

Prevalentie van en factoren geassocieerd met benzodiazepinegebruik tijdens opname

M.G.M. Mullink, J.N. de Boer, L.E.M. Koomen

- Achtergrond** Met de toenemende aandacht voor deprescriptie is het belangrijk om kritisch te kijken naar het benzodiazepinevoorschrijfgedrag vanwege de potentiële risico's van het gebruik.
- Doel** De prevalentie en samenhangende factoren van benzodiazepinevoorschriften tijdens opname en bij ontslag onderzoeken.
- Methode** We includeerden opnames op de afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht in de periode 1 januari 2012-1 april 2021 in dit retrospectieve onderzoek. Prevalenties van benzodiazepinevoorschriften werden berekend voor jeugdigen en volwassenen. Met multivariate logistische en lineaire regressies onderzochten we welke factoren samenhangen met benzodiazepinevoorschriften en -doseringen.
- Resultaten** In totaal analyseerden we de gegevens van 856 opnames van jeugdigen en 4002 opnames van volwassenen. 36,0% van de jeugdigen kreeg benzodiazepines tijdens opname en 14,8% bij ontslag. Samenhangende factoren waren een hogere leeftijd (OR: 1,38) en de diagnose bipolaire stoornissen (OR: 3,98). Volwassenen kregen in 69,7% van de opnames benzodiazepines en 37,6% bij ontslag en dit was geassocieerd met een langere opnameduur (OR: 1,01) en de diagnose angststoornissen (OR: 2,53). Mannelijk geslacht, hogere en lagere leeftijd en een langere opnameduur waren voorspellers voor de hoogte van de benzodiazepinedosering bij jeugdigen ($B = 3,48$; 95%-BI: 0,83-0,07) en volwassenen ($B = 2,17$; 95%-BI: -0,04-0,05).
- Conclusie** Benzodiazepines werden frequent voorgeschreven tijdens opname en ontslag bij jeugdigen en volwassenen, wat kansen biedt voor deprescriptie.

Benzodiazepines zijn effectieve middelen in het bestrijden van angst, onrust en slaapproblemen en worden veelvuldig voorgeschreven in Nederland.¹ Het gebruik van benzodiazepines kent echter niet alleen maar voordelen. Benzodiazepines kunnen oversedatie en cognitieve problemen veroorzaken, geven een verhoogd valrisico en een risico op afhankelijkheid.² Richtlijnen adviseren daarom, afhankelijk van de indicatie, een algemene maximale gebruiksduur van 2-4 weken.³ Enkel bij therapieresistente angststoornissen of in de startperiode van een antidepressivum kan langer gebruik worden overwogen. Sommige richtlijnen adviseren zelfs bij 60-plussers helemaal geen benzodiazepines voor te schrijven gezien het risico op cognitieve bijwerkingen en het verhoogde valrisico.³ Met de toenemende aandacht voor deprescriptie, 'het systematisch identificeren en verminderen of staken van medicatie wanneer de potentiële baten niet opwegen tegen de potentiële risico's',⁴ in de geneeskunde, is het belangrijk om met een kritisch oog naar ons benzodiazepinevoorschrijfgedrag te kijken. Uit internationale onderzoeken blijkt dat benzodiazepines veelvuldig worden voorgeschreven tijdens

opname en als ontslagmedicatie.⁵⁻⁸ Bij onderzoek naar factoren die geassocieerd zijn met benzodiazepines op het ontslagrecept in een academisch ziekenhuis in de Verenigde Staten vond men dat vrouwelijk geslacht en een oudere leeftijd significante predictoren waren.⁶ Een diagnose van misbruik in het gebruik van middelen was geassocieerd met een kleinere kans op benzodiazepines als ontslagmedicatie. In een studie in Zuid-Europa werd gevonden dat een lager opleidingsniveau, meerdere psychiatrische diagnoses, de diagnose schizofrenie, het gebruik van antidepressiva en het gebruik van stemmingsstabilisatoren waren geassocieerd met benzodiazepines op het ontslagrecept.⁸ Het is nog onbekend hoe vaak benzodiazepines worden voorgeschreven tijdens opname en als ontslagmedicatie in de Nederlandse opnamesetting. Het doel van deze studie is onderzoeken wat de prevalentie en geassocieerde factoren zijn van benzodiazepinegebruik en -dosering tijdens een opname en als ontslagmedicatie in een academisch ziekenhuis in Nederland bij jeugdigen en volwassenen.

