Chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen stoppen: interventie bij huisartsen

Charlotte Gijsen

Promotor: Dr. Schoenmakers Birgitte, KU Leuven

Co-promotoren: Apr. Lorenz Van der Linden, UZ Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

'Chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen stoppen: interventie bij huisartsen'

Inleiding: Benzodiazepines worden vaak gebruikt als behandeling voor slaapstoornissen bij oudere patiënten. Hoewel internationale richtlijnen het chronisch gebruik van deze benzodiazepines afraden, blijft de prevalentie ervan hoog, voornamelijk bij de ouderenpopulatie. Huisartsen nemen te weinig initiatief om hun chronisch voorschrijfgedrag te wijzigen en deze medicatie af te bouwen.

Onderzoeksvraag: In deze studie wordt er getracht een antwoord te zoeken op 2 onderzoeksvragen.

1. Hoe doelmatig is het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen na een interventie bij de huisarts?
2. Wat zijn de drempels en de ervaringen van de huisarts bij het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen?

Methode: De prospectieve studie wordt uitgevoerd binnen een kwaliteitsverbeterend project met een interventie gericht op het stoppen van langdurig gebruik (meer dan 3 maanden) van benzodiazepines bij ouderen (> 65 jaar). Er wordt een 'advies tot stoppen' brief opgesteld en verstuurd naar de huisartsen regio Bilzen. Hiermee worden ze aangemoedigd om stil te staan bij het chronisch benzodiazepinegebruik van ouderen en worden ze uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Gedurende 7 maanden worden 65-plussers die chronisch benzodiazepines gebruiken tijdens een willekeurig consult door de huisarts aangesproken. Door middel van een kort informatiegesprek wordt er gepeild naar de bereidheid van de patiënt en al dan niet gestart met een gereguleerde dosisreductie.
Ten slotte wordt er nagegaan hoeveel patiënten hun benzodiazepinegebruik effectief hebben gestopt en wordt er dieper ingegaan op de beleving van de huisartsen tijdens het project in een open interview.

Resultaten: Het kort informatiegesprek door de 6 deelnemende huisartsen heeft geleid tot een inclusie van 31 bereidwillige patiënten. De helft is erin geslaagd om met gereguleerde dosisreductie hun benzodiazepinegebruik te reduceren of daadwerkelijk te stoppen.
Bij alle huisartsen verloopt het informeren en adviseren van de patiënt over zijn benzodiazepinegebruik ongecompliceerd. Het gebrek aan motivatie bij de oudere patiënt wordt echter als grootste drempel ervaren bij het staken van langdurig benzodiazepinegebruik. Andere factoren die een afbouw belemmeren zijn de duur van inname, de tijdsinvestering, de gefragmenteerde zorg en de verwachte weerstand bij de patiënt.

Conclusie: De interventie bij de huisarts met een 'advies tot stoppen brief' blijkt uit dit onderzoek onvoldoende doeltreffend om het chronisch benzodiazepinegebruik (meer dan 3 maanden) te stoppen bij ouderen (> 65 jaar). Het ontbreken van een controlegroep en een langere follow-up maakt dat er geen algemene besluiten kunnen getrokken worden uit de resultaten. Veranderen van gedrag is een proces en gaat gepaard met ambivalente gevoelens zowel bij arts als patiënt. Huisartsen zijn kritisch tegenover het opstarten van benzodiazepines maar ze accepteren wel het langdurig gebruik. Ze hebben onvoldoende tijd en kennis om patiënten hierin te begeleiden. Wellicht kan de huisarts mits training in motiverende gespreksvoering een belangrijke rol spelen bij het stoppen van benzodiazepines.

E-mail: charlottegijsen@hotmail.com

ICPC-code: P06 - Slaapstoornis

INHOUDSOPGAVE

Abstract **1**

Inhoudsopgave **2**

Inleiding **3**

Methode **4**

Literatuurstudie 4

Resultaten literatuurstudie 4

Veldstudie 6

Studieopzet *6*

Onderzoeksvragen *6*

Studieverloop *6*

Meetinstrumenten en Uitkomstmaten *8*

Resultaten **8**

Hoe doelmatig is het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen na een interventie bij de huisarts? 8

Wat zijn de drempels en de ervaringen van de huisarts bij het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen? 10

Bereidheid van de patiënt *10*

Drempels en ervaringen van de arts *11*

Motivaties en barrières van de patiënt *12*

Begrip voor de beslissing *13*

Profiel van de chronisch benzodiazepine-gebruiker *13*

Discussie **14**

Beperkingen van het onderzoek 15

Conclusie **16**

Dankwoord **16**

Bronnen **17**

Bijlagen **20**

INLEIDING

Slapeloosheid is een vaak voorkomend fenomeen in onze samenleving. In de Belgische gezondheidsenquête van 2013 vermeldt één persoon op 3 (30%) ouder dan 15 jaar recente slaapproblemen. De hoogste prevalentie wordt vastgesteld bij vrouwen van 75 jaar of ouder.(1)

Te vaak worden er dan slaapmiddelen zoals benzodiazepines voorgeschreven om dit probleem op te lossen. België is één van de koplopers in het gebruik van deze medicatie en de huisarts speelt hierbij een belangrijke rol.(2) Verontrustend is dat ze teveel gebruikt worden door patiënten ouder dan 65 jaar, de leeftijdsgroep die het meest kwetsbaar is voor de ongewenste effecten.(2–4)

Uit heel wat onderzoek blijkt dat de voordelen van slaapmedicatie bij ouderen niet opwegen tegen het risico op ongewenste effecten.(5) Chronisch gebruik gaat gepaard met een verhoogd risico op valpartijen, heupfracturen en nadelige effecten op de cognitieve en affectieve functies.(2,6–8)

De afgelopen jaren is er veel onderzoek gedaan naar manieren om het chronisch gebruik terug te dringen. Zo zijn er verschillende stopstrategieën ontwikkeld met enig succes.(6,9,10)

De chronische gebruikers zijn over het algemeen tevreden over hun medicatie, ervaren weinig nevenwerkingen en overschatten hierdoor de effectiviteit. Ontwenningsverschijnselen die optreden bij een stoppoging kunnen hen de indruk geven dat zij het slaapmiddel nodig hebben.(11) De meerderheid van de ouderen is niet of weinig op de hoogte over de werking van benzodiazepines en de mogelijke nadelen. Verder beschouwen zij het herhaaldelijk voorschrijven van hun slaapmedicatie als een goedkeuring die ze krijgen van de huisarts.(12) Patiënten zijn vaak geen vragende partij om hun gebruik te stoppen maar zij geven aan dat er een centrale rol is weggelegd voor de huisarts.(13)

De huisartsen ervaren bij de afbouw van slaapmedicatie vaak weerstand bij de patiënten, de familie en het rusthuispersoneel. Sommige vinden een stoppoging zelfs niet meer nodig bij ouderen. Toch blijkt dat huisartsen de motivatie van hun patiënten om te stoppen onderschatten.(7,14) Er is dus nood aan een actieve rol van de huisarts waarbij hij informeert, motiveert en anticipeert.

Dit onderzoek heeft als doel het chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen (> 65 jaar) te reduceren. Allereerst door het sensibiliseren en educeren van de huisartsen in de regio Bilzen en vervolgens door het uitvoeren van een gereguleerde dosisreductie bij bereidwillige patiënten.

De vraagstellingen van dit onderzoek luiden dan ook:

1. Hoe doelmatig is het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen na een interventie bij de huisarts?
2. Wat zijn de drempels en de ervaringen van de huisarts bij het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen?

METHODE

LITERATUURSTUDIE

Een literatuuronderzoek wordt uitgevoerd om de theorie over benzodiazepines te herhalen en kennis te maken met de verschillende afbouwstrategieën.
Er wordt gebruik gemaakt van het watervalprincipe. Eerst worden de quaternaire bronnen van richtlijnen geraadpleegd zoals Domus Medica (Aanpak van slapeloosheid in eerste lijn), Nederlands Huisartsen Genootschap (Slaapproblemen en slaapmiddelen), Duodecim, Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg KCE, BCFI,…

Vervolgens wordt via CEBAM gezocht naar meta-analyses en systematic reviews over chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen en het stoppen ervan.
Via Pubmed wordt er gezocht naar secundaire en primaire bronnen met behulp van volgende Mesh termen: “benzodiazepines”, “withdrawal”, “discontinuation”, “geriatric inpatients”, “elderly”, “nursing homes”, “sleep problems” en “general practitioners“. Aangezien er niet van elk onderwerp Mesh-termen bestaan, wordt er ook op vrije tekst gezocht.

Vervolgens worden ook de literatuurlijsten van de gevonden richtlijnen, reviews en artikels gebruikt om verdere relevante publicaties op te sporen.

RESULTATEN LITERATUURSTUDIE

De zoektocht levert 355 artikels op. Er worden 60 artikels effectief doorgenomen waarvan er 40 zijn weerhouden.

