

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/64172>

Please be advised that this information was generated on 2019-03-21 and may be subject to change.

Het staken van chronisch benzodiazepinegebruik met behulp van gereguleerde dosisreductie met en zonder groepstherapie¹

R.C. OUDE VOSHAAR, W.J.M.J. GORGELS, A.J.J. MOL, A.J.L.M. VAN BALKOM,
E.H. VAN DE LISDONK, M.H.M. BRETILER, H.J.M. VAN DEN HOOGEN, F.G. ZITMAN

ACHTERGROND Gereguleerde dosisreductie als behandelmethode voor het staken van chronisch benzodiazepinegebruik is nooit vergeleken met het natuurlijke beloop van chronisch benzodiazepinegebruik. Bovendien is de meerwaarde van een psychotherapie bij staken van benzodiazepinegebruik nooit onderzocht in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. **DOEL** Het evalueren van de effectiviteit en uitvoerbaarheid in de huisartspraktijk van gereguleerde dosisreductie met en zonder gelijktijdige cognitieve gedragstherapie (CGT) in groepsverband. **METHODE** Honderdtachtig chronische benzodiazepinegebruikers die hun gebruik niet op eigen kracht konden staken, werden gerandomiseerd verdeeld over drie groepen: gereguleerde dosisreductie; gereguleerde dosisreductie met groeps-CGT; en reguliere huisartsenzorg. **RESULTATEN** Met behulp van gereguleerde dosisreductie staakten significant meer patiënten (62%) het benzodiazepinegebruik volledig dan in de controlegroep (21%). Aanvullende groeps-CGT verhoogde de succeskans van gereguleerde dosisreductie niet. Het voornemen tot deelname aan het dosisreductieprogramma motiveerde 1 op de 5 patiënten om hun gebruik alsnog op eigen kracht te staken. Noch het staken, noch het type interventie had invloed op het psychisch functioneren. Beide interventieprogramma's waren goed uitvoerbaar in de eerste lijn, hoewel slechts 17% van de 1036 in aanmerking komende benzodiazepinegebruikers toestemming gaf voor deelname aan het onderzoek. **CONCLUSIE** Gereguleerde dosisreductie is een effectieve strategie om gemotiveerde chronische benzodiazepinegebruikers in de eerste lijn te helpen hun gebruik te staken. Aanvullende groeps-CGT heeft geen meerwaarde op korte termijn. Follow-uponderzoeken met aandacht voor terugval zijn essentieel voor een definitief oordeel.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)11, 725-737]

TREFWOORDEN benzodiazepinen, chronisch gebruik, psychotherapie, staken

De effectiviteit van dosisreductieprotocollen bij het staken van chronisch benzodiazepinegebruik is nog maar weinig onderzocht. Ook over de eventuele meerwaarde van aanvullende psychotherapie is weinig bekend. Ten eerste is gereguleerde

dosisreductie alleen nooit vergeleken met een controlegroep om te kunnen corrigeren voor het aantal benzodiazepinegebruikers dat hun gebruik op eigen kracht kan staken (Oude Voshaar e.a. 2001). Ten tweede is tot op heden het toevoegen van een

cognitieve, gedragsmatige aanpak niet onderzocht in een gecontroleerde opzet. Wel is gebleken dat het toevoegen van cognitieve gedragstherapie bij patiënten met een paniekstoornis effectief kan zijn (Otto e.a. 1993). Daarbij komt dat de generaliseerbaarheid van eerdere onderzoeken beperkt is, omdat geen enkel onderzoek alle benzodiazepinegebruikers eerst heeft geïdentificeerd voordat de onderzoeksgroep werd samengesteld (Oude Voshaar e.a. 2001).

In het hier beschreven onderzoek werden bij chronische benzodiazepinegebruikers die niet op eigen kracht konden stoppen, naast het effect van de dosisreductiebehandeling op het benzodiazepinegebruik, zowel positieve als negatieve potentiële neveneffecten van de behandeling en/of het staken van het gebruik gemeten, waaronder het psychisch functioneren, de geheugenfunctie en het gebruik van alcohol. Na afronding van het onderzoek werden de tevredenheid met en de uitvoerbaarheid van de interventies in de huisartspraktijk geëvalueerd.

PATIËNTEN EN METHODEN

Studieopzet

Chronische benzodiazepinegebruikers die hun benzodiazepinegebruik niet op eigen kracht konden staken, werden gerandomiseerd verdeeld in drie groepen: een groep met gereguleerde dosisreductie; een groep met gereguleerde dosisreductie in combinatie met cognitieve gedragstherapie (CGT) in groepsverband; en een controlegroep die reguliere huisartsenzorg ontving.

Het onderzoek werd goedgekeurd door de CMO Arnhem/Nijmegen en vond plaats van 1998 tot 2001.

Patiënten

Met behulp van geautomatiseerde geneesmiddelprescriptiebestanden werden alle chronische benzodiazepinegebruikers geïdentificeerd in 30 huisartspraktijken (58 huisartsen; 118.082 pa-

tiënten). De huisartspraktijken hadden een ruime locatievariatie in Nederland: 12 in stedelijk gebied (Amsterdam, Nijmegen en Almere) en 18 in landelijk gebied (dorpjes nabij Nijmegen); de wijze van praktijkvoering was ook divers (4 gezondheidscentra, 11 groepspraktijken en 15 solopraktijken). 'Chronisch gebruik' werd gedefinieerd als benzodiazepinegebruik gedurende ten minste 3 maanden in een hoeveelheid voor ten minste 60 dagen gebruik in de laatste 3 maanden volgens het voorschrift. Exclusiecriteria waren psychiatrische behandeling, behandeling voor alcohol- of drugsafhankelijkheid, psychose in de voorgeschiedenis, epilepsie, geen goede beheersing van de Nederlandse taal of een terminale ziekte. Daarnaast konden mensen specifiek op verzoek van de huisarts worden uitgesloten in geval van ernstige comorbiditeit of zwaarwegende psychosociale redenen. De patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden, kregen een brief met stopadvies van hun huisarts. Dit om alleen patiënten in het onderzoek te betrekken die niet op eigen kracht konden stoppen. Cormack e.a. (1994) vonden namelijk dat 6 maanden na ontvangst van een dergelijke brief 18% van de chronische benzodiazepinegebruikers hun gebruik volledig had gestaakt, wat significant verschilde van de 6% in de controlegroep die geen interventie ontving (natuurlijke beloop). Zij werden 3 maanden later uitgenodigd op het spreekuur. Tijdens dit consult werd geïnformeerd of een patiënt het gebruik volledig had gestaakt. Zo niet, dan werd toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek.