AUTEURS

Marit Mullink, arts niet in opleiding tot specialist, afd. Oogheelkunde, Meander MC, Amersfoort.

Janna de Boer, arts in opleiding tot psychiater, UMC Utrecht.

Lisanne Koomen, arts in opleiding tot psychiater en promovendus, UMC Utrecht.

Correspondentie

Marit Mullink (MGM.Mullink@meandermc.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-1-2024.

Femke Coenen, PsyData-team, UMC Utrecht, verleende assistentie bij het opbouwen en aanpassen van de database voor ons onderzoek.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(4):202-208

METHODE

Participanten

In dit retrospectieve onderzoek includeerden wij alle opnames in de periode 1 januari 2012-1 april 2021 op de afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht en verzamelden gegevens uit het elektronisch patiëntendossier. Dit onderzoek werd voorgelegd aan de METC van het UMC Utrecht en werd niet-WMO-plichtig bevonden. Gezien het gebruik van enkel geanonimiseerde data die op groepsniveau werden geanalyseerd, vroegen we geen informed consent.

Elke opname werd apart geanalyseerd. Patiënten van alle leeftijden werden geïncludeerd, echter, we maakten onderscheid tussen jeugdigen (< 18 jaar) en volwassenen (18 jaar en ouder). Voor de diagnose keken we naar de psychiatrische hoofddiagnose. Comorbiditeit werd niet meegenomen, waardoor opnames onder een enkele diagnose werden gecategoriseerd. Opnames op de afdeling Ontwikkeling in Perspectief (diagnostiekafdeling voor jeugd t/m 12 jaar) werden geëxcludeerd vanwege onbetrouwbare data. Opnames met een duur van slechts één dag werden tevens geëxcludeerd. Diagnoses verkregen we uit de DBC-registratie en we hergroepeerden en/of voegden deze samen tot overzichtelijke groepen, resulterend in elf hoofdgroepen aan diagnoses (zie **onlinebijlage**). We hielden een afkapwaarde van minimaal 2,0% representatie aan voor de inclusie van de hoofddiagnoses.

Benzodiazepinegebruik

Voor de analyses van benzodiazepinegebruik tijdens opname gebruikten we toedieningslijsten in het elektronisch voorschrijfsysteem. De benzodiazepinedosering werd omgerekend naar een gemiddelde equivalente diazepam-dagdosering, gebruikmakend van de NHG-omrekeningtabel.⁹ Hierbij werd de zogenoemde ‘z-medicatie’ (zopiclon en zolpidem) ook meegenomen,

gezien de vergelijkbare effecten en bijwerkingen.² Voor het gebruik van benzodiazepines keken we naar toediening tijdens de gehele opname, toediening halverwege de opname en voorschriften op het ontslagrecept. Voor het gebruik halverwege de opname gebruikten we alleen opnames met een duur van 28 nachten of langer, en keken we of patiënten op de middelste dag van de opname een benzodiazepine gebruikten. We kozen voor een duur van 28 dagen vanwege de huidige richtlijnen om benzodiazepines over het algemeen niet langer dan 2-4 weken te gebruiken.³ Bij de analyses van doseringen en subanalyses over het gebruik van benzodiazepines verwerkten we alleen gegevens van patiënten die benzodiazepines gebruikten.

Data-analyse

We gebruikten beschrijvende statistiek voor de demografische gegevens bij jeugdigen en volwassenen. Vervolgens voerden we een multivariate logistische regressie uit om de associatie tussen verschillende predictoren en een benzodiazepine op het ontslagrecept te onderzoeken. Daarbij analyseerden we 13 potentiële factoren – geslacht, leeftijd, opnameduur en tien diagnoses. Bij de groep depressieve stoornissen gebruikten we de diagnoses als referentie. De verzameldiagnose ‘geen diagnose bekend’ werd geëxcludeerd. Als uitkomstmaten geven we oddsratio’s (OR’s) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen weer.