HISTORIEK

De introductie van de benzodiazepines ter vervanging van de barbituraten bij de behandeling van slaapstoornissen in de jaren zestig was, wat de veiligheid betreft, een stap vooruit. Door gebrek aan langetermijnstudies steeg hun populariteit en consumptie. Pas later rond 1980 kwamen de ongewenste effecten zoals afhankelijkheid en tolerantie aan het licht.(2)

WERKING

Benzodiazepines worden voorgeschreven omwille van hun sederend, slaapverwekkend, anxiolytisch en spierontspannend effect. Van alle bestaande klassen slaapmiddelen worden zij beschouwd als eerste keuze dankzij hun snel intredende werking en relatieve veiligheid bij overdosis. (15,16) Benzodiazepines zijn op korte termijn effectief voor slapeloosheid. Meta-analyses tonen een significante winst in slaap aan ten opzichte van placebo en een subjectieve afname van de inslaaptijd.(2,17,18) De werkzaamheid is echter maar onderbouwd voor de duur van een week en vermindert met de tijd.(18,19)

Het “gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium” stelt dat de Z-drugs, verwant aan benzodiazepines geen bewezen voordelen hebben qua doeltreffendheid of veiligheid ten opzichte van de benzodiazepines.(11,18) Deze producten blijven tweede keuze wegens hun (veel) hogere kostprijs, hun gelijkaardige bijwerkingenprofiel en een beduidend minder lange gebruikservaring tegenover de benzodiazepines.(16)

ONGEWENSTE EFFECTEN

Tolerantie voor het hypnotisch effect treedt reeds snel op. Langdurig gebruik gaat gepaard met verwardheid, overdreven sedatie, slaperigheid, geheugenstoornissen, concentratiestoornissen, een 'hangover' gevoel, paradoxale reacties, dervingsverschijnselen na stoppen en mogelijke acute intoxicaties. Benzodiazepinegebruikers hebben een verhoogd risico op verkeersongevallen, vallen en een toegenomen kans op val met heupfractuur tot gevolg.(5,6,9,20) Meerdere studies en rapporten benadrukken het feit dat deze ongewenste effecten nog frequenter en ernstiger zijn bij ouderen.(5,6,12,15)
Wetenschappelijk onderzoek stelt dat er bij het gebruik van Z-drugs evenveel kans is op gewenning alsook op valrisico (heupfracturen). Zij vormen dus geen alternatief voor benzodiazepines.(18)

WANNEER WEL VOORSCHRIJVEN? WAT IS SLAPELOOSHEID EN WAT WORDT AANGERADEN VOLGENS DE RICHTLIJNEN?

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert slapeloosheid als de klacht over een subjectief slaaptekort, dat gepaard gaat met klachten over het functioneren overdag, zoals moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, draaierigheid, concentratiestoornissen en verminderde prestatie.(2)
Slecht slapen betekent ofwel moeilijk inslapen (meer dan 30 minuten nodig om in te slapen), ofwel slecht doorslapen (frequent 's nachts wakker worden), ofwel 's ochtends zeer vroeg wakker worden. Bij slapeloosheid zijn de benzodiazepines een tweede keuze na de niet-medicamenteuze aanpak. De huidige richtlijnen sluiten zich hierbij aan. Een medicamenteuze aanpak is slechts gerechtvaardigd indien het gaat om een erge vorm van slapeloosheid, of indien de niet-medicamenteuze aanpak niet aanslaat of moeilijk toe te passen is. Idealiter wordt er gekozen voor een kortwerkend benzodiazepine of Z-drugs met een zo laag mogelijke dosis en voor een zo kort mogelijke duur.(2,11)

AFBOUWSTRATEGIEËN

Er is reeds veel onderzoek gebeurd naar mogelijke strategieën om chronische gebruikers te helpen om te stoppen met benzodiazepines.
Zo blijkt dat een minimale interventiestrategie effectief is bij langdurige benzodiazepinegebruikers die gemotiveerd zijn om te stoppen. Dit houdt in dat de huisarts een stopbrief stuurt naar de patiënt, met daarin het gemotiveerd advies om te stoppen en praktische aanwijzingen voor de uitvoering.(9)
De patiënten die er niet in slagen om op eigen kracht te stoppen kunnen behandeld worden met de gereguleerde dosisreductie. Het principe van deze methode is dat de afbouw bestaat uit het stapsgewijs verminderen van de dosis van het benzodiazepine.(9,10) In tegenstelling tot bij abrupt stoppen leidt deze strategie tot minder ontwenningsverschijnselen zoals angststoornissen, slapeloosheid, verwardheid en hallucinaties.(11)
Het omschakelen naar een equivalente dosis van een langwerkend benzodiazepine (diazepam) wordt betwist.(18) Voornamelijk bij ouderen wordt dit afgeraden omdat deze langere werking meer sufheid en slaperigheid zou veroorzaken overdag met een hoger valrisico.(21,22)
In de meeste publicaties raadt men aan om 25% van de dagdosis te verminderen per week. (9) Bij ouderen is een snelle afbouw over een week tijd tijdens een ziekenhuisopname zelfs mogelijk gebleken.(23) Een specifiek afbouwschema bij het langdurig gebruik van Z-drugs werd niet gevonden. Hiervoor worden dezelfde principes voor afbouw gehanteerd als voor de BZD.(16)

VELDSTUDIE

STUDIEOPZET

De prospectieve studie wordt uitgevoerd binnen een kwaliteitsverbeterend project met een interventie bij de huisarts gericht op het stoppen van langdurig gebruik (meer dan 3maanden) van benzodiazepines bij ouderen (> 65jaar). Een open interview met de deelnemende huisartsen laat vervolgens toe om meer inzicht te krijgen in hun beleving tijdens het project.

ONDERZOEKSVRAGEN

1. Hoe doelmatig is het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen na een interventie bij de huisarts?
2. Wat zijn de drempels en de ervaringen van de huisarts bij het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen?

STUDIEVERLOOP

DE INTERVENTIE BIJ DE HUISARTS

STOPBRIEF

Er wordt een 'advies tot stoppen' brief opgesteld voor huisartsen waarmee zij aangemoedigd worden om stil te staan bij het chronisch benzodiazepinegebruik van ouderen en uitgenodigd worden om deel te nemen aan het onderzoek (Zie bijlage 1). In deze brief worden ze geconfronteerd met de hoge prevalentie van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen in België. Daarnaast wordt de onontbeerlijke rol en verantwoordelijkheid die zij hierin hebben benadrukt.
De huisartsen ontvangen de 'advies tot stoppen brief' elektronisch en kunnen bij interesse per telefoon of per email hun deelname bevestigen.

EDUCATIEMOMENT

Vervolgens wordt er een persoonlijke afspraak gemaakt in de praktijkruimte van elke deelnemende huisarts van ongeveer 30 minuten. De verwachtingen en het studieverloop worden verder toegelicht en er volgt een educatiemoment.
De huisartsen krijgen mondelinge informatie over de werking en de belangrijkste nevenwerkingen van chronisch benzodiazepinegebruik. Verder worden de principes van gereguleerde dosisreductie uitgelegd en enkele praktische tips meegedeeld.
Een dosisvermindering van 25% per week wordt voorgesteld maar is niet verplicht te hanteren. De verkregen informatie na een bezoek bij een aantal apotheken in Bilzen wordt met de artsen besproken. Verschillende homeopathische alternatieven worden vergeleken in werking, wijze van toediening, posologie en kostprijs. Verder kan er ook gewerkt worden met magistrale bereidingen mits een extra kostprijs. Er wordt gevraagd om de informed consent door elke deelnemende patiënt te laten ondertekenen (Zie bijlage 2).
Daarnaast krijgen de artsen nog wat instructies over de opbouw van een kort motivatiegesprek. (24)

ONDERSTEUNEND MATERIAAL

Tot slot ontvangen de artsen ondersteunend materiaal dat zij (vrijblijvend) kunnen gebruiken zoals een geplastificeerde steekkaart met afbouwsinstructies die zij in hun documentenmap kunnen meedragen

(Zie bijlage 3). Er wordt nog een overzichtsdocument afgegeven met opsomming van de belangrijkste informatie waaronder de structuur van het kort motivatiegesprek en de tips verkregen na een bezoek bij de apotheken in Bilzen (Zie bijlage 4).

HET STOPPEN VAN CHRONISCH BENZODIAZEPINEGEBRUIK BIJ OUDEREN

Gedurende 7 maanden worden de patiënten die in aanmerking komen voor de studie tijdens een willekeurig consult aangesproken door de huisarts.

DOELGROEP

De doelgroep bestaat uit alle WZC-bewoners of thuiswonende 65-plussers die chronisch (meer dan 3 maanden) benzodiazepines gebruiken. Exclusiecriteria zijn wilsonbekwame patiënten, majeure psychische co-morbiditeit, gebruik van BZD in kader van een angststoornis en patiënten met een palliatief statuut. Omdat de Z-drugs (zolpidem, zopiclone) zowel farmacodynamisch als wat het bijwerkingenprofiel betreft niet verschillen van benzodiazepines, worden de chronische gebruikers van dit type medicatie ook in de studie toegestaan.

KORT INFORMATIEGESPREK EN GEREGULEERDE DOSISREDUCTIE

Gezien gereguleerde dosisreductie een effectieve strategie is om gemotiveerde patiënten te helpen hun gebruik te staken ligt de focus in dit onderzoek niet op het overtuigen van de patiënt.
De huisarts tracht deze bereidwillige patiënten te bereiken door het voeren van een kort informatiegesprek dat bestaat uit een motivatiepeiling enerzijds en het geven van accurate informatie anderzijds.
Deze korte interventie is een variant van 'motivational interviewing' die tevens effectief blijkt.(25) Een terloops gestelde vraag: "Heeft u al ooit nagedacht om te stoppen met uw slaapmedicatie?" zet de patiënt aan tot nadenken. De bezorgdheid vergroot en daardoor ook de bereidheid tot veranderen.(22,24,26)
Vervolgens licht de huisarts de patiënt in over de werking en de belangrijkste voor- en nadelen van benzodiazepines en stelt hij een gereguleerde dosisreductie voor.
Alle gemotiveerde deelnemers ondertekenen de informed consent. Deelname aan het project is volledig vrijwillig en kan desgewenst op elk moment gestaakt worden.