Powerberekening en randomisering

Rekening houdend met de preselectie door middel van een brief met stopadvies werd uitgegaan van een succeskans van 55% met behulp van gereguleerde dosisreductie alleen en van 80% in combinatie met groeps-CGT (Otto e.a. 1993). Een powerberekening volgens Lemeshow (richtlijnen WHO), gebaseerd op een arcsintransformatie van de proporties, vereist bij deze effectgrootte een groepsgrootte van 53 deelnemers per experimen-

tele groep (tweezijdige $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,20$). Deelnemers werden gerandomiseerd in een verhouding 2:2:1 om een maximaal onderscheidend vermogen te krijgen tussen de 2 experimentele groepen. Randomisering vond plaats na inclusie van ten minste 10 deelnemers binnen een geografisch cluster, dit om CGT-groepen te formeren van ten minste 4 deelnemers op een locatie dicht bij huis. De randomisering werd zonder verdere restricties geautomatiseerd uitgevoerd.

Interventie

Gereguleerde dosisreductie Deelnemers die geen diazepam gebruikten, werden in het eerste consult omgezet op een equivalente dosering diazepam volgens de omrekeningstabel van Zitman & Couvée (2001). Bij deelnemers die meer dan 1 benzodiazepine gebruikten, werden de doseringen opgeteld. De dagelijkse dosering diazepam werd vervolgens gereduceerd met 25% per week, met 4 wekelijkse consulten. Aan de deelnemers werd de mogelijkheid geboden de laatste reductiestap te verdelen over 2 stappen van 12,5% per 4 dagen (Schweizer e.a. 1990). Het afsluitende consult vond 2 weken na de laatste reductiestap plaats. Alle consulten werden volgens protocol uitgevoerd door de eigen huisarts en geregistreerd in een persoonsgebonden dossier.

Gereguleerde dosisreductie met groeps-CGT Deelnemers die gereguleerde dosisreductie kregen mét groeps-CGT, bezochten naast de dosisreductieconsulten bij hun eigen huisarts 5 sessies groeps-CGT van 2 uur. Deze groepstherapie startte halverwege het dosisreductieprotocol en eindigde 2 weken na de afsluiting van de dosisreductie. De therapie had ten doel deelnemers te ondersteunen tijdens de dosisreductie en terugval nadien te voorkomen. Het therapieprogramma bestond uit: psycho-educatie betreffende de voor- en nadelen van chronisch benzodiazepinegebruik; onderwijs en training in ontspanningsoefeningen volgens de methode van de progressieve relaxatie; en cognitieve herstructurering

van de interpretatie van ontwenningssymptomen.

De sessies werden geleid door geregistreerde eerstelijnspsychologen die ervaren waren in het geven van CGT. In het kader van dit onderzoek ontvingen zij een gedetailleerde handleiding en een korte training. De therapeuten documenteerden zowel de deelname als de eventuele redenen van afmelding per sessie. Een onafhankelijke beoordelaar beoordeelde willekeurige bandopnamen van de sessies 3 en 5 aan de hand van tevoren vastgestelde criteria. Hierbij werden geen protocolafwijkingen gevonden.

Reguliere huisartsenzorg (controlegroep) Deelnemers in de controlegroep werden per brief geïnformeerd over de randomiseringsuitslag. Zij ontvingen geen enkele verdere hulp met betrekking tot het staken van benzodiazepinen.

Metingen

Voor- en nameting Deelnemers kregen twee identieke metingen: een voormeting direct na het geven van toestemming voor deelname, en een nameting drie maanden na de start van de interventie. Deze metingen bestonden uit het gestructureerd exploreren van het benzodiazepinegebruik, het afnemen van een geheugentest en een aantal zelfinvulvragenlijsten (zie later). De metingen werden uitgevoerd door getrainde onderzoeksassistenten bij patiënten thuis.

Primaire uitkomstmaat De primaire uitkomstmaat was de proportie deelnemers die hun benzodiazepinegebruik succesvol konden staken, gedefinieerd als 'geen benzodiazepinegebruik ten tijde van de nameting'. Validatie van het zelfgerapporteerde benzodiazepinegebruik vond plaats met behulp van het prescriptiebestand van de huisarts. Hieruit bleek dat minder dan 5% van de deelnemers die zeiden succesvol gestopt te zijn, een benzodiazepinerecept hadden ontvangen in de maand voor de nameting. Dit percentage verschilde niet significant per onderzoeksgroep.

Secundaire uitkomstmaten Secundaire uitkomstmaten waren: de mate van reductie van de dagelijkse dosering benzodiazepinen bij hen die niet konden stoppen; het langetermijngeheugen (*delayed recall* van de 15-woordentest; Saan & Deelman 1996), dat vermindert als gevolg van een door benzodiazepinen veroorzaakte anterograde amnesie; en de scores op een aantal zelfinvulvragenlijsten. Zo werd het alcoholgebruik nagevraagd en de volgende lijsten afgenomen: de *Problem Drinking* 18-itemlijst (Cornel e.a. 1994); *General Health Questionnaire* 12-itemversie (GHQ-12; Goldberg & Blackwell 1970); de schalen depressie, boosheid, vermoedheid, kracht en spanning van de 32-item verkorte *Profile of Mood States* (POMS; Wald & Mellenbergh 1990); en de *Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire* (Tyrer e.a. 1990). Alle zelfinvulvragenlijsten hebben een aantoonbaar goede betrouwbaarheid en validiteit in de Nederlandse populatie.

Tevredenheid en uitvoerbaarheid Met behulp van het persoonsgebonden dossier, zoals bijgehouden door de huisarts tijdens de interventie, én een enquête onder zowel huisartsen als patiënten twee maanden na afloop van de behandeling, werd de tevredenheid met en de uitvoerbaarheid van het dosisreductieprotocol en de psychotherapiegroepen geëvalueerd.

Statistische analyses

Univariate variantieanalyses (ANOVA's) of hun non-parametrische alternatieven werden uitgevoerd op de gegevens verkregen bij de voormeting ter vergelijking van de drie groepen. De primaire uitkomstmaat (aantal deelnemers dat succesvol kon staken) werd geanalyseerd met behulp van een chi-kwadraattoets. Een logistische regressie (*stepwise forward procedure*) met correctie voor type interventie werd uitgevoerd om onafhankelijke voorspellers voor succesvol staken te identificeren.

De mate van dosisreductie onder deelnemers die hun gebruik niet volledig konden staken, werd

geanalyseerd met een *one-way ANOVA* op het quotiënt van de uitkomst en uitgangsdosering na log-transformatie (waarna een normale verdeling ontstond). *Repeated measures ANOVA's* werden uitgevoerd op de overige secundaire uitkomstmaten in geval van continue variabelen en chi-kwadraattoetsen in geval van dichotome uitkomstmaten. Significante hoofdeffecten werden verder geanalyseerd met behulp van paarsgewijze vergelijkingen.