Ten slotte voerden we een meervoudige lineaire regressie uit om te onderzoeken welke factoren geassocieerd waren met de dosering benzodiazepines tijdens opname, waarbij we keken naar drie potentiële factoren (geslacht, leeftijd en opnameduur). Als uitkomstmaten geven we de regressiecoëfficiënten en 95%-betrouwbaarheidsintervallen weer. Analyses werden uitgevoerd in IBM SPSS Statistics 26.0.0.1 en een p-waarde van < 0,05 werd als significant beschouwd.

RESULTATEN

In totaal analyseerden we de gegevens van 856 opnames van jeugdigen en 4002 opnames van volwassenen.

Jeugdigen

De gemiddelde leeftijd was 15,6 jaar en het merendeel (67,9%) was een meisje (zie **tabel 1**). De mediane opnameduur was 10 nachten (IQR = 19,0) en de meeste jeugdigen waren opgenomen op de acute opnameafdeling (89,1%; n = 763). De twee meest voorkomende diagnoses waren autismespectrumstoornissen (15,0%; n = 128) en depressieve stoornissen (10,9%; n = 93). Bij 41,6% (n = 356) was geen diagnose bekend. Bij 36,0% van de opnames werd een benzodiazepine voorgeschreven. Bij de opnames met een duur van 28 nachten of langer, gebruikte 39,5% halverwege de opname een benzodiazepine. De doseringen van de voorgeschreven benzodiazepines vielen grotendeels in de categorie 0-10 mg diazepamequivalent. In 16,4% (n = 107) van de opnames werd er een benzodiazepine gebruikt gedurende meer dan 14 dagen. Patiënten die een benzodiazepine gebruikten, kregen deze gemiddeld gedurende een kwart van de opname (25,3%; SD: 34,0). Bij 14,8% van de opnames werd er een benzodiazepine voorgeschreven bij ontslag. Een hogere leeftijd (OR: 1,38; 95%-BI: 1,10-1,72) en de diagnose bipolaire stoornissen (OR: 3,98; 95%-BI: 1,50-10,58) waren geassocieerd met een benzodiazepine bij ontslag (zie **tabel 2**). Mannelijk geslacht (B = 3,48; 95%-BI: 2,27-4,69), leeftijd (B = 0,83; 95%-BI: 0,43-1,22) en een langere opnameduur (B = 0,07; 95%-BI: 0,06-0,08) waren geassocieerd met een hogere dosering benzodiazepine (zie **tabel 3**).

Volwassenen

De gemiddelde leeftijd was 40,0 (SD: 16,7) jaar en 46,1% (n = 275) was man (zie **tabel 1**). De mediane opnameduur was 19 nachten (IQR = 40,0) en 46,8% (n = 1871) van de patiënten was opgenomen op de acute opnameafdeling. De meest voorkomende diagnoses waren psychosespectrumstoornissen (31,6%; n = 1266) en depressieve stoornissen (23,7%; n = 948). Bij ruim twee derde (69,7%) van de opnames werd er een benzodiazepine voorgeschreven en ruim een derde (37,6%) van de patiënten kreeg een benzodiazepine mee op het ontslagrecept. Van opnames met een duur langer dan 28 nachten gebruikte 57,5% van de patiënten een benzodiazepine halverwege de opname. Het merendeel van de patiënten gebruikte diazepamequivalente benzodiazepinedoseringen van 0-10 mg. Het percentage dat een dosering in een hogere categorie gebruikte, steeg licht tijdens de opname, van 7,0% die een dosering van hoger dan 20 mg gebruikte bij opname, tot een percentage van 12,3% op het ontslagrecept. Lorazepam was de meest voorgeschreven benzodiazepine (44,2%). Bij 35,6% (n = 1338) van de opnames werd een benzodiazepine meer dan 14 dagen van de opname gebruikt. Patiënten die een benzodiazepine gebruikten, kregen deze gemiddeld gedurende bijna de helft van de opname

(47,3%; SD: 38,5). De regressieanalyse (zie **tabel 2**) laat zien dat een langere opnameduur (OR: 1,01 BI: 1,01-1,01) en de diagnose angststoornissen (OR: 2,53; 95%-BI: 1,66-3,87) geassocieerd waren met een benzodiazepine op het ontslagrecept. De diagnose psychosespectrumstoornissen (OR: 0,81; 95%-BI: 0,67-0,98) was geassocieerd met lagere oddsratio op een benzodiazepine op het ontslagrecept. Het mannelijk geslacht (B = 2,17; 95%-BI: 1,16-3,19), een lagere leeftijd (B = -0,04; 95%-BI: -0,07--0,01) en een langere opnameduur (B = 0,05; 95%-BI: 0,04-0,06) waren geassocieerd met een hogere dosering in benzodiazepines (zie **tabel 3**).

