Een kwalitatief onderzoek naar de kennis, weerstanden en verwachtingen bij het afbouwen of stoppen van benzodiazepines en Z-producten bij chronische gebruikers in een huisartsenpraktijk te Eeklo, door middel van semi-gestructureerde interviews.

ANDRIES Athàlie, UGent

Promotor: Prof. Dr. CHRISTIAENS Thierry, UGent

Co-promotoren: Dr. DECLERCQ Tom, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018-2019

1 Abstract

Een kwalitatief onderzoek naar de kennis, weerstanden en verwachtingen bij het afbouwen of stoppen van benzodiazepines of Z-producten bij chronische gebruikers in een huisartsenpraktijk te Eeklo, door middel van semi-gestructureerde interviews.

HAIO: Athàlie ANDRIES, UGent
Promotor: Prof. Dr. Thierry CHRISTIAENS, UGent
Co-promotor: Dr. Tom DECLERCQ, UGent
Praktijkopleider: Dr. Nathalie VERBURG

Context: Slaapstoornissen en daar aangekoppeld, chronisch gebruik van benzodiazepines en Z-producten een vaak voorkomend probleem binnen de huisartsenpraktijk. Hoewel er bij de artsen een goede kennis bestaat rond de risico's en negatieve effecten van deze producten, is het moeilijk om de patiënten te overtuigen om deze producten af te bouwen en te stoppen.

Onderzoeksvraag: Er wordt nagegaan wat de verwachtingen en de kennis zijn van patiënten rond het afbouwen en stoppen van hypnosedativa. Ook wordt er nagegaan wat hun motivaties zijn om deze medicatie absoluut verder te vragen aan hun arts.

Methodologie: De onderzoeker startte met een literatuuronderzoek om te kijken wat er reeds gekend was over de onderzoeksvraag. Verder werd er in een huisartsenpraktijk in Eeklo een kwalitatief onderzoek opgezet waarbij aan de hand van semi-gestructureerde interviews bij patiënten werd onderzocht wat mogelijke antwoorden konden zijn op de onderzoeksvraag.

Resultaten: Er werden 47 patiënten geselecteerd, maar naar toevoegen van de exclusiecriteria werden er slechts 19 patiënten weerhouden. Uiteindelijk stemden 9 patiënten toe om deel te nemen. Zij vermeldden voornamelijk vele positieve effecten van hun ingenomen producten en gaven ook aan dat ze niet op de hoogte waren van negatieve effecten op korte en op lange termijn. De patiënten gaven voornamelijk aan niet te willen afbouwen, omdat ze de nadelen van het afbouwen veel te zwaar vonden doorwegen ten opzichte van de huidige voordelen die ze ondervinden van het product. Rebound-effecten bij vorige stoppogingen zorgen ervoor dat patiënten op heden geen nieuwe stoppoging meer wensen te ondernemen, daar zij deze effecten zien als een herval in de oorspronkelijke klachten. Het feit dat ze niet frequent worden aangesproken door arts, leeftijdsgenoten of media, zien zij ook als een stilzwijgende toestemming om de producten verder in te nemen.

Conclusie: Patiënten zijn zich op heden te weinig bewust van de negatieve effecten van benzodiazepines en Z-producten, waardoor afbouwen moeilijk wordt. Het is als arts belangrijk om hierop in te spelen met juiste informatie en de patiënt te onderwijzen hierin. Belangrijk is ook om patiënten te beluisteren wat de effectieve reden is om deze producten in te nemen. En hier een oplossing voor te bieden in de plaats bij het afbouwen van de producten. Dit vraagt een volwaardige consultatie van de huisarts en dus de nodige tijd en aandacht.

ICPC- code: P06 – slaapstoornis

E-mail: athalieandries@hotmail.com

2 Inhoud

1 Abstract 2
2 Inhoud 3
3 Voorwoord 5
4 Inleiding 6
4.1 Werking hypnosedativa 6
4.2 Effect van hypnosedativa 7
4.3 Ongewenste effecten 8
4.3.1 Tolerantie en ontwenningsverschijnselen 8
4.3.2 Impact op cognitieve functies 8
4.3.3 Risico op vallen en ongevallen 9
4.4 Richtlijnen aanpak chronisch gebruik hypnosedativa 9
4.4.1 Minimale interventiestrategie 9
4.4.2 Gereguleerde dosisreductiemethode 9
4.5 Onderzoeksvraag 10
5 Literatuuronderzoek 11
5.1 Methodologie 11
5.2 Resultaten 11
5.2.1 Kennis, verwachtingen en weerstanden bij afbouw van hypnosedativa 11
5.2.2 Addendum van literatuurstudie die bijdroeg tot opstellen vragenlijst 15
6 Methodologie 18
7 Resultaten 19
7.1 Onderzoekspopulatie 19
7.2 Opstart van hypnosedativa 19
7.2.1 Op initiatief van… 19
7.2.2 Andere aanpak slaapproblemen 20
7.2.3 De omkaderende uitleg van de arts 21
7.3 Product kennis 21
7.3.1 Positieve effecten 21
7.3.2 Negatieve effecten 22
7.4 Visie rond hypnosedativa 25
7.4.1 Visie van de patiënt 25
7.4.2 Visie van eigen huisarts volgens patiënt 27
7.4.3 Visie ten opzichte van leeftijdsgenoten 28
7.4.4 Visie van de overheid / media 29
7.5 Afbouwen en stoppen 31
7.5.1 Eerdere pogingen 31
7.5.2 Zichzelf in staat zien in de toekomst 32
7.5.3 Bezorgdheden rond afbouwen en stoppen 33
7.5.4 Verwachtingen rond aanpak afbouw 34
8 Discussie 35
8.1 Onderzoekspopulatie 35
8.2 Opstart hypnosedativa 35
8.3 Product kennis 36

8.4 Visie hypnosedativa 37
8.5 Afbouwen en stoppen 38
8.6 Beperkingen van de studie 39
9 Conclusie 40
10 Nawoord 41
11 Bronnen 42
12 Bijlagen 45
12.1 Goedgekeurd protocol Ethisch Comité 45
12.2 Gunstig advies Ethisch Comité 46
12.3 Informatie- en toestemmingsformulier deelnemer 48
12.4 Leidraad semi-gestructureerd interview 51

3 Voorwoord

Ik ben mijn opleiding tot huisarts gestart met het idee zelf geen benzodiazepines of Z-producten voor te schrijven of op te starten bij de patiënten. Wij zijn immers tijdens onze opleiding op regelmatige basis gewaarschuwd voor de mogelijke bijwerkingen en schadelijke effecten van deze producten.

Ik merk dat de meeste herhalingsvoorschriften voor medicatie worden gevraagd op het einde van een consultatie en in het begin wist ik ook nog niet welke patiënten er benzodiazepines of Z-producten namen. Dit zorgde ervoor dat ik op het einde van de consultatie vaak verrast werd met de zin: “en mijn slaappilletjes ook, dokter”. Ik voelde mij langs de ene kant onder druk gezet door de patiënt om de medicatie voor te schrijven en langs de andere kant kwam ik met mezelf in de knoop, omdat ik een belofte aan mezelf verbrak. Indien ik toch een opportuniteit zag om de afbouw van deze medicatie te bespreken, ving ik bijna steeds bot. Ik merkte bij mezelf dat ik voor bepaalde patiënten zo begrip begon te verliezen en soms zelf gelaten reageerde. Er ontstond een kloof tussen mezelf en bepaalde patiënten. En daar wou ik verandering in brengen.

Ik zie deze masterproef als een ideale gelegenheid om deze kloof te dichten of om ze toch in ieder geval te verkleinen. Ik wil weten waarom de patiënten zo weigerachtig staan ten opzichte van afbouw van deze medicatie. Met deze masterproef, hoop ik de nodige informatie te vergaren om in de toekomst de patiënten vanuit hun visie te kunnen benaderen en hen alsnog mee op de kar te krijgen om hun slaapmedicatie af te bouwen.

Ursel, 12 februari 2019

4 Inleiding

Slaapproblemen in België en meer specifiek in het Vlaams gewest zijn een vaak voorkomend probleem. Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2013 blijkt dat 28% van de bevolking uit het Vlaams gewest slaapproblemen vertoont. En dat deze voornamelijk bij vrouwen voorkomen. 32% ten opzichte van 24% bij de mannen, wat een significant verschil is. Hoe ouder de bevolking wordt, hoe hoger het percentage mensen met slaapproblemen. Bij de leeftijdscategorie van 75-plussers heeft 37% aan, last te hebben van slaapproblemen.[(1)]

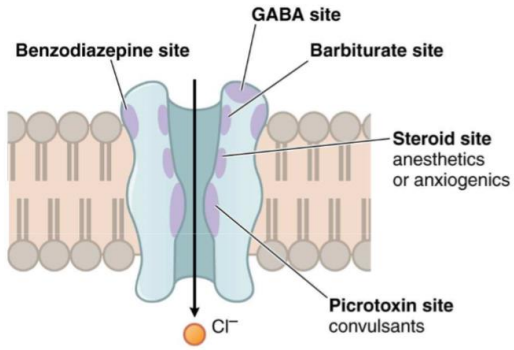
Daarop volgend wordt er gezien dat het chronisch gebruik van benzodiazepines en Z-producten in België, in vergelijking met de omringende landen, vrij hoog ligt en dit opnieuw voornamelijk bij de oudere populatie. Zo zou 20% van de 75-plussers in de laatste 24 uur benzodiazepines of Z-producten gebruikt hebben volgens de gezondheidsenquête. De gegevens uit de IMS databank tonen aan dat in 2015 bijna 13 miljoen verpakkingen benzodiazepines werden verkocht. Nochtans is het van belang om zo weinig mogelijk benzodiazepines of Z-producten voor te schrijven aan patiënten, omwillen van ongewenste effecten (zie 4.3), zeker bij ouderen. Maar ook omwille van het verslavend effect daar 2/3 van de patiënten die gestart zijn met deze medicatie, deze na een jaar nog steeds gebruiken en 1/3 van de gestarte patiënten na acht jaar nog altijd niet gestopt zijn met deze medicatie. [(2-4)]

Al deze data tonen aan dat slaapproblemen en het chronische gebruik van benzodiazepines en Z-producten zich frequent zullen presenteren in een huisartsenpraktijk, waardoor het zeker zinvol is om deze masterproef aan te vatten.

Voor verdere verwijzing in deze masterproef naar benzodiazepines en Z-producten, zal de term hypnosedativa gebruikt worden.

4.1 Werking hypnosedativa

Hypnosedativa gaan binden op de receptoren die een onderdeel vormen van de receptoren voor de neurotransmitter GABA (γ-aminoboterzuur). Ze hebben daar een agonistische werking. Dit wil zeggen dat hypnosedativa de inhiberende werking van GABA zal versterken en er zo een kalmerende werking van de neuronale activiteit zal optreden. Daarenboven zal de binding van hypnosedativa op de receptoren ook een negatieve feedback geven op de vrijstelling van stimulerende neurotransmitters zoals daar zijn adrenaline, serotonine… [(5)]



Figuur 1: bindingsplaats hypnosedativa op GABA-receptoren.[(5)]

Dit mechanische verklaart de anxiolytische, hypnotische, spierrelaxerende, anticonvulsieve en amnesiërende eigenschappen die de hypnosedativa kunnen hebben. [5,6]

Benzodiazepines en Z-producten hebben een andere chemische structuur, maar binden welk op dezelfde receptor. Daarom dat zij gelijkaardig werking, effect en bijwerkingen hebben. [6]

4.2 Effect van hypnosedativa

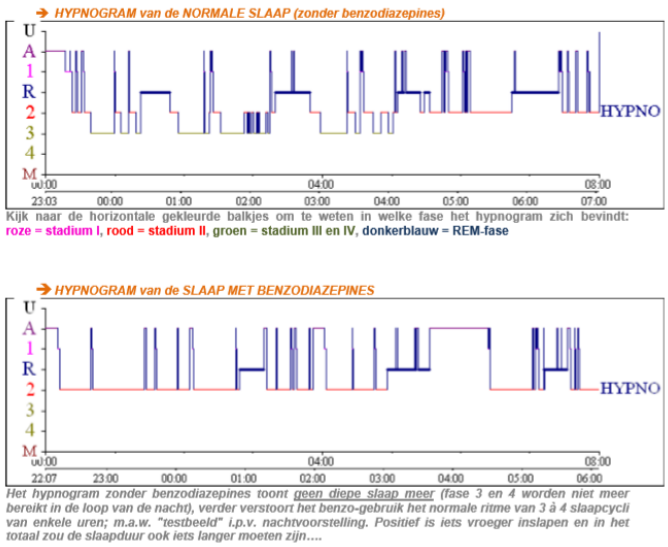
Hypnosedativa worden ingeschakeld door artsen omwille van hun anxiolytische, hypnotische, spierrelaxerende, anticonvulsieve en amnesiërende werking. In de huisartsenpraktijk gaan ze voornamelijk gebruikt worden bij slaap- en angststoornissen. Doch zijn hypnosedativa bij beide problemen geen eerste keuze als therapie. De voorkeur gaat steeds uit van een psychosociale aanpak van de problematiek. [3,7]

Er wordt vastgesteld dat slaapproblemen vaak voorkomen wanneer er onderliggend enkele psychische of geconditioneerde problemen aanwezig zijn. Het is voor de arts de taak om deze paden eerst volledig te exploreren, alvorens naar een medicamenteuze interventie te grijpen. [3, 7]

Indien een niet-medicamenteuze aanpak onvoldoende is, kan er toch, kortdurend, gekozen worden voor een medicamenteuze interventie. Deze interventie heeft dan ook het beste effect als zij gecombineerd wordt met een niet-medicamenteuze aanpak. Als hypnosedativa kortdurend opgestart worden, maar er wordt niets aan de oorzakelijke factor van de slaap- of angststoornis gewijzigd, verloopt het stopzetten van de medicamenteuze aanpak moeizaam. [3, 7]

Meta-analyses van slaaponderzoeken toonden aan dat wanneer benzodiazepines met placebo werd vergeleken, dat de patiënten gemiddeld 4,2 minuten sneller insliepen (niet-significant; 95% BI -0.7 tot 9.2)) en dat er wel een significante stijging was in de totale duurtijd van slapen, namelijk 61,8 minuten. (95% BI 37.4 tot 86.2). [8]

Verder tonen hypnogrammen aan dat er een minder diepe slaap is bij mensen die benzodiazepines gebruiken ten opzichte van mensen die dit niet gebruiken. (fig 2.)



Figuur 2: hypnogram van de normale slaap versus slaap met benzodiazepines[7]

4.3 Ongewenste effecten

De bijsluiters van de medicatie duidt steeds op dezelfde mogelijke ongewenste effecten bij inname van deze producten.

Er zijn bijwerkingen die voornamelijk bij de opstart van de medicatie kunnen voorkomen, zoals slaperigheid overdag, verminderd bewustzijn, verwardheid, vermoeidheid, hoofdpijn, duizeligheid, spierzwakte, ataxie of dubbelzien. Er wordt gezien dat bij herhaalde inname van deze producten, deze klachten geleidelijk aan verdwijnen. De meest ernstige bijwerkingen die waargenomen zijn bij hypnosedativa zijn angioneurotisch oedeem en suicide(poging). [9]

Verder zijn er ook nog risico's verbonden aan chronisch gebruik van hypnosedativa die hierna besproken worden.

4.3.1 Tolerantie en ontwenningsverschijnselen

Wanneer patiënten dagelijks hypnosedativa innemen voor een periode van ongeveer twee weken, dan wordt er gezien dat er tolerantie kan optreden. Dit betekent dat de patiënt op dat moment een hogere dosis hypnosedativa zal nodig hebben, om een gelijkaardig effect te hebben van deze medicatie als bij de eerste keer dat hij of zij deze innam. [5,10]

Deze tolerantie kan verklaard worden door het werkingsmechanisme (zie 4.1). Bij langdurig gebruik van deze medicatie, ziet men het aantal GABA- en benzodiazepinereceptoren afnemen en zullen de exciterende neurotransmitters minder onderdrukt worden. [5,10]

Toch wordt er niet vaak vastgesteld dat de patiënten een hogere dosis gaan nemen dan voorgeschreven, omdat er ook een sterk placebo-effect meespeelt. [11]

Indien men het mechanisme van tolerantie bekijkt en verder trekt, kan met ook het rebound-effect verklaren. Indien men de dosis van de hypnosedativa afbouwt, zal er nog onvoldoende inhiberende werking zijn van het GABA-systeem, waardoor de mensen het gevoel hebben minder goed te kunnen inslapen. Dit verklaart dan ook waarom de patiënten hun hypnosedativa blijven verder nemen. Indien zij stoppen met deze medicatie, zullen zij ontwenningsverschijnselen ervaren. Deze worden zovaak aanzien als het terugkomen van de oorspronkelijke slaapstoornis, waarop de patiënt opnieuw zijn hypnosedativum inneemt. De ontwenningsverschijnselen zijn afhankelijk van het duur van het gebruik, de hoogte van de dosering, de snelheid van afbouw, de eliminatiehalfwaardetijd en de receptoraffiniteit van het middel. [11, 12]

4.3.2 Impact op cognitieve functies

Chronisch gebruik van hypnosedativa hebben nadelige effecten op de cognitieve functies. Zo kan er anterograde amnesie, geheugenstoornissen en stoornissen van de visuomotorische en visuo-conceptuele functies ontstaan. [12]

Op heden is er nog geen verband aangetoond tussen chronische gebruik van benzodiazepines en het optreden van dementie. In de BCFI folia van oktober 2016 worden enkele studies met elkaar vergeleken, met als conclusie dat er geen verband kan worden aangetoond. [13]

4.3.3 Risico op vallen en ongevallen

Onderzoeken tonen aan dat hypnosedativa veranderingen kunnen geven van het psychomotorisch functioneren en dan voornamelijk veranderingen van spierzwakte, coördinatiestoornissen en een verminderd reactievermogen. [12,14]

Voornamelijk in de eerste week van inname van hypnosedativa is het risico op vallen en ongevallen veroorzaken het grootst. Studies tonen aan dat patiënten die hypnosedativa innemen een verhoogd risico van 26-60% hebben op het veroorzaken van verkeersongevallen. [12]

Door ook een verhoogd valrisico bij gebruikers van hypnosedativa van 20-48%, is het risico op vallen met een femurfractuur tot gevolg verhoogd met 60%. Gekend van femurfracturen is dat deze bij oudere personen kunnen leiden tot verlies van onafhankelijkheid of zelfs dood. [15]

Er wordt bij de bijwerkingen geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen benzodiazepines en Z-producten. Hoewel deze een andere chemische opbouw hebben, wordt er toch vastgesteld dat Z-producten deze bijwerkingen hebben als kortwerkende benzodiazepines. [12]

4.4 Richtlijnen aanpak chronisch gebruik hypnosedativa

Domus Medica en NHG hebben beiden richtlijnen gepubliceerd voor de aanpak om bij chronische gebruikers van hypnosedativa deze af te bouwen.