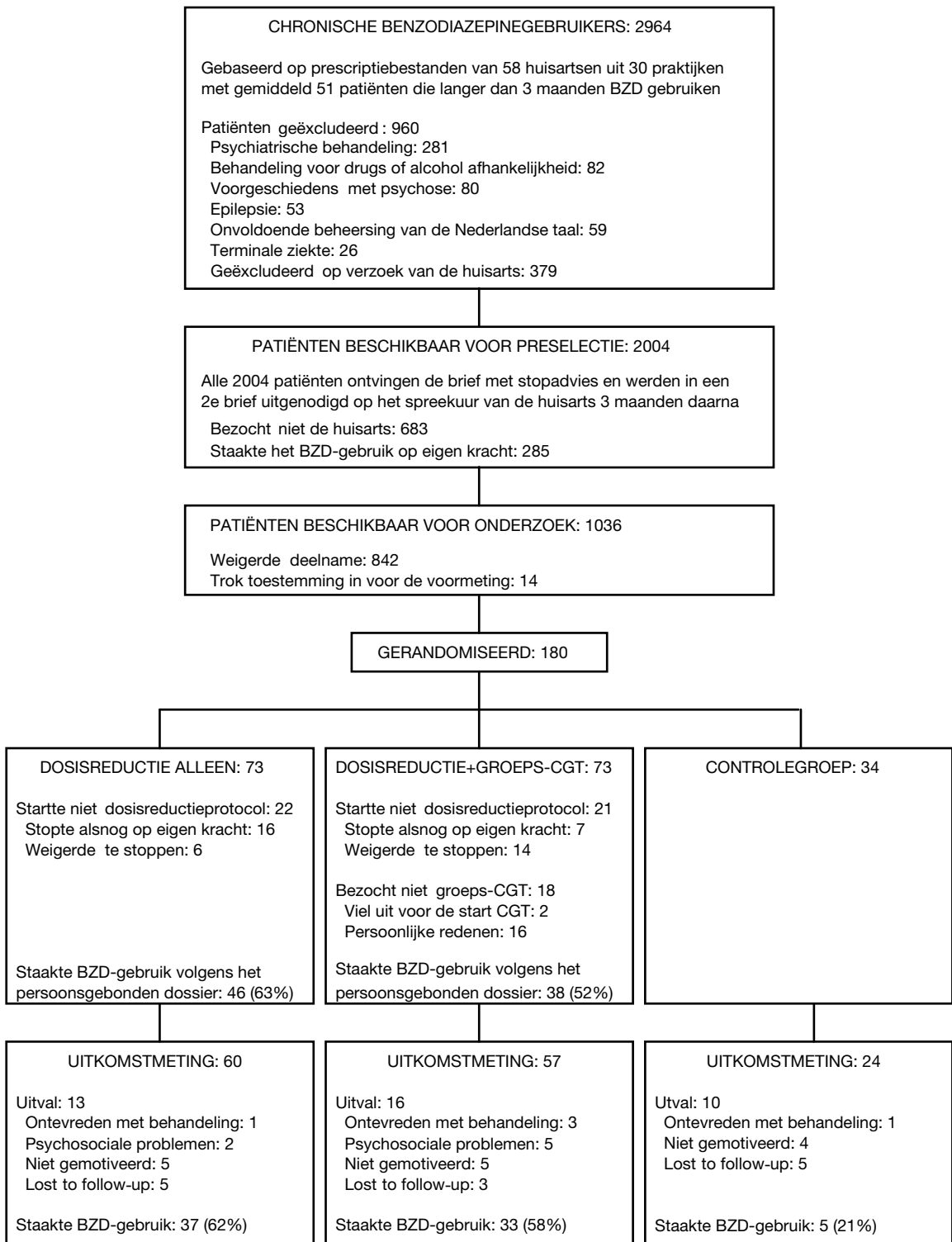
Alle analyses werden uitgevoerd op basis van een *intention-to-treat-principe*. Als een uitkomstmaat niet beschikbaar was, diende de laatste observatie als uitkomstmaat (*last observation carried forward*, gehele groep, n=180). Een tweede *intention-to-treat-analyse* werd verricht na exclusie van alle uitvallers (*completers-groep*; n=141). Een substantieel aantal patiënten bleek hun benzodiazepinegebruik gestaakt te hebben voordat de interventies gestart waren. Daarom werd tevens een *per-protocol-analyse* uitgevoerd op alle deelnemers die het gehele interventieprogramma inclusief de nameting volgens protocol hadden ondergaan (*per-protocol-analyse*, n=78). In deze laatste analyse werd de controlegroep geëxcludeerd, omdat het benzodiazepinegebruik ten tijde van de start van de interventies alleen beschikbaar was voor de twee experimentele groepen.

RESULTATEN

Patiënten

Van de 2964 geïdentificeerde chronisch benzodiazepinegebruikers werden er 2004 per brief geadviseerd hun gebruik te staken, waarna 1036 gebruikers beschikbaar bleven voor studiedeelname (figuur 1). Deelname was laag: 180 van de 1036 gebruikers (17,4%). Deelnemers en niet-deelnemers verschilden niet significant van elkaar met betrekking tot leeftijd, geslacht en benzodiazepinedosering. Van de 146 deelnemers, toegewezen aan een van de experimentele groepen, stakten 23 hun benzodiazepinegebruik alsnog op eigen kracht tijdens de wachttijd voor de interventie. De

FIGUUR 1 CONSORT-diagram van de deelnemers aan het benzodiazepinereductieonderzoek



BZD = benzodiazepinen
CGT = cognitieve gedragstherapie

vertraging tussen de voormeting en de interventie bedroeg gemiddeld 71 dagen (standaarddeviatie 45; range 0 - 223), ten einde therapiegroepen te vormen met ten minste 4 deelnemers. Deze uitval, evenals de redenen hiervoor, verschilde niet significant tussen de 3 groepen ($\chi^2 = 1,85$; $df = 2$; $p = 0,40$). Van de 85 deelnemers die het gehele interventieprogramma volgens protocol doorliepen (gereguleerde dosisreductie alleen of gereguleerde dosisreductie met groeps-CGT) namen 78 deel aan de nameting.