DISCUSSIE

Wij onderzochten de prevalenties van en de factoren geassocieerd met benzodiazepinegebruik bij jeugdigen en volwassenen tijdens een klinische psychiatrische opname. Bij een derde van de opnames van jeugdigen en twee derde van de opnames van volwassenen werd een benzodiazepine voorgeschreven. Jeugdigen kregen benzodiazepines na ruim 10% van de opnames mee naar huis, bij volwassenen was dit een derde. Het aantal volwassenen dat een benzodiazepine met een dosering van meer dan 20 mg gebruikte, steeg licht tijdens opname, van 7,0% bij opname naar 12,3% bij ontslag. Bij jeugdigen waren een hogere leeftijd en de diagnose bipolaire stoornis geassocieerd met een benzodiazepinevoorschrift bij ontslag, bij volwassenen een langere opnameduur en de diagnose angststoornissen. De diagnose psychosespectrumstoornissen was geassocieerd met minder benzodiazepinevoorschriften bij ontslag bij volwassenen. Mannelijk geslacht en opnameduur waren geassocieerd met een hogere dosering benzodiazepines tijdens opname, bij zowel jeugdigen als volwassenen. Bij jeugdigen was een hogere leeftijd geassocieerd met een hogere dosering benzodiazepines, bij volwassenen een lagere leeftijd.

Vergelijking met internationale bevindingen

In vergelijking tot eerder in het Verenigd Koninkrijk uitgevoerd onderzoek naar psychofarmaca op ontslagrecepten bij kinderen op een kinderspsychiatrische afdeling,¹⁰ vinden wij een hoger percentage benzodiazepines in de ontslagmedicatie (14,8% versus 3,0%) onder jeugdigen. Waarschijnlijk wordt dit verschil verklaard doordat de gemiddelde leeftijd in onze studie hoger ligt (15,6 jaar versus 9,0 jaar) en een hogere leeftijd bij jeugdigen geassocieerd is met een benzodiazepinevoorschrift tijdens opname.

Bij volwassenen werden in eerder onderzoek hogere percentages aan benzodiazepinevoorschriften tijdens opname gerapporteerd (82,6% en 89%).^{5,7} In tegenstelling tot onze studie werd er in deze studies alleen gekeken naar opnames in de acute setting, wat mogelijk leidt tot hogere voorschrijfcijfers. Onze resultaten aangaande benzodiazepines op het ontslagrecept zijn vergelijkbaar