DREMPELS EN ERVARINGEN BIJ HUISARTSEN

Na afloop van de studie worden de resultaten en het verloop van het project besproken met de huisartsen. Er vindt een open interview plaats in de praktijkruimte van de huisarts waarbij de drempels en ervaringen in kaart worden gebracht. Als leidraad zijn er 5 vragen opgesteld die vervolgens meer in detail worden besproken:

- *Wat vond u van de bereidheid van de patiënt om zijn gebruik te stoppen?*
- *Wat liep voor uzelf goed tijdens de studie en welke drempels ervaarde u?*
- *Wat waren de motivaties of barrières van de patiënt om wel/niet te stoppen?*
- *Had u begrip voor de beslissing van de patiënt?*
- *Wat is het profiel van de chronisch benzodiazepinegebruiker?*

MEETINSTRUMENTEN EN UITKOMSTMATEN

In de periode van juni 2016 tot en met december 2016 wordt er per arts een lijst opgesteld van alle geïncludeerde patiënten waarbij zij een gereguleerde dosisreductie hebben uitgevoerd. In deze tabel worden de volgende aanvullende gegevens verzameld: leeftijd van de patiënt, naam en dosis van het slaapmiddel, reden van opstart, outcome.
Gezien de beperkte omvang van de onderzoekspopulatie worden alle data voor de eerste onderzoeksvraag verzameld en geanalyseerd met behulp van Microsoft Excel 2016. Zowel vergelijkende als beschrijvende statistiek in verband met patiëntkarakteristieken, medicatiegebruik, reden van opstart en motivatie/barrière wordt gebruikt. Er worden drie uitkomstmaten gehanteerd; niet gelukt, geminderd en gestopt.

Voor de resultaten van de interviews wordt een thematische analyse gebruikt waarbij op deductieve wijze codes worden toegekend. Vervolgens worden deze codes per thema geordend. Na analyse en interpretatie van de verschillende thema's wordt er een beschrijvende samenvatting gegeven, ondersteund door quotes van de huisartsen.

RESULTATEN

Veertig huisartsen van regio Bilzen ontvangen in mei 2016 een 'advies tot stoppen' brief per mail met een verzoek tot deelname aan het onderzoek. Er wordt een retourmail ontvangen van 4 artsen waarvan 1 afkomstig uit een groepspraktijk van 6 artsen, een andere afkomstig uit een groepspraktijk van 3 artsen en ten slotte 2 solo-artsen. Samen met de praktijkopleider en de HAIO worden er 6 huisartsen geïncludeerd.

De resultatensectie is onderverdeeld in twee onderdelen. In het eerste onderdeel wordt nagegaan hoe doelmatig het stoppen van langdurig benzodiazepinegebruik was na een interventie bij de huisarts. In het tweede onderdeel worden de drempels en ervaringen van de artsen geïdentificeerd.

HOE DOELMATIG IS HET STOPPEN VAN CHRONISCH BENZODIAZEPINEGEBRUIK BIJ OUDEREN NA EEN INTERVENTIE BIJ DE HUISARTS?

In deze 5 praktijken worden er gedurende een periode van 7 maanden 75 patiënten gezien die dan 3 maanden een benzodiazepine- en/of Z-drugs gebruiken. Met behulp van een kort informatiegesprek worden 31 patiënten die bereid zijn om hun benzodiazepinegebruik te stoppen geïncludeerd door de huisartsen (Tabel 1). Er zijn 11 deelnemers afkomstig uit de praktijk waar de HAIO actief is. De overige deelnemers kunnen gelijkmatig verdeeld worden over de 4 andere praktijken.

Binnen deze groep is één op drie kandidaten van het mannelijk geslacht, de gemiddelde leeftijd bedraagt 78,3 jaar (rang 65 – 92 jaar). Meer dan de helft van de deelnemers (58%) gebruikt een intermediair werkend benzodiazepine (11 lormetazepam, 5 lorazepam, 2 bromazepam), 39% een Z-drugs (39%, 9 zolpidem, 2 zoplicone) en de overige 2 patiënten gebruiken een langwerkend benzodiazepine (1 flunitrazepam, 1 flurazepam).

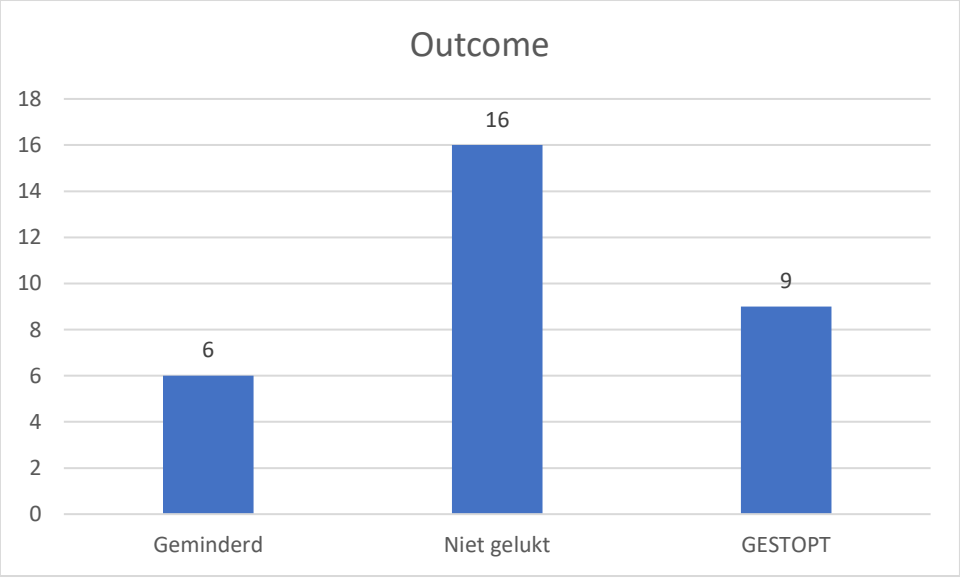
Tabel 1. Patiëntgegevens

Patiënt	leeftijd	Slaapmiddel	Dosis	Duur inname	Outcome	Reden van opstart
patiënt 1	77 jaar	Zolpidem	2,5mg	> 20 jaar	GESTOPT	FYSIEKE KLACHT/ZH
patiënt 2	83 jaar	Bromazepam	16mg	> 20 jaar	Niet gelukt	ONBEKEND
patiënt 3	66 jaar	Zolpidem	10mg	< 5 jaar	GESTOPT	INSLAPEN
patiënt 4	77 jaar	Lormetazepam	2mg	> 20 jaar	Niet gelukt	INSLAPEN
patiënt 5	72 jaar	Lorazepam	1mg	> 20 jaar	Geminderd	ONBEKEND
patiënt 6	76 jaar	Lorazepam	1mg	> 20 jaar	Niet gelukt	FYSIEKE KLACHT/ZH
patiënt 7	71 jaar	Zolpidem	5mg	10-15 jaar	Geminderd	INSLAPEN
patiënt 8	82 jaar	Zolpidem	10mg	10-15 jaar	GESTOPT	INSLAPEN
patiënt 9	72 jaar	Zolpidem	10mg	15-20 jaar	Geminderd	FYSIEKE KLACHT/ZH
patiënt 10	85 jaar	Lormetazepam	2mg	> 20 jaar	Niet gelukt	INSLAPEN
patiënt 11	75 jaar	Lormetazepam	2mg	< 5 jaar	GESTOPT	FYSIEKE KLACHT/ZH
patiënt 12	91 jaar	Lormetazepam	0,5mg	10-15 jaar	Niet gelukt	FYSIEKE KLACHT/ZH
patiënt 13	76 jaar	Lormetazepam	2mg	10-15 jaar	Niet gelukt	ACUTE ROUW
patiënt 14	78 jaar	Lorazepam	1mg	> 20 jaar	Niet gelukt	ACUTE ROUW
patiënt 15	74 jaar	Lormetazepam	1mg	< 5 jaar	GESTOPT	INSLAPEN
patiënt 16	83 jaar	Lormetazepam	2mg	10-15 jaar	Niet gelukt	ONBEKEND
patiënt 17	83 jaar	Lormetazepam	2mg	> 20 jaar	Geminderd	ONBEKEND
patiënt 18	88 jaar	Lorazepam	2,5 mg	> 20 jaar	Niet gelukt	ACUTE ROUW
patiënt 19	87 jaar	Lormetazepam	2mg	15-20 jaar	Niet gelukt	ONBEKEND
patiënt 20	65 jaar	Lormetazepam	1mg	10-15 jaar	GESTOPT	ONBEKEND
patiënt 21	92 jaar	Lormetazepam	2,5mg	> 20 jaar	Geminderd	ONBEKEND
patiënt 22	65 jaar	Zolpidem	10mg	10-15 jaar	Niet gelukt	FYSIEKE KLACHT/ZH
patiënt 23	69 jaar	Zolpidem	10mg	< 5 jaar	Niet gelukt	FYSIEKE KLACHT/ZH
patiënt 24	72 jaar	Zopliclone	7,5mg	10-15 jaar	GESTOPT	ONBEKEND
patiënt 25	66 jaar	Zopliclone	7,5mg	< 5 jaar	GESTOPT	ACUTE ROUW
patiënt 26	85 jaar	Zolpidem	10mg	> 20 jaar	Geminderd	ACUTE ROUW
patiënt 27	89 Jaar	Flunitrazepam	1 mg	> 20 jaar	Niet gelukt	INSLAPEN
patiënt 28	83 jaar	Zolpidem	10mg	5-10 jaar	Niet gelukt	FYSIEKE KLACHT/ZH
patiënt 29	83 jaar	Flurazepam	1mg	> 20 jaar	Niet gelukt	ACUTE ROUW
patiënt 30	83 Jaar	Lorazepam	2,5mg	> 20 jaar	Niet gelukt	ONBEKEND
patiënt 31	82 jaar	Bromazepam	6mg	> 20 jaar	GESTOPT	ONBEKEND