Kenmerken onderzoekpopulatie

In tabel 1 staan de kenmerken van de onderzoekpopulatie. De gemiddelde leeftijd van de 180 deelnemers bedroeg 63 jaar. Zeventig procent was vrouw. De gemiddelde gebruiksduur was 13 jaar met een dosering van 8,4 mg diazepamequivalent per dag voor ontvangst van de brief met stopadvies (preselectie) en 6,4 mg hierna. Vierenvijftig procent gebruikte alcohol in een gemiddelde hoeveelheid van 9 glazen per week. Gebaseerd op een afkappunt van 2/3 op de GHQ-12 werd bij 34% van de patiënten een psychiatrische stoornis vermoed. Gebaseerd op de geslachtsspecifieke normgegevens voor de Nederlandse populatie scoorden deelnemers fors hoger op de schalen depressie en vermoeidheid en licht hoger op de schaal voor gespannenheid. De gemiddelde decielscore op de 15-woordentest verschilde niet van de normpopulatie. Subanalyses lieten echter zien dat deelnemers die 10 mg diazepamequivalenten of meer gebruikten ($n = 35$) significant slechter scoorden dan deelnemers die minder dan 10 mg gebruikten ($t = 2,25$; $df = 178$; $p = 0,03$) en de normpopulatie ($t = 5,93$; $df = 34$; $p < 0,001$). De baseline-vergelijking leverde geen significante verschillen op tussen de 3 groepen (zie tabel 1). Eveneens werden geen significante verschillen gevonden tussen uitvallers en zij die het onderzoek afmaakten.

Benzodiazepinegebruik

De proportie deelnemers die het benzodiazepinegebruik konden staken, verschilde significant tussen de 3 groepen in de intention-to-treat-analyses (tabel 2). Post-hoc-vergelijkingen lieten geen verschillen zien tussen de twee experimentele groepen (gehele groep $p = 0,51$; completers-groep $p = 0,68$). De twee experimentele groepen waren echter wel significant succesvoller dan de controlegroep: gereguleerde dosisreductie alleen (gehele groep $p < 0,001$; completers-groep $p = 0,001$) en gereguleerde dosisreductie met groeps-CGT (gehele groep $p = 0,002$; completers-groep $p = 0,002$). In overeenstemming met deze bevindingen liet de per-protocol-analyse eveneens geen verschillen zien tussen de 2 experimentele groepen ($p = 0,53$). Met behulp van een logistische regressieanalyse werd alleen benzodiazepinedosering geïdentificeerd als onafhankelijke voorspeller voor staken (odds ratio (OR) = 4,5; 95%-betrouwbaarheidsinterval 2,0-10,2). Patiënten die 10 mg diazepamequivalenten of meer gebruikten, hadden een significant lagere kans om te stoppen dan patiënten die minder dan 10 mg gebruikten (35% versus 64%; $p = 0,009$). Onder hen die niet konden stoppen, verschilde de mate van dosisreductie significant tussen de 3 groepen (gehele groep $F_{2,102} = 3,33$; $p = 0,04$; completers-groep $F_{2,62} = 3,98$, $p = 0,02$). Tukey HSD post-hoc-testen toonden alleen een significant grotere dosisreductie aan in de groep die gereguleerde dosisreductie met groeps-CGT ontving in vergelijking met de controlegroep (gehele groep $p = 0,03$; completers-groep $p = 0,02$).

Secundaire uitkomstmaten

Verschillen tussen de drie groepen in ernst van de onttrekkingsymptomen, psychisch welbevinden, gemoed, geheugen en problematisch alcoholgebruik werden geanalyseerd met repeated-measure-ANOVA's. Alleen voor de delayed-recall van de 15-woordentest werd een significant tijds-effect gevonden dat duidde op een verbetering. Er werd echter voor geen enkele secundaire uit-

TABEL 1 Kenmerken van de deelnemers aan het benzodiazepinereductieonderzoek bij de voormeting (n=180)

Onderzoeksgroep	Gereguleerde dosisreductie + Reguliere huisartszorg			p-waarde*
	Gereguleerde dosisreductie (n=73)	CGT (n=73)	(n=34)	
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	61,8 (12,5)	63,7 (12,7)	64,6 (11,0)	0,47
Vrouwelijke geslacht (%)	53 (73)	50 (69)	23 (68)	0,82
Burgerlijke staat (%)				0,98
Geen relatie	3 (4)	3 (4)	2 (6)	
Getrouwd	50 (69)	48 (66)	22 (65)	
Gescheiden	3 (4)	5 (7)	3 (9)	
Weduwschap	17 (23)	17 (23)	7 (21)	
Alleenwonend (%)	21 (29)	22 (30)	11 (32)	0,93
Hoogst genoten opleiding (%)				0,28
Lagere school	27 (37)	19 (26)	16 (47)	
Middelbare school	42 (58)	49 (67)	17 (50)	
hbo/universiteit	4 (6)	5 (7)	1 (3)	
Benzodiazepinegebruik				
Gemiddelde dosering in mg diazepam-equivalent (SD)	6,1 (9,8)	7,1 (9,5)	5,3 (5,0)	0,54
Patiënten met > 10 mg diazepam-equivalent (%)	12 (16)	17 (23)	6 (18)	0,55
Gemiddelde gebruiksduur in maanden (SD)	160 (116)	157 (120)	178 (106)	0,43
Secundaire uitkomstmaten				
Gemiddelde GHQ-12-score (SD)	2,4 (3,2)	2,6 (3,4)	2,2 (2,9)	0,91
POMS-score (%)				
Depressie	12,8 (5,8)	14,1 (6,2)	13,7 (6,7)	0,44
Boosheid	11,1 (5,1)	12,3 (5,7)	11,9 (5,4)	0,40
Vermoeidheid	12,4 (6,3)	12,4 (5,3)	12,4 (5,5)	0,99
Kracht	15,0 (4,3)	15,0 (4,6)	14,1 (4,5)	0,61
Gespannenheid	12,0 (5,4)	12,5 (4,8)	11,9 (5,1)	0,78
Gemiddelde score delayed-recall-15-woordentest (SD)	6,7 (3,0)	7,4 (3,2)	6,8 (2,8)	0,31
Gemiddelde BWSQ-score (100%)	7,0 (7,0)	6,3 (6,5)	5,8 (6,0)	0,76
Alcoholgebruik				
Alcoholgebruikers (%)	42 (58)	38 (52)	17 (50)	0,71
Gemiddeld aantal eenheden alcohol per week (100%)	9,2 (8,3)	9,3 (6,8)	6,9 (6,0)	0,45
Probleemdrinkers (%)*	5 (12)	8 (21)	3 (9)	0,68

* repeated-measure-ANOVA

CGT = cognitieve gedragstherapie

SD = standaarddeviatie

GHQ = General Health Questionnaire

POMS = Profile of Mood States

BWSQ = Benzodiazepin Withdrawal Symptom Questionnaire

* gebaseerd op de somscore van de Problem Drinking 16-itemlijst van Cornel e.a. (1994)

komstmaat een significante tijd-groepinteractie gevonden, deze uitkomsten zijn dus vergelijkbaar in de drie groepen (zie tabel 3). Bovendien werden ook geen significante tijd- groepinteracties gevonden wanneer stoppers en niet-stoppers werden

vergeleken. Noch de prevalentie van het alcoholgebruik, noch het aantal geconsumeerde eenheden per week onder gebruikers veranderde. Na exclusie van de uitvallers (completers-analyse) werden dezelfde resultaten verkregen.