Tabel 1. Patiëntkenmerken en gebruik van benzodiazepines

	Jeugdigen	Volwassenen
Totaal % (n)	100 (856)	100 (4002)
Geslacht (man) % (n)	32,1 (275)	46,1 (1843)
Gemiddelde leeftijd (SD)	15,6 (1,4)	40,0 (16,7)
Opnameduur		
Mediane opnameduur in nachten (IQR)	10 (19,0)	19 (40,0)
Opnameduur ≥ 28 nachten % (n)	20,3 (174)	38,7 (1547)
Ontslagafdeling		
A1 (Affectieve en Psychotische Stoornissen)	0 (0)	28,2 (1128)
A2 jeugd (Acut en Intensief Jeugd)	89,1 (763)	5,7 (230)
A2 volwassen (Acut en Intensief Volwassenen)	0,7 (6)	46,8 (1871)
A3 (Diagnostiek en Vroege Psychose)	10,2 (87)	19,3 (773)
Diagnose % (n)		
Angststoornissen	3,0 (26)	2,6 (103)
Autismespectrumstoornissen	15,0 (128)	3,9 (156)
Bipolaire stoornissen	3,0 (26)	11,3 (451)
Depressieve stoornissen	10,9 (93)	23,7 (948)
Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen	–*	3,5 (140)
Persoonlijkheidsstoornissen	7,4 (63)	7,8 (314)
Psychosespectrumstoornissen	6,2 (53)	31,6 (1266)
Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen	2,2 (19)	3,5 (140)
Voedings- en eetstoornissen	4,9 (42)	–*
Overige stoornissen/problematiek	5,8 (50)	4,2 (167)
Geen diagnose bekend	41,6 (356)	7,9 (317)
Benzodiazepinegebruik % (n)		
Toegediend tijdens opname	36,0 (308)	69,7 (2788)
Gebruik halverwege opname ^a	39,5 (73)	57,5 (890)
Recept ontslagmedicatie	14,8 (127)	37,6 (1505)
Dosering benzodiazepinen opnamedatum % (n)^{b,c}		
0–10 mg	94,5 (618)	82,3 (3089)
> 10–20 mg	3,7 (24)	10,7 (402)
> 20 mg	1,8 (12)	7,0 (263)
Dosering benzodiazepines halverwege opname % (n)^{b,d}		
0–10 mg	81,4 (131)	67,8 (1007) ^f
> 10–20 mg	9,3 (15)	16,1 (239) ^f
> 20 mg	9,3 (15)	16,1 (239) ^f
Dosering benzodiazepines ontslagrecept % (n)^{b,c}		
0–10 mg	93,5 (606) ^e	75,6 (2838) ^g
> 10–20 mg	4,2 (27) ^e	11,6 (437) ^g
> 20 mg	2,3 (15) ^e	12,3 (463) ^g

Tabel 1. Patiëntkenmerken en gebruik van benzodiazepines, vervolg

	Jeugdigen	Volwassenen
Gebruik type benzodiazepine % (n)		
Oxazepam	8,8 (75)	19,7 (791)
Temazepam	7,9 (68)	16,9 (676)
Lorazepam	24,2 (207)	44,2 (1768)
Diazepam	1,3 (11)	5,3 (211)
Zopiclon	2,7 (23)	6,9 (278)
Zolpidem	0,6 (5)	2,5 (102)
Benzodiazepinegebruik ante noctem op deellijst ^c	47,6 (311)	75,1 (2818)
Benzodiazepinegebruik vast op deellijst ^c	34,7 (227)	59,7 (2242)
Benzodiazepinegebruik zo nodig op deellijst ^c	39,3 (257)	60,0 (2251)
Benzodiazepinegebruik > 14 dagen, totaal % (n) ^c	16,4 (107)	35,6 (1338)
Gemiddelde procentuele duur benzodiazepinegebruik (SD) ^c	25,3 (34,0)	47,3 (38,5)

*Deze groepen vielen buiten de representatiegrens van 2%.

^aInclusie van casussen met een opnameduur van 28 nachten of langer (resp. n = 185, n = 1547); ^bequivalente dagdosering diazepam; ^cexclusie van patiënten die nooit (tijdens opname of bij ontslag) benzodiazepines gebruikten (inclusie van resp. n = 654, n = 3754); ^dinclusie van patiënten die ooit benzodiazepines gebruikten én opnameduur van 28 nachten of langer (resp. n = 161, n = 1486); ^e6 missing; ^f1 missing; ^g16 missing.

IQR: interkwartielafstand; n = aantal opnames; SD: standaarddeviatie.

Tabel 2. Factoren geassocieerd met benzodiazepinevoorschriften bij ontslag, multivariate logistische regressie

Predictor	Jeugdigen			Volwassenen		
	OR	95%-BI	p	OR	95%-BI	p
Mannelijk geslacht (vrouw = referentie)	1,15	0,64-2,06	0,65	1,02	0,88-1,18	0,81
Leeftijd (oplopend)	1,38	1,10-1,72	0,01	1,00	1,00-1,00	0,94
Opnameduur (oplopend)	1,00	1,00-1,00	0,93	1,01	1,01-1,01	< 0,01
Diagnose (depressieve stoornissen = referentie)						
Angststoornissen	0,62	0,13-3,01	0,56	2,53	1,66-3,87	<0,01
Autismespectrumstoornissen	1,04	0,47-2,29	0,93	1,00	0,69-1,44	1,00
Bipolaire stoornissen	3,98	1,50-10,58	0,01	1,23	0,98-1,56	0,08
Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen	–*	–*	–*	0,88	0,60-1,29	0,51
Persoonlijkheidsstoornissen	0,61	0,23-1,61	0,32	0,99	0,75-1,31	0,94
Psychosespectrumstoornissen	2,44	1,00-5,95	0,05	0,81	0,67-0,98	0,03
Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen	0,66	0,14-3,21	0,61	0,80	0,54-1,18	0,26
Voedings- en eetstoornissen	0,89	0,29-2,71	0,84	–	–	–
Overige stoornissen/problematiek	0,45	0,12-1,68	0,23	0,76	0,53-1,08	0,13