Ruim 80% neemt minstens 10 jaar of langer dagelijks een benzodiazepine of een Z-drugs om te slapen (tabel 3). De redenen van opstart verschillen en worden opgedeeld in 4 categorieën. Naast algemene slaapproblemen (23%; 7/31) worden acute rouw (20%; 6/31), somatische klachten of na ziekenhuisopname (26%; 8/31) genoemd. Bij de grootste groep patiënten is de precieze aanleiding niet gekend of kan deze niet in het dossier achterhaald worden (32%; 10/31).

Er worden geen statistische analysen uitgevoerd gezien het hier slechts om een klein patiëntenaantal gaat, maar na afloop kan er geconcludeerd worden dat de helft van deze chronische gebruikers geminderd (19%; 6/31) of volledig gestopt (29%; 9/31) zijn met hun benzodiazepine. De andere helft is tijdens de dosisreductie afgehaakt met als voornaamste reden terugkerende slapeloosheid.

Figuur 1. Uitkomstmaten



WAT ZIJN DE DREMPELS EN DE ERVARINGEN VAN DE HUISARTS BIJ HET STOPPEN VAN CHRONISCH BENZODIAZEPINEGEBRUIK BIJ OUDEREN?

Bij alle deelnemende huisartsen (6) wordt er een open interview afgenomen dat ongeveer 20 minuten in beslag neemt. De antwoorden op de 5 vragen die als leidraad dienen worden na verwerking hieronder weergegeven.

BEREIDHEID VAN DE PATIËNT

Vier huisartsen zijn van mening dat er weinig bereidheid is bij de chronische gebruikers, zelfs na het verschaffen van informatie over benzodiazepines. Het onderwerp wordt vaak afgeweerd en als dreigend ervaren door de patiënten. Dit in tegenstelling tot twee andere artsen waar de bereidheid tot stoppen initieel groot blijkt te zijn.

Huisarts 1 (HB): "Ik was aangenaam verrast van de bereidheid van de patiënten. Bijna iedereen die ik aansprak wou graag stoppen met slaapmedicatie. Tuurlijk als het puntje bij paaltje kwam waren ze nergens meer te zien."
Huisarts 2 (CG): "Ik merkte toch wel een zekere bereidheid bij de patiënten. Ze beseffen dat het niet goed is en ze willen graag stoppen maar ze geloven niet dat ze het kunnen. Ik typte vaak in mijn opvolgtabel 'valt te overtuigen of staat er voor open' maar uiteindelijk gebeurde er niets."

DREMPELS EN ERVARINGEN VAN DE ARTS

INFORMEREN
De deelnemende huisartsen starten zelden zelf een benzodiazepine op als behandeling voor slapeloosheid. De meesten hebben hun chronische gebruikers ooit al eens geconfronteerd met de nadelige effecten van benzodiazepines. Het peilen naar de motivatie en het vervolgens informeren van de patiënt verloopt in dit onderzoek bij iedereen ongecompliceerd.

Huisarts 3 (GD): "Het informeren loopt eigenlijk altijd wel goed. Ik ben iemand die altijd heel veel informatie geeft. Bij iedere patiënt die benzodiazepines gebruikt zal ik wel even zeggen van 'ge weet toch dat dat slecht is voor het geheugen hé..' Maar ik besef dat ik nog wat meer training nodig heb voor het voeren van een motivatiegesprek."

MOTIVATIEGEBREK
Door 4 van de 6 huisartsen wordt 'het gebrek aan motivatie bij de patiënt' als grootste drempel ervaren bij het afbouwen van langdurig benzodiazepinegebruik. Een andere factor die hierbij meespeelt is de duur van inname. Hoe langer de patiënt slaapmedicatie neemt, hoe moeilijker.

Huisartsen 2,3,4 (CG,GD,HBa): "De meeste patiënten blokken het onderwerp gewoon af."
Huisarts 4 (HBa): "Ik merk vooral dat als ze allang slaapmedicatie nemen, de kans bijzonder klein is dat het hun lukt."

TIJD
De andere helft zoekt de struikelblokken eerder bij zichzelf. Ze geven toe dat ze er te weinig tijd voor vrij maken. Hierbij speelt onder andere de multiproblematiek en polyfarmacie bij de patiënt een rol.

Huisarts 1 (HB): "Het is een onderwerp waar je als huisarts niet altijd bij stilstaat. Je wordt erbij geroepen voor een andere klacht, hier ga je op in en dit los je op. Pas op het einde van het consult/huisbezoek, bij het schrijven van de chronische medicatie word je met hun slaapmedicatie geconfronteerd. Dan wordt dit vaak klakkeloos voorgeschreven zonder er al te veel aandacht aan te besteden."

GEFRAGMENTEERDE ZORG
De gefragmenteerde zorg bij deze populatie bemoeilijkt ook een consistente afbouw van slaapmedicatie. Twee artsen ergeren zich aan het feit dat er benzodiazepines worden opgestart in het ziekenhuis. Dit zou vooral tijdens een opname op de dienst geriatrie of orthopedie voorkomen. Een andere huisarts ervaart dat de follow-up wel eens spaak loopt door de verschillende voorschrijvers in een groepspraktijk.

Huisarts 2 (CG): "Eén patiënt was net volledig gestopt met zijn benzodiazepines, hij gaat enkele weken later naar de cardioloog, vraagt iets om te slapen en krijgt zonder meer xanax voorgeschreven. (…) Ik heb

gemerkt dat ik de patiënten waaraan ik een voorstel deed uit het oog verloor omdat ze ondertussen bij mijn collega waren geweest."
Huisarts 5 (AC): "De patiënten van dokter X hier in de praktijk gebruiken over het algemeen veel meer benzo's om te slapen."

PRAKTISCHE BEPERKINGEN
Sommige huisartsen worstelen met het oppuntstellen van een goed afbouwschema. Redenen hiervoor zijn het niet eenduidig zijn van afbouwschema's en het gebrek aan ervaring. Verder zijn er enkele praktische zaken afwezig die een vlotte dosisreductie in de weg staan. De artsen betreuren dat er geen kleine verpakkingen bestaan van benzodiazepines en merken dat het breken van tabletten niet eenvoudig is voor ouderen. Daarbij zorgt het magistraal voorschrijven van benzodiazepines voor een extra kostprijs en zijn homeopathische alternatieven duurder.

Huisarts 3 (GD): "Wanneer ik dan mijn uitleg doe en ik denk van 'hier is misschien een mogelijkheid om te stoppen' en ze willen het proberen dan weet ik ook niet wat het beste schema is. Ik heb altijd -25% dosisreductie toegepast. Het is ook moeilijk omdat er weinig eenduidigheid is. Er is geen vast afbouwschema dat altijd succesvol is."
Huisarts 5 (AC): "Ik heb bij een patiënt met een bereiding van benzodiazepines gewerkt en heb hierna een boze telefoon gekregen omdat ze €16 extra moest betalen."

VERWACHT FALEN
Verder bekennen de artsen dat ze niet bij iedereen een voorstel hebben gedaan om benzodiazepines te stoppen. De veelvuldige afwijzingen door de patiënt doen het enthousiasme bij de artsen om de patiënten te motiveren afnemen. Hierdoor achten zij de kans dat patiënten zullen slagen laag en steken ze er bijgevolg geen energie meer in.

Huisarts 3 (GD): "Ik weet ook welke patiënten er zeker niet verder zullen op in gaan. Omdat je ze kent hé. Ergens heb ik inderdaad een verwachting dat de patiënt zou falen. Bij sommige patiënten begin ik er niet over omdat het geen enkele zin heeft."
Huisarts 5 (AC): "Als ze het afketsen dan ben je minder geneigd het de volgende keer nog eens aan te kaarten. Dit zijn meestal de chronische patiënten hé… Vaak denk ik die wat het nu nog nemen willen het toch niet, dus ga ik er ook geen moeite meer in steken."
Huisarts 6 (EF): "Ik ben iemand die het onderwerp altijd heeft aangekaart. Maar als je het 3-4x hebt geprobeerd dan laat je het ook. De patiënten hebben motivatie nodig. Ik heb hen geïnformeerd, zij weten dat de mogelijkheid er is en dan stoppen de gesprekken."