TABEL 2 Aantallen stoppers en niet-stoppers 3 maanden na de start van de benzodiazepinereductie-interventie

	Gereguleerde dosisreductie (n = 73)	Gereguleerde dosisreductie +CGT (n = 73)	Reguliere huisartszorg (n = 34)	p-waarde*
Stoppers (%)				
Intention-to-treat-populatie				
Gehele populatie met LOCF (n=180)	37 (51)	33 (45)	5 (15)	0,002
Completers-groep (n=141)	37 (62%)	33 (58%)	5 (21%)	0,002
Per-protocol-populatie				
Completers-groep (n=78)	27 (57%)	20 (65%)	-	0,53
Niet-stoppers mediane % dosisreductie				
Intention-to-treat-populatie				
Gehele groep met LOCF (n=105)	23%	37%	- 3%	0,04
Completers-groep (n=66)	35%	53%	- 5%	0,02
Per-protocol-populatie				
Completers-groep (n=31)	40%	72%	-	0,02

* chi-kwadraattoets

CGT = cognitieve gedragstherapie

LOCF = last observation carried forward

Tevredenheid met en uitvoerbaarheid van het dosisreductieprotocol

Deelnemers (n=103) aan het dosisreductieprotocol bezochten hun huisarts gemiddeld 5,6 keer (standaarddeviatie (SD) 1,4; bereik 1 - 9). Het gemiddeld aantal consulten verschilde niet tussen deelnemers die waren toegewezen aan gereguleerde dosisreductie alleen en gereguleerde dosisreductie met groeps-CGT, en ook niet tussen stoppers en niet-stoppers.

Drieënveertig van de 58 deelnemende huisartsen hebben daadwerkelijk het dosisreductieprotocol uitgevoerd, van wie 42 de enquête retourneerden. Analyse van deze vragenlijsten toonde dat 37 huisartsen (88%) het protocol goed uitvoerbaar vonden in hun eigen praktijk, 35 (83%) zou collega-huisartsen aanraden chronische benzodiazepinegebruik te reduceren met behulp van ons protocol, en 22 (52%) had het protocol reeds uitgevoerd bij patiënten die niet geïncludeerd waren in het onderzoek. In het persoonsgebonden dossier werden geen ernstige bijwerkingen gerapporteerd zoals epileptische insulden of psychotische decompensaties.

Eennegentig van de 103 (88%) deelnemers die daadwerkelijk het dosisreductieprotocol on-

dergingen, retourneerden de enquête. Achtenzeventig (85%) deelnemers waren tevreden met de ontvangen behandeling en 66 (73%) zouden een vergelijkbare behandeling opnieuw ondergaan indien dit nodig zou zijn. Met betrekking tot de persoon van de behandelaar gaven 64 (76%) deelnemers voorkeur aan hun eigen huisarts, 6 (7%) aan verwijzing naar een gespecialiseerd centrum, 3 (3%) hadden geen voorkeur, en 12 (14%) dachten in het geheel geen ondersteuning nodig te hebben.

Deelname en waardering groeps-CGT

Zeven (10%) van de 73 aan CGT toegewezen deelnemers staakten hun benzodiazepinegebruik vóór de start van het dosisreductieprotocol. Om terugval te voorkomen, werden deze deelnemers wel uitgenodigd voor de therapie sessies; slechts 2 van hen namen deel. Van de deelnemers die daadwerkelijk begonnen met het dosisreductieprotocol in combinatie met groeps-CGT, bezochten slechts 34 (65%) 3 of meer sessies (figuur 1). De proportie stoppers verschilde niet significant onder hen die de CGT-sessies volgden en zij die dat niet deden: 20/31 (65%) versus 6/15 (40%) (p = 0,12). Dertig van de 34 (88%) deelnemers die de CGT volgden, retourneerden de enquête: 14 (47%) van hen prefereerden

TABEL 3

Secundaire uitkomstmaten 3 maanden na de start van de benzodiazepinereductie-interventie - in de intention-to-treat-populatie (n=180)

	Gereguleerde dosisreductie alleen	Gereguleerde dosisreductie +CGT	Reguliere huisartsenzorg	p-waarde*
Gemiddelde GHQ-12 score (SD)	1,8 (2,5)	2,4 (3,0)	1,8 (3,0)	p = 0,83
Gemiddelde POMS-score (100%)				
Depressie	12,6 (5,2)	13,8 (6,9)	13,0 (7,5)	p = 0,86
Boosheid	11,5 (5,5)	12,0 (6,2)	10,7 (5,1)	p = 0,22
Vermoeidheid	12,7 (6,4)	12,7 (5,9)	11,7 (7,0)	p = 0,68
Kracht	14,9 (4,9)	15,0 (4,7)	15,3 (5,9)	p = 0,39
Gespannenheid	11,4 (4,9)	12,6 (5,8)	11,1 (5,6)	p = 0,46
Gemiddelde score delayed-recall-15-woordentest (SD)	7,2 (2,9)	8,1 (3,4)	7,6 (2,5)	p = 0,83
Gemiddelde BWSQ-score (SD)	6,2 (6,8)	6,8 (7,5)	5,8 (7,3)	p = 0,57
Alcoholgebruik				
n (%)	42 (58)	40 (55)	18 (53)	p = 0,81
Gemiddeld aantal eenheden alcohol per week (SD)	10,0 (11,0)	8,3 (6,4)	7,3 (6,4)	p = 0,63
Probleemdrinkers n (%)**	5 (12)	10 (14)	5 (15)	p = 0,71