4.4.1 Minimale interventiestrategie

Hier zijn Domus Medica en NHG het met elkaar eens dat deze strategie werkt. Het houdt in dat de huisarts een aanmaning tot stopzetten van hypnosedativa verstuurt naar de chronische gebruikers hiervan en een consultatie voorstelt. Volgens NHG lukt deze methode bij 1/3 tot de helft van de patiënten, voor zover die ingaan op de opvolgconsultatie, om zo te stoppen met deze medicatie. Domus Medica heeft hier wel als opmerking dat verschillende huisartsen wel reeds hun bezorgdheid hebben geuit rond de haalbaarheid hiervan in de praktijk. [16, 17]

4.4.2 Gereguleerde dosisreductiemethode

Ook hier zijn Domus Medica en NHG het over eens dat deze methode werkt, alleen de manier hoe ze wordt toegepast, is licht afwijkend. Studies tonen aan dat deze methode er voor zorgt dat ongeveer de helft van de patiënten kunnen stoppen met hun hypnosedativa. [16-18]

NHG raadt aan om de hypnosedativa om te zetten naar de equivalente dosis diazepam en zo stelselmatig af te bouwen. De theorie hier is dat door zijn lange halfwaardetijd, diazepam minder ontwenningsverschijnselen zou geven. Domus Medica raadt deze omzetting niet aan. Diazepam heeft door die lange halfwaardetijd het nadeel dat dit kan leiden tot slaperigheid overdag en dat er zo een verhoogd risico is op ongevallen en valpartijen. [16-18]

De methode zelf houdt in dat er samen met de patiënt een afbouwschema wordt opgesteld en dat er wekelijks 25% van de ingenomen dosis wordt afgebouwd. In de laatste twee weken wordt er echter maar 12.5% afgebouwd. De periodes kunnen, indien de arts dit nodig acht, ook langer zijn. [16-18]

Het is hierbij van groot belang om aan de patiënt uit te leggen, dat de klachten die hij of zij mogelijks gewaar kunnen worden, slechts tijdelijk zijn en dat dit ontwenningssymptomen zijn en geen herval van de oorspronkelijke slapeloosheidklacht is. Het is dan ook raadzaam om de patiënt frequent op te volgen en in te pikken op de klachten die zich voordoen, zodat de patiënt zich gesteund en gehoord voelt. [16-18]

4.5 Onderzoeksvraag

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat er maar weinig voordelen zijn om hypnosedativa verder te nemen. Er zijn heel wat mogelijke risico's verbonden aan de langdurige inname van deze medicatie. Hoe komt het dan dat patiënten die op basis van deze uitleg toch verder hun medicatie blijven nemen en niet willen afbouwen?

In deze masterproef zal er worden nagegaan wat de verwachtingen en de kennis zijn van patiënten rond het afbouwen en stoppen van hypnosedativa. Ook wordt er nagegaan wat hun motivaties zijn om deze medicatie absoluut verder te vragen aan hun arts.

Eerst zal er een literatuurstudie gebeuren en daarop volgend zullen er semi-gestructureerde interviews worden afgenomen en worden geanalyseerd. Het uiteindelijk doel is om met de verzamelde kennis uit het onderzoek de patiënten in de toekomst op een meer efficiënte manier te kunnen benaderen en ondersteunen bij het afbouwen en stoppen van de hypnosedativa.

5 Literatuuronderzoek

In het literatuuronderzoek wordt er in de reeds bestaande literatuur gezocht naar mogelijke antwoorden op de onderzoeksvraag. Het is de bedoeling dat er wordt gekeken hoe deze masterproef een bijdrage, aanvulling kan zijn op voorgaand onderzoek, hoe het andere onderzoeken kan nuanceren, tegenspreken of bijstaan in kracht. Er moet wel aandacht zijn, dat het literatuuronderzoek voorafgaand gebeurd aan de interviews en dat deze info de interviewer kan beïnvloeden in zijn manier van vraagstellen. [19]

5.1 Methodologie

Bij de start van de literatuurstudie werd er gekeken op HuisartsNu, Tijdschrift voor Geneeskunde, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde naar wat er de laatste 5 jaar werd gepubliceerd rond de kennis, verwachtingen en weerstanden van de patiënten rond afbouwen van chronische hypnosedativa. Dit bracht geen relevante resultaten op.

Vervolgens werd er in de bronnenlijsten van de richtlijnen van NHG en Domus Medica gezocht naar relevante artikelen die te maken hebben met de beleving en ervaring van patiënten bij afbouwen van hypnosedativa. Van daaruit werd de sneeuwbalmethode toegepast om verdere interessante artikels op te sporen die onderzoeken weergeven waarbij er gepeild wordt naar de beleving en de motivatie van patiënten die chronisch hypnosedativa gebruiken om deze al dan niet af te bouwen. [16, 17]

Verder werd er ook nog via PubMed en CEBAM gezocht naar relevante artikels en bronnen. De zoektermen hierbij waren: “chronic benzodiazepine use”, “benzodiazepine withdrawal”, “benzodiazepine dependence”, “discontinuation” en “motivation”. Er werd dan verder geselecteerd op Nederlands en Engelse artikels en ook of ze elektronisch beschikbaar waren.

5.2 Resultaten

5.2.1 Kennis, verwachtingen en weerstanden bij afbouw van hypnosedativa

5.2.1.1 Visie van patiënten

Zeven studies werden gevonden die peilden naar de visie van patiënten naar hun benzodiazepinegebruik.[20-26]

De factoren die de gebruikers aanhalen voor hun chronisch gebruik van benzodiazepines zijn de volgende: slaapstoornissen, chronische en psychologische stress, lichamelijke klachten of ziekte, op advies van de behandelende arts of uit gewoonte. [20, 22]

Patiënten halen verschillende redenen aan om hun chronisch gebruik verder te zetten, daar zij vertrouwen hebben in de werking van het product. Ook wordt er verklaard dat het hun emoties en gedachten beter onder controle kan houden en dat het een aanvullende behandeling is voor bepaalde aandoeningen. Zo zien patiënten inname van hypnosedativa vaak als een noodzakelijk product om hun dagdagelijks leven zo normaal mogelijk te kunnen leiden. [21-24]

Negatieve effecten van hypnosedativa zijn door patiënten niet gekend, worden onderschat of geminimaliseerd. Er zijn maar weinigen die negatieve effecten van de producten aankaarten. [23-25]

De reacties van chronische gebruikers van hypnosedativa zijn tweezijdig. Aan de ene kant nemen ze niet graag medicatie en willen ze al helemaal niet afhankelijk of verslaafd zijn, maar langs de andere kant zijn ze bang dat door de medicatie af te bouwen of te stoppen, dat zij zullen hervallen in hun oorspronkelijke klachten en willen daarom hun medicatie niet opgeven. Daarop wordt vastgesteld dat bepaalde patiënten hun klachten gaan uitvergroten of hun gebruik gaan minimaliseren om hun inname van het product te kunnen blijven verantwoorden. [22,26]

Patiënten geven ook aan dat ze niet weten wat hun arts vindt van het feit dat ze chronisch op benzodiazepines staan. Het feit dat hun arts het blijft voorschrijven, is voor hen een teken dat hij of zij hier mee akkoord gaan. [22, 24, 25]

Patiënten zeggen ook geen alternatieve medicatie te kennen voor hun hypnosedativa en geven weerstand voor psychologische ondersteuning. Als mogelijke interventies ter vervanging van de medicatie worden volgende zaken vermeld: het drinken van warme dranken of alcohol, meer ontspannende activiteiten doen, relaxatie oefeningen en roken. [20, 21, 24-26]

5.2.1.2 Weerstanden om deel te nemen aan een afbouwstudie

Er werden vier studies geïncludeerd waarbinnen werd gekeken wat de karakteristieken zijn en de eventuele weerstanden bij patiënten om al dan niet in te gaan op mee te werken aan een afbouwstudie. Frappant is dat er heel wat studies zijn waarbij patiënten telkens worden aangespoord of gevraagd mee te werken, maar dat de responsrate vaak toch wel laag ligt. Studies die verder ingaan op de vraag, waarom de patiënt niet wenst deel te nemen aan het onderzoek worden niet teruggevonden. Nochtans is deze info wel zeer interessant. Karakteristieken van de patiënten die weigerden deel te nemen aan de studies worden hieronder weergegeven. [27-31]

Een studie van Bashir et al. waarbij het effect van een minimale interventie (advies van de huisarts en meegeven zelfhulp boekje) vergeleken werd met geen interventie, werd er beschreven dat 16 patiënte niet wilden deelnemen aan de studie. Er kon geen significant verschil weerhouden worden qua leeftijd, geslacht, fysieke of mentale gezondheid, consultatiegedrag voorafgaand aan het onderzoek en benzodiazepine voorgeschiedenis. De reden waarom die 16 personen weigerden om deel te nemen aan het onderzoek, werd niet beschreven. [27]

Bij een studie van Baillargeon et al. die een combinatie van cognitieve gedragstherapie plus graduele dosisreductie vergeleek met enkel graduele dosisreductie, weigerden 114 van de 344 mogelijke proefpersonen deel te nemen. In de studie wordt vermeld dat de opgegeven reden hiervoor gebrek aan interesse was. Uiteindelijk haakten er nog eens 17 deelnemers extra af voor de eigenlijke interventie, maar zij hadden voordien wel al de vragenlijst ingevuld. De onderliggende redenen voor het gebrek aan interesse of motivatie werden ook hier niet verder geëxploreerd. [28]

Oude Voshaar et al. nodigden 1036 chronische benzodiazepinegebruikers die hun benzodiazepine niet hadden gestopt na een brief met stopadvies van de huisarts uit voor deelname aan een RCT met randomisatie. Er werden drie groepen opgesteld: gereguleerde dosisreductie alleen, gereguleerde dosisreductie in combinatie met cognitieve gedragstherapie in groep en een controlegroep. Slechts 17,4% was bereid om deel te nemen aan het onderzoek. Tussen de deelnemers en de weigeraars werd er geen significant verschil gezien qua leeftijd, geslacht en benzodiazepinedosering. Er werd in

de studie niet bevraagd waarom er zoveel mensen niet wensten deel te nemen aan het onderzoek. Een mogelijke verklaring werd in de discussie besproken. Deze was het feit dat mensen het hoogst waarschijnlijk al een drempel vonden om aan groepstherapie deel te nemen. Dit is een veronderstelling die de onderzoekers doen en daarbij baseren ze zich opnieuw op literatuur, maar de effectieve reden werd niet aan de patiënten zelf gevraagd. [29,30]

Conclusie:

Er was dus slechts één studie die een korte vermelding maakte waarom mensen weigerden om deel te nemen aan de studie, en dit ging om data uit andere literatuur. De opgegeven redenen waren weinig interesse voor het onderwerp en onvoldoende motivatie. [28]

Tussen de deelnemers en de weigeraars werd er geen significant verschil gezien qua leeftijd, geslacht, fysieke en mentale gezondheid, consultatiegedrag, benzodiazepinevoorgeschiedenis en benzodiazepine dosis. Personen die weigerden deel te nemen gebruikten in één onderzoek frequenter een kortwerkend benzodiazepine. [27, 29,30]

5.2.1.3 Weerstanden om (te proberen) af te bouwen

De literatuurstudie leverde vier artikels op die een mogelijke verklaring zochten voor het feit dat veel chronische hypnosedativagebruikers niet bereid zijn om hun medicatie te proberen afbouwen.[21, 31-33]

Parr et al. zette een kwalitatief onderzoek op bij chronische benzodiazepinegebruikers en identificeerde hierbij vier weerstanden die ertoe bijdragen dat stoppen niet mogelijk is: onvoldoende ondersteuning door de arts, of door de omgeving, sterke onttrekkingssymptomen bij vroegere pogingen om de medicatie af te bouwen en aanhoudende klachten van angst en depressie.[21]

Linden et al. onderzocht hoeveel chronische benzodiazepinegebruikers niet wilden starten met een afbouwprogramma en wat hun karakteristieken zijn in vergelijking met gebruikers die een afbouwschema wel zagen zitten. 122 chronische benzodiazepinegebruikers werden uitgenodigd om deel te nemen aan een drie weken durende onderbreking van hun medicatie om te kijken of hun benzodiazepine nog nodig was. Patiënten die weigerden te proberen (n = 84; 68,8%) werden vergeleken met de patiënten die wel wouden deelnemen. Enkele karakteristieken werden vergeleken. Leeftijd, geslacht en burgerlijke status verschilden niet significant. Langere educatie en lagere dosis benzodiazepine waren geassocieerd met meer bereidheid tot afbouwen. Depressie en gebruik van een benzodiazepine met een langere halfwaardetijd waren geassocieerd met minder bereidheid tot afbouwen. Er was geen verband met het type van het benzodiazepine, de duur van het voorschrift of de manier van inname. De patiënten die de drie weken durende onderbreking van hun medicatie aangingen, hadden significant minder twijfels over hun capaciteit om de medicatie te stoppen. Vroegere stoppogingen beïnvloedden de bereidheid om af te bouwen niet significant. Volgens de huisartsen hadden de weigeraars een grotere variëteit van klachten, waren ze in het algemeen minder coöperatief en moeilijker tevreden te stellen, en meer afhankelijk van medicatie dan de personen die de uitdaging wel wouden proberen. Na multivariate analyses bleef er een significant verband met educatie, benzodiazepine halfwaardetijd en de beoordeling door de huisarts.[31]

Cook et al. zag 46 chronische gebruikers voor van een semigestructureerd interview en deelde hen op in twee groepen: 15 gebruikers (33%) die bereid waren om in de toekomst te proberen afbouwen en 31 gebruikers (67%) die hiertoe niet bereid waren. In de daarop volgende analyses werd er gezien dat er een verband was tussen bereidheid tot deelname en hogere educatie, lagere dagelijkse frequentie van benzodiazepine inname, minder angstsymptomen en lagere scores op de anxiety sensitivity index. Verder werd ook nog vastgesteld dat meer frequente dagelijkse benzodiazepine inname en hogere scores op de anxiety sensitivity index geassocieerd kan worden met minder bereidheid om te proberen afbouwen. Dit laatste is een significant resultaat. [32]

Ten Wolde vond 653 chronische benzodiazepinegebruikers via advertenties in kranten en tijdschriften in Nederland. Er werd hen twee vragenlijsten toegezonden met een tussenperiode van 9 maanden. 539 deelnemers (83%) stuurden de eerste vragenlijst terug, 479 van hen (89%) stuurden ook de tweede vragenlijst terug. Na exclusie omwille van onvolledig ingevulde vragenlijsten, bleven 356 chronische gebruikers over. Als enige significante voorspeller om te stoppen werd de duur van het gebruik weerhouden. Men zag dat hoe langer de patiënten hun benzodiazepines al gebruikten, hoe minder ze geneigd waren om deze te stoppen. Er werden ook een aantal trends gevonden die niet significant waren. Deze waren dan: het ondervinden van positieve effecten bij eerdere stoppogingen, en daaraan gekoppeld het minder ondervinden van negatieve effecten op langere termijn. Ook werd er gezien dat hoe meer zelfvertrouwen de patiënt had in zijn eigen capaciteit om te kunnen stoppen, hoe hoger de intentie was om uiteindelijk te stoppen. Verder zag men ook hoe hoger de intentie er was bij het invullen van de eerste vragenlijst om te stoppen met de medicatie, hoe hoger de kans was dat de patiënt ook effectief was gestopt bij het invullen van de tweede vragenlijst na negen maanden. Hieruit leidt men in deze studie af dat het belangrijk is om de intentie om te stoppen te versterken, zodat de drempel om uiteindelijk te stoppen gemakkelijker overwonnen kan worden. Het versterken van deze intentie kan gebeuren door negatieve effecten te beklemtomen, minimaliseren van de positieve effecten en het zelfvertrouwen van de patiënt te versterken. [33]