*Deze groepen vielen buiten de representatiegrens van 2%.

Jeugdigen: Model χ^2 (11) = 36,844; p < 0,001; R² = 0,122 (Nagelkerke). Volwassenen: Model χ^2 (12) = 120,564; p < 0,001; R² = 0,044 (Nagelkerke).

BI: betrouwbaarheidsinterval; OR: oddsratio.

Tabel 3. Factoren geassocieerd met een hogere dosering benzodiazepines, meervoudige lineaire regressie

Predictor	Jeugdigen			Volwassenen		
	B	95%-BI	p	B	95%-BI	p
Constance	-11,40	-17,61 – -5,19	< 0,01	10,26	8,79-11,72	< 0,01
Geslacht	3,48	2,27-4,69	< 0,01	2,17	1,16-3,19	< 0,01
Leeftijd	0,83	0,43-1,22	< 0,01	-0,04	-0,07 – -0,01	0,02
Opnameduur	0,07	0,06-0,08	< 0,01	0,05	0,04-0,06	< 0,01

Jeugdigen: adjusted R² = 0,155; F(3,847) = 53,158; p < 0,001. Volwassenen: adjusted R² = 0,024; F(3,3986) = 33,049; p < 0,001.

B: regressiecoëfficiënt; BI: betrouwbaarheidsinterval.

met eerder onderzoek in de VS en in Schotland (respectievelijk 36,0 en 30,0%),^{6,11} maar aanzienlijk lager dan onderzoek in Zuidoost-Europa (81,9%).⁸ Het opvallende verschil met het onderzoek in Zuidoost-Europa kunnen we niet direct verklaren, aangezien de demografische kenmerken van de patiëntpopulaties in beide studies vergelijkbaar lijken te zijn. Mogelijk is hier sprake van een cultureel verschil in voorschrijfgedrag.

Naast bevestiging van eerder onderzoek over de prevalentie van benzodiazepines op het ontslagrecept breiden wij dit uit door ook te laten zien dat de gemiddelde dagdosering van benzodiazepines op het ontslagrecept vaker in een hogere categorie valt dan bij begin van de opname. Dat bij jeugdigen een oudere leeftijd geassocieerd is met een hogere dosering benzodiazepines en bij volwassenen een lagere leeftijd wordt mogelijk verklaard doordat voorschrijvers terughoudender zijn met recepten op erg jonge en oudere leeftijden, conform de geldende richtlijnen.³

Naast deze observaties is het relevant om te kijken naar de specifieke indicaties voor het gebruik. Vermoedelijk zijn emotieregulatiestoornissen – zoals angst, spanning en suïcidale gedachten – en slaapstoornissen de voornaamste indicaties voor het benzodiazepinegebruik. Gezien ook de grote representatie voor de acute afdeling en de grote representatie van lorazepam als toegediend benzodiazepine, wordt mogelijk een deel bij onrust en (ernstige) agitatie gegeven.

Onze bevinding dat een langere opnameduur bij volwassenen geassocieerd is met een benzodiazepinevoorschrift bij ontslag, al was het effect gering (OR: 1,01, 95%-BI: 1,01-1,01), is ook waargenomen in het genoemde Amerikaanse onderzoek.⁶ Daarentegen was een langere opnameduur in de studie in Zuidoost-Europa juist geassocieerd met een lagere frequentie in benzodiazepinevoorschriften.⁸ De auteurs geven als verklaring dat een langere opnameduur mogelijk als kans wordt gezien om benzodiazepines af te bouwen conform de richtlijnen. We moeten opmerken dat, hoewel het percentage benzodiazepines bij ontslag in die studie lager was dan tijdens opname, het nog steeds aanzienlijk hoog was (74,8%).