* repeated-measure-ANOVA, last observation carried forward

CGT = Cognitieve Gedragstherapie

SD = standaarddeviatie

GHQ = General Health Questionnaire

POMS = Profile of Mood States

BWSQ = Benzodiazepin Withdrawal Symptom Questionnaire

** gebaseerd op de somscore van de Problem Drinking 16-itemlijst van Cornel e.a. (1994)

meer sessies; 28 (93%) waren tevreden met de groepstherapie in het algemeen. De mate van waardering van de groeps-CGT was niet gerelateerd aan het behandelresultaat.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Gereguleerde dosisreductie blijkt een effectieve strategie om chronisch benzodiazepinegebruik te staken, ook na preselectie met een brief met stopadvies. De grootste succeskans werd gevonden onder patiënten die minder dan 10 mg diazepam-equivalenten per dag gebruikten. Het toevoegen van groeps-CGT leidde niet tot een hogere stopkans in vergelijking met gereguleerde dosisreductie alleen. Niet-stoppers in de groep met aanvullende groeps-CGT verlaagden hun dagelijkse dosering significant meer dan de controlegroep. Beide dosisreductieprogramma's bleken goed uitvoerbaar in de eerste lijn. Na interventie werden geen significante verschillen gevonden tussen de drie groepen met betrekking tot het optreden en

de ernst van onttrekkingssymptomen, psychisch welbevinden en gemoedstoestand. Noch de prevalentie probleemdrinkers, noch de hoeveelheid geconsumeerde alcohol werd beïnvloed door het type interventie of het al dan niet staken van het benzodiazepinegebruik. Dit betekent dat benzodiazepinegebruik niet werd verruild voor alcohol.

Effectiviteit gereguleerde dosisreductie

Dit is het eerste vergelijkende onderzoek naar de effectiviteit van gereguleerde dosisreductie als strategie om chronisch benzodiazepinegebruik te staken - het effect werd afgezet tegen een controlegroep die reguliere huisartsenzorg ontving. Ondanks een preselectie met behulp van een brief met stopadvies, waren de succespercentages vergelijkbaar met eerdere onderzoeken naar benzodiazepinereductie (Schweizer e.a. 1990, Zitman & Couvée 2001). In de controlegroep staakte 21% van de deelnemers hun gebruik spontaan. Bovendien staakte

26% van de aan 1 van de experimentele behandelingen toegewezen deelnemers ($n = 146$) het benzodiazepinegebruik zonder professionele hulp tijdens de wachttijd voor de interventie. Aanvankelijk beschouwden wij dit als een methodologisch, maar onoverkomelijk probleem, omdat het enige tijd vergt voordat een therapiegroep gevuld is. Achteraf blijkt het een kosteneffectieve strategie, gezien het succespercentage van 60% in de groep gebruikers die daadwerkelijk het protocol doorliepen (per-protocol-analyse). De proportie spontane stoppers was hoger dan de tevoren geschatte proportie van 6% (Cormack e.a. 1994). Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ten eerste kan het voornemen en toestemming geven voor deelname aan een dosisreductieprotocol een extra stimulans betekenen om het gebruik alsnog op eigen kracht te staken, zelfs als een eerdere poging hiertoe niet succesvol was. Ten tweede kan door differentiële selectie de proportie patiënten die kan stoppen zonder professionele hulp hoger zijn onder deelnemers aan een dosisreductieprotocol dan onder chronisch benzodiazepinegebruikers in het algemeen.

Generaliseerbaarheid

Een participatiegraad van 17,4% wijst op significante selectieprocessen. Hoewel een grote diversiteit aan redenen werd opgegeven om niet deel te nemen aan het onderzoek, heeft benzodiazepineafhankelijkheid mogelijk een belangrijke rol gespeeld. Veertig procent van alle benzodiazepinegebruikers in de huisartspraktijk bleken immers afhankelijk van deze middelen volgens de criteria van de DSM-III-R (Kan e.a. 1997), en twee derde van de chronische benzodiazepinegebruikers wees het tijdelijk staken van dit gebruik gedurende 3 weken af (Linden e.a. 1998). Weerstand tegen groepstherapie, en ook tegen gestructureerde interviews in de thuissituatie, kunnen ook hebben bijgedragen aan het lage aantal deelnemers.

In de dagelijkse praktijk kan dus een hogere participatiegraad gevonden worden als patiënten niet wordt gevraagd deel te nemen aan een geran-

domiseerd, gecontroleerd onderzoek. Aangezien deelnemers niet alleen representatief waren met betrekking tot leeftijd en geslacht, maar ook met betrekking tot de (enige) onafhankelijke voorspeller van succes, de benzodiazepinedosering, is het onwaarschijnlijk dat therapieresistente patiënten zijn geëxcludeerd. Aangezien wij alle chronische gebruikers hebben geïdentificeerd alvorens de patiëntenwerving begon, is het niet mogelijk onze participatiegraad te vergelijken met eerdere onderzoeken, waarin patiënten werden geworven via media-advertenties of via huisartsen.

Groeps-CGT

Effectiviteit Aanvullende groeps-CGT gericht op het omgaan met onttrekings symptomen had in dit onderzoek geen meerwaarde. Eerdere onderzoeken waarin gelijktijdige psychotherapeutische behandeling werd gegeven om de stopkans te vergroten, hebben aanzienlijke methodologische problemen. In twee onderzoeken werd de effectiviteit van aanvullende CGT niet vergeleken met dosisreductie alleen (Elsesser e.a. 1996; Sanchez-Graig e.a. 1987); in andere onderzoeken werd geen gecontroleerde opzet gebruikt (Cormack & Sinnott 1983; Crouch e.a. 1998; Joughin e.a. 1991; Schmauss e.a. 1987), werden patiënten niet gerandomiseerd over de groepen verdeeld (Higgitt e.a. 1987), of werd een populatie van minder dan 10 patiënten bestudeerd (Nathan e.a. 1986; Tyrer e.a. 1985). De twee onderzoeken zonder deze methodologische bezwaren waren beperkt tot patiënten met een paniekstoornis. Hierin bleek dat aanvullende CGT de stopkans significant vergrootte (Otto e.a. 1993; Spiegel e.a. 1994). Deze resultaten zijn echter moeilijk te generaliseren naar de 'gemiddelde' benzodiazepinegebruiker, aangezien de hoogst geschatte prevalentie van paniekstoornis onder chronisch benzodiazepinegebruikers 27% bedraagt (Rickels e.a. 1986).