Indien patiënten toch bereid zijn om deel te nemen aan een afbouwplan, geven ze volgende motivaties aan: angst voor afhankelijkheid, ontevreden zijn over de huidige levensstijl, zich beter willen voelen en op vraag van de arts. Indien er dan wordt overgegaan tot het plan zelf zijn volgende zaken belangrijk voor de patiënten: weten dat men uiteindelijks zonder de medicatie ook zal kunnen slapen, het oplossen van stressfactoren die de slapeloosheid in de hand houden. [21, 22, 25]

Conclusie:

Volgende karakteristieken werden als niet significant beschouwd bij de bereidheid tot afbouwen van benzodiazepines: leeftijd, geslacht, burgerlijke status, kracht van het benzodiazepine, duur van gebruik, manier van inname en vorige stoppogingen.[31]

Een hogere educatie, lagere benzodiazepinedosis, lagere frequentie van gebruik, kortere duur van gebruik, meer zelfvertrouwen in de eigen capaciteit om te stoppen, minder angst en het waarnemen van meer voordelen en minder nadelen door stoppen waren geassocieerd met bereidheid om af te bouwen. [31, 32, 33]

Tegenwerkende karakteristieken waren een langere halfwaardetijd van het ingenomen product, depressie, toename van de onderliggende ziektetoestand en een beoordeling door de huisarts als minder coöperatief en afhankelijke patiënt. Patiënten gaven zelf ook aan schrik te hebben voor onttrekkingssymptomen, onvoldoende steun door de arts en door de omgeving, en voortduren van de klachten aan als drempels om afbouw te overwegen. [21, 31]

5.2.2 Addendum van literatuurstudie die bijdroeg tot opstellen vragenlijst

5.2.2.1 Voorspellers van een al dan niet succesvolle afbouw

Er werden acht studies bekeken om na te gaan of wat de mogelijke voorspellers zouden kunnen zijn van een succesvolle afbouw. [20, 31, 36-45]

Comark MA et al. bestudeerde in een studie het effect van een minimale interventie door middel van een stopbrief. Hier werden geen significante verschillen gevonden voor duur van gebruik van benzodiazepines, leeftijd, geslacht, type van product of reden van gebruik. De enige significante voorspeller voor een succesvolle afbouw was een lagere aanvangdosis. [20]

In een studie van Holton et al. werd er waargenomen dat bij succesvol afbouw toch een associatie was met een jongere leeftijd, minder onttrekkingsymptomen bij afbouw en reeds dosisreductie door de patiënt zelf voor de start van de afbouwstudie. [36]

Bij een studie met gereguleerde dosisreductie gingen Britse onderzoekers op zoek naar enkele voorspellers voor een succesvolle afbouw. Daar volgde de conclusie dat hoe minder lang de patiënt het product innam, hoe waarschijnlijker het was dat de afbouw zou slagen. Er werd geen significante associatie gevonden met leeftijd, geslacht of reden voor gebruik. [37]

In een studie van O'Connor et al. waarbij benzodiazepinegebruikers door middel van gereguleerde dosisreductie hun medicatie afbouwde, zag men dat psychologische distress, angst en hoge aanvangsdosissen goede voorspellers waren op een slechte uitkomst. Er kon geen verband gevonden worden tussen de duur van het gebruik of de halfwaardetijd van het product. [31, 38]

Er werd een studie teruggevonden, waarvan de onderzoekspopulatie wel een stuk buiten de gemiddelde Belgische benzodiazepinepopulatie lag, waarbij men onderzoek deed bij personen die aanzien worden als gecompliceerde benzodiazepinegebruikers. Dit wil zeggen dat zij hoge dosissen benzodiazepines gebruiken of deze producten innemen in combinatie met een zorgwekkend alcoholgebruik. Hier werden er drie positieve voorspellers van een volgehouden benzodiazepinestop weerhouden: een lagere aanvangsdosis, geen eerdere stoppogingen en een hoge tevredenheid over het leven in het algemeen. Personen met cluster B persoonlijkheidsstoornissen en specifiek een borderline persoonlijkheidstoornis werden geassocieerd met een groter risico op falen in het afbouwen van hun benzodiazepinegebruik. [39, 40]

Bij een Nederlands onderzoek, stuurden huisartsen een stopbrief naar hun chronische benzodiazepinegebruikers. In deze studie werd er waargenomen dat personen van het mannelijk geslacht, een lagere leeftijd en personen die met een lagere aanvangsdosis gestart zijn, een succesvollere afbouw kenden dan personen die deze karakteristieken niet hadden. Verder werd er ook nog waargenomen dat de stopbrief het meeste effect had bij personen die producten namen

met een langere halfwaardetijd en minder effect had bij personen die nog psychiatrische comedicatie namen. [41]

In een het Nederlandse Benzoredux-onderzoek werd er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van een stopbrief gezonden door een huisarts, gevolgde door gereguleerde dosisreductie met of zonder psychotherapie in groep. In deze studie werd vastgesteld dat een lagere dosis benzodiazepines significant was voor een succesvolle afbouw. Verder werd er ook gezien dat het volgen van een afbouwprogramma met of zonder groepstherapie, een dosisreductie van meer dan 50% door de patiënt zelf voor de start van de gereguleerde dosisreductie, minder ernstige benzodiazepine afhankelijkheid en geen gecombineerd alcoholgebruik ook positieve voorspellers zijn voor het succesvol afbouwen. Voorspellers voor een niet-succesvolle afbouw waren onder andere het vrouwelijk geslacht, benzodiazepines met een lange halfwaardetijd, ook het gebruik van meerdere benzodiazepines. [42-44]

Conclusie:

De meeste studies toonden aan dat de leeftijd van de benzodiazepinegebruikers geen invloed had op een positieve uitkomst om het benzodiazepinegebruik succesvol te kunnen afbouwen. Twee studies toonden toch een significante uitkomst voor een jongere leeftijd als positieve voorspeller. Ook werden er in twee studies aangetoond dat het mannelijke geslacht een positieve voorspeller kan zijn.

Bijna alle studies tonen aan dat hoe lager de aanvangsdosis is, hoe groter de kans op succesvolle afbouw er zal zijn. Twee studies toonden aan dat een kortere halfwaardetijd een positieve voorspeller kan zijn voor een succesvolle afbouw, terwijl een andere studie aantoont dat er hier geen significantie voor is. Ook over de gebruiksduur is er geen eenduidigheid. Ook hier spreken de studies elkaar tegen.

Persoonlijkheidsstoornissen en klachten van depressie of angst zijn net voorspellers van een niet-succesvolle afbouw van benzodiazepines volgens de onderzochte studies. Ook een gecombineerd gebruik van deze producten en alcohol zullen minder slaagkansen geven voor een succesvolle afbouw.

5.2.2.2 Visie van artsen

In deze literatuurstudie werden vier studies gevonden waarbij ook de mening de artsen werd bevraagd over chronisch benzodiazepine gebruik. [21, 45-47]

Het afbouwen van benzodiazepines staat bij de meeste artsen niet als hoogste prioriteit op hun to-do lijst, omdat ze het ervaren als een hele karwei om deze af te bouwen. [21, 45, 46]

Volgende weerstanden worden door de artsen in studies aangehaald waarom ze niet geneigd zijn om de medicatie af te bouwen. Ze kennen niet altijd alternatieven voor benzodiazepines, of hebben onvoldoende kennis, tijd of zelfvertrouwen om patiënten een niet-medicamenteuze aanpak voor te stellen in de plaats. Ook verwachten ze op voorhand weerstand bij de patiënt om over te schakelen naar een niet-medicamenteuze therapie of af te bouwen met hun medicatie. Artsen zijn er vaak van overtuigd dat de tijd en energie die ze hierin moeten steken, niet zal opbrengen omdat ze verwachten dat de patiënt toch zal falen in zijn poging tot afbouwen. [45-47]

Sommige artsen hebben ook schrik dat indien ze weigeren om de gevraagde medicatie voor te schrijven aan hun patiënten dat het negatieve gevolgen zal hebben op hun arts-patiënt relatie. Ze vrezen dat de patiënt zal denken dat hij/zij niet serieus genomen wordt als de medicatie niet voorgeschreven wordt. [47]

Verder geven de artsen ook aan dat het afbouwen van die medicatie ook veel tijd kost en dat dit niet altijd in te plannen valt. Een voorschrift opstellen kost immers minder tijd van de arts dan patiënten te motiveren om hun medicatie af te bouwen. [45-47]

Een laatste struikelblok dat door de artsen wordt ervaren is de toegankelijkheid van psychologische ondersteuning. Artsen vermelden dat patiënten aangeven deze aanpak niet willen te accepteren omdat deze te kostelijk is, tijdrovend en moeilijk toegankelijk. [46, 47]

5.2.2.3 Aanpassen van de kostprijs

In Nederland worden sinds 1 januari 2009 de hypnosedativa niet meer terugbetaald door de ziekteverzekering. Hoebert et al. onderzocht het gevolg in het aantal verkochte verpakkingen door deze maatregel. De Stichting Farmaceutische Kengetallen toont aan dat door die maatregel het aantal chronische hypnosedativa gebruikers met 14.5% gedaald is. In de studie wordt ook gezien dat er ook door artsen minder diagnoses van angst- en slaapstoornissen worden gesteld en daaraan gekoppeld ook minder hypnosedativa worden opgestart. In de studie wordt als mogelijke verklaring voor de mindere diagnoses de volgende gegeven. Patiënten, die op de hoogte zijn van de maatregel, zouden minder snel naar hun huisarts stappen met die problemen omdat ze verwachten dat dan deze nu duurdere medicatie zullen krijgen. Daaruit leiden de auteurs af dat indien de patiënten meer voor deze medicatie moeten betalen, er toch een grotere terughoudendheid is om ze op te starten. [48]

6 Methodologie

Er werd met de co-promotor beslist om een kwalitatieve studie op te zetten aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Deze zouden het meeste informatie moeten opleveren en antwoorden bieden op de onderzoeksvraag.

Als eerste werd er een e-learning gevolgd, om meer kennis te vergaren rond het uitvoeren van een kwalitatieve studie en semi-gestructeerde interviews. [19]

Aangezien er geen duidelijke vragenlijst in de literatuur werd teruggevonden als basis voor de semi-gestructureerde interviews, werd deze opgesteld aan de hand van de literatuurstudie en het addendum. Deze opgestelde vragenlijst is in *bijlage 4* terug te vinden. Ze diende als leidraad en niet als vaste structuur.

Daarop werden via het EMD (Windoc) alle patiënten die chronische hypnosedativa gebruikers zijn geïndentificeerd en opgelijst. Volgende exclusiecriteria werden gebruikt:

- < 18 jaar
- Angst- en stemmingsstoornissen
- Epilepsie
- Palliatieve patiënten
- Alcoholabusus
- Restless legs syndroom
- Wilsonbekwame patiënten
- Patiënten die geen GMD hebben in de praktijk
- Onvoldoende kennis van de Nederlandse taal

In een periode van 3 maanden werden zij door hun arts aangesproken over deelname aan het onderzoek.

Deze patiënten werden ingepland op donderdagnamiddag en er werd telkens een uur voorzien per interview. De interviews werden afgenomen door de HAIO zelf. Vooraf kregen de patiënten een duidelijke uitleg waartoe de interviews dienden en wat het doel van het onderzoek was. Ook werd aan hen gevraagd om een informed consent te ondertekenen en kregen ze nog een informatiebrief mee naar huis. De interviews werden via de geluidsrecorder op de smartphone van de HAIO opgenomen die zichtbaar tussen patiënt en inteviewer in lag. Op het einde van het interview werd er uiteraard geen consultatie aangerekend.

Het afnemen van de interviews nam uiteindelijk gemiddeld een 40 tal minuten per patiënt in beslag. Het volledig uittypen van de interviews, wat ook zelfstandig door de HAIO gebeurde, duurde gemiddeld 3 tot 4 uur per interview.

De uitgeschreven interviews werden meermaals herlezen, om zo tot terugkerende thema's te komen. Antwoorden werden gebundeld en verwerkt in de resultaten, hieronder.

7 Resultaten

7.1 Onderzoekspopulatie

Via het EMD (Windoc) werden er lijsten getrokken van personen bij wie in de laatste 6 maanden hypnosedativa werden voorgeschreven. Er werden zo 47 patiënten weerhouden met 9 mannen en 36 vrouwen (1M:4V) . In die gehele lijst werden dan de exculsiecriteria overlopen, waardoor er nog 19 patiënten weerhouden werden (2 mannen en 17 vrouwen – 1M:8,5V). Zo waren er 2 personen gestorven, hadden er 3 ondertussen geen GMD meer, waren er 20 personen met de diagnose van angst- en stemmingsstoornissen en was er 1 persoon die de Nederlandse taal onvoldoende machtig was.

In een periode van 3 maanden werden alle 19 patiënten gezien of gecontacteerd door de HAIO of de praktijkopleider. Uiteindelijk stemden 9 patiënten toe om deel te nemen aan het onderzoek. De overige tien patiënten konden niet deelnemen omwille van volgende redenen: 1 patiënt werd opgenomen in het UZ met een ernstig CVA, 2 patiënten waren niet in de mogelijkheid om zich naar de consultatieruimte te verplaatsen, 1 patiënt verbleef voor langere periode in het buitenland en 6 personen gaven aan liever niet deel te nemen. Bij de laatste zes werd er maar door 1 persoon een reden opgegeven en dat was dat zij momenteel teveel pijn had aan haar schouder en liever rust had. De andere vijf personen, konden niet antwoorden waarom ze niet wensten deel te nemen aan het onderzoek. “Ik zie dat niet zitten”, kwam een paar keer terug.

Bij de negen deelnemende patiënten waren er 8 vrouwen en 1 man (1M:8V). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 71 jaar, waarbij de jongste patiënt 60 jaar was en de oudste 83 jaar.

Er waren 2 patiënten die 2 verschillende producten gebruikten, de andere 6 gebruikten slechts 1 product als hypnosedativa. 6 patiënten gebruikten Z-producten, 4 patiënten gebruikten benzodiazepines.

7.2 Opstart van hypnosedativa

7.2.1 Op initiatief van…

Er werd geluisterd naar hoe het hypnosedativum werd opgestart. 3 van 9 patiënten gaven aan dat zijzelf de vraag hebben gesteld aan een arts om specifiek een slaappilletje op te starten.

> *Patiënt 1: Dan kon ik eigenlijk echt niet slapen. Heb in de kliniek zelf vier dagen niet geslapen, want… ‘k heb dan gevraagd aan de dokter om mij nog iets bij op te schrijven en dan heb ik eens twee nachten geslapen.*
>
> *Patiënt 4: Ik denk, mijn man is 7 jaar geleden overleden en toen sliep ik slecht en ik heb waarschijnlijk aan dokter Y (huisarts) gevraagd ‘kun je mij niets geven om beter te slapen?’.*

5 andere patiënten vermelden dat zij bij de arts kwamen met klachten van slecht slapen en vermoeidheid en dat de arts voorstelde om medicatie op te starten.

Patiënt 3: *… Ik was daar alsmaar mee bezig en ik moest daar opnieuw gaan werken en op de duur kreeg ik een schrik en dan zei ze "neem een keer een slaappilletje". Maar ze heeft dat dus van zichzelf aangeboden.*

Patiënt 7: *Ik heb gewoon gezegd dat ik niet meer sliep he. Ik lag gans de nacht wakker en op de duur wordt je moe. En dan heeft ze mij zolpidem voorgeschreven en nog iets anders. Iets dat rustgevend was.*

1 patiënt vermelde dat hij nooit de vraag gesteld heeft aan zijn arts om medicatie op te starten, maar de persoon in kwestie had een operatie aan het hart ondergaan en sliep maar 5 uur per nacht – iets wat hij zijn hele leven al deed – maar de cardioloog vond dit te belastend voor het hart en startte een hypnosedativum op.

Interviewer: En heb je zelf gevraagd om iets te krijgen voor te slapen?
Patiënt 6: *Nee. Hij heeft dat voorgeschreven aan de hand van mijn hart. Ik heb een hartinfarct gedaan en vanaf dan heeft hij dat voorgeschreven.*

Interviewer: Heeft ze iets gezegd van bijwerkingen die je zou kunnen gewaar worden?
Patiënt 9: *Nee! Omdat ze ook weet dat ik maar een halfje neem.*

7.2.2 Andere aanpak slaapproblemen

Er werd de patiënten gevraagd of ze nog andere niet-medicamenteuze aanpakken kenden om beter te kunnen slapen. Enkele patiënten gaven volgende suggesties: naar de psycholoog gaan om de onderliggende problematiek aan te pakken, naar de kinesist gaan voor ademhalingsoefeningen bij hyperventilatie, medicatie die vrij te verkrijgen is bij de apotheker om beter te kunnen slapen, warme thee of melk drinken voor het slapen, opstaan om het piekeren in bed te vermijden, gaan wandelen of een glaasje alcohol drinken voor het slapengaan.

Patiënt 1: *Ja, ik heb een keer naar de psycholoog moeten gaan van dokter Y (huidige huisarts).*
Interviewer: Ja.
Patiënt 1: *Bwoa ja, 'k weet niet. Ik dacht eerst ' waarom moet ik naar de psycholoog? Ik ben toch niet zot?' * schiet in een lach*. Maar ik moe zeggen, dat deed wel deugd.*

Patiënt 5: *… En als je dan, ja, in slaap wil geraken, dan geraak je er niet gemakkelijk hé. Dus ik neem nu wel nog iedere dag een tas warme thee van kruiden…*
Interviewer: En als het zo wat langer duurt om in slaap te geraken. Wat doe je dan?
Patiënt 5: *Gohja, liggen piekeren hé. Ge ligt zo warm en dan denk je niet " 'k ga opstaan." Jah, dan doe je dat niet, maar dan lig je automatisch terug op van alles te denken.*

Interviewer: Ken je andere methodes om beter te slapen behalve slaapmedicatie?
Patiënt 6: *Ja ze zeggen zoveel. Je moet een keer gaan wandelen voor dat je gaat gaan slapen. Ik weet niet of dat dat goed is. Ik zie mij al gaan wandelen 's nachts om half twaalf… gaat dat helpen? Ik weet het niet.*

Interviewer: Heb je al andere manieren geprobeerd ook om beter te slapen?
Patiënt 7: Het enigste wat ik dan graag doe, is een glaasje witte wijn drinken 's avonds. En dat is dan ook niet goed. Want eigenlijk alcohol voor het slapen is niet goed. Dat weet ik.

