Veilig en verantwoord voorschrijven van opioïden in de eerste lijn

Percepties, barrières en facilitatoren

Lise CLAES, KU Leuven

Eline DE DEYGERE, KU Leuven

Lianne DE MEY, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Cathy Matheï, ACHG KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Woord vooraf

Met deze masterproef eindigt mijn opleiding huisartsgeneeskunde. Tijdens de afgelopen twee jaar heb ik de kans gekregen om me verder te verdiepen in dit domein. In deze masterproef heb ik me gefocust op de mogelijke facilitatoren van het veilig en verantwoord voorschrijven van opioïden in de eerste lijn. De dataverzameling gebeurde samen met mijn twee collega's, de dataverwerking werd door iedereen apart gedaan maar wel in samenspraak. Hierna werden de resultaten samengevoegd tot één geheel.

In dit voorwoord zou ik graag een aantal mensen willen bedanken die rechtstreeks of onrechtstreeks een belangrijke rol hebben gespeeld bij het realiseren van deze masterproef.

Eerst en vooral zou ik graag mijn promotor prof. Dr. Cathy Matheï willen bedanken voor haar feedback en de aanmoedigende woorden bij het schrijven van deze masterproef. Ze was steeds bereid tot het geven van opbouwende kritiek en suggesties voor het aanbrengen van verbeteringen. Ze stond ook altijd voor mijn collega's en mezelf klaar bij de praktische uitvoering van de focusgroepen.

Mijn hartelijke dank gaat ook uit naar de verschillende LOK groepen die hebben willen meewerken aan dit project. Dankzij hun deelname heb ik samen met mijn collega's dit kwalitatief onderzoek kunnen uitvoeren.

Daarnaast een welgemeende dankjewel aan Eline en Lianne, de twee collega's met wie ik een groot deel van deze masterproef heb mogen samenwerken. Onze samenwerking maakte het schrijven van deze masterproef veel aangenamer en ik ben ervan overtuigd dat onze vriendschap hierdoor nog hechter is geworden.

Ik wens eveneens mijn praktijkopleider Dr. Patrick Vloemans en de andere collega's in de praktijk te bedanken voor de ondersteunende woorden en het begrip bij het schrijven van deze masterproef.

Verder zou ik graag mijn familie en vrienden willen bedanken voor de steun gedurende het afgelopen jaar. Het was een zeer hectisch en druk jaar waarin ik van hen de nodige ondersteuning heb gekregen om deze masterproef te schrijven. In het bijzonder wil ik graag Jan bedanken. Ik kon niet alleen op zijn taalkundige bijdrages rekenen, maar zeker ook op zijn onuitputtelijke begrip en geduld.

Olen, april 2019 L.C.

Abstract

Context Uit een recente evaluatie van het RIZIV is gebleken dat het opioïdengebruik tussen 2010 en 2016 fors gestegen is. In 2016 haalde immers 10% van de hele Belgische bevolking minstens één voorschrift voor opioïden af in de apotheek. Gebruik kan leiden tot misbruik, verslaving en overdoses met een hogere morbiditeit en mortaliteit tot gevolg, wat een impact heeft op de gezondheidszorg. Een onderzoek naar de visie van de huisartsen over dit probleem werd eerder nog niet uitgevoerd. Aangezien de huisarts een belangrijke schakel vormt in de eerstelijnszorg, is het belangrijk om ook hun visie hierover in kaart te brengen.

Onderzoeksvragen Aan de hand van een kwalitatief onderzoek met focusgroepen wordt onderzocht wat de visie van de huisartsen is rond het probleem van opioïdengebruik in België. Er wordt gepeild naar hun percepties, barrières en facilitatoren rond het voorschrijfgedrag van opioïden in de eerste lijn.

Resultaten In totaal namen 65 huisartsen deel aan dit kwalitatief onderzoek met een mooie spreiding van de demografische gegevens. Hoewel huisartsen ervaring hebben met de negatieve gevolgen van opioïden, ervaren ze in het algemeen het stijgende verbruik niet als problematisch. In acute en palliatieve setting wordt het gebruik van opioïden algemeen aanvaard, echter op het vlak van chronische pijn bestaat veel discussie. De artsen vinden het gebruik van trap II opioïden meer te verantwoorden dan trap III. Veel patiënten hebben contra-indicaties voor NSAID's en hierdoor worden al sneller opioïden opgestart. Een gebrek aan een duidelijk beleid rond het voorschrijfgedrag van opioïden blijkt een struikelblok bij vele artsen. Een goede educatie van artsen en een duidelijk medisch dossier kan faciliterend werken. Het afbouwen of stoppen van opioïden wordt als moeilijk beschouwd, met in het bijzonder verschillende subpopulaties die meer aandacht vereisen van de arts. Artsen ervaren de maatschappelijke druk dat de patiënt het recht heeft om pijnvrij te zijn. Eveneens lijkt een belangrijke regulerende rol weggelegd voor het RIZIV. Daarnaast lijkt de samenwerking tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg voor verbetering vatbaar.

Besluit Huisartsen zien geen echt probleem in het huidige opioïdengebruik. Doch zou controle van hogerhand, een goede opleiding, duidelijke richtlijnen en protocollen ten gunste komen in het voorschrijven van opioïden in de eerste lijn. Dit impliceert ook een betere samenwerking op inter-, intra-, en multidisciplinair vlak. Bewustwording van de impact van deze medicatie bij zowel arts als patiënt is belangrijk, waarin de media een rol zou kunnen spelen. Het goed afwegen van voor- en nadelen wat betreft deze pijnmedicatie is essentieel voor een goed beleid.

Inhoud

Woord vooraf i
Abstract ii
Inleiding 1
Materiaal en methoden 3
Resultaten 5
Descriptieve statistiek 5
Kwalitatief onderzoek 6
Percepties 6
Barrières en facilitatoren 8
Discussie 14
Referentielijst 18
Appendices 20

Inleiding

Het gebruik van opioïden is de laatste jaren een belangrijk onderwerp geworden dat overal ter wereld ter discussie staat. Een studie van Berterame et al., toont aan dat er wereldwijd een toename is in opioïdengebruik over