

Bijlage Behandeling benzodiazepinen Psychologische (niet-medicamenteuze) interventies bij Afhankelijkheid

Literatuur conclusies

Conclusies Studiekwaliteit	Niveau bewijs
Het is aannemelijk dat een brief op maat (gepersonaliseerde psycho-educatie in variërende intensiteit) vergeleken met een algemene brief de kans vergroot op succesvolle benzodiazepine-staking na 12 maanden. A2 Darker 2015 [ten Wolde 2008]	2
Het is aangetoond dat het volgen van cognitieve gedragstherapie bij <i>dosisreductie</i> de kans op succesvolle benzodiazepine-staking tot 3 maanden na de behandeling vergroot ten opzichte van dosisreductie alleen. Effecten op langere termijn zijn onzeker. A1 Darker 2015 [9 RCTs]	1
Vanwege de zeer lage kwaliteit van bewijs is de effectiviteit van motivational interviewing vergeleken met <i>gebruikelijke zorg</i> op BZD-staking of >50% dosisreductie niet aannemelijk gemaakt. A1 Darker 2015 [4 RCTs]	2
Het is aannemelijk dat een uitgebreid huisartsadvies en begeleide dosisreductie vergeleken met <i>gebruikelijke zorg</i> (incl. advies) de kans vergroot op succesvolle benzodiazepine-staking of >50% dosisreductie na 6 en 12 maanden. A2 Darker 2015 [Vicens 2006]	2
Het is aannemelijk dat een ontspanningstraining met psycho-educatie vergeleken met <i>gebruikelijk zorg</i> de kans vergroot op benzodiazepine-staking na 3 maanden. A2 Darker 2015 [Gilbert 1993]	2
De effectiviteit van overige psychosociale interventies op BZD-staking of >50% mindering is niet aangetoond. Hierbij werden o.a. vergeleken: dosisreductie+ontspanning vs. dosisreductie, individuele CGT+zelfhulpboek vs. zelfhulpboek, CGT-groepstherapie vs. gebruikelijke zorg, e-counseling vs. live counseling. A2 Darker 2015	2

Overige overwegingen

- Het ontbreekt binnen instellingen vaak aan eenduidig benzodiazepinen beleid. Hierdoor is het voor patiënten niet duidelijk wat te verwachten. De regelmatig voorkomende wisseling van psychiaters en de sterk variërende aanpak in benzodiazepinen voorschrijving zijn een bron van onzekerheid. Dit is onwenselijk en vraagt om consensus op instellings- en verenigingsniveau.
- Huisartsinterventies zijn waarschijnlijk ook toe te passen door andere (GGZ) zorgverleners. Een voorbeeld is de "huisartsbrief op maat" onderzocht door Ten Wolde et al. 2008. Deze bevat informatie die de positieve effecten van afbouwen benadrukt (bv verbeterde cognitie), de positieve effecten van benzodiazepinegebruik nuanceert (bv uitleg tolerantie, mogelijk placebo effect), en de zelfredzaamheid tijdens het afbouwen vergroot (skills aanleren/ adviseren). De informatie werd persoonlijk opgesteld (naam), bevatte persoonlijke gegevens uit het intakegesprek (reden waarom patiënt wilde afbouwen), en de redenen waarom de patiënt in eerste instantie benzodiazepinen gebruikte. Deze 'tailored' brief werd vergeleken met een algemene brief waarin nadelen van benzodiazepinegebruik werden opgesomd en het advies gegeven om af te bouwen. [stopbrief NHG standaard bevat: nadelen benzodiazepinen gebruik; verwachting dat afbouwen wat moeilijk zal zijn; als de patiënt na 3 maanden nog steeds medicatie gebruiken, dan consult].
- Hoewel het hoogste niveau van bewijs gevonden is voor toevoeging van CGT, zijn de andere interventies mogelijk gemakkelijker in te zetten. De werkgroep is van mening dat stepped care kan worden toegepast zoals wordt voorgesteld in de NHG-standaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen (2014), waarbij wordt gekozen voor een van de bewezen interventies.
- De RCT van Gilbert et al. (1993) naar ontspanningstraining is gedaan in een relatief kleine groep deelnemers (n=60). Deze studie onder verpleeghuisbewoners toonde dat ontspanningstraining aan patiënten en informeren van zorgverleners over alternatieve slaapinterventies vergeleken met gebruikelijke zorg de kans vergroot dat patiënten met benzodiazepines stoppen. Om deze reden, en om het uitblijvende effect in een andere RCT naar de effectiviteit van ontspanningstraining als aanvulling op dosisreductie ($RR_{\text{post-interventie}}=0.78$, 95%BI 0.30 - 2.03; n=31), is de werkgroep voorzichtiger om deze interventie aan te bevelen.
- De effectiviteit van motivational interviewing (MI) om mensen te laten staken met benzodiazepinegebruik kon door Darker et al. (2015) niet worden aangetoond. De kwaliteit van het bewijs was zeer laag en gebaseerd op 4 RCTs met in totaal slechts 80 patiënten. De studies waren bovendien zeer uiteenlopend in populatie en opzet (significante heterogeniteit). De uitkomstmaten voor staking lijken te duiden op effectiviteit, maar de 95% betrouwbaarheidsintervallen zijn zeer breed en omvatten de mogelijkheid van geen effect.