7.2.3 De omkaderende uitleg van de arts

Er waren slechts 2 patiënten die aangaven dat de arts van in het begin vermeld had dat het opgestarte product maar voor een kortere periode mocht gebruikt worden.

Interviewer: Maar ze had dus wel in het begin gezegd, dat het maar voor een korte periode zou zijn…
Patiënt 7: Zeker en vast. Maar als wij dat vragen… ge weet gij ook, als wij het niet krijgen, dan gaan wij naar een andere dokter he. Zo is dat tegenwoordig. Er zijn dokters genoeg he. En als je het daar niet krijgt, dan probeer je het elders hé

Twee andere patiënten gaven aan dat ze zich het niet goed konden herinneren omdat het te lang geleden was.

Patiënt 4: Goh, dat weet ik niet zo goed meer. Ik denk het wel. Maar ik heb dat ondertussen ook allemaal al gelezen en gehoord.

Op de vraag of er ooit uitleg werd gegeven rond de bijwerkingen en de duur van inname van de opgestarte hypnosedativa, antwoorden 5 patiënten negatief.

Interviewer: Hebben ze u ooit gezegd wat de bijwerkingen kunnen zijn van die medicatie?
Patiënt 6: Nee, ze hebben daar nooit iets van gezegd tegen mij.

7.3 Product kennis

7.3.1 Positieve effecten

4 patiënten gaven aan dat zij door het hypnosedativum in te nemen, sneller konden inslapen. Er was geen enkele patiënt die het gevoel had ze langer konden slapen met het ingenomen medicament. Tenslotte waren er ook 4 patiënten die aangaven dieper te slapen met hun medicatie.

Patiënt 3: Ik slaap dieper met die medicatie dan zonder, veel dieper. Maar dat is vooral de eerste uren. Kijk ik neem om elf uur mijn slaappilletje en dan slaap ik ongeveer tot 2-3 uur. En dan lig ik te draaien en te keren en dan ben ik wakker. Die eerste uren denk ik dat ik niets hoor, maar dan erachter die hoor ik het wel.

Interviewer: Wat verwacht je dat dat pilletje doet?
Patiënt 4: Rap inslapen. In mijn bed en niet piekeren.

Interviewer: Wat denk je dat die medicatie dan doet?

Patiënt 6: Ik denk sneller slapen zeker. Maar achter een paar uur is dat uitgewerkt. Dat denk ik hé. Het zou toch moeten zijn, anders zou ik langer slapen. Ik zou nog liefst hebben dat dat acht uren blijft of werkt, maar dat is niet zo. Van de ene mens bij de andere zal dat ook schelen.

Interviewer: Denk je dat die medicatie er ook voor zorgt dat je langer slaapt of dat je beter doorslaapt?
Patiënt 7: Dat denk ik niet. Want ik zeg het, ik word soms 's nachts wakker en dan durf ik nog een keer een kwartje te nemen, als ik niet moet werken dat ik zeg "ja, ik moet morgen toch om zes uur niet op. Ik wil een keer goed uitslapen." Maar als ik om zes uur op moet niet he. Als ik dan om 2 of 3 uur wakker word, dan durf ik geen zolpidemke meer pakken, want ben bang dat ik niet ga wakker worden.

7.3.2 Negatieve effecten

Bij het navragen rond de kennis en eigen ervaring van negatieve effecten van hypnosedativa wordt er een discrepantie waargenomen tussen het aantal opgenoemde negatieve effecten dat de mensen kennen, vaak van horen zeggen, en het aantal negatieve effecten die ze reeds zelf gewaar werden bij inname van de hypnosedativa.

Er werd aan de patiënten gevraagd of zij negatieve bijwerkingen kenden van hun product dat ze innamen. 3 personen antwoorden dat ze geen enkel negatief effect kenden van het product dat ze innamen.

Interviewer: En ken je nog bijwerkingen van die medicatie?
*Patiënt 9: *schudt haar hoofd van nee**

De 4 andere patiënten gaven wel aan van enkele bijwerkingen te kennen. Zij hadden vernomen dat ze overdag zouden kunnen suf zijn of onvoldoende uitgeslapen zijn, draaierig zijn, geheugenstoornissen hebben tot zelfs kenmerken van dementie bij langdurige inname. Meestal vernamen zij dit via hun huidige huisarts, media of kennissen die gelijkaardige producten innamen. Geen enkele patiënt had reeds de bijsluiter gelezen van het ingenomen product.

Interviewer: Ken jij bijwerkingen van slaapmedicatie?
*Patiënt 1: Ja, vergeetachtigheid, euhm * pauze*. Het zal allicht wel niet heel gezond zijn ook.*

Patiënt 4: Het kan een beetje het geheugen aantasten zeker, vermoed ik…
Interviewer: Nu je zegt dat je denkt dat dat slaappilletje het geheugen een beetje aantast. Denk je dat dat pilletje nog andere bijwerkingen heeft?
Patiënt 4: Eigenlijk in mijne persoon niet.
Interviewer: Maar denk je dat er andere bijwerkingen bestaan?
Patiënt 4: Eigenlijk niet.

Interviewer: En ken je bijwerkingen van die medicatie?
Patiënt 5: Awel, ik heb dat nu dokter Y (huidige huisarts) gehoord, van dementie. En daar ben ik nu ook wel een beetje bang voor.

Slechts twee patiënten vermeldden dat ze bijwerkingen gewaar werden bij de opstart van het hypnosedativum of nog steeds op heden.

> *Patiënt 2: Wat ik wel gewaar geworden heb. In het begin als ik dat half pilletje nam, dat ik niet zo klaarwakker was of vroeger. Ik kan niet zeggen draaien, maar ik moest een beetje bekomen. Maar dat is ook mijne ouderdom e. en wat doe ik; ik zet mij op de zijkant van mijn bed en ik wacht een beetje. Een beetje op mijn gemak en dat verbeterd dan. En tegen dat ik mijn koffie heb gedronken is dat weg. Maar in begin had ik daar dus wel wat last van.*
> *Interviewer: En hoelang zou je dat gewaar geworden zijn?*
> *Patiënt 2: Hmmm, een paar maanden. Juist kan ik dat nu ook niet zeggen, maar op den duur zijde daar aan aangepast hé.*
>
> *Interviewer: En wat wil je zeggen met ik voel er mij niet goed mee?*
> *Patiënt 3: Omdat er zo dingen die gebeurd zijn, zo een beetje aan mijn geheugen, niet meer goed weet. Zo juist voor dat we gaan gaan slapen, of een televisieprogramma. Dat ik mij niet alles meer kan herinneren daarvan als ik die medicatie neem. Dat is mij nog maar de laatste tijd opgevallen. En daarmee wil ik toch een beetje verminderen ook. En ook dingen die ik vergeet. Is dat nu ouderdom? Dat kan ook want ik ben 68 jaar. Ik weet het niet wat ik er moet van denken.*
> *Interviewer: Leg je dus een verband tussen die medicatie en die klachten?*
> *Patiënt 3: Ik denk het ja. Ik heb zo een gevoel. Ik voel dat gelijk dat het met die medicatie te maken heeft.*

Bij patiënt 2 kon er dieper worden ingegaan op de negatieve effecten die zij ervoer. Echter werden heel wat van de ondervraagde negatieve effecten aan de ouderdom toegewijd.

> *Interviewer: Heb je soms dat je vermoeid bent overdag sinds je dat pilletje neemt?*
> *Patiënt 2: Dat kan ik een keer hebben. Tijdens de dag zou dat eens durven gebeuren, maar dat is ook mijne ouderdom é. Bijvoorbeeld deze morgen kom ik thuis, ik was een keer tot aan de markt gereden met mijn fiets, en ik zeg alle ik ben moe. En we zetten de tv open voor het nieuws. En ik kan er niet aan doen, maar als het opkomt, dan komt het op. En zo slaperig, een kort slaapke. En dan ben ik er weer door. Dat kan ik wel eens hebben tijdens de dag.*

Op de vraag of ze reeds gehoord had dat mensen die een slaappilletje nemen, een groter valrisico hebben, antwoordde diezelfde patiënt het volgende:

> *Patiënt 2: Ja, maar ik weet dan niet altijd of ze hun pilletje toen ook genomen hadden. Maar ik heb dat al horen zeggen. Maar kan dat slaappilletje dan niet in lichtere vorm gegeven worden? ja maar inderdaad soms wordt het op dat slaappilletje gestoken als oorzaak. Maar het is ook wel een beetje te verstaan hé. Uw hoofd wordt toch wel een beetje stil gelegd door dat pilletje, gezien je seffens slaapt en aan niets meer denkt. Maar het is heel gemakkelijk!*

Er werd bevraagd of de patiënten mogelijke negatieve effecten zagen van chronisch gebruik van hun hypnosedativum. 1 patiënt had er toch wel schrik voor dat het op lange termijn schadelijk zou kunnen zijn, maar relativeerde snel dat moest het zo zijn, het product wel van de markt zou worden

gehaald. 3 andere personen zeiden dat door de lage dosis die zijn innamen er waarschijnlijk wel geen effect zou kunnen zijn op lange termijn.

> *<u>Patiënt 2:</u> Awelja, … ik stel mij natuurlijk wel de vraag wordt er in ons hoofd niets of iets stilgelegd door dat pilletje en dat dat de oorzaak is waarom dat pilletje zo goed werkt. Ik ben toch benauwd dat dat pilletje iets in ons hoofd doet. Aangezien dat ge seffens slaapt. Maar ik denk altijd aan mijn eigen moeder. Die heeft van jongsaf een pilletje moeten hebben om te slapen, want ze bleef achter met twee kinderen. En ons ma is ook 82 jaar geworden. Dus misschien geef je zo een slaappilletje wel aan iemand die zijn man of zijn vrouw verliest, want in ene keer sta je er alleen voor. En ik denk dat je dan ook niet in slaap kunt geraken hé. Maar met ouder worden zou ik het zeker aanraden.*
> *Interviewer: Als je dan spreekt van iets stil leggen in uw hoofd. Denk je dan dat dat pilletje schade brengt aan uw hersenen?*
> *<u>Patiënt 2:</u> Een beetjes misschien, ik weet het niet. Een klein beetje twijfel en een klein beetje ongerustheid. Omdat je in ene keer van niet kunnen slapen naar direct in slaap vallen gaat. Maar ik ga niet zeggen dat het iets is dat gevaarlijk is. Dat heb ik nu nog niet gedacht. Want ik zeg zo: dan mogen ze ze niet maken ook. Dan mogen de apothekers allemaal hun deur sluiten ook.*

> *<u>Patiënt 4:</u> Daar heb ik nu nog nooit serieus bij stilgestaan. Maar ik voel mij redelijk gerust met dat vierdeke. Zeg een zo een klein dingske, dat zal nu toch wel niet veel kwaad kunnen zeker. Ik weet het niet.*
> *Interviewer: Mag ik stellen dat je denkt omdat het een klein pilletje is, dat je denkt dat het niet veel kwaad kan?*
> *<u>Patiënt 4:</u> Ja.*

> *Interviewer: Denk je dat als je die medicatie voor een lange termijn neemt, dat je lichaam daar schade van ondervindt?*
> *<u>Patiënt 6:</u> Als je maar één pilletje per nacht neemt, dan denk ik niet dat je lichaam daar schade van ondervindt. Ik denk dat niet. Denk dat je meer schade ondervindt van al die andere medicatie dat je neemt, dan van de deze.*
> *Interviewer: Ok, en waarom denk je dat deze medicatie minder schadelijk is?*
> *<u>Patiënt 6:</u> Ik weet het niet. Ik heb daar geen nadeel van.*

> *Interviewer: Denk je dat die medicatie schade kan veroorzaken?*
> *<u>Patiënt 7:</u> Goh, als je er niet in overdrijft, denk dat niet. Er zijn er veel die ietske pakken om te slapen, denk ik.*

Een van de negatieve effecten die uit de literatuurstudie kwam, was afhankelijkheid. Er werd bevraagd aan de deelnemende patiënten hoelang zij dachten dat ze hun hypnosedativum konden nemen, om nadien te kunnen stoppen zonder enige negatieve effecten te ondervinden. De antwoorden varieerden van 3 weken tot enkele jaren.

> *<u>Patiënt 3:</u> Niet zo lang! Ik weet het genoeg. Ik heb er genoeg klaargelegd voor patiënten.*
> *Interviewer: Kan je er een termijn op kleven?*
> *<u>Patiënt 3:</u> Ik denk een week of 3. Ik had dat toen nodig hé en ik ben dat verder blijven pakken.*

Patiënt 4: Toch wel snel denk ik. Een jaar.

Patiënt 5: Hmmmm, goh, ik denk als je dat enkele jaren neemt, dat je daar zeker verslaafd aan zijt.

Interviewer: En hoelang denk je dat je het mag nemen zonder er afhankelijk van te zijn?
Patiënt 9: Goh, die inslaperkes? Ik denk lang.
Interviewer: Zeg een keer.
*Patiënt 9: Jah, wat zou ik daar van zeggen? Zou je daar aan kunnen verslaafd geraken? *zucht* ik weet het niet of ik daar zou aan verslaafd geraken. Ge zou zeggen dat ik ze niet meer mag pakken, ik zou dat kunnen. Ik zou daar geen probleem mee hebben.*
Interviewer: En hoelang denk je dat je ze aan een stuk mag nemen voor je…
Patiënt 9: Eraan verslaafd bent? Hmm, misschien een maand of drie?

3 patiënten gaven direct toe afhankelijk te zijn van hun medicatie. De anderen zeiden er niet afhankelijk van te zijn, maar voelen zich toch niet gerust als de medicatie bijna op is. 1 patiënt zei dat ze direct zou kunnen stoppen (zie hierboven, patiënt 9)

Interviewer: Waarom denk je dat je er wel verslaafd aan bent?
Patiënt 3: Eeuhm, ja. Omdat ik niet zonder kan. Ik heb kleinkinderen, vier kleinkindjes en die komen soms eens slapen en dan neem ik geen en dan slaap ik van gans de nacht niet…

Patiënt 7: Wel, ik denk wel dat ik verslaafd ben aan mijn slaappillen. Aangezien ik ze al 10 jaar neem en dat het gewoon een beetje psychisch is dat ik in mijn bed lig en dat ik al denk dat ik niet kan slapen. Dat is verslavend he. Moest ik nu in mijn bed kruipen en ik heb het niet gepakt en ik slaap. Ik zou dat een keer moeten proberen hé in feite. Gelijk nu, ik ben nu thuis. Ik zou er eigenlijk een keer geen moeten nemen, en zo in mijn bed kruipen en kijken of ik slaap ja of nee. Maar als ik niet slaap, dan kan ik morgen overdag mij een beetje leggen hé. Maar ik durf dat gewoon niet.

Patiënt 4: Ben ook niet gerust als ik er geen meer in huis heb, omdat ik dan bang ben dat ik niet ga kunnen slapen.

7.4 Visie rond hypnosedativa

7.4.1 Visie van de patiënt

Er werd tijdens de gesprekken bevraagd wat de patiënt er nu zelf van vond dat hij of zij iets moest innemen om te slapen. Er was geen enkele patiënt resoluut tegen het feit dat ze die medicatie innamen. Enkele patiënten vonden het zelfs heel normaal. Één patiënt was bij de opstart zeer tevreden met het hypnosedativum, maar zou er nu toch wel van af willen omdat de indicatie – nachtwerk – van toen is weggevallen. Andere patiënten vonden het langs de ene kant iet of wat vervelend, maar langs de andere kant voelden ze zich zo goed met die medicatie dat ze er uiteindelijk geen probleem mee hebben.

Patiënt 1: Met dat ik al zoveel medicatie moet nemen, geef ik daar niet om dat ik voor het slapen ook nog een pilletje extra moet nemen. En die andere medicatie zijn geen verdovende medicatie.

Interviewer: Vind je dat ambetant dat je een pilletje moet nemen om te slapen?
Patiënt 2: Ik? Nee, absoluut niet! Verre van zelfs. Ik zal het niet vergeten ook ze van in te nemen? (…) En 'k zeg liever een pilletje dan een hele nacht wakker liggen. Want dan ben je een wrak é. Ge moet voldoende slapen, gelijk al de rest. Eten met mate, maar uwe slaap heb je nodig. en ik al heel mijn leven. Ik ken mijn eigen vre goed. Ik heb al altijd voldoende slaap nodig gehad. Ook in mijn jongde. Ge gaat natuurlijk een keer weg é. En 's anderendaags moest ik dat altijd bekopen.

Patiënt 3: Nee dat vind ik niet vervelend. Dat was toen om mij te helpen. Ik heb dat dan zelf verder genomen omdat ik voelde dat ik dat nodig had en omdat ik het wou. Maar nee ik vind dat niet vervelend. Nee, ik werp absoluut geen steen naar de dokter. In die tijd had ik het nodig, want ik deed nachtdienst in de psychiatrie en ik heb het daar ook moeilijk gehad ze. En toen vond ik dat goed dat ik mijn nachtrust had. Ik vond het toen goed en nu vind ik het ook goed dat ik toen indertijd die medicatie heb gekregen, want ik had dat toen nodig. maar ik heb het misschien te lang genomen.