MOTIVATIES EN BARRIÈRES VAN DE PATIËNT

WEL STOPPEN
Volgens de artsen zijn de deelnemende patiënten gemotiveerd door vrees voor afhankelijkheid, angst voor nevenwerkingen voornamelijk op cognitief vlak en het opgelost zijn van onderliggende stressfactoren. Andere factoren die meespelen bij hun beslissing zijn steun uit de directe omgeving en het belang dat patiënten hechten aan het advies van de arts.

Huisarts 3 (GD): "Er is eentje kunnen stoppen door de steun van hare man. Die zei dan van ale ge kunt toch zeker wel slapen, gij hebt dat niet nodig. Momenteel gebruikt ze nog een halfje metarelax."

Huisarts 2 (CG): "Er waren verschillende patiënten die zeiden 'ja als gij het zegt..' die vervolgens een poging waagde. Deze patiënten appreciëren het advies en willen gehoorzamen maar je merkt dat zij de eerste zijn die afhaken omdat het niet lukt."

NIET STOPPEN

Redenen om het slaapmiddelengebruik verder te zetten zijn het vertrouwen in de werking van het benzodiazepine en het uitblijven van nadelige effecten. Patiënten minimaliseren hun langdurig gebruik om hun gedrag te rechtvaardigen.

Huisarts 3 (GD): "De meeste veralgemenen het gebruik, ze willen niet aannemen dat het slecht is. Iemand zei tegen mij: jama mijn zus die pakt het dubbele van mij dus zo slecht zal het toch wel niet zijn."

Bij een aantal artsen worden onderliggende stressfactoren genoemd waardoor een afbouw nu niet mogelijk is zoals een geplande ziekenhuisopname, gejaagdheid door medische klacht, een acute familiale gebeurtenis.

De grootste barrière bij de patiënt om te stoppen met benzodiazepines is ongetwijfeld angst voor reboundverschijnselen. De meeste patiënten hebben zich al eens aan een stoppoging gewaagd of zijn al eens een pilletje vergeten waardoor zij niet konden slapen. Door deze negatieve ervaring staan ze momenteel niet meer open voor verandering van dit gewoontegedrag.

Huisarts 4 (HBa): "Ze komen vaak af met hetzelfde verhaal: 'jama ik heb dat al eens geprobeerd en toen heb ik geen oog geslapen. Ik kan niet zonder dat pilleke'. Dan ben je eigenlijk uitgepraat want je weet dat het niet veel zin heeft om hier tegenin te gaan."
Huisarts 3 (GD): "De patiënten zeggen vooraf al dat ze sowieso niet gaan kunnen slapen en dat ze er niet zonder kunnen. Ze zijn op voorhand al angstig voor de reboundeffecten. Ze willen het misschien wel maar ze kunnen het volgens henzelf niet."

BEGRIP VOOR DE BESLISSING

Iedereen heeft begrip voor de beslissing van de patiënt. De artsen oordelen dat ze de patiënt niets kunnen opdringen en vrezen dat dit overigens de arts-patiënt relatie niet ten goede zou komen.

Huisarts 1 (HB): "Ik heb heel erg veel begrip voor de patiënt en zal de patiënt dan ook nooit iets opleggen. Ze hebben ook al een zekere leeftijd.. Voor mij is het ook wat afhankelijk bij welke patiënt. Iemand die bijvoorbeeld niet mobiel is of in een rusthuis verblijft, daar zal ik het ook bij voorstellen, maar dan zal ik me sneller neerleggen bij de wil van de patiënt."
Huisarts 6 (EF): "Ik heb er niet veel over te zeggen ook al ben ik ervan overtuigd dat het niet goed is. Anderzijds speelt het ook wel dat wanneer ik het niet geef ze het ergens anders gaan halen. Het is ook een soort therapeutische band wat je met de patiënt hebt hé."

PROFIEL VAN DE CHRONISCH BENZODIAZEPINE-GEBRUIKER

De meerderheid van de chronisch benzodiazepinegebruikers zijn oudere vrouwen die al een lange periode één vast slaapmiddel gebruiken. De meesten zijn positief over hun slaapmedicatie, hebben weinig tot geen last van bijwerkingen en zijn zich niet bewust van de risico's op vallen en cognitieve achteruitgang.

Ondanks herhaalde pogingen om hen attent te maken op hun langdurig benzodiazepinegebruik blijkt de meerderheid niet tot inzicht te komen.

DISCUSSIE

Uit deze studie blijkt een interventie bij de huisarts om het chronisch benzodiazepinegebruik te stoppen bij ouderen onvoldoende doeltreffend. Slechts 6 huisartsen uit Bilzen nemen deel aan de studie. Het kort informatiegesprek van de huisartsen resulteert in een deelname van 31 gemotiveerde patiënten. Hiervan slaagt de helft erin om hun benzodiazepinegebruik te minderen of daadwerkelijk te stoppen. Ongeveer twee derde van de deelnemende patiënten zijn vrouwen en de gemiddelde leeftijd bedraagt 78,3 jaar. Dit is in lijn met de resultaten van de Belgische Gezondheidsenquête van 2013, waar het chronisch slaapmiddelengebruik dubbel zo hoog is bij vrouwen als bij mannen en stijgt met de leeftijd.(1) Tevens is het overwegend gebruik van een intermediair werkend benzodiazepine (lormetazepam) in overeenstemming met de Belgische aanbevelingen.(2)

Er kan echter geconcludeerd worden dat de grootste drempel van de artsen bij het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik **het gebrek aan motivatie bij de patiënt is.** De artsen merken dat het geven van een weloverwogen advies over benzodiazepines zich niet vertaalt in verandering van gedrag. De herhaaldelijke confrontatie met het 'gebrek aan motivatie' bij de patiënt resulteert bij de huisarts in gevoelens van machteloosheid. Hieruit kan gesteld worden dat het 'niet veranderen van gedrag' vaak foutief gezien wordt als een 'tekort aan inzicht of motivatie' bij de patiënt. Gewoontegedrag veranderen is een lang proces. Dit wordt uitgelegd in het Transtheoretisch model voor gedragsverandering (TTM) van Prochaska en Diclemente uit 1983 dat focust op de bereidheid om te veranderen.(27,28) Volgens dit model moeten patiënten verschillende motivatiestadia doorlopen vooraleer ze uiteindelijk een gedragsverandering kunnen realiseren. Het is de rol van de huisarts om de patiënt met behulp van strategieën naar een volgende fase te begeleiden. Gebrek aan motivatie is dus niet langer een tekortkoming van de patiënt alleen. Het is niet voldoende om de patiënt enkel te adviseren zoals in deze studie. Het is even belangrijk om de patiënt zover te krijgen dat hij dit advies ook opvolgt. (27)

De aanleiding van deze studie is de door de huisarts miskende **bereidheid** bij de oudere chronische benzodiazepinegebruiker om te stoppen. Desondanks worden de huisartsen hier in deze studie door het voeren van een kort informatiegesprek niet mee geconfronteerd. Bovenstaande verklaring doet vermoeden dat de meeste patiënten in deze studie slechts in de voorbeschouwings- of beschouwingsfase zitten waardoor een afbouwvoorstel bemoeilijkt wordt. In deze eerste motivatiefasen is het de bedoeling de patiënt te helpen zijn inzicht in en kennis van zijn middelengebruik (gedrag) te verhogen.(27)(25)

Een andere belangrijke barrière is de **beperkte tijd en de inspanning** om de afbouw van benzodiazepines te bespreken in een consult. De multimorbiditeit en de daarbij horende polyfarmacie bij deze patiënten maken de vereiste tijdsinvestering een groot struikelblok. Clyde et al. bevestigt in zijn studie dat deze factoren bijdragen aan de complexe zorg voor ouderen. De focus ligt eerder op het aanpakken van de vraag van de patiënt waardoor het nakijken van chronische en eventueel ongepast medicatie verloren gaat. Dit fenomeen waarbij acute problemen de kostbare consultatietijd domineren wordt door vele huisartsen ervaren.(29,30)

Het voorschrijven van medicatie wordt gezien als een 'sociaal fenomeen' dat de arts-patiënt relatie stuurt. Klaarblijkelijk gebruiken artsen dit voorschrijven om een positieve relatie met de patiënt te behouden. Als gevolg hebben ze altijd de neiging te voldoen aan de verwachtingen van de patiënt betreffende medicatie.(31,32) In de literatuur wordt dan ook bevestigd dat het afweren van narcotische

medicatie, vnl benzodiazepines vaak leidt tot het veranderen van huisarts door de patiënt.(29) **Deze angst om patiënten te verliezen** wordt tevens door een aantal artsen aangehaald in het interview.