Het succes van aanvullende CGT zou groot kunnen worden door te selecteren op psychiatrische morbiditeit en het invoegen van ziektespecifieke elementen. Een dergelijke benadering

beperkt echter de uitvoerbaarheid in de eerste lijn. Een andere mogelijkheid betreft het geven van CGT na staken, in plaats van tijdens de dosisreductie. Ons inziens heeft deze strategie slechts beperkte waarde in de dagelijkse praktijk: slechts twee van de zeven deelnemers die hun gebruik reeds gestaakt hadden voor de start van de interventie waren gemotiveerd therapie sessies te volgen ter voorkoming van terugval. Tot slot kan het gebrek aan meerwaarde ook gevolg zijn van het beperkte aantal aangeboden sessies, hoewel de effectiviteit van kortdurende psychotherapie voor alcoholafhankelijkheid en somatisatiestoornis in de huisartspraktijk wel wordt ondersteund door de resultaten van gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken (Lidbeck 1997; Sandahl & Ronnberg 1990). Aangezien een eerder onderzoek van Zitman & Couvée (2001) bij follow-up een grote kans op terugval liet zien, gecombineerd met het feit dat vertraagde effecten van psychotherapie gevonden zijn bij de behandeling van cocaïneafhankelijkheid (Carroll e.a. 1994) en bij het staken van alprazolam door patiënten met een paniekstoornis (Otto e.a. 1993), is een follow-uponderzoek gepland.

Opkomst De opkomst tijdens de groepssessies was laag. Dit komt overeen met de bevindingen in andere onderzoeken (Crouch e.a. 1998; Spiegel e.a. 1994). Interpretatie van de persoonlijke redenen waarom patiënten geweigerd hebben de sessies te bezoeken doet vermoeden dat een algemene weerstand tegen groepstherapie in deze patiëntenpopulatie een belangrijke rol heeft gespeeld. Naast het hebben van een hogere opkomst, zouden individuele sessies ook effectiever kunnen zijn. De lage opkomst kan echter niet het gebrek aan meerwaarde verklaren, aangezien van de patiënten die 3 of meer sessies volgden ($n = 34$) slechts 65% het gebruik staakte. Hoewel subanalyses te weinig statistische power hebben, is het onwaarschijnlijk dat dit superieur is aan de 57% stopkans (per-protocol-analyse) van gereguleerde dosisreductie alleen.

Uitvoerbaarheid in de huisartspraktijk

Gereguleerde dosisreductie bleek goed uitvoerbaar in de eerste lijn: huisartsen rapporteerden geen grote bijwerkingen tijdens of na het dosisreductieprogramma. De goede therapietrouw en hoge mate van tevredenheid met het dosisreductieprotocol, zoals blijkt uit de beschrijvende analyses van de gegevens verkregen uit de enquête onder huisartsen en patiënten, pleiten ook voor de uitvoerbaarheid van gereguleerde dosisreductie als strategie om chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartspraktijk te staken.

NOOT

1. Dit artikel is een bewerking van: Oude Voshaar, R.C., Gorgels, W.J., Mol, A.J., e.a. (2003). Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 182, 498-504; en wordt met toestemming gepubliceerd.

LITERATUUR

- Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Nich, C., e.a. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.
- Cormack, M.A., & Sinnott, A. (1983). Psychological alternatives to long-term benzodiazepine use. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 33, 279-281.
- Cormack, M.A., Sweeney, K.G., Hughes-Jones, H., e.a. (1994). Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *British Journal of General Practice*, 44, 5-8.
- Cornel, M., Knibbe, R.A., van Zutphen, W.M., e.a. (1994). Problem drinking in a general practice population: the construction of an interval scale for severity of problem drinking. *Journal of the Studies on Alcohol*, 55, 466-470.
- Crouch, G., Robson, M., & Hallstrom, C. (1988). Benzodiazepine dependent patients and their psychological treatment. *Progressive Neuropsychopharmacology in Biological Psychiatry*, 12, 503-510.
- Elsesser, K., Sartory, G., & Maurer, J. (1996). The efficacy of complaints management training in facilitating benzodiazepine withdrawal. *Behavioural Research and Therapy*, 34, 149-156.

- Goldberg, D.P., & Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 1, 439-443.
- Higgitt, A., Golombok, S., Fonagy, P., e.a. (1987). Group treatment of benzodiazepine dependence. *British Journal of Addiction*, 82, 517-532.
- Joughin, N., Tata, P., Collins, M., e.a. (1991). In-patient withdrawal from long-term benzodiazepine use. *British Journal of Addiction*, 86, 449-455.
- Kan, C.C., Breteler, M.H., & Zitman, F.G. (1997). High prevalence of benzodiazepine dependence in out-patient users, based on the DSM-111-R and ICD-10 criteria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 85-93.
- Lidbeck, J. (1997). Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 14-24.
- Linden, M., Bar, T., & Geiselman, B. (1998). Patient treatment insistence and medication craving in long-term low-dosage benzodiazepine prescriptions. *Psychological Medicine*, 28, 721-729.
- Nathan, R.G., Robinson, D., Cherek, D.R., e.a. (1986). Alternative treatments for withdrawing the long-term benzodiazepine user: a pilot study. *International Journal of Addiction*, 21, 195-211.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., Sachs, G.S., e.a. (1993). Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1485-1490.
- Oude Voshaar, R.C., Gorgels, W.J.M.J., Mol, A.J.J., e.a. (2001). Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1347-1350.
- Rickels, K., Case, W.G., Schweizer, E.E., e.a. (1986). Low-dose dependence in chronic benzodiazepine users: a preliminary report on 119 patients. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 407-415.
- Saan, R.J., & Deelman, B.G. (1986). *De nieuwe 15-woordentest (A en B). Een handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sanchez-Craig, M., Cappell, H., Busto, U., e.a. (1987). Cognitive-behavioural treatment for benzodiazepine dependence: a comparison of gradual versus abrupt cessation of drug intake. *British Journal of Addiction*, 82, 1317-1327.
- Sandahl, C., & Ronnberg, S. (1990). Brief group psychotherapy in relapse prevention for alcohol dependent patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 453-476.
- Schmauss, C., Apelt, S., & Emrich, H.M. (1987). Characterization of benzodiazepine withdrawal in high- and low-dose dependent psychiatric inpatients. *Brain Research Bulletin*, 19, 393-400.
- Schweizer, E., Rickels, K., Case, W.G., e.a. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines. II. Effects of gradual taper. *Archives of General Psychiatry*, 47, 908-915.
- Spiegel, D.A., Bruce, T.J., Gregg, S.F., e.a. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, 151, 876-881.
- Tyrer, P., Murphy, S., Oates, G., e.a. (1985). Psychological treatment for benzodiazepine dependence. *Lancet*, 1, 1042-1043.
- Tyrer, P., Murphy, S., & Riley, P. (1990). The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 19, 53-61.
- Wald, F.D.M., & Mellenbergh, G.J. (1990). De verkorte versie van de Nederlandse vertaling van de Profile of Mood States (POMS). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 45, 86-90.
- Zitman, F.G., & Couvee, J.E. (2001). Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-off: report on behalf of the Dutch Chronic Benzodiazepine Working Group. *British Journal of Psychiatry*, 178, 317-324.