Patiënt 3: Ja, want ik wil verminderen en afbouwen om uiteindelijk volledig te stoppen. Dat zit wel al een tijdje in mijn hoofd te draaien. Ja want ik wil er eigenlijk van af. Maar dat is niet gemakkelijk.

Patiënt 5: Gohja, vervelend… langs de ene kant wel. Mijn man zegt "moede gij nu zes pillen pakken?". 'k zeg "ja, als je er goed mee zijt, waarom zou ik ze dan niet nemen." Dus daar langs de ene kant ja.

Patiënt 9: Het is spijtig. Maar ik hoor dat eigenlijk wel van veel mensen dat ze daar medicatie voor pakken.

Er werd ook aan de patiënten gevraagd vanaf welke leeftijd zij het aanvaardbaar vinden dat er kan worden opgestart met een hypnosedativum. De meeste personen gaven effectief een leeftijd, variërend van pensioen tot aan 75 jaar. Hierbij zijn er enkele personen die zeiden dat hun slaap zo belangrijk geworden is voor hen sinds ze zelf boven de door hen aangeduide leeftijd gekomen zijn, dat de risico's van de medicatie niet meer opwegen tegen de extra voordelen die zij ondervinden van het hypnosedativum en dat ze het dus voor hen aanvaardbaar vinden om die medicatie in te nemen.

Interviewer: Je vindt het dus ok op oudere leeftijd, maar jongere mensen zou je het niet aanraden?
Patiënt 2: Dat is juist. Een keer een leeftijd van 75 jaar hebt is het niet meer nodig dat je nog nachten wakker ligt. Ik vind het noodzakelijk.

Interviewer: Vanaf welke leeftijd vind je het aanvaardbaar om iets te nemen om te slapen?
Patiënt 4: Toch wel een zeker ouderdom. Een jaar of zeventig misschien.

Patiënt 6: *Toch aan een bepaalde leeftijd vind ik dat toch wel belangrijk. Als je wat ouder word, je slaapt al slecht denk ik. En als er dan iets wordt voorgeschreven vind ik dat wel ok. Ik vind dat toch wel belangrijk. Maja, ik vind dat belangrijk maar ik neem ze nu al zo lang. Maar wat is er een andere mogelijkheid denk je? Ik weet het niet ze.*
Interviewer: Je zegt dat je het van een bepaalde ouderdom goed vindt dat er iets wordt voorgeschreven, maar kun je daar ongeveer een leeftijd op kleven?
Patiënt 6: *Ja, mensen die misschien op hun pensioen zijn en niet goed meer kunnen slapen. Je hoort dat dikwijls. Misschien dan dat er iets wordt voorgeschreven. Dokters schrijven misschien rapper iets voor dan. Ik weet het niet hé.*

Twee andere personen zeggen dat het niet afhankelijk is van de leeftijd maar van de situatie waarin de persoon zich bevindt.

Patiënt 7: *Is er daar een leeftijd op? Dat weet ik niet ze. Als ik misschien nooit die problemen had gehad, dan had ik dat misschien nooit gepakt. Ik weet dat niet.*

Patiënt 8: *Een leeftijd dat aanvaardbaar is? Gohja, dat zal van persoon tot persoon afhangen zeker. Je hebt mensen die oud zijn en die nooit een slaappil hebben genomen. Die goed slapen. Ik ken een vriendin, die gaat in haar bed en die slaapt tot 's morgens vroeg. Ik heb dat nog nooit niet meegemaakt. Ik kan dat niet.*

7.4.2 Visie van eigen huisarts volgens patiënt

De meeste patiënten gaven aan te weten of te ondervinden dat hun eigen huisarts geen voorstander is van de ingenomen medicatie. Ze besluiten dit voornamelijk uit het feit dat er frequent door de huisarts wordt gevraagd om te minderen in dosis, of om te zeker niet te verhogen in dosis. Enkele patiënten gaven ook aan hier totaal geen probleem mee te hebben dat hun huisarts dit vroeg. Ze zagen dit als een teken van betrokkenheid en bezorgdheid van hun arts.

Interviewer: Hoe denk je zelf dat jouw huisarts staat ten opzichte vaan slaapmedicatie?
Patiënt 3: *Ze is er niet voor, dat weet ik.*
Interviewer: En hoe weet je dat?
Patiënt 3: *Omdat ze daar soms een opmerking over geeft. En u soms ook. Soms schrijft ze het gewoon voor en soms is ze wat meer weigerachtig en zegt ze dat ik er een beetje moet op letten en moet minderen.*

Patiënt 5: *Ik denk dat dokter Y er niet echt achter staat.*
Interviewer: Is het waar? Aan wat word je dat gewaar?
Patiënt 5: *Awel, ik denk dat. Omdat ze altijd zegt: " ge neemt er toch niet teveel hé?" dus ja op dat gebied… 'k zeg over zoveel jaar dokter X (vorige huisarts) maakte daar niets van. Die schreef maar voor. Maar dokter Y die tempert wel een beetje.*
Interviewer: Vind je dat vervelend dat ze u daar op aanspreekt?
Patiënt 5: *Nee, nee. Ik vind dat dat goed is. Mijne man zegt dat ook. Dokter Y staat achter haar patiënten. En dat vind ik goed en dat is waar ook.*

Een aantal andere patiënten besluiten dat hun huisarts hier geen probleem mee heeft, aangezien deze hen de medicatie blijft voorschrijven en hen hier niet op aanspreekt. Ze zien het voorschrijven van de medicatie als een soort stilzwijgend toestemmen.

> *Patiënt 1: Nee, maar ik weet het van iemand anders, die hier ook patient is, maar tegen mij heeft ze er nog iets van gezegd. Het moet zijn dat het voor mij zoveel kwaad niet kan. Ze heeft al van andere medicatie geweigerd ze voor te schrijven, maar die medicatie heeft ze nog nooit iets gezegd.*
>
> *Patiënt 7: Dat weet ik niet. Ik heb het haar nog nooit gevraagd. Ze zegt zij soms wel een keer: "afbouwen", maar we vegen wij daar een beetje ons voeten aan, als we eerlijk zijn *lacht*.*
>
> *Interviewer: En wat denk je dat dokter Y van slaapmedicatie vindt?*
> *Patiënt 8: Awel, aangezien dat ze mij dat altijd voorschrijft…*

Uiteindelijk werd er ook aan bepaalde patiënten gevraagd hoe ze zouden reageren als hun huisarts nu plots toch zou weigeren om die medicatie voor te schrijven. Voor een aantal patiënten zou dit voor een breuk in de arts-patiënt relatie kunnen zorgen en zouden ze daarom veranderen van huisarts. Een enkele patiënt zou desnoods wel op het internet zoeken naar deze medicatie.

> *Patiënt 2: Awel, ik zou ik veranderen van dokter. 'k zou zeggen: " wil gij het mij niet geven, awel ik ga naar een andere dokter die het mij wel wil geven." Dat zou ik wel doen.*
>
> *Patiënt 6: (…) En dan ga ik direct ergens anders die medicatie gaan zoeken he. Zo is dat. Zelfs via internet. Ik moe ik die slaappil dan weer hebben hé. Als ik niet kan slapen! Oftewel ga ik een andere dokter zoeken dan. Er zijn er genoeg.*

7.4.3 Visie ten opzichte van leeftijdsgenoten

Bijna iedereen geeft aan dat hun partner op de hoogte is van hun medicatiegebruik. Maar bij niet iedereen heeft de partner daar begrip voor. Zo waren er twee vrouwelijke patiënten wiens partner hun hypnosedativum volledig afkeurde. Verder geven de patiënten meestal aan dat niet veel andere mensen op de hoogte zijn dat zij deze medicatie nemen. Maar toch wordt er vastgesteld dat er wel regelmatig over dit type medicatie wordt gesproken, aangezien meerdere patiënten antwoorden dat ze regelmatig hoorden dat andere mensen ook slaapmedicatie namen. Er was nog maar 1 patiënte die van kennissen een negatieve reactie had gehad op haar gebruik van een hypnosedativum.

> *Interviewer: Nu je zei voor we starten met het interview ' mijn man weet het niet'. Wat weet hij niet? Dat je naar hier gekomen bent.*
> *Patiënt 1: Dat weet hij wel, maar ik denk dat hij niet weet dat lexotan en zolpitop dient om rustiger te zijn. Want hij zegt altijd tegen mij "begint daar niet aan hé". (…)*
>
> *Patiënt 3: Nee, want er is niemand die dat weet van mij. Ik spreek daar niet over. Juist mijne man weet het. En mijn zus omdat ze dat ook weet.*

Patiënt 5: Ja, mijn dochter weet dat. En mijne man sowieso. En bepaalde vrienden weten dat ook wel.

Patiënt 7: Ik hoor ik van veel mensen dat ze iets pakken (…)

Patiënt 9: Ja, ik vind dat wel. Er wordt daar veel over gebabbeld. De meeste pakken slaappillen als ik dat zo hoor. Echt waar. Ja.
Interviewer: En zijn ze daar content van?
Patiënt 9: Ze slapen zij toch goed. En echt zij pakken nog zwaardere medicatie. En alle dagen hé. Zij zijn dat gewoon, alle dagen hun pilletje. Er wordt daar veel over gebabbeld.

Bepaalde patiënten zeggen toch ooit al eens hypnosedativa aangeraden te hebben aan familie of kennissen wanneer deze bij hen kwamen met een verhaal van niet goed te kunnen slapen. De meeste zeggen echter wel nooit een hypnosedativum te hebben uitgedeeld, daar iedere persoon uniek is en er zoveel soorten medicatie bestaan. Toch zijn er twee personen die hun medicatie al hebben uitgedeeld.

Patiënt 2: Ja, dan zeg ik direct dat ik heel goed ben met mijn slaapmedicatie en dat hij dat zeker ook eens moet proberen of vragen aan zijne huisdokter. Ik zeg dan ook "ik zou dat niet willen, wakker liggen". Iedereen kan voor iets wakker liggen hé, maar dat zou ik niet meer willen. En ik kom daar ook voor uit. Een half pilletje en ik ben vertrokken.
Interviewer: Vragen de mensen dan wat je neemt?
Patiënt 2: Ja en dan antwoord ik daar ook op. Ik ben rechtuit.
Interviewer: En zou je de mensen dan ook een pilletje van de jouwe geven?
Patiënt 2: Dat heb ik nog niet gedaan dokter, maar dat is mij ook nog niet gevraagd. En ik heb dat ook nog niet zelf gepresenteerd, want er zijn veel soorten medicamenten.

Patiënt 7: Ik zeg dat altijd: "ik pak zolpidem". Maar mijn zus heeft mij dat ook al een keer gevraagd: "heb je mij keer een pilletje". Ik zeg dan: "nee, dat is voor iedereen anders. Ik heb mijn lichaam en ik heb mijn medicatie. En gij hebt uw lichaam. Ge moet naar de dokter gaan en u iets vragen om te kunnen slapen." Want dat is niet hetzelfde als dat van mijn. Iedereen heeft zijn problemen. De ene zijn lichaam heeft dit nodig, de andere zijn lichaam heeft dat nodig. ik ga dat niet doen. Ik ga mijn medicatie niet weggeven.

Interviewer: En heb je al eens een vierdeke mee gegeven aan uw kinderen?
Patiënt 4: Ja, want zij hebben dat niet in huis. Ja dat heb ik als een keer gedaan. Maar daar vragen ze zelf achter. Ze verlangen dan maar van 1 nacht eens goed te slapen. En dan weer zonder.

7.4.4 Visie van de overheid / media

Er werd aan de patiënten gevraagd of ze via de media al vernomen hadden wat het standpunt van de overheid was over de slaapmedicatie. De meeste hadden hier nog niets over gehoord. Zij die wel al iets vernomen hadden zeggen dat ze gehoord hadden dat het meer tot dementie zou kunnen leiden of dat het een groot risico op verslaving zou kunnen geven. Een patiënt minimaliseerde haar gebruik dusdanig dat zij vond dat wat er in de media werd verklaard, voor haar niet van toepassing was.

Interviewer: Heb je in de media al zaken gehoord rond slaapmedicatie?
Patiënt 5: Ja, ik hoor ik regelmatig wel dat het niet goed is.
Interviewer: En wat hoor je dan?
Patiënt 5: Dat het dementie enzo kan veroorzaken. Dus ja, daar ben ik ook… mijn papa was een beetje dement geworden op het laatste dat hij leefde. Maar dat was niet zo erg. Daar ben ik wel een beetje bang van, van zo te worden.

*Patiënt 3: Er is daar wel eens over gesproken geweest, maar ik moet eerlijk zeggen ik… *pauze*. Ik geef er niet zoveel aandacht aan ook. Ik heb toch wel een beetje het gedacht dat het geen te zware medicatie is dat ik neem. Het is eerder een inslaperke. Slaapmedicatie is toch nog iets anders hé.*

Er werd ook gekeken hoe de mensen zouden reageren op een forse prijsstijging van hun medicatie naar analogie wat de overheid heeft gedaan bij de sigaretten. Hierbij waren er toch een aantal personen die hun gebruik dan in vraag zouden stellen of zelfs pogen om af te bouwen. Twee personen zeiden dat ze zich dit zouden kunnen veroorloven en dat ze wel zouden betalen om hun slaap te blijven garanderen.

Patiënt 4: Ik zou er dan wel een keer aan denken om te stoppen, maar als ik dan echt gewaar zou worden dat het niet lukt om te slapen, ja dan zou ik dat moeten betalen he.

Patiënt 6: Dat weet ik niet. Het is al kostelijk genoeg hé al die medicatie. Ik zit niet in die kleine laag die zoveel terug krijgt. Ik moet de volle pot betalen. Pas op, die slaappillen moet je niet pakken voor de goedkoopte, want dat is dure medicatie. Ik geloof dat het 8 of 12 euro is voor een doosje van dertig pillen. Mijn vrouw weet dat beter. En je krijgt er niets van terugbetaald. En er zitten er maar dertig in. Dat weet ik. Maar als ik dan naar iets anders moet overstappen en je moet er dan nog meer voor betalen, daar ben ik niet voor te vinden ze.

Patiënt 2: Nee! Ik zou nog meer geld willen uitgeven om mijn slaap te garanderen. Maar het moet natuurlijk betaalbaar blijven hé. Als je miljonair zijt, dan kan je alles aan. Maar ik zou er wel meer willen voor betalen.

Patiënt 8: Ja, ik spreek nu niet voor anderen, maar ik kan het mij nu wel permitteren van dat te kopen. Maar ik zou dat geen reden vinden. Ik moet ze nu ook volledig uit mijn eigen zak betalen.

Uiteindelijk merkten nog twee patiënt op dat indien medicatie zou schadelijk zou zijn, als dat er wordt beweerd, waarom ze dan niet meer negatieve effecten gewaarworden.

Patiënt 5: Nee, ik zou mij dat niet aantrekken. Alles is schadelijk voor de gezondheid, maar als ik mij daar nu goed bij voel. Dan zou ik het nu wel niet laten.

Patiënt 7: Goh, ik denk het niet. Ik dat een roker… als je kijkt hoeveel een sigaret vroeger koste en als je kijkt naar wat het nu kost, dat een roker ook blijft roken. En ik denk wel dat roken schadelijker is dan die slaappil. Ik vind dat als je iemand kan helpen met een half slaappilletje, dat hij in zijn bed kan kruipen en zijn zorgen op zij kan zetten en dan een goede

nachtrust kan hebben en de volgende dag kan gaan werken… wat is dan belangrijker? Of dat je dan heel de nacht ligt te piekeren en dat je de volgende dag doodmoe op je werk staat. Nee, dan pak ik liever een slaappilletje.

7.5 Afbouwen en stoppen

7.5.1 Eerdere pogingen

Alle patiënten gaven aan in het verleden ooit voor een (zeer)korte of langere periode hun hypnosedativum gestopt te hebben. Bij de meeste patiënten ging het echter om een periode van minder dan twee weken. Bij 3 patiënten was het eenmalig uit een vergetelheid of omdat de medicatie op was in het weekend. Bij 2 van de 3 is dit niet goed verlopen en konden zij niet slapen. Bij de derde persoon was het na een feest en had zij meer alcohol gedronken dan gewoonte en had zij zeer goed geslapen.

Patiënt 2: Gewoon geen in genomen. Gaan slapen en geen pilletje ingenomen.
Interviewer: En wat was het effect toen?
Patiënt 2: Awel, niet in slaap geraken.

Patiënt 6: Want ik heb het nog een keer geprobeerd voor gene te nemen… we hadden er geen meer in huis. En heb eens twee dagen geen genomen en ik kon niet slapen.
Interviewer: En tot hoelang lag je dan wakker?
Patiënt 6: Wakker? Awel ik ben om twee uur opgestaan 's nachts en op mijn computer gezeten en ben dan weer naar mijn bed gegaan en een half uur nadien was ik er weer uit. Ik kon niet slapen he.