Verder hebben de artsen allemaal **begrip voor de beslissing van** de patiënt. Het meest aanvaardbare argument hiervoor is dat de patiënt zich goed voelt met de medicatie en geen nadelige effecten ondervindt. Het feit dat deze patiënten geen misbruikers zijn en gedurende lange tijd eenzelfde dosis gebruiken stelt de artsen gerust. Anderson et al. en Cullinan et al. hebben een kwalitatief onderzoek bij de huisartsen gedaan over hun visie op het langdurig voorschrijven en het gebruiken van mogelijk ongepaste medicatie bij de ouderenpopulatie. Argumenten waarom artsen dit voorschrijfgedrag verderzetten waren de werking van benzodiazepines, het niet optreden van neveneffecten en het niet beschikken over een even werkzaam alternatief.(14,33) In een andere studie wordt het gebruik tevens gerechtvaardigd door huisartsen mits een goede monitoring en het uitblijven van neveneffecten.(29)

Zowel bij arts als patiënt gaat verandering van gedrag gepaard met **ambivalente gevoelens**, zeker wanneer de verandering moeilijk is.(26) In dit onderzoek kunnen alle beschreven drempels en barrières die een afbouw van benzodiazepines belemmeren gereduceerd worden naar een gebrek aan motivatie bij de arts. Terwijl veel huisartsen, zo ook de geïnterviewden kritisch en weerstandig zijn ten opzicht van het opstarten van benzodiazepines bij slaapproblemen, accepteren ze het langdurig gebruik ervan ongeacht de ernstige valrisico's en andere nadelige effecten.(31,34) Verschillende kwalitatieve studies bevestigen deze ambivalentie ook bij de patiënten. Ze zijn vaak weigerachtig ten opzichte van medicatie en bezorgd omwille van de risico's maar aan de andere kant beschouwen ze medicatie als noodzakelijk en zijn ze angstig om te hervallen in stress of slapeloosheid.(12,14,35) Williams et al. beschrijft het als een 'circle of silence'.(36) Een benzodiazepine wordt vaak voorgeschreven in een acute situatie en vervolgens gecontinueerd voor onbepaalde tijd. De meerderheid van de patiënten vindt stoppen niet noodzakelijk gezien ze niet op de hoogte zijn van de neveneffecten of de kans op verslaving. Bovendien beschouwen patiënten het herhaaldelijk voorschrijven van hun slaapmedicatie als een goedkeuring die ze krijgen van de huisarts. Terwijl de arts van mening is dat de benodigde tijd en energie niet opweegt tegen de geringe slagingskans.(36,37)

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Als kritische kanttekening wordt in dit kwaliteitsverbeterend project gebruik gemaakt van een kleine studie van slechts 31 patiënten die een afbouwpoging hebben ondernomen. Hierdoor heeft het project een lage power wat het moeilijker maakt om statistische significantie aan te tonen. Het feit dat enkel de gemotiveerde patiënten geselecteerd zijn maakt het minder waarschijnlijk dat het onderzoek representatief is voor de gerefereerde populatie. Verder is er ook geen controlegroep om het effect van de interventie mee te vergelijken. De korte duur van het project zorgt ervoor dat de huisartsen slechts 7 maanden tijd krijgen om in overleg met de patiënten benzodiazepines te stoppen.

Door het klein aantal deelnemende huisartsen kunnen er geen veralgemeende uitspraken gedaan worden over de drempels en de ervaringen bij de afbouw van chronisch benzodiazepinegebruik. De 'advies tot stoppen' brief wordt slechts eenmalig verstuurd per mail. Mogelijks zou de respons groter zijn geweest indien deze een 2e keer werd gemaild of nogmaals per post werd verzonden. Verder draagt de hoge werkbelasting en tijdsgebrek van de Vlaamse huisarts wellicht ook bij aan de lage respons in dit onderzoek. Een andere beperking van de studie is het feit dat de onderzoeker die de interviews uitvoert ook behandelend arts van de patiënten is. Mogelijks is de analyse van de interviews hierdoor beïnvloed door persoonlijke interpretatie.

CONCLUSIE

Het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen blijft een moeilijke opdracht.

Huisartsen hebben vaak de intentie om het langdurig gebruik te bespreken, maar ze doen dit slechts bij een minderheid van de patiënten. Ze hebben weinig interesse om dit gedrag te veranderen gezien de verwachte weerstand en de beperkte consultatietijd bij de oudere patiënt, die vaak multipele co-morbiditeiten hebben om rekening mee te houden. Ze leggen zich te snel neer bij de beslissing van de patiënt om een positieve relatie te behouden maar ook uit schrik om de patiënt te verliezen. Patiënten zijn niet bereid om te stoppen met benzodiazepines uit angst voor terugkerende slapeloosheid. Ze voelen zich goed met de medicatie en zijn van mening dat ze er niet zonder kunnen.

De resultaten in dit onderzoek laten zien dat slechts één kort informatiegesprek enkele patiënten in staat stelt een volgend stadium van gedragsverandering bereiken. De helt hiervan slaagt er zelfs in om zijn slaapmiddelengebruik te reduceren of zelfs te stoppen. Er moet onthouden worden dat het veranderen van gewoontegedrag een proces is waar meer effort voor nodig is. Wellicht kunnen huisartsen door het aanleren van motiverende gesprekstechnieken patiënten begeleiden in dit proces.

Desalniettemin blijft het noodzakelijk dat de huisarts de patiënt op de hoogte stelt van zijn standpunt ten opzichte van langdurig benzodiazepinegebruik. Hierbij is het belangrijk de mogelijke nevenwerkingen en het optreden van tolerantie op korte termijn te benadrukken, gevolgd door het geven van een herhaaldelijk advies om te stoppen met benzodiazepines.

DANKWOORD

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken die hebben geholpen bij de totstandkoming van deze masterproef.

In de eerste plaats wil ik graag mijn promotor dr. Birgitte Schoenmakers voor de tijd en moeite die ze heeft gestoken in het begeleiden van dit onderzoek. Maar ook voor de snelle antwoorden die ze gaf en de structuur die ze telkens weer toebracht.

Verder wil ik ook mijn co-promotor Lorenz Van der Linden bedanken om samen met mijn promotor te helpen bij de zoektocht naar een goed onderwerp en het proces om goedkeuring te krijgen van de Ethische Commissie.

Ik wil graag de patiënten bedanken voor hun deelname aan deze studie en de collega's van regio Bilzen voor hun medewerking waaronder ook mijn praktijkopleider dr. Els Forier voor haar steun.

Daarnaast wil ik graag mijn dank betuigen aan dr. Jolize Tielens voor de tijd die ze gestoken heeft in het nalezen en corrigeren van mijn masterproef.

Ten slotte bewonder en bedank ik mijn verloofde voor de steun en het immense geduld tijdens de afgelopen maanden.

BRONNEN

1. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014

2. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J, De Meyere M, Mariman A. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn: Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu 2005;34:346-71

3. Publicatie van de Hoge gezondheidsraad nr. 8571. De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen, 6 juli 2011.

4. Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Stichele RH Vander. Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study. Eur J Clin Pharmacol. 2014;70(10):1251–60.

5. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto E, Lanctot KL, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. Bmj. 2005;331(7526):1169.

6. Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, Breteler MH, van de Lisdonk EH, Zitman FG. Het langdurig gebruik van benzodiazepines. Ned Tijdschr Geneeskd. 2001;145(28):1342–6.

7. Habraken H, De Craene S, Pas L, Declercq T, Lannoy J, Christiaens T. Niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid in woonzorgcentra. Een pilootproject. Huisarts Nu 2013; 42:281-5.

8. Kurko TA, Saastamoinen LK, Tähkäpää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns – A systematic review of register-based studies. Eur Psychiatry 2015;30:1037-47.

9. De Gier H, Gorgels W, Lucassen P, Oude Voshaar R, Mulder J, Zitman F. Stoppen met langdurig benzodiazepinegebruik. Huisarts Wet. 2011;54(10):548–51.

10. Oude Voshaar RC, Gorgels WJMJ, Mol AJJ, Van Balkom AJLM, Van De Lisdonk EH, Breteler MHM, et al. Het staken van chronisch benzodiazepinegebruik met behulp van gereguleerde dosisreductie met en zonder groepstherapie. Tijdschr Psychiatr. 2004;46(11):725–37.

11. Knuistingh Neven A., Lucassen P.L.B.J., Bonsema K., Teunissen H., Verduijn M.M BM. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. . Huisarts Wet, Tweede herziening. 2014; p. 57: 352-61.

12. Barter G, Cormack M. The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences. Fam Pract. 1996;13(6):491–7.

13. Gorgels W, Nederland B. Stoppen Met Benzodiazepines - beschouwing. Geneesmiddelenbulletin. 1994;28(12):98–101.

14. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. BMJ

Open. 2014;4(12):e006544.

15. Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. Drugs . 1994;48(1):25–40.

16. Wagner J, Wagner ML, Hening WA. Beyond benzodiazepines: alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. Ann Pharmacother. 1998;32(6):680–91.

17. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. CMAJ. 2000;162(2):225–33.

18. Informatie BC voor F. Aanpak van slapeloosheid. BCFI oktober 2010, update september 2014. . 2013. Available from: http://www.bcfi.be/tf/NL/TN_Insomnie.pdf

19. Redactie Geneesmiddelenbrief. Stoppen met voorschrijven. Geneesmiddelenbrief. jaargang 21 nr.3, september 2014. Brussel: Farmaka vzw

20. Zhong G, Wang Y, Zhang Y, Zhao Y (2015) Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis. PLoS ONE 10(5): e0127836.

21. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. Curr Opin Psychiatry . 2005;18(3):249–55.

22. Voshaar RCO, Gorgels W, Mol A, Couvée J, others. Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. Ned Tijdschr Geneeskd. 2001;145(28):1347–50.

23. Petrovic M, Pevernagie D, Mariman A, Van Maele G, Afschrift M. Fast withdrawal from benzodiazepines in geriatric inpatients: A randomised double-blind, placebo-controlled trial. Eur J Clin Pharmacol. 2002;57(11):759–64.

24. Vicens C, Bejarano F, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socias I, et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: Cluster randomised controlled trial in primary care. Br J Psychiatry. 2014;204(6):471–9.