Hierbij dient te worden aangemerkt dat de studies MI vergeleken met gebruikelijke zorg (niet dosisreductie), die vaak niet nader werd omschreven.

- Het doel van MI het bewerken van gedragsverandering, zoals dosisreductie of staking. Het zou eventueel kunnen worden ingezet in aanvulling op de eerste stap van de NHG stepped care behandeling, de stopbrief. Dan nog is enige terughoudendheid gewenst: een Cochrane review (Smedslund et al. 2011) concludeert dat de superioriteit van MI ten opzichte van gebruikelijke zorg of 'assessment&feedback' in een bredere populatie van mensen met middelenmisbruik of -afhankelijkheid in het algemeen nog niet bewezen is.
- Om het positieve effect van CGT (en andere interventies) op BZD afbouw gevolg te kunnen geven in de praktijk is nodig dat instellingen hier een aanbod in hebben. De werkgroep vraagt zich af in hoeverre dat op dit moment al het geval is. Daarnaast dient de vraag zich aan welke professionals (bijv. ook POH ggz?) deze methoden vervolgens kunnen toepassen.

Samenvatting van de gebruikte literatuur

- Darker et al. 2015, Cochrane systematische review en meta-analyse van RCTs gepubliceerd tot December 2012. Populatie: BZD gebruikers 16jr of ouder, klinisch of ambulant behandeld in 1e of 2e lijnszorg. Interventie: psychosociaal (niet-medicamenteus) vergeleken met andere psychosociale of farmacotherapeutische interventie / gebruikelijke zorg. Uitkomst: BZD staking of BZD dosisreductie van 50% of meer. N=25RCTs gevonden voor review, n=15RCTs voor meta-analyse.
- Onderzochte interventies: Cognitieve gedragstherapie (CGT): 11RCTs dosisreductie+ CGT vs. dosisreductie; n=575. 2RCTs zonder dosisreductie en met andere controlegroep dan dosisreductie, n=214+73. Motivational interview (MI): 4 RCTs, n=80. Ontspanning als belangrijkste element (wisselende controlegroep) 4 RCTs, n=119+44+60+7. Huisartsbrief 2 RCTs, n=272+322. Advies huisarts middels gestandaardiseerd interview 1 RCT, n=139. E-counseling 1 RCT, n=37.
- Conclusies:
 - CGT+dosisreductie geeft op korte termijn meer kans dan afbouwen alleen op BZD staking ($RR_{<4wkn}$ na behandeling 1.40, 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 1.05 tot 1.86 obv 9 RCTs, n=423; RR_{3mnd} follow up 1.51, 95% BI 1.15 tot 1.98, n=575). Effecten op langere termijn (6-24 mnd) zijn minder zeker, dwz niet significant verschillend. Effect op BZD reductie >50% is onzeker (geen significant verschil) door lage kwaliteit bewijs.
 - Effectiviteit van MI vs. gebruikelijke zorg op BZD gebruik is onduidelijk door zeer lage kwaliteit bewijs (Staking: RR_{na} behandeling 4.43, 95% BCI 0.16 tot 125.35; obv 2 RCTs, n=34; RR_{3mnd} follow up 3.46, 95% BI 0.53 tot 22.45; obv 4 RCTs, n=80. Dosisreductie: RR_{3mnd} 1.52, 95% BI 0.60 tot 3.83; RR_{12mnd} 0.87, 95% BI 0.52 tot 1.47; obv 1RCT, n=39;).
 - Opkomend bewijs voor effectiviteit in het afbouwen van of stoppen met BZDs is gevonden voor: huisartsbrief op maat vs. algemene huisartsbrief, bij 12mnd follow up (staking: RR 1.70, 95%CI 1.07 -2.70; obv 1 RCT ^{ten Wolde 2008}, n=322); uitgebreid huisartsadvies vs. gebruikelijke zorg, bij 6mnd en 12mnd follow up (staking: RR_{6mnd} 13.11, 95% BI 3.25 tot 52.83; RR_{12mnd} 4.97, 95% BI 2.23 tot 11.11; obv 1 RCT ^{Vicens 2006}, n=139; reductie >50% ook sign.); relaxatie training vs. gebruikelijke zorg, bij 3mnd follow-up (staking: RR 2.20, 95% BI 1.23 tot 3.94 obv 1RCT ^{Gilbert 1993}, n=60).
 - Voor overige interventies of vergelijkingen is te weinig bewijs van effectiviteit op BZD gebruik.