*Patiënt 7: Ik heb ze ooit een keer vergeten, maar ik was dan naar een feestje geweest, maar ik had dan wel een glaasje of 3-4 wijn binnen en ik ben thuis gekomen en ben in mijn bed gekropen. Ik ben de volgende dag wakker geworden en ik heb gedacht: "ik heb mijn slaappil niet ingenomen." Maar ik had wel geslapen. Maar ja, je kruipt dan wel maar om 2-3 uur 's nachts in je bed, dan ben je zeker moe. Als je naar een feest geweest zijt en dan ben je op om 8-9 uur. Maar in feite heb je dan ook maar zes uurtjes geslapen. En ja dan had ik het niet gepakt. Maar ik kan nu toch moeilijk alle dagen 3-4 glazen wijn drinken, voor dat ik in mijn bed kruip. Dat zou ik ook niet graag hebben. *lacht**

Anderen hadden bewust geprobeerd om eens hun medicatie niet in te nemen, gewoon om eens te proberen of op advies van hun arts. Zij namen vrij snel allemaal opnieuw hun medicatie in normale dosis in omdat zij niet konden slapen.

Patiënt 4: Omdat ik een keer wou proberen zonder en dat mijn huisarts dat ook eens gezegd had.
Interviewer: Hoelang heb je dat vol gehouden?
Patiënt 4: Niet lang hoor. Ik kan niet in mijn bed liggen en wakker liggen. En het gebeurde dan dat ik 's nachts weer opstond en dat vierdeke nam.

Twee patiënten hebben echter wel hun dosis kunnen halveren onder begeleiding van een arts en hadden daar weinig tot geen bijwerkingen van. Het volledig stoppen was echter niet mogelijk, daar zij toen wel ervoeren 's nachts niet te kunnen slapen. Vrij snel namen zij dan ook opnieuw hun laatst genomen dosis opnieuw in. Één van die twee patiënten gaf zelfs aan door dat de vorige poging mislukt is, zij geen nieuwe poging meer wenst te ondernemen.

> *Patiënt 3: Nee, ik heb wel eens gestopt en dan heeft dokter Y (eigen huisarts) iets anders voorgeschreven en dat hielp toch niet zo goed. Het was iets homeopathisch. Ik heb ze uitgenomen. Ik weet wel niet meer wat het was. Het is al een tijdje geleden. Omdat ze ook zei, en ik had het toen ook al gevraagd om daar een keer mee te verminderen of te stoppen. Maar ik grijp toch alsmaar weer naar die zolpidem.*

7.5.2 Zichzelf in staat zien in de toekomst

Er werd aan de patiënten of ze zichzelf in staat zien om ooit hun medicatie af te bouwen en te stoppen. 4 patiënten antwoorden heel resoluut "neen". De opgegeven redenen waren een eerdere mislukte stoppoging en het reeds veel te lange gebruik van het product.

> *Patiënt 4: Awel ik heb al geprobeerd om dat vierdeke weg te laten, maar ik lig te koekeloeren tot laat. En dan zeg ik 'oh, da vierdeke. Ik ga ik da maar voort nemen.' Dus stoppen zie ik niet zitten.*

> *Patiënt 5: Als ik al zo lang die medicijnen neem, hoe zou dat dan nog moeten lukken om ze te stoppen?*

> *Patiënt 6: Nee, want als gij zou zeggen dat ik met die medicatie zou moeten stoppen en ge schrijft geen meer voor. Awel, ik ga naar een andere dokter. Onmiddellijk. Als ik niet meer kan slapen…*

Twee patiënten hielden er een afwachtende houding op na. Ze stonden er wel voor open om de afbouw van de medicatie een kans te geven, maar wouden zien wat het effect hiervan was en hoelang ze hiervan ongemakken zouden ondervinden.

> *Patiënt 2: Ik zou daar niet tegen zijn, maar ik zou wel afwachten of het een even goed effect zou hebben op mij. Als je mij op voorhand al zou zeggen dat ik eerst nog twee uur ga wakker liggen en dan pas kunnen inslapen. Nee, dan zou ik daar niet aan beginnen.*

Er waren ook twee personen die een datum voorop konden stellen om een poging te wagen om te starten met de afbouw van hun hypnosedativum.

> *Patiënt 3: Ik zou er wel voor openstaan, maar ik zou dan liever wachten tot achter mijn operatie.*

> *Patiënt 7: Ja, maar nu zeker niet. Nu moet ik het nog een beetje uithouden ook, met de problemen met mijn gezondheid en zo. Dat zijn ook dingen die een rol spelen. Maar als ik op pensioen ben, wil ik dat zeker proberen.*

7.5.3 Bezorgdheden rond afbouwen en stoppen

Bijna alle patiënten gaven aan bang te zijn om slecht te slapen wanneer er zou gestart worden met de afbouw van hun hypnosedativum. Daaraan gekoppeld geven velen ook aan schrik te hebben om overdag nog meer vermoeid te zijn en minder rustig te zijn. Één patiënt – die reeds een deel van haar medicatie was afgebouwd – zei juist het tegenovergestelde en vermoedde dat ze overdag juist meer wakker zou zijn omdat ze dit effect reeds gewaar werd bij afbouw. De patiënten geven als argument dat ze al zo slecht slapen en dat nog slechter slapen, echt geen optie is voor hen. Ook gezien hun leeftijd vinden ze voldoende slaap heel belangrijk.

> *Patiënt 2: Euhm, behalve niet kunnen slapen. Dat je meer vermoeid bent overdag en minder rustig zijn overdag. Zenuwachtiger zijn.*
>
> *Patiënt 3: Dat weet ik niet, het kan zijn dat ik mij misschien minder moe voel. Dat weet ik niet. Want ik heb nu het gedacht hé. Ik ben nu overgeschakeld van één naar driekwart en dat dat toch al minder vermoeidheid geeft (overdag).*
>
> *Patiënt 7: Omdat ik denk dat ik heel de nacht daar ga liggen wroetelen en doen, jah.*

Verdere bezorgdheden die worden aangehaald zijn het opnieuw krijgen van paniekaanvallen, meer vergeetachtig zijn, opnieuw in een depressie geraken, beven. De patiënten hebben schrik dat met het afbouwen van hun medicatie dat hun oorspronkelijke klachten, waarvoor de medicatie destijds werd opgestart, zullen wederkeren.

> *Patiënt 4: Nee, ik dacht dat ik opnieuw vertrokken was om alsmaar weer slechter te slapen.*
>
> *Patiënt 5: Jah, dat ik waarschijnlijk nog in een diepere put ga raken.*
>
> *Patiënt 5: Gohja ik heb er een schrik van om er mee te stoppen. Ik voel er mij nu goed mee overdag en ik slaap goed en ik weet ook niet hoelang ik ga leven. En als ge dan een moment hebt dat je bijvoorbeeld maar een jaar niet meer te leven hebt, dan leef ik liever met dat pilletje dan dat ik een sukkelaar wordt.*
> *Interviewer: Mag ik stellen dat de angst voor dementie bij u niet zo zwaar is dan het belang van een goede kwaliteit van de nachtrust?*
> *Patiënt 5: Nee, inderdaad.*

Één patiënt haalt aan dat zijn cardioloog zal boos worden, omdat hij die medicatie moet nemen voor zijn hart. Toen er bij die persoon ook werd uitgelegd hoe de medicatie zeer traag zou kunnen worden afgebouwd – mits verwerking van de dosis door de apotheker in gelules – was hij vooral ook bezorgd rond de kostprijs hiervan. Hij was niet bereid om hiervoor een meerprijs te betalen.

> *Patiënt 6: Ik heb gezegd: " als je mijn slaappillen niet meer voorschrijft, dan ga ik op een ander". Zo rap mogelijk. En ik heb dat toen gezegd tegen dr H (cardioloog) ook. Ik heb gezegd: " er zit daar een stagiair bij de dokter en die zegt dat ik die slaappillen zou moeten verminderen." "Stuurt die stagiair maar een keer naar mij", zei hij.*

Interviewer: Slaapmedicatie afbouwen, hoe gaat dat in zijn werk? Dan schakelen wij om naar een andere preparaat die ook slaapmedicatie is, maar waarbij de apotheker dan een bereiding maakt, zodat de dosis heel traag wordt afgebouwd.
Patiënt 6: Ja maar, het mag ook niet duurder zijn hé. Het is misschien veel duurder zo.
Interviewer: Zou u dat tegen houden?
Patiënt 6: Jajaja! Medicatie kost ook veel geld ze.

7.5.4 Verwachtingen rond aanpak afbouw

Hoewel de meesten aangegeven hebben bij vorig stoppogingen heel abrupt gestopt te zijn met hun hypnosedativa, geeft nu bijna iedereen aan dat ze wel verwachten dat afbouwen van een hypnosedativum geleidelijk aan dient te gebeuren. De tijdsperiode waarover die afbouw zou verlopen, schatten ze in van 2 tot 6 maanden.

Patiënt 2: Toch lang ze denk ik. Zeker een half jaar. Bejaa. Dat is niet gemakkelijk ze. Ik mag mij niet inbeelden dat ik deze avond geen mag hebben. Ik denk dat je op voorhand al denkt " oei, ik heb geen pilletje. Ik ga niet in slaap geraken." Want rustig gaan slapen, dat is ook nodig hé. Ik word dat gewaar ze. Bij voorbeeld als ik naar voetbal kijk voor het slapen en het is spannend, dan geraak ik moeilijker in slaap.

Patiënt 8: Geleidelijk aan misschien.

Als er dan verder wordt gevraagd of hun huisarts een aanvullende steun zou kunnen betekenen in het afbouwen van deze medicatie, dan wordt er geantwoord dat dit dan voornamelijk kan indien deze een ander product voorschrijft waarop ze kunnen overschakelen om zo toch geen last te hebben van de mogelijke negatieve effecten van het afbouwen. 1 patiënt antwoordt dat ze dit zelf moet kunnen aanpakken, zonder hulp van iemand.

Patiënt 1: Ja , feitelijk zou ik dat alleen moeten kunnen hé, maar ja het gaat niet.

Interviewer: Zou je dat dan belangrijk vinden dat wij u daar dan in begeleiden en frequenter opvolgen?
Patiënt 7: Ja, dat zeker en vast. Want als het dan niet gaat of zo… of een alternatief, dat je zegt van: "kijk, er bestaan andere dingen op natuurlijke basis." Dat ik dan daar misschien kan naar overschakelen? We zien dat dat wel hé.

8 Discussie

8.1 Onderzoekspopulatie

In de onderzoekspopulatie wordt er een verhouding gezien van 1 man op 8 vrouwen. In de literatuur wordt er echter ook gezien dat er meer vrouwen zijn die hypnosedativa innemen dan mannen, maar daarbij is de verhouding wel kleiner dan 1 op 8. Het feit dat er weinig mannen hebben deelgenomen kan een beperking zijn voor deze studie (zie verder 8.6).

Verder wordt er ook gezien dat de gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie 71 jaar was, wat wel aansluit bij de literatuur waarin beschreven wordt dat het voornamelijk de oudere patiëntenpopulatie is die hypnosedativa neemt. (zie 4. Inleiding). De jongste persoon in dit onderzoek was 60 jaar. In de literatuur wordt echter gezien dat er ook nog jongere chronische hypnosedativa gebruikers zijn. Hun kennis, motivatie en verwachtingen kunnen anders zijn dan deze van de oudere populatie en konden dus niet worden bevraagd in deze studie. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat er een onvolledig antwoord werd gevonden op de onderzoeksvraag.

De weerstanden om niet deel te nemen aan de studie werden niet specifiek bevraagd, maar opvallend was het wederkerend antwoord: “ik zie dat niet zitten”. Dit sluit opnieuw aan met wat de weinige literatuur hierover beschrijft. Toch zou het een meerwaarde hebben om te achterhalen in verdere onderzoeken waarom patiënten effectief niet wensen deel te nemen aan de studies, om zo in de toekomst hierop te kunnen inspelen en eventueel de afvallende patiëntenpopulatie te verkleinen.

Verder dient er rekening gehouden te worden dat alle verwerkte resultaten enkel van toepassing zijn op de onderzochte populatie en dus niet veralgemeend kunnen worden.

8.2 Opstart hypnosedativa

Bij het navragen van wie het initiatief kwam om een hypnosedativum te starten antwoorden slechts enkele patiënten dat zijzelf dat gevraagd hadden aan de arts. De andere initiatieven kwamen dus van de arts zelf. Dit toont aan dat er nog meer dan voldoende ruimte is om de nieuwe richtlijnen van Domus Medica te gaan integreren en voornamelijk oorzakelijk te gaan werken in plaats van een hypnosedativum te starten. Dit blijkt ook niet de vraag van de patiënten te zijn. Patiënten geven aan dat zij openstaan voor andere suggesties, maar dat zij onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijke alternatieven en voornamelijk willen zij door hun arts gehoord worden. Een arts die luistert naar hen is van groter belang dan een arts die medicatie voorschrijft, gaven enkele patiënten aan. De vraag van de patiënt volledig opentrekken is dus belangrijk, want zoals aangegeven in de literatuur is het belangrijk om te beseffen dat iedere patiënt die niet opgestart wordt met een hypnosedativum, geen chronische gebruiker kan worden. Dit zal meer tijd en energie vragen van de arts, maar dat is dan ook energie die later niet meer dient geïnvesteerd te worden in afbouwconsulten, frustraties rond chronisch gebruik en behandelen van negatieve effecten van de hypnosedativa. De visie van de arts werd niet bevraagd, maar vanuit de literatuur kan besloten worden dat het belangrijk is om artsen voldoende op te leiden in het aanpakken van slaapstoornissen. Dit dient niet enkel bij huisartsen te gebeuren, maar ook bij ziekenhuisartsen, aangezien patiënten aangeven dat hypnosedativa daar ook wordt opgestart.

Indien er uiteindelijk toch dient opgestart te worden met een hypnosedativum, want deze producten hebben wel hun kortdurende indicaties, dan is het ook belangrijk als arts om hier voldoende aandacht aan te geven. Patiënten geven nu aan dat zij niet of onvoldoende op de hoogte werden gebracht van mogelijke bijwerkingen en de duur van voorziene inname. Het is dus van belang deze info mee te geven aan de patiënten en hen ook te vermelden dat er geen herhalingsvoorschriften zullen meegegeven worden.

8.3 Product kennis

Patiënten geven vooral aan positieve effecten gewaar te worden van hun medicatie. Slechts één persoon overweegt met de medicatie te stoppen omwille van het ondervinden van negatieve effecten. Als positieve effecten worden voornamelijk vermeldt, dat patiënten sneller inslapen, beter doorslapen. Maar de in de literatuur vermelde langere totale slaaptijd, wordt niet door deze onderzoekspopulatie vermeldt. Integendeel, mensen vermelden zelfs geneigd te zijn extra medicatie in te nemen indien ze in de vroege morgen reeds wakker worden. Gekoppeld aan de subjectieve betere slaap vermelden de patiënten op heden ook overdag meer uitgerust te zijn, met uitzondering van één patiënt.

Over de negatieve effecten van het hypnosedativum, konden de patiënten slechts beperkt vertellen, net zoals in de doorgenomen literatuur. Ze werden dit meestal niet gewaar. Bij dieper doorvragen, kwamen er soms toch effecten naar voor, maar de patiënt wijdde deze dan niet aan het ingenomen product, maar eerder aan de leeftijd. Het weinig gewaar worden van negatieve effecten zorgt er ook voor dat patiënten adviezen rond de noodzaak van afbouw in twijfel gaan trekken. Patiënten gaan er van uit, moest het product echt zo ‘gevaarlijk’ zijn als er wordt beweerd, dat het dan van de markt zou worden gehaald of totaal niet wordt voorgeschreven door de arts. Er dient wel genoteerd te worden dat het om een relatief jonge onderzoekspopulatie gaat. Negatieve effecten komen nog duidelijker naar boven in bij patiënten met frailty, wat bij deze patiënten veelal niet het geval was.

Rond afhankelijkheid is er ook weinig gekend bij de patiënten. Patiënten zijn onvoldoende op de hoogte over hoelang ze het hypnosedativum kunnen innemen om nadien het product te kunnen stoppen zonder negatieve bijwerkingen. Ook over het rebound-effect zijn ze niet op de hoogte, waardoor ze bij plotse stoppogingen, heel wat bijwerkingen gewaarworden en deze verkeerdelijk linken aan aanhoudende noodzaak om de medicatie in te nemen. Ook hier hebben de artsen een voorlichtende en waarschuwende functie in.

Het is als arts natuurlijk zeer moeilijk om een patiënt te overtuigen om af te bouwen met bepaalde medicatie, indien deze een hele resem voordelen gewaar wordt, en geen negatieve effecten herkent bij zichzelf. Het systematisch bevragen van mogelijke negatieve effecten en doorvragen op de absolute positieve effecten, kan hierin een meerwaarde zijn om patiënten gemakkelijker te overtuigen om hun medicatie af te bouwen. Dit is ook wat er in de conclusie wordt vermeld van de literatuurstudie bij “weerstanden om (te proberen) af te bouwen”. Er is onvoldoende kennis bij de patiënten over de ingenomen producten. Patiënten beschouwen het zelfs niet altijd als slaapmedicatie, maar als een inslaperke, wat voor hen een minder negatieve connotatie heeft en voor bepaalde patiënten zelfs een vrijgeleide is om deze medicatie zonder enige kritische kijk, verder chronisch in te nemen.