Onze bevinding dat de diagnose angststoornissen geassocieerd is met een benzodiazepine bij ontslag komt overeen met eerder genoemde Amerikaanse bevindingen, al werd in dit onderzoek geen significant resultaat vastgesteld.⁶ Omdat de diagnose therapieresistente angststoornissen een indicatie kan zijn voor langdurig gebruik van benzodiazepines,³ is deze bevinding goed te verklaren volgens de richtlijn.

Beperkingen

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. Ten eerste waren niet alle diagnoses bekend omdat de diagnose in de DBC niet altijd was ingevuld. Met name bij de jeugdigen waren er veel ontbrekende diagnoses omdat het – vanwege de veranderde financiering in 2015 – niet verplicht is om de diagnose in te vullen.

Ten tweede hebben we alleen gebruikgemaakt van de hoofddiagnose en hebben we psychiatrische comorbiditeit niet meegenomen in de analyses. Dit zou de resultaten wat betreft de geassocieerde diagnoses met benzodiazepinevoorschriften beïnvloed kunnen hebben. Ten derde was het niet mogelijk om betrouwbare data te verkrijgen over het benzodiazepinegebruik vóór opname. Dit zou meer inzicht hebben gegeven in verschillende gebruikspatronen, zoals in hoeverre benzodiazepines nieuw gestart worden tijdens opname of juist afgebouwd.

Ten slotte zijn de resultaten mogelijk minder generaliseerbaar naar andere ggz-instellingen, aangezien het onderzoek is verricht in een academische setting.

Aanbevelingen voor de klinische praktijk

Dit onderzoek bevestigt eerder internationaal onderzoek dat er ook in Nederland – in een academische psychiatrische opnamesetting – zowel bij jeugdigen als volwassenen veelvuldig benzodiazepines worden voorgeschreven tijdens opname. Hoewel we zien dat het aantal benzodiazepines bij ontslag lager ligt dan tijdens opname, wat suggereert dat er wel aandacht is tijdens opname voor deprescriptie, is het aantal patiënten dat naar huis gaat met een benzodiazepine alsnog erg hoog. Daarbij laat dit onderzoek zien dat de dosering van ben-

zodiazepines bij ontslag – vergeleken met het begin van de opname – eerder hoger dan lager wordt. Dit wordt mogelijk verklaard doordat de patiënten die met benzodiazepines met ontslag gaan, tevens de patiënten zijn met hogere doseringen waarbij deprescriptie moeilijker is tijdens opname. Daarbij speelt mogelijk ook de grote representatie van acute psychiatrie een rol, waarbij patiënten gestabiliseerd worden met hogere doseringen benzodiazepines en er vervolgens te weinig opnamecapaciteit/tijd is om dit weer geleidelijk af te bouwen. Gezien de bijwerkingen van benzodiazepines en de potentiële schadelijke gevolgen, is het belangrijk om het aantal benzodiazepinevoorschriften tijdens opname en op het ontslagrecept te verlagen. Dit kan door in eerste instantie terughoudender te zijn met het voorschrijven van benzodiazepines en de patiënt goed voor te lichten over de risico's, de duur van het gebruik en het afbouwen.³ Dat patiënten niet altijd goed worden geïnformeerd over de gebruiksduur en het afbouwen van benzodiazepines bleek uit een eerdere studie, gepubliceerd in dit tijdschrift.¹²

Daarnaast kunnen, als alternatief, niet-medicamenteuze behandelingen worden aangeboden tijdens een opname, zoals cognitieve gedragstherapie voor insomnia, wat ook voor patiënten met een psychiatrische stoornis een effectieve behandeling is.¹³ Tevens is het goed om tijdens opname aandacht te hebben voor de afbouw van benzodiazepines, ook als patiënten deze al langere tijd gebruiken. Dit is in een eerdere Nederlandse studie effectief gebleken, ook voor klinische patiënten.¹⁴ Als laatste is het belangrijk om als behandelaar vertrouwen te hebben in de afbouw van benzodiazepines, ook als eerdere pogingen en alternatieve behandelingen in het verleden al zijn geprobeerd.¹⁵

CONCLUSIE

Benzodiazepines worden ook in Nederland frequent voorgeschreven tijdens opname en bij het ontslag bij jeugdigen en volwassenen. Bij jeugdigen waren een hogere leeftijd en de diagnose bipolaire stoornis geassocieerd met een benzodiazepinevoorschrift tijdens opname. Bij volwassenen waren een langere opnameduur en de diagnose angststoornissen geassocieerd met een benzodiazepinevoorschrift tijdens opname en de diagnose psychosespectrumstoornissen was geassocieerd met minder benzodiazepinevoorschriften bij ontslag.