AUTEURS

R.C. OUDE VOSHAAR is epidemioloog en psychiater in opleiding, en werkzaam bij de afdeling psychiatrie van het afdeling psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Nijmegen, St. Radboud, Nijmegen.

W.J.M.J. GORGELS is huisarts, en werkzaam bij de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Radboud Universiteit Nijmegen.

A.J.J. MOL is psycholoog en werkzaam bij de afdeling psychiatrie van het afdeling psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Nijmegen, St. Radboud, Nijmegen.

A.J.L.M. VAN BALKOM is psychiater en hoogleraar psychiatrie, en is verbonden aan de afdeling psychiatrie van het Academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit van Amsterdam.

E.H. VAN DE LISDONK is huisarts en werkzaam bij de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

M.H.M. BRETELER is klinisch psycholoog en als universitair hoofddocent verbonden aan de vakgroep Klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de Radboud Universiteit Nijmegen.

H.J.M. VAN DEN HOOGEN is statisticus en werkzaam bij de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Radboud Universiteit Nijmegen.

F.G. ZITMAN is psychiater en als hoogleraar psychiatrie ver-

bonden aan de afdeling psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden.

Correspondentieadres: R.C. Oude Voshaar, MD, PhD, UMCN St. Radboud, afdeling psychiatrie (hp 333), Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen. Tel.: (024)3613489. Fax: (024)3540561. E-mail: r.oudevoshaar@psy.umcn.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-2-2004.

SUMMARY

Attempts to stop long-term use of benzodiazepine by means of controlled dose reduction with or without the help of group therapy – R.C. Oude Voshaar, W.J.M.J. Gorgels, A.J.J. Mol, A.J.L.M. van Balkom, E.H. van de Lisdonk, M.H.M. Breteler, H.J.M. van den Hoogen, F.G. Zitman –

BACKGROUND Research is needed into ways of reducing patients' dependence on benzodiazepine. So far, dose reduction has never been compared with reduction without intervention. Furthermore, the added value of combining treatment with psychotherapy has never been evaluated in a randomised controlled study.

AIM To evaluate the efficacy and feasibility of controlled dose reduction with and without the help of group cognitive behavioural therapy (CBT) in primary care.

METHOD One hundred and eighty chronic users of benzodiazepine unable to stop taking the drug on their own accord participated in a randomised controlled trial. They were assigned to 3 groups: a controlled dose-reduction group; a controlled dose-reduction group receiving group-CBT; and a group receiving usual care.

RESULTS Of the patients subjected to controlled reduction 62% stopped taking benzodiazepine entirely, which significantly differed from the control group (21%). Adding group-CBT did not increase the success rate in the controlled dose-reduction group. The intention to participate in the controlled reduction programme motivated 1 in 5 patients to stop taking benzodiazepine on their own accord. Neither discontinuation nor the type of intervention had any influence on patients' psychological functioning. Both intervention programmes could be performed successfully by family doctors although only 17% of the 1036 eligible benzodiazepine users agreed to participate in this study.

CONCLUSION In primary care controlled dose reduction is an effective way of helping motivated long-term users of benzodiazepine to stop taking the drug. The addition of group-CBT, however, provides no added value. No definitive conclusions can be drawn until long-term follow-up data recording relapse rates become available.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)11, 725-737]

KEY WORDS benzodiazepine, long-term use, psychotherapy, withdrawal



Met het oog op de komende organisatieveranderingen in het TweeSteden ziekenhuis is Van der Hoef Special Search verzocht te zoeken naar een:

Ervaren Psychiater (80-100%) tevens toekomstig medisch manager

Het TweeSteden ziekenhuis is een regionaal georiënteerd opleidingsziekenhuis met een hoofdvestiging in Tilburg en een nevenvestiging in Waalwijk. In totaal beschikt het ziekenhuis over ruim 500 bedden. Het verzorgingsgebied van het ziekenhuis telt ongeveer 190.000 adherente inwoners. Er zijn meer dan 2000 medewerkers werkzaam, waaronder 120 medisch specialisten. Het ziekenhuis is geaffilieerd met het UMC St. Radboud te Nijmegen en heeft opleidingsbevoegdheid voor de specialismen interne geneeskunde, chirurgie, cardiologie, klinische geriatrie, neurologie, gynaecologie/obstetrie, psychiatrie, klinische farmacie en klinische psychologie.

Situatieschets:

In de vestiging Tilburg omvat de ziekenhuispsychiatrie naast de consultatieve en de poliklinische functie, een klinische afdeling (24 bedden) en een psychotherapeutisch dagcentrum (24 plaatsen). In de vestiging Waalwijk beperkt de ziekenhuispsychiatrie zich tot de consultatieve en de poliklinische functie. Op verschillende deel terreinen wordt intensief samengewerkt met de GGZ Midden-Brabant en de vakgroep psychiatrie van het St. Elisabeth Ziekenhuis. Daarbij beschikt het ziekenhuis over een partiële opleidingsbevoegdheid voor het specialisme psychiatrie (opleider: mevrouw E. Collumbien). Recentelijk heeft binnen het TweeSteden ziekenhuis besluitvorming plaatsgevonden met betrekking tot een ingrijpende verandering van de organisatievorm. In dat kader zullen zorgeenheden rond vakgroepen worden gevormd die een duale aansturing krijgen (medisch manager en organisatorisch manager).

Profiel schets:

De aan te stellen psychiater dient allereerst affiniteit en zo mogelijk ervaring te hebben met de ziekenhuispsychiatrie en te werken vanuit een generalistische bio-psycho-sociale achtergrond. Daarnaast dient hij/zij over zodanige managementkwaliteiten te beschikken dat met succes invulling kan worden gegeven aan de (in ontwikkeling zijnde) functie van medisch manager. Voorts wordt een enthousiaste inbreng in de opleiding van arts-assistenten en co-assistenten verwacht. De voorkeur gaat daarbij uit naar een ervaren psychiater die metertijd het opleiderschap kan overnemen.

Arbeidsvoorwaarden:

In het TweeSteden ziekenhuis zijn de psychiaters in dienstverband werkzaam. De arbeidsvoorwaarden zijn conform de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist (AMS).

Informatie

Graag wil Van der Hoef Special Search met eventuele geïnteresseerde kandidaten geheel vrijblijvend in contact komen, zodat wij u in volledig vertrouwen en dus anoniem, meer informatie over de functie kunnen geven.

Ir. Wouter Albersen kunt u bereiken via onderstaande contactgegevens.

Van der Hoef Special Search te Arnhem biedt sinds 1985 ondersteuning bij het vervullen van tijdelijke en vaste vacatures voor hogere posities, o.a. bij zorg aanbieders.