8.4 Visie hypnosedativa

De patiënten zien hun hypnosedativum niet als hinderlijk in hun leven, maar eerder als een middel om hun slaap, waar ze veel belang aan hechten, te garanderen. Slaap staat voor hen gelijk aan overdag beter kunnen functioneren, maar ook als een belangrijk deel van hun daginvulling. Hoe minder slaap, hoe langer de dag duurt. Aangezien zij weinig tot geen (bewuste) gewaarwording hebben van negatieve effecten, is er voor hen geen redenen om deze voordelen op te geven. Dit is een belangrijk voordeel die patiënten aanhalen die niet in de literatuur werd terug gevonden. Als arts wordt er vaak gedacht dat mensen ontevreden zijn over hun slaap en daarom aan hun medicatie blijven vasthouden, maar hieruit blijkt dat sommige patiënten toch vrij tevreden zijn over hun slaap, maar niet over hun dagindeling. Hier kan men als arts een volledige andere aanpak gebruiken. Het gaan dan niet over slaapstoornissen, maar over dagbesteding binnen een bepaalde (oudere) patiëntenpopulatie.

Toch zou niet iedereen op elke leeftijd deze medicatie toestaan, daar er toch een lichte bezorgdheid is voor mogelijke risico's op lange termijn. Patiënten zien wel in dat de medicatie op de hersenen inwerkt en hebben toch wel een angst dat dit op lange termijn geheugenstoornissen mee in de hand zou kunnen werken, terwijl de literatuur op heden hier geen volledige uitsluiting kan over geven. Dit is als arts heel moeilijk om aan de patiënt mee te delen. Indien je als arts nu gaat vertellen aan de patiënt, dat vaak de enige motivatie bij de patiënt om het product toch af te bouwen, geen gegronde motivatie is, kan het gebeuren dat er geen motivatie meer overblijft. Natuurlijk heeft de patiënt recht op volledig informatie en is het belangrijk als arts om de patiënt in te lichten dat de medicatie geen dementie in de hand zal werken. Patiënten kunnen immers steeds meer zelf opzoeken en komen dit waarschijnlijk toch te weten dat deze stelling niet bewezen is. Het is beter als arts om de patiënt zelf te vertellen, maar wel andere motivatie te geven, die wel degelijk bewezen is, zoals afhankelijkheid, valrisico etc. Dit om de geloofwaardigheid als arts te behouden en de arts-patiënt relatie niet te schaden.

Over wat hun huisarts van de medicatie vindt, bestaat er verdeeldheid bij de patiënten. Er wordt vastgesteld dat indien de arts nooit een opmerking geeft en steeds verder de medicatie voorschrijft, dat dit voor de patiënt impliciet betekend als uw goedkeuring geven over het chronisch gebruik van de arts. Het bruusk niet meer willen voorschrijven van deze medicatie langs de andere kant, zou voor de patiënt een breuk kunnen betekenen in de arts-patiënt relatie. Wanneer de arts op regelmatige basis de patiënt aanspreekt over het medicatiegebruik en dit doet vanuit een om-de-patiënt-bezorgd- standpunt, kan de patiënt dit wel appreciëren. Meer zelfs, de patiënt kan dit aanzien als een arts die bezorgd is om zijn patiënt en het zet sommige patiënten toch aan het nadenken en eventueel overwegen van afbouwen. Deze bevindingen staan dus haaks op wat er in de literatuur werd teruggevonden bij 5.2.2.2 Visie van artsen. Daarbij waren artsen bang dat het voorstellen voor afbouw van hypnosedativa, schade aan de arts-patiënt relatie zou kunnen berokkenen.

Als er al over medicatie wordt gesproken met kennissen dan melden de patiënten dat er nauwelijks negatieve opmerkingen komen, waardoor er kan besloten worden dat het innemen van een hypnosedativum bij slaapproblemen sociaal aanvaard wordt in bepaalde leeftijdscategorieën van de populatie. Meer nog, patiënten zijn zo enthousiast en geven anderen soms het advies om bij hun arts toch ook eens te vragen naar een hypnosedativum bij slaapstoornissen. Een zeldzame keer wordt de medicatie meegegeven door de patiënt. Het is belangrijk om dit bij de patiënt te bevragen, zowel bij

de patiënten die langskomen met slaapstoornissen als de chronische patiënten. Patiënten kunnen zo al foute achtergrondkennis hebben en het kan als arts van belang zijn om hierop in te spelen. Indien een patiënt zelf met de vraag komt om een hypnosedativum te krijgen, moet men er dus van bewust zijn, dat reeds iemand het hen heeft aanbevolen, want patiënten geven ook aan geen andere medicatie te kennen dan deze die zij innemen. Ook is het als arts belangrijk om bij de chronische gebruikers van deze producten te bevragen of zij het aanraden aan andere patiënten, en hen te overtuigen om dit niet te doen.

Patiënten geven verder ook aan nog maar weinig vernomen te hebben via media of overheid rond de negatieve effecten. Over anti-tabaks- en anti-antibioticacampagnes kunnen ze zeker vertellen. Daar kunnen ze ook de link leggen tussen de schadelijk factor van het roken en de gevolgen hiervan of kunnen ze de redenering volgen dat antibiotica niet helpt voor virussen. Maar rond de schadelijke effecten van hypnosedativa krijgen ze weinig info. Zelf worden ook ze al bijna helemaal geen negatieve effecten gewaar, waardoor ze alles wat ze hier over horen in de media in twijfel gaan trekken of denken dat het niet op hen bedoeld is, daar zij slechts een 'inslaperke' of maar een 'half slaappilletje'. Mensen hebben nood aan informatie, met duidelijk cijfers en feiten. Verder kan de overheid de artsen nog meer ondersteunen door weekverpakkingen op de markt te laten verschijnen en psychologische ondersteuning toegankelijker te maken. Of de overheid ook kan ondersteunen door de prijzen te verhogen van de hypnosedativa wordt niet volledig duidelijk beantwoord. Enkele patiënten zouden hierover toch nadenken, maar er zijn ook enkele ouderen die bereid zijn om die investering te maken. Het zou een bijkomende stimulantia kunnen betekenen voor sommige patiënten, maar zeker niet de oplossing voor iedere chronische gebruiker van hypnosedativa.

8.5 Afbouwen en stoppen

Bijna alle patiënten hadden al een eerdere stoppoging meegemaakt, al dan niet gepland. Maar het feit dat ze deelnamen aan dit onderzoek, is ook het teken dat er geen van hen volledig is kunnen stoppen. Patiënten gaven aan opnieuw de klachten van weleer te herkennen, van voor de opstart van de medicatie. Slapeloosheid, nervositas, vermoeidheid overdag, kwamen terug, maar werden door de patiënten niet herkend als tijdelijke bijwerkingen van het afbouwen of stoppen van de medicatie. Daarbij komt ook dat dit een aangehaalde reden is voor patiënten om geen nieuwe pogingen in de toekomst te ondernemen. Ze hebben het al eens geprobeerd en het ging niet. Punt. Patiënten zien ook niet allemaal in dat de huisarts een ondersteunende functie kan bieden tijdens het afbouwen van hun hypnosedativa. Het enige wat sommige verwachten dat de arts kan bieden, is een ander product die hen helpt inslapen.

Uit dit laatste blijkt dat heel veel afhangt van de info die de patiënt krijgt door de arts. Allereerst zal het belangrijk zijn om niet te zeggen dat het beter is om te stoppen met die medicatie, maar om te zeggen dat afbouwen een optie is en over welke tijdsperiode je dat als arts wenst te doen. Ook dient er voldoende uitleg gegeven worden op voorhand aan de patiënt want rebound-effecten zijn en wat ze hier kunnen van verwachten. De patiënten frequenter laten terugkomen en deze negatieve bijwerkingen van de afbouw bevragen kan de ondersteunende taak zijn van de huisarts, alsook opvolgen van dosissen en indien andere gevreesde negatieve effecten voorkomen, deze symptomatisch te gaan benaderen. Wel is in deze studie niet bevraagd of de patiënten dit zouden zien zitten om hier tijd voor te maken om die meerkost te betalen. Dit is toch wel belangrijk om in de

toekomst nog na te gaan, daar één patiënt toch vermeldde dat deze het niet zag zitten om af te bouwen met gelules die door de apotheker zouden worden gemaakt, indien deze een meerkost met zich mee zouden brengen.

Ook is het belangrijk om erover na te denken of dit de taak van een huisarts is om dit alleen op te volgen of er meerdere gezondheidswerkers dienen te worden betrokken bij het afbouwverhaal. Het is zeker een tijdsrovende besteding en in een drukke huisartsenpraktijk is dit zeker niet altijd evident om hierop volledig in te gaan. Het valt buiten het bestek van deze masterproef om te onderzoeken hoe het dan wel kan worden aangepakt, maar het is zeker een onderzoeksvraag waard.

8.6 Beperkingen van de studie

Dit is een kwalitatief onderzoek op basis van semi-gestructureerde interviews. Dit houdt in theorie in dat men personen zou moeten blijven zoeken en interviewen tot er een volledige verzadiging van de antwoorden wordt waargenomen. Door de beperkte patiëntenpopulatie en het gebrek aan tijd was dit niet mogelijk. Van de 17 personen die in aanmerking kwamen om deel te nemen aan dit onderzoek, waren er slechts 9 die hebben toegestemd. Dat wil zeggen dat er niet kon worden ondervraagd tot er een volledige verzadiging in de antwoorden werd bekomen. Dit zorgt voor een zwakte in de studie. Ook werd er in het onderzoek maar één man geïnterviewd. Het viel op dat de man heel wat rationele antwoorden had, wat volgens de onderzoeker toch opvallend was ten opzichte van de vrouwelijk geïnterviewde populatie. Meer deelnemende mannen zouden misschien nog een grotere variatie aan antwoorden kunnen gegeven hebben op de onderzoeksvraag.

Dit geldt ook voor de gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde patiënten. Deze was 71 jaar. De jongste patiënt was 60 jaar. Uit de literatuur weet men dat er ook heel wat chronische gebruikers zijn met een jongere leeftijd. Ook dit zou waarschijnlijk nog andere kennis, opvattingen, weerstanden en motivaties kunnen aan het licht gebracht hebben. Het niet interviewen van jongere personen, is in dit opzicht een zwakte van de studie.

Verder werd het onderzoek uitgevoerd door iemand die voor de eerste keer semi-gestructureerde interviews moest afnemen. De persoon in kwestie had wel een online tool gevolgd om zich voor te bereiden, maar dit zeker niet feilloos.

Tijdens het zoeken naar deelnemende patiënten wouden/konden 10 patiënten niet deelnemen aan het onderzoek. De onderzoeker is er zich van bewust dat, gezien de onderzoeksvraag, het zeer interessant kon zijn om net die 10 personen wel te interviewen. Het kan zijn dat er nu een bias ontstaan is en dat dit kwalitatief onderzoek nog andere verwachtingen of bezorgdheden rond afbouwen van hypnosedativa naar boven zou gebracht hebben, moesten deze personen ook hebben deelgenomen.

Ook was de interviewer bijna altijd de behandelende arts van de patiënten, waardoor het niet ondenkbaar is dat patiënten soms sociaal wenselijke antwoorden gegeven hebben om de arts-patiënt relatie niet te beschadigen. Hierdoor kan er mogelijks een bias ontstaan zijn. Hoewel de interviewer soms toch verbaasd was van de eerlijkheid van bepaalde patiënten. Op voorhand werd echter wel heel sterk benadrukt dat ze heel eerlijk moesten antwoorden en dat dit geen invloed zou hebben op de verdere arts-patiënt relatie.

9 Conclusie

Het blijft een hele opdracht als arts om patiënten die chronisch hypnosedativa innemen te overhalen om af te bouwen en te stoppen. Als arts zijn de nadelen nochtans heel duidelijk en kan het een frustratie worden als de patiënten de goedbedoelde adviezen blijven naast zich neerleggen.

In dit onderzoek werd nagegaan welke kennis de patiënten hebben rond hypnosedativa en wat zij weten, verwachten en waar ze voor vrezen bij het afbouwen van deze medicatie. De hele studie werd aangevat met een literatuurstudie om na te gaan wat er reeds gekend was. De allereerste conclusie is dat er in België en Nederland de laatste jaren weinig tot geen kwalitatieve onderzoeken werden uitgevoerd met deze onderzoeksvraag, ondanks het grote chronische gebruik van deze producten.

De meest opmerkelijke zaken die uit de interviews zelf gehaald werden, is dat patiënten niet begrijpen waarom een arts zoveel heisa kan maken rond een pilletje waar zij toch zo goed mee zijn en geen nadelen van ondervinden. De patiënt heeft dus nood aan duidelijke en eerlijke informatie door zijn arts en de overheid, zodat er een algemene sensibilisatie kan komen rond de gevaren van chronisch hypnosedativagebruik.

Wat voorheen nog niet was doorgedrongen bij de onderzoeker was dat sommige patiënten slaap als tijdsbesteding zien en dat hoe minder ze slapen, hoe meer ze hun dag moeten invullen en hoe vermoeiender dit kan zijn of hoe meer ze zichzelf kunnen vervelen. Dit kan een belangrijke weerstand zijn om medicatie af te bouwen.

Ook blijft het belangrijk om de patiënt keer op keer positief te benaderen om de medicatie af te bouwen. Het advies om de medicatie te stoppen, zonder afbouwen, kan leiden tot meer rebound-klachten en zo toekomstige afbouwpogingen in de weg staan.

Het afbouwen van hypnosedativa vraagt een volwaardige consultatie en niet iets dat snel vermeld wordt aan het einde van de consultatie bij het afgeven van het herhalingsvoorschrift. Een patiënt heeft onvoldoende kennis en heel wat verwachtingen en bezorgdheden rond het afbouwen van deze medicatie en dit verdient voldoende aandacht van de arts.

Deze resultaten gelden enkel voor de specifiek onderzochte populatie in de huisartsenpraktijk in Eeklo en kunnen dus niet veralgemeend worden.

10 Nawoord

Ik ben dit onderwerp aangegaan na het opbouwen van frustraties rond het meegeven van herhalingsvoorschriften van hypnosedativa. Ik zag alle nadelen en geen voordelen van die producten. Dit onderzoek heeft mij geholpen om die overgang van tekstboeken naar de werkvloer te maken. Ik begrijp nu de patiënt ook veel beter waarom zij weigerachtig staan ten opzichte van het afbouwen van hypnosedativa.

Met mijn onderzoek heb ik niet de intentie gehad om patiënten te overhalen om te stoppen met hun medicatie, maar om als arts bij te leren. Door het afnemen van de interviews zijn er echter twee patiënten gestopt met hun medicatie. De resultaten van dit onderzoek mogen misschien dan niet veralgemeend worden, maar het feit dat die twee personen gestopt zijn met hun medicatie en ik dichter ben kunnen komen bij de leefwereld van de patiënten, maakt voor mij dat deze masterproef geslaagd is.

Verder zou ik graag enkele mensen willen bedanken die ervoor gezorgd hebben dat ik deze masterproef tot een goed einde kon brengen.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor Prof. Dr. Christiaens en mijn co-promotor Dr. Declercq bedanken voor hun begeleiding bij deze masterproef. Dankzij hun geduld en kritische feedback is dit een werk geworden, waar ik zelf trots op ben.

Vervolgens wil ik zeker en vast ook mijn praktijkopleider Dr. Verburg bedanken. Zij gaf mee vorm aan het onderwerp en gaf me de tijd en de ruimte om de interviews af te nemen en uit te typen en zo deze masterproef tot een goed einde te brengen.

Alsook wil ook de patiënten, die deelnamen aan de interviews, bedanken. Zij investeerden kosteloos hun tijd in dit project. Ook voor de eerlijkheid waarmee ze de vragen beantwoorden, ben ik dankbaar.

Tenslotte wil ik ook nog mijn partner, Haico, en mijn ouders bedanken, om een onvoorwaardelijke steun te zijn tijdens deze periode, alsook tijdens mijn volledige opleiding tot arts en huisarts. Ik kan steeds bij hen terecht en dat betekent meer voor mij dan ik hier kan verwoorden.

Allen hartelijk bedankt!

Athàlie Andries

11 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. Cloetens H, Declercq T, Habraken H. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn, EBMpracticenet werkgroep, 28/06/2018
3. Riziv. E-learning: Naar een rationeel gebruik van benzodiazepines. Beschikbaar via: https://inami-riziv.dokeosnet.com/courses/NLBENZOCONSULT/index.php. Geraadpleegd 28/01/2018
4. Hufkens R. De Belgische Kamer voor volksvertegenwoordigers. https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=qrva&language=nl&cfm=qrvaXml.cfm?legislat=54&dossierID=54-b063-867-0663-2015201607214.xml. Geraadpleegd 12/02/2019
5. Prof. Dr. Lefebvre, vakgroep farmacologie. Les farmacologie - zenuwstelsel, 3e bachelor geneeskunde. Oktober 2012
6. Mehdi, T. (2012). Benzodiazepines Revisited. British Journal of Medical Practitioners BJMP , 55 (11)
7. Projectgroep Benzodiazepines | Prof. Dr. Thierry Christiaens, Hanne Creupelandt, Roland Rogiers, Dr. Anke Thoen. Geraadpleegd: www.slaapenkalmeermiddelen-hulpmiddelenboek.be/medecins
8. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. Canadian Medical Association Journal 2000: 162(2): 225-33.
9. Samenvatting van de productkenmerken van benzodiazepines. https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/smpc/h06994_smpc.pdf. Geraadpleegd 12/02/2019
10. Ashton H. The Ashton Manual: Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. 2002 . www.benzo.org.uk/manual/. Geraadpleegd op 12/02/2019
11. Rogers A, Pilgrim D, Brennan S, Sulaiman I, Watson G, Chew-Graham C. Prescribing benzodiazepines in general practice: a new view of an old problem. Prescr Benzodiazepines Gen Pract. 2015;11(2):181–98.
12. Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, Breteler MH, Van de Lisdonk EH, Zitman FG. Het langdurig gebruik van benzodiazepinen. Ned Tijdschr Geneeskd 2001;145:1342-6.
13. Benzodiazepines en risico van dementie. BCFI folia oktober 2016
14. Zolpidem en andere hypnosedativa: risico van verminderde waakzaamheid en rijvaardigheid. BCFI folia. Oktober 2014
15. Cumming RG, Le Couteur DG. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. CNS Drugs 2003;17:825-37.
16. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet 2014;57(7):352-61.
17. Chevalier P, Debauche M, Dereau P, Geneesmiddelenverslaving, Huisarts Nu; juni 2011; 101-114
18. Bode T, De Lepeleire J. Benzodiazepinen afbouwen via de minimale interventiestrategie. Huisarts Nu 2008;37(10).
19. Verhaeghe S., Beeckman D., Van Hecke A., David L. & Vandecasteele T. (2016) Qualitative methods: Electronic Self-study Tool, Onderwijsinnovatieproject Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.
20. Cormack MA, Owens RG, Dewey ME. The effect of minimal interventions by general practitioners on long-term benzodiazepine use. Journal of the Royal College of General Practitioners 1989: 39 (327): 408-411.
21. Parr JM, Kavanagh DJ, Young R, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. Social Science & Medicine 2006: 62: 1237-1249.
22. Barter G, Cormack M. The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences. Family Practice 1996: 13: 491-497.