Gezien de potentiële risico's van benzodiazepines is het belangrijk om terughoudend te zijn met het voorschrijven, patiënten goed voor te lichten, niet-medicamenteuze behandelingen als alternatief in te zetten, tijdens opname voorgeschreven benzodiazepines af te bouwen en als behandelaar vertrouwen te hebben in de afbouw. Hoewel de resultaten van dit onderzoek suggereren dat er aandacht is voor deprescriptie tijdens opname, blijft het aantal voorgeschreven benzodiazepines bij ontslag

hoog. Het is daarom van belang om deprescriptie als aandachtspunt te hebben tijdens opname om langdurig gebruik van benzodiazepines te minimaliseren en alternatieve behandelingen te bevorderen.

LITERATUUR

- 1 GIP-database. Aantal gebruikers 2016–2020 voor ATC-subgroep N05C: hypnotica en sedativa. 2022.
- 2 Seldenrijk A, Vis R, Henstra M, e.a. Systematic review of the side effects of benzodiazepines. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017; 161: D1052.
- 3 GGZ Standaarden. Generieke module Bijwerkingen, hoofdstuk 8. Zorg rondom bijwerkingen door benzodiazepinen. 2017; 62-6.
- 4 De Boer JN, Koomen LEM. Deprescriptie: het goede voornemen voor 2022. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 845-7.
- 5 Wheeler A, Kairuz T, Sheridan J, e.a. Sedative-hypnotic treatment in an acute psychiatric setting: Comparison with best practice guidance. *Pharm World Sci* 2007; 29: 603-10.
- 6 Peters SM, Knauf KQ, Derbidge CM, e.a. Demographic and clinical factors associated with benzodiazepine prescription at discharge from psychiatric inpatient treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37: 595-600.
- 7 Panes A, Verdoux H, Fourier-Réglat A, e.a. Misuse of benzodiazepines: Prevalence and impact in an inpatient population with psychiatric disorders. *Br J Clin Pharmacol* 2020; 86: 601-10.
- 8 Maric NP, Latas M, Andric Petrovic S, e.a. Prescribing practices in Southeastern Europe – focus on benzodiazepine prescription at discharge from nine university psychiatric hospitals. *Psychiatry Res* 2017; 258(dec): 59-65.
- 9 Van Venrooij MH. Protocolaire GGZ: geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2014. Hulpdocument Hulpmiddelen bij vermindering van chronisch slaapmiddelengebruik, Omrekening benzodiazepinen naar diazepam 2 mg tabletten; p. 180-1.
- 10 Akram G. Profiling psychotropic discharge medication from a children's psychiatric ward. *Int J Clin Pharm* 2015; 37: 753-7.
- 11 Johnson CF, Nassr OA, Harpur C, e.a. Benzodiazepine and z-hypnotic prescribing from acute psychiatric inpatient discharge to long-term care in the community. *Pharm Pract (Granada)* 2018; 16: 1256.
- 12 Koomen LEM, de Boer JN, van den Eijnden MJM, e.a. Deprescriptie van psychofarmaca; praktijk en behoeften van patiënten en naasten. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 424-30.
- 13 Freeman D, Sheaves B, Waite F, e.a. Sleep disturbance and psychiatric disorders. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 628-37.
- 14 Kan CC, Mickers FC, Barnhoorn D. Korte- en langetermijnresultaten na geprotocolleerde benzodiazepineafbouw bij psychiatrische patiënten. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 683-93.
- 15 Gorgels WJM, Oude Voshaar RC, Mol AJJ, e.a. Het langdurig gebruik van benzodiazepinen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1342-6.