25. Lavigne T. Motiverende gespreksvoering in de huisartspraktijk. De invloed van een e-learning “motiverende gespreksvoering” voor huisartsen op gesprekstechnieken bij rookstop en op attitudes omtrent gedragsverandering. 2012;1–51.

26. Miller WR, Rollnick S. Motiverende Gespreksvoering. Mensen helpen veranderen. . Uitgeverij Ekklesia, editor. Ouderkerk a/d IJssel; 2014

27. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change . Vol. 47, American Psychologist. 1992. p. 1102–14.

28. Thijs GA. GP’s consult & health behaviour change project. Developing a programme to train GPs in communication skills to achieve lifestyle improvements. Patient Educ Couns. 2007;67(3 SPEC. ISS.):267–71.

29. Pohontsch NJ, Heser K, Löffler A, Haenisch B, Parker D, Luck T, et al. General practitioners' views on (long-term) prescription and use of problematic and potentially inappropriate medication for oldest-old patients—A qualitative interview study with GPs (CIM-TRIAD study). BMC Fam Pract. 2017;18(1):22.

30. Clyne B, Cooper JA, Hughes CM, Fahey T, Smith SM, Mangoni A, et al. "Potentially inappropriate or specifically appropriate?" Qualitative evaluation of general practitioners views on prescribing, polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in older people. BMC Fam Pract. 2016;17(1):109.

31. Flick U, Garms-Homolová V, Röhnsch G. "And mostly they have a need for sleeping pills": Physicians' views on treatment of sleep disorders with drugs in nursing homes. J Aging Stud. 2012;26(4):484–94.

32. Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, Tannenbaum C. A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. Patient Educ Couns. 2013;92(1):81–7.

33. Cullinan S, O'Mahony D, Fleming A, Byrne S. A Meta-Synthesis of Potentially Inappropriate Prescribing in Older Patients. Drugs Aging. 2014;31(8):631–8.

34. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: A qualitative study. J Gen Intern Med. 2007;22(3):303–7.

35. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. Scand J Prim Heal Care . 2007;25(4):214–9.

36. Williams F, Mahfouz C, Bonney A, Pearson R, Seidel B, Dijkmans-Hadley B, et al. A circle of silence: The attitudes of patients older than 65 years of age to ceasing long-term sleeping tablets. Aust Fam Physician. 2016;45(7):506–11.

37. Lanting J, van der Weijden T, Spigt M. Inzet van praktijkondersteuners voor stoppen met benzodiazepinegebruik bij ouderen. Tijdschr voor Prakt. 2007;2(6):194–8

BIJLAGE 1: INFORMATIEFORMULIER VOOR DE HUISARTSEN

Titel onderzoek: "Chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen stoppen: interventie bij huisartsen"

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Gijsen Charlotte

Beste collegae,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde voer ik, een onderzoek naar het afbouwen en stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen.
Dit onderzoek gebeurt in de periode van april 2016 tot en met december 2016, onder toezicht van de KU Leuven.

Benzodiazepines (BZD) worden vaak gebruikt als behandeling voor slaapstoornissen bij oudere patiënten. Hoewel internationale richtlijnen het chronisch gebruik van deze BZD afraden, blijft de prevalentie ervan hoog, voornamelijk bij de bewoners van de woonzorgcentra. Vaak zijn patiënten niet voldoende op de hoogte over de effecten van langdurig benzodiazepinegebruik of staan ze niet open om hun gebruik af te bouwen of te stoppen. De behandelende arts zou over te weinig tijd en mogelijkheden beschikken om hen hierin te begeleiden. Een recent onderzoek naar de motivatie van de chronische BZD-gebruikers concludeerde dat er nood was aan een arts die een duidelijke positie inneemt tegen BZD.

Daarom zou ik u met deze brief willen uitnodigen om actief deel te nemen aan dit onderzoek om het chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen in uw praktijk onder de loep te nemen en te verminderen.

Wat wordt er van u verwacht?

- Gedurende 7 maanden actief een afbouwschema voorstellen en opvolgen bij zowel oudere patiënten in de thuissetting als bij de WZC-bewoners die langer dan 3maanden BZD gebruiken.
- Deelname aan een interview na afloop waarin gepeild zal worden naar de drempels en ervaringen bij het stoppen van langdurig BZD-gebruik.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal ik een afspraak met u maken om in uw praktijk langs te komen. De nodige kennis over benzodiazepines zal kort worden opgefrist en u zal een steekkaart ontvangen met praktische tips ter ondersteuning tijdens het onderzoek.
Het uiteindelijke doel van deze studie is om bij te dragen aan een kwaliteitsverbetering binnen de huisartsenpraktijk door een educatie-interventie bij de huisartsen.

Hopend op uw medewerking, dank ik u bij voorbaat.

Met vriendelijke groeten,

Charlotte Gijsen (HAIO) in de huisartsenpraktijk Dr. Noe – Dr. Forier
Prof Dr. Birgitte Schoenmakers, ACHG, KU Leuven, promotor
Apotheker Lorenz Vanderlinden, KU Leuven, co-promotor

BIJLAGE 2: FORMULIER GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING VOOR DE PATIËNT

Titel onderzoek: "Chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen stoppen: interventie bij huisartsen"

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Gijsen Charlotte

Geachte heer, mevrouw,

Het onderzoek waarvoor uw deelname wordt gevraagd maakt deel uit van een onderzoek naar het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen. U neemt sinds geruime tijd een geneesmiddel omwille van slapeloosheid Omwille van de bezorgdheid die er bestaat over het langdurig gebruik van deze medicatie wordt aangeraden om het gebruik op termijn af te bouwen en zelfs te stoppen.

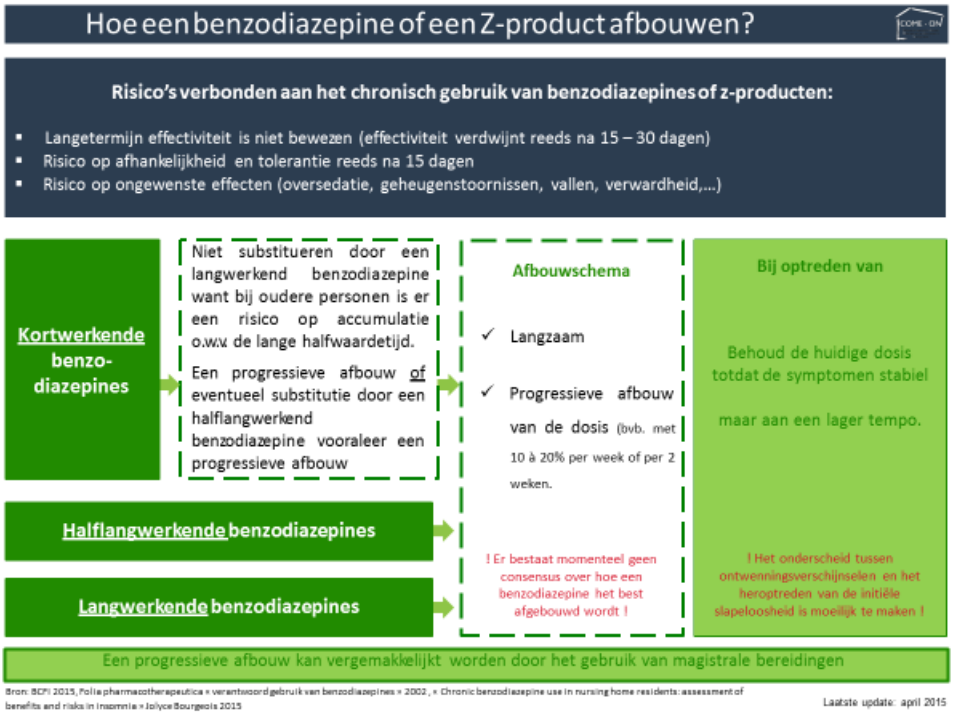
Voor het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens in mijn onderzoek is uw toestemming nodig.

