiding bij chronisch medicatiegebruik te bieden
- Van de huisartsen vond 70% de POH-ggz geschikt (23%) of mogelijk geschikt (47%)

Referentie:

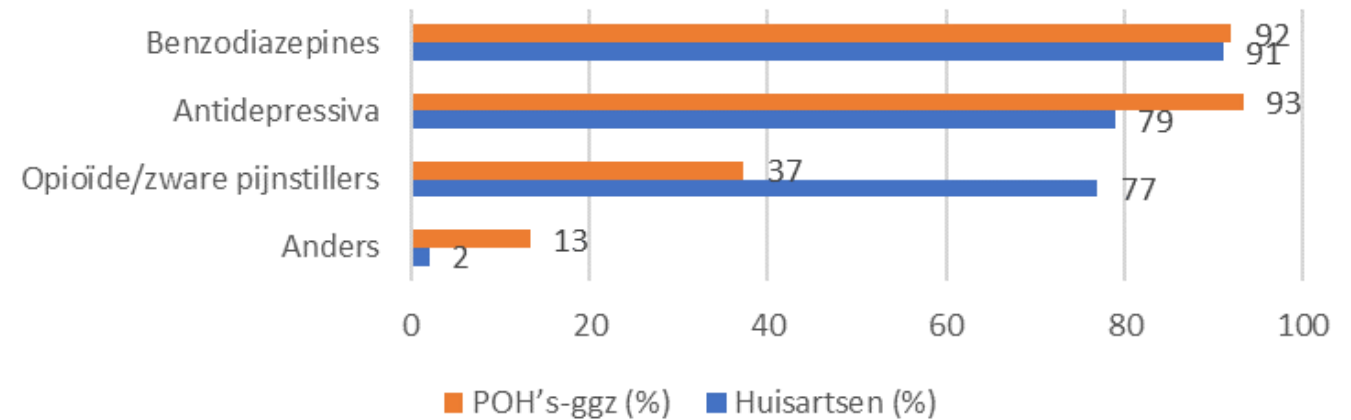
<https://www.henw.org/artikelen/zet-de-poh-ggz-bij-chronisch-medicatiegebruik->

Ervaring van POH's- GGZ met afbouwbegeleiding



Soorten medicatie

Bij welke medicijnen zou de POH-GGZ begeleiding kunnen bieden bij het afbouwen?



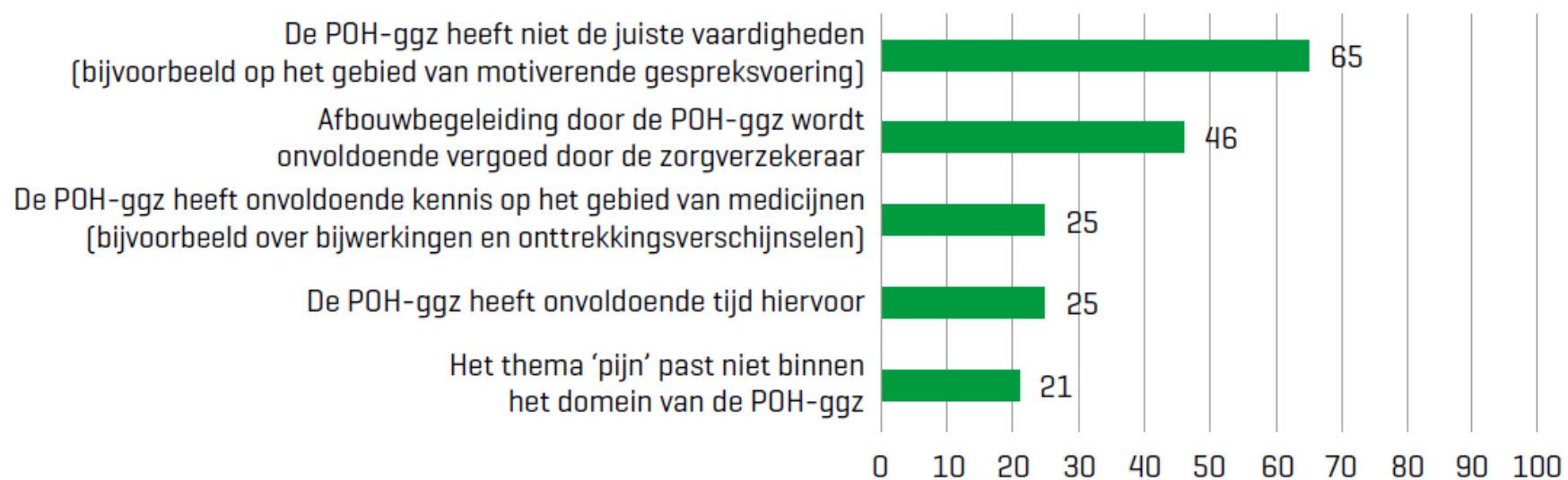
POH-GGZ (verpleegkundige met nascholing;
enige ervaring met afbouwbegeleiding)