23. Mah L, Upshur REG. Long term benzodiazepine use for insomnia in patients over the age of 60: discordance of patient and physician perceptions. BMC Family Practice 2002: 3: 9.

24. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older Patient Perspectives on Long-Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study. Society of General Internal Medicine 2007: 22: 1094-1100.

25. King MB, Gabe J, Williams P, Rodrigo EK. Long term use of benzodiazepines: the views of patients. British Journal of General Practice 1990: 40: 194 – 196.

26. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T. First benzodiazepine prescriptions. Qualitative study of patients' perspectives. Canadian Family Physician 2007: 53: 1200-1201.

27. Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. British Journal of General Practice 1994: 44: 408-412

28. Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, Beauchemin J-P, Grégoire J-P, Morin CM. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitivebehavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. Canadian Medical Association Journal 2003: 169(10): 1015-20.

29. Oude Voshaar RC, Gorgels WJMJ, Mol AJJ, van Balkom AJLM, van de Lisdonk EH, Breteler MHM, van den Hoogen HJM, Zitman FG. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry 2003: 182: 498-504.

30. Oude Voshaar RC, Gorgels WJMJ, Mol AJJ, van Balkom AJLM, van de Lisdonk EH, Breteler MHM, van den Hoogen HJM, Zitman FG. Het staken van chronisch benzodiazepinegebruik met behulp van gereguleerde dosisreductie met en zonder groepstherapie. Tijdschrift voor psychiatrie 2004: 46(11): 725-737.

31. O'Connor KP, Marchand A, Bélanger L, Mainguy N, Landry P, Savard P, Turcotte J, Duipuis G, Harel F, Lachance L. Psychological distress and adaptional problems associated with benzodiazepine withdrawal and outcome: A replication. Addictive Behaviors 2004: 29: 583 – 593.

32. Linden M, Barr T, Geiselmann B. Patient treatment insistence and medication craving in longterm low-dosage benzodiazepine prescriptions. Psychological Medicine 1998: 28: 721-729.

33. Cook J.M., Biyanova T., Thompson R, Coyne JC. Older Primary Care Patients' Willingness to Consider Discontinuation of Chronic Benzodiazepines. General Hospital Psychiatry 2007: 29 (5): 396 – 401.

34. Van Hulten R, Bakker AB, Lodder AC, Teeuw KB, Bakker A, Leufkens HG. Determinants of change in the intention to use benzodiazepines. Pharmacy World and Science 2001: 23(2): 70-75.

35. Ten Wolde GB, Dijkstra A, Van Empelen P, Knuistingh Neven A, Zitman FG. Social-cognitive predictors of intended and actual benzodiazepine cessation among chronic benzodiazepine users. Addictive Behaviors 2008: 33: 1091–1103.

36. Holton A, Riley P, Tyrer P. Factors predicting long-term outcome after chronic benzodiazepine therapy. Journal of Affective Disorders 1992: 24 (4): 245-52.

37. Hopkins DR, Sethi KBS, Mucklow JC. Benzodiazepine withdrawal in general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners 1982: 32: 758-762.

38. O'Connor K, Marchand A, Brousseau L, Aardema F, Mainguy N, Landry P, Savard P, Léveillé C, Lafrance V, Boivin S, Pitre D, Robillard S, Bouthillier D. Cognitive-Behavioural, Pharmacological and Psychosocial Predictors of Outcome During Tapered Discontinuation of Benzodiazepine. Clinical Psychology & Psychotherapy 2008: 15: 1–14.

39. Vorma H, Nauukkarinen H, Sarna S, Kuoppasalmi K. Long-term outcome after benzodiazepine withdrawal treatment in subjects with complicated dependence. Drug and Alcohol Dependence 2003: 70: 309-314.

40. Vorma H, Naukkarinen HH, Sarna SJ, Kuoppasalmi KI. Predictors of benzodiazepine discontinuation in subjects manifesting complicated dependence. Substance Use & Misuse 2005: 40(4): 499-510.

41. Niessen WJM, Stewart RE, Broer J, Haaijer-Ruskamp FM. Vermindering van gebruik van benzodiazepinen door een brief van de eigen huisarts aan chronische gebruikers. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2005: 149: 356-61.

42. Gorgels WJMR, Oude Voshaar RC, Mol AJJ, van de Lisdonk EH, van Balkom AJLM, van den Hoogen HJM, Mulder J, Breteler MHM, Zitman FG. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. Drug and Alcohol Dependence 2005: 78: 49–56.

43. Oude Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ, van Balkom AJ, Mulder J, van de Lisdonk EH, Breteler MH, Zitman FG. Predictors of Long-Term Benzodiazepine Abstinence in Participants of a Randomized Controlled Benzodiazepine Withdrawal Program. Canadian Journal of Psychiatry 2006: 51:445–452.

44. De Gier NAH, Gorgels WJMJ, Lucassen PLBJ, Oude Voshaar R, Mulder J, Zitman F. Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up. Family Practice 2010: 0: 1–7.

45. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GP's perspectives. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2007: 25: 214-219.

46. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. Society of General Internal Medicine 2007: 22: 303-307.

47. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia. Family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. Canadian Family Physician 2010: 56: e398-406.

48. Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Van Dijk L. Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. Huisarts Wet 2012;55:286-8.

12 Bijlagen

12.1 Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

Het verlengen van voorschriften voor benzodiazepines of Z-producten wordt heel vaak op het einde van een consultatie nog snel gevraagd door de patiënt. Ik merkte tijdens mijn eerste maanden dat ik in de praktijk stond een grote weerstand bij de patiënten wanneer ik vroeg of ze bereid waren om deze medicatie af te bouwen of op termijn te stoppen. De reacties van sommige patiënten waren zeer heftig, terwijl ze medicatie voor bijvoorbeeld bloeddruk wel op eigen initiatief en soms tegen advies van de arts in durven te stoppen. Daarom wil ik in deze masterproef dieper ingaan op de vraag waarom de patiënten zoveel weerstand hebben om deze slaapmedicatie af te bouwen of te stoppen en wat hun kennis is rond deze producten en hun ongewenste effecten.

Via het EMD zal een lijst gemaakt worden van alle patiënten die chronisch (> 3 maanden) benzodiazepines of Z-producten gebruiken.

Exclusiecriteria:

- < 18 jaar
- Angst- en stemmingsstoornissen
- Epilepsie
- Palliatieve patiënten
- Alcoholabusus
- Restless legs syndroom
- Wilsonbekwame patiënten
- Patiënten die geen GMD hebben in de praktijk

Via het EMD zal er nagegaan worden welke patiënten voldoen aan de inclusiecriteria. Hierbij zal er een lijst worden opgesteld. Uit deze groep zullen de patiënten om consultatie aangesproken worden door de PO of door mezelf met de vraag om vrijwillig mee te werken aan deze masterproef. Zo zullen er mensen aangesproken worden tot we 10 patiënten vinden die hiervoor tijd willen vrijmaken.

Een afspraak zal vastgelegd worden op donderdag in de namiddagvoor het afnemen vna een semi-gestructureerd interview. Per patiënt wordt er ongeveer één uur tijd voorzien. Tijdens deze afspraak zal ik als HAIO met de te interviewen patiënten een vragenlijst overlopen over hun kennis en verwachtingen van benzodiazepines en Z-producten en hoe zij tegenover afbouwen staan. De interviews zullen gefilmd worden. De afspraken op donderdagnamiddag zullen kosteloos zijn voor de patiënt.

Op voorhand zullen de patiënten een informed consent tekenen waarin uitgelegd staat welk doel de interviews hebben, dat hun antwoorden de verdere relatie met mijn PO en mezelf niet zal beïnvloeden en waarom de interviews zullen worden gefilmd en wie dit te zien krijgt. Ook zullen hun antwoorden in de masterproef volledig anoniem verwerkt worden.

De resultaten van deze interviews zullen nadien vergeleken worden met de reeds bestaande literatuur.

12.2 Gunstig advies Ethisch Comité

A/z.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Thierry CHRISTIAENS
Klinische Farmacologie
Blok B - 1ste Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be
Commissie voor medische Ethiek		sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0391		25-mei-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Het onderzoeken van de weerstanden, verwachtingen en de kennis rond het afbouwen/stoppen van benzodiazepines en Z-producten bij chronische gebruikers in een rurale huisartsenpraktijk te Eeklo (ManaMa Athalie Andries)

Belgisch Registratienummer: B670201835812

* Adviesaanvraagformulier - versie 1 dd. 6/03/2018 (volledig ontvangen dd. 09/03/2018)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie ontvangen dd. 09/03/2018)
* Antwoord onderzoekers
  via mail dr. A. Andries dd. 17/05/2018 op opmerkingen EC dd. 20/03/2018
* Vragenlijsten (ontv. dd. 17/05/2018)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. T. CHRISTIAENS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/05/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/05/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/05/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/05/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/06/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/06/2018

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. D. **Mathys**

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haesebaldke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. T. CHRISTIAENS - UZ Gent - Klinische Farmacologie

12.3 Informatie- en toestemmingsformulier deelnemer



Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : HET ONDERZOEKEN VAN DE WEERSTANDEN, VERWACHTINGEN EN DE KENNIS ROND HET AFBOUWEN/STOPPEN VAN BENZODIAZEPINES EN Z-PRODUCTEN BIJ CHRONISCHE GEBRUIKERS IN EEN RURALE HUISARTSENPRAKTIJK TE EEKLO

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Athàlie Andries een onderzoek naar waarom het voor de patiënt niet gemakkelijk is om af te bouwen of te stoppen met slaapmedicatie. Dit onderzoek gebeurt in de periode van maart 2018 tot en met september 2018, onder toezicht van de Universiteit Gent.

Hierbij wordt er via gesprekken met de patiënt nagegaan wat deze weet over slaapmedicatie, waarom hij/zij deze inneemt en waarom de patiënt het al dan niet ziet zitten om deze medicatie af te bouwen. Het doel is van dit onderzoek is dus niet om systematisch af te bouwen of te stoppen met de slaapmedicatie, maar om te luisteren naar de patiënt waarom het voor hen zo moeilijk is om deze stap te zetten.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal de arts u uitnodigen op een gesprek waarbij u een aantal vragen zal worden gesteld rond uw kennis van slaapmedicatie, uw verwachtingen en gebruik van deze producten en wordt er ook bevraagd waarom u al dan niet zou willen afbouwen of stoppen met deze medicatie. Deze interviews zullen worden opgenomen, met als doel dat de onderzoekers nadien deze gesprekken zorgvuldig kunnen analyseren. Andere personen krijgen deze gesprekken niet te zien, en het afronden van deze studie wordt al het opgenomen beeldmateriaal vernietigd. Deze gesprekken zijn ook volledig kosteloos voor u als patiënt.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en gecodeerd worden, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen direct therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Athàlie Andries

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: …….

1. Ik bevestig dat Dr.....……(naam informerende arts in blokletters)
   mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik stem toe dat de gesprekken worden opgenomen. Ik begrijp dat dit verworven beeldmateriaal enkel zal worden bekeken door de onderzoekers van deze studie en dat de beelden na de studie worden vernietigd.

5. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en medische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke gegevens worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

6. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

7. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

8. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

9. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

12.4 Leidraad semi-gestructureerd interview

Algemene gegevens

- Geslacht?
- Leeftijd (op heden)?
- Welke benzodiazepine of Z-producten en dosissen?

Opstart (kort aanhalen)

- Wanneer is de medicatie opgestart?
- Door wie is deze medicatie voor de eerste keer voorgeschreven?
- Was dit op uw eigen vraag?
- Wat was de reden waarom deze medicatie werd opgestart?
- Kreeg u uitleg rond de mogelijke bijwerkingen van deze producten?
    - Had u graag extra uitleg gehad via uw arts?
- Werd er eerst met u andere mogelijkheden besproken om uw slaapprobleem aan te pakken?

Alternatieven voor slaapmedicatie (kort aanhalen)

- Kent u andere mogelijkheden om slaapproblemen aan te pakken?
- Wat hebt u reeds zelf geprobeerd om uw slaapprobleem aan te pakken?
    - Hoelang heeft u deze uitgeprobeerd?
    - Hadden deze maatregelen / producten enig effect op uw slaap?
- Denkt u dat er even goede of zelf beter manieren zijn om slaapproblemen aan te pakken?
    - Uw slaapprobleem?
- Wat doet u als u 's nachts wakker wordt en niet direct opnieuw kan inslapen?

Kennis van slaapmedicatie en visie (kort)

- Wat verwacht je dat slaapmedicatie doet? (sneller inslapen, doorslapen, langer slapen…)
- Denkt u dat de slaapkwaliteit van iemand met medicatie beter is dan bij iemand zonder medicatie?
- Ken je bijwerkingen van slaapmedicatie?
- Heeft u ooit al bijwerkingen ervaren van de slaapmedicatie?
- Heeft u ooit na het innemen van uw slaapmedicatie last gehad van evenwichtstoornissen, hoofdpijn, moeheid overdag, hartkloppingen, geheugenstoornissen?
- Denkt u dat u afhankelijk of verslaafd bent aan deze medicatie?
- Heeft u ooit zelf uw dosis van uw slaapmedicatie verhoogd?
- Wanneer is volgens u iemand afhankelijk of verslaafd?
- Kent u nog andere producten van slaapmedicatie dan deze die u zelf neemt?
- Hoe reageert u als vrienden of familie zeggen dat ze slecht slapen?
- Raadt u soms slaapmedicatie aan vrienden of familie?
- Vanaf welke leeftijd vindt u het aanvaardbaar dat er slaapmedicatie wordt voorgeschreven?
    - Waarom niet vroeger?

ICE en motivatie voor afbouw / stoppen slaapmedicatie

- Heeft u er ooit al aan gedacht om te stoppen met uw slaapmedicatie?
    - Wat was de reden hiervoor?
- Bent u ooit gestopt met uw slaapmedicatie?
    - Hoe heeft u dat toen gedaan en op welke periode?
    - Had u toen begeleiding van uw arts?
    - Was dit toen succesvol?
    - Had u last van ontwenningsverschijnselen?
    - Wat was voor u de aanleiding om opnieuw te starten met uw medicatie?

- Wat denk je dat de bijwerkingen zijn van het afbouwen van slaapmedicatie?
- Waar maakt u zich zorgen om als u zou stoppen of afbouwen met uw slaapmedicatie?
- Over welke periode denkt u dat slaapmedicatie wordt afgebouwd en uiteindelijk gestopt?
- Ziet u uzelf in staat om ooit te stoppen met deze medicatie?
- Indien uw huisarts u een voorstel zou doen voor het afbouwen en uiteindelijk stoppen van uw slaapmedicatie, zou u hierop ingaan?
    - Waarom wel / niet?
- Heeft u een specifiek moment in uw hoofd wanneer u zou willen stoppen?
- Wat zou voor u een absolute reden zijn om te stoppen met deze medicatie?
- Wat zou er in uw situatie moeten veranderen opdat u zou kunnen stoppen met uw medicatie?
- Hoorde u reeds via andere kanalen nadelige effecten van deze medicatie? (media, vrienden, familie, verenigingen…)
- Zou een prijsstijging van deze medicatie een reden zijn waarom u zou stoppen?

Motivatie om medicatie te behouden

- Wat is voor u de reden om uw slaapmedicatie verder te nemen?
- Welke voordelen ondervond u bij de opstart van deze medicatie?
    - Ondervindt u die nu nog steeds in dezelfde mate?
- Vindt u het vervelend dat u slaapmedicatie neemt?

Invloed van arts

- Hoe denkt u dat uw huisarts staat ten opzichte van slaapmedicatie?
    - Waarom denkt u dat?
- Heeft uw arts bij de opstart gecommuniceerd hoelang hij/zij deze medicatie zou voorschrijven?
- Heeft uw arts u reeds gevraagd om de dosis te verlagen of om te stoppen?
    - Bent u hier op ingegaan?
- Hoe kan uw huisarts een ondersteunende factor zijn in het afbouwen / stoppen van slaapmedicatie?
- Indien u nu voor de eerste keer bij de huisarts zou gaan met uw slaapprobleem en deze zou u geen slaapmedicatie voorschrijven, maar het oorzakelijk probleem aanpakken, zou u hiermee akkoord gaan?
- Wat vond u van dit gesprek?