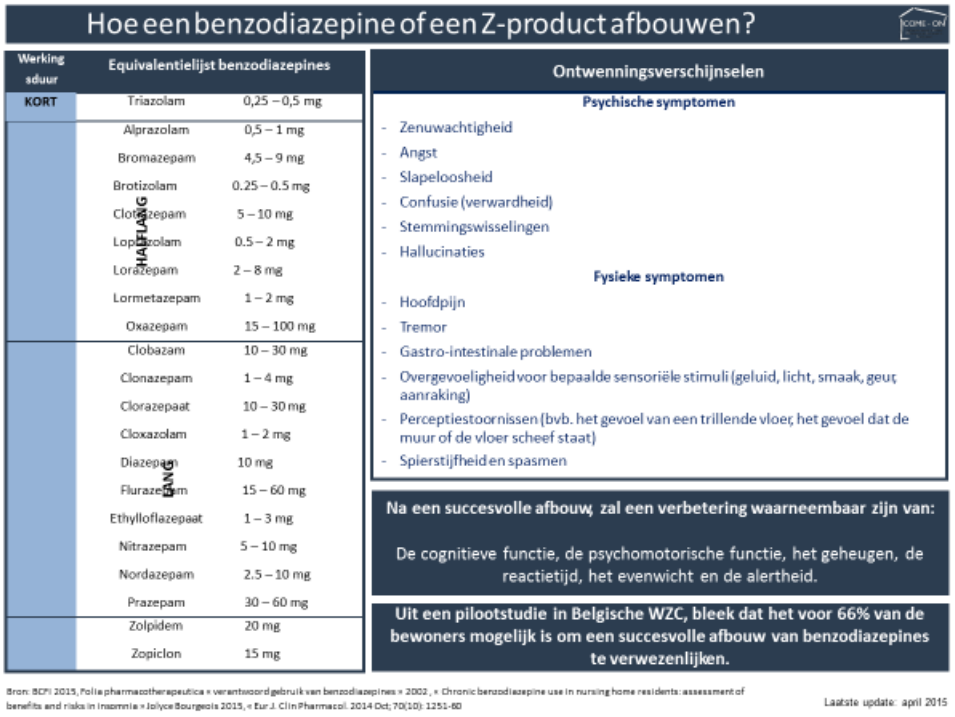
1. Ik bevestig dat Dr. ……..(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid en op een voor mij begrijpelijke manier geïnformeerd heeft over de inhoud, de methode en het doel van dit onderzoek. Ik bevestig dat mijn vragen over dit onderzoek op een bevredigende manier beantwoord zijn.
2. Ik begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen op mijn gezondheid of op de arts-patiëntenrelatie.
3. Ik stem toe dat de gegevens uit mijn medisch dossier gebruikt mogen worden voor het onderzoek.
4. Ik begrijp dat de resultaten van het interview enkel bestemd zijn voor dit onderzoek, en dat deze niet verder verspreid zullen worden en na afloop vernietigd zullen worden.
5. Deze studie werd goedgekeurd door de promotor, Dr. Birgitte Schoenmakers, door de co-promotor Lorenz Van der Linden en ook door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de KU Leuven.
6. Ik verklaar hierbij dat ik instem deelname aan dit onderzoek.

Naam patiënt: ……

Handtekening:……..

BIJLAGE 3: HANDIGE STEEKKAART





BIJLAGE 4: BIJKOMENDE INFORMATIE ARTSEN

UITLEG BIJLAGEN:

1. Brochure voor de huisarts: Lees deze brochure om de nodige kennis en tips op te frissen in verband met het voorschrijven van benzodiazepines. (=optioneel)
2. Excel bestand: Registreer hier alle patiënten waaraan u een BZD-afbouwvoorstel deed. Indien de patiënt niet gemotiveerd was gelieve kort de reden te noteren.
3. Informed consent voor de patiënt: Deze zou door iedere patiënt die gemotiveerd is om af te bouwen getekend moeten worden (is nodig voor kort interview achteraf).
4. Patiëntenfolder (= optioneel te gebruiken)

DE STUDIEPOPULATIE

Inclusiecriteria:

- Elke patiënt op huisbezoek/consultatie,
    - > 65jaar
    - > 3maanden BZD of Z-drugs gebruiken voor slapeloosheid

Exclusiecriteria:

- Wilsonbekwame patiënten
- Majeure psychiatrische comorbiditeit zoals depressie en angststoornissen
- Gebruik
    - Ter preventie E-insulten
    - Bij ontwenning
    - Bij restless legs syndroom
    - Als anxiolyticum

MINIMALE INTERVENTIE GEBASEERD OP EEN CLUSTER RCT VAN VICENS ET AL.(24)

- Motivatie:
    - U peilt tijdens het consult naar de motivatie van de patiënt om het langdurig BZDgebruik te stoppen.
- Informatie:
    - Geef informatie over de werking van BZD en de ongewenste effecten op lange termijn
        - Tolerantie na enkele weken
        - Afhankelijkheid
        - Geheugenproblemen en concentratiestoornissen
        - Verhoogd risico op vallen met toename van heupfracturen
- Geruststelling:
    - Zeg dat er langzaam wordt afgebouwd en dit individueel nog aangepast kan worden
    - Bespreek mogelijke ontwenningsverschijnselen tijdens de afbouw
        - Angst, verwardheid, hartkloppingen, insulten
    - Verzeker dat slaapkwaliteit na afbouw verbetert
- Patiëntenfolder
- vervolgconsult

VOORSTEL AFBOUWSCHEMA:
Dosisreductie van 25% per week

PRAKTISCH:
- U laat de pillen breken/snijden (pillensnijder)
- U laat de pillen bereiden:

Voorbeeld:
R/ Lormetazepam EG 0.25mg
Dt/ 30 gelulen

R/ Zolpidem 1.25mg
Dt/ 10 gelulen

→ de apotheek zorgt dat er in iedere pil 0.25mg verwerkt is.
→ Deze verwerking zal ongeveer een 30tal min in beslag nemen.
→ De patiënt betaalt voor de medicatie + de bereiding (= ongeveer 6euro).

Bij de start kan de patiënt met zijn huidige doos medicatie + nieuw voorschrift van u naar de apotheek gaan. De overgebleven pillen kunnen bij de apotheek bewaard worden en herbruikt bij elk nieuw voorschrift.

BIJLAGE 5: GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen stoppen: interventie bij de huisarts" (mp11629)

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen stoppen: interventie bij de huisarts" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.
Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen stoppen: interventie bij de huisarts" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten
Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

BIJLAGE 6: PROTOCOL

Gunstig advies van OBC 1

	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer
	mp11629	Chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen stoppen: interventie bij de huisarts **Student(en):** Charlotte Gijsen **Promotor:** Birgitte Schoenmakers	Gunstig advies van OBC	

Gunstig advies van OBC

2016-03-23 17:28:41

Bekijk status geschiedenis

Student(en): Charlotte Gijsen

Promotor: Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond: Benzodiazepines (BZD) worden vaak gebruikt als behandeling voor slaapstoornissen bij oudere patiënten. Hoewel internationale richtlijnen het chronisch gebruik van deze BZD afraden, blijft de prevalentie ervan hoog, voornamelijk bij de bewoners van de woonzorgcentra. Vaak zijn patiënten niet voldoende op de hoogte over de effecten van langdurig benzodiazepinegebruik of staan ze niet open om hun gebruik af te bouwen of te stoppen. De behandelende arts zou over te weinig tijd en kennis beschikken om hen hierin te begeleiden. Eenmaal opgestart wordt er bovendien zelden een stoppoging overwogen. Voorschrijvers nemen te weinig initiatief om hun chronisch voorschrijfgedrag te wijzigen en deze medicatie af te bouwen. Dit wordt verder bemoeilijkt doordat er vele verschillende voorschrijvers betrokken zijn in de zorg van de patiënt; polymorbiditeit leidt nagenoeg tot polyfarmacie, waarvoor benzodiazepine gebruik/misbruik kenmerkend is.

Vraagstelling: In deze studie wordt er getracht een antwoord te zoeken op 2 onderzoeksvragen.
1) Wat zijn de drempels en de ervaringen bij huisartsen en patiënten bij het stoppen van langdurig benzodiazepine-gebruik?
2) Hoe doelmatig is het stoppen van benzodiazepines bij ouderen op korte en middellange termijn?

Methodologie: De prospectieve studie wordt uitgevoerd binnen een een kwaliteitsverbeterend project met een interventie gericht op het stoppen van langdurig gebruik (meer dan 3maanden) van benzodiazepinen bij ouderen
De populatie bestaat uit WZC-bewoners en thuiswonende 65-plussers die meer dan 3 maanden BZD gebruiken, met primaire insomnia als indicatie. Exclusiecriteria zijn wilsonbekwame patiënten, majeure psychische comorbiditeit, angststoornis en een palliatief statuut.
De interventie bij de behandelende artsen bestaat uit het aanbod van een 'advies tot stoppen brief' (+steekkaart). Huisartsen worden zo aangemoedigd om stil te staan bij het chronisch gebruik van BZD bij ouderen. Het theoretisch aspect over BZD gebruik wordt kort opgefrist en een voorstel van een afbouwschema wordt gepresenteerd. Aan de hand van een diepte-interview met de deelnemende huisartsen worden de drempels bij BZD-stop na te gaan.
Gedurende 8 maanden stellen huisartsen bij actief aan de bewoners van het WZC voor om het chronisch BZD gebruik te stoppen. Zij zullen de patiënten hierbij informeren en ondersteunen met of zonder het gebruik van de steekkaart. Bij alle patiënten wordt er een nulmeting uitgevoerd gevolgd door een follow-up na 1 maand en na 3 maanden. Aan de huisartsen zal tijdens de nameting gevraagd worden hoe vaak ze effectief een stopvoorstel deden en uitvoerden.
Na afloop waarbij er bij iedere patiënt gepeild naar de doelmatigheid van het stoppen van BZD: het actueel gebruik van BZD als hypnotica en het welbevinden van de patiënt worden in kaart gebracht door een gestructureerd interview.
Er worden afspraken gemaakt met de directie en de CRA's van de betrokken woonzorgcentra en toestemming gevraagd om deze studie te laten doorgaan. Voor de thuiswonende patiënten wordt de eigen huisarts geïnformeerd. De patiënt wordt voldoende geïnformeerd en geeft zijn schriftelijke toestemming tot deelname.

Referenties:

Informed consent / vragenlijs... 60745_1456512419_4055_Masterproefbenzos_Informatieformulierartsen_GijsenCharlotte_pdf.pdf
98685_1456512423_2006_Masterproefbenzos_Informentconsent_GijsenCharlotte_pdf.pdf
72549_1456512426_3961_Evaluatieenquetepatient_GijsenCharlotte_pdf.pdf