“Er is denk ik veel “laaghangend fruit” dat geplukt kan worden, oftewel er zijn veel mensen die onnodig nog antidepressiva of benzodiazepinen slikken zonder te weten dat ze kunnen stoppen of die de stap alleen niet durven maken, maar met een zetje in de goede richting wel. Opioïde pijnstillers, daar heb ik minder kennis over en ervaring mee. Dus mijn neiging is meteen om te zeggen dat ik daarin niet kan begeleiden, terwijl het wellicht wel tot de mogelijkheden hoort. Mijn inschatting is dat daar veel meer kennis over de lichamelijke klachten waarvoor het middel initieel werd ingezet nodig is. Dat is niet direct een specialiteit van de poh-ggz.”

Waarom kan de POH-GGZ het (nog) niet volgens huisartsen?

Figuur 2

Top 5 van redenen waarom POH's-ggz geen afbouwbegeleiding zouden kunnen bieden



Huisarts:

“Ik had er nog nooit over nagedacht om dit bij de POH-ggz neer te leggen en weet niet of mijn POH-GGZ dit kan.”

Huisarts:

“Niet elke POH-GGZ is geschikt om dit te begeleiden. Dit is afhankelijk van de achtergrond van de POH-ggz.”

Huisarts:

“Wij werken echt samen hierin. Huisarts en POH-GGZ naast elkaar. De huisarts voor het medische deel, dus eventuele fysieke ontwenning, en als verantwoordelijke voor het daadwerkelijke afbouwschema. De POH-ggz vooral voor de mentale ondersteuning en het in de gaten houden of het goed gaat. Je kunt POH-ggz noch de huisarts dit alleen laten doen.”

POH-GGZ (psycholoog; geen nascholing, geen ervaring met afbouwbegeleiding):

“Het hangt, denk ik, deels af van de zwaarte van de medicatie en hoe de POH wordt ondersteund of uitgerust om deze patiëntengroep te begeleiden. Is er overleg mogelijk met huisarts of consultatie elders? Met scholing kom je denk ik al een heel eind. Alles is te leren en ik heb er het vertrouwen in dat de POH dit ook zou kunnen. Patiënten vragen mij namelijk vaak of ik daarin ook mag begeleiden. Dat zou ik wel willen, maar hiervoor ben ik nog niet toegerust.”

POH-GGZ (psycholoog, geen nascholing, geen ervaring met afbouwbegeleiding):

“Belangrijk is dat er overleg en cobegeleiding is met de huisarts en/of psychiater en/of een medisch specialist anderzijds. Een POH-ggz heeft niet altijd een medische achtergrond, denk aan psychologen. Dus de verantwoordelijkheid moet hierin gelegd worden bij de hoofdbehandelaar.”

Conclusies

- Er is variatie in hoe afbouwbegeleiding bij antidepressiva, benzodiazepines en opioïden in de huisartsenpraktijk wordt vorm gegeven
- Nascholing en afspraken tussen zorgverleners kunnen de patiëntenzorg op dit gebied verbeteren

Tips & tricks voor de praktijk

- Zorg dat zorgverleners zich bekwaam voelen tot het begeleiden - of minimaal bespreekbaar maken - van afbouwen bij antidepressiva, benzodiazepines en opioïden
- Zorg dat POH's-GGZ geschoold zijn in: motiverende gespreksvoering, CGT en/of ACT en kennis hebben over medicatie, onttrekking en onderscheid met terugval
- Bespreek eventueel afbouwen regelmatig met patiënten op een open en respectvolle manier
- Maak afspraken over rol- en taakverdeling tussen huisarts, POH-GGZ, apotheker en specialist
- Wijs patiënten bij voorschrijven al op de mogelijkheden tot afbouwbegeleiding
- Gebruik een projectmatige aanpak om bewustwording te verhogen en voldoende tijd vrij te kunnen maken

Vragen?



Stelling 1/2

Eens of oneens?

- Als een afbouwtraject niet succesvol verloopt, dan ligt dat aan de zorgverlener(s)

Stelling 2/2

Eens of oneens?

- Als een afbouwtraject niet succesvol verloopt, dan ligt dat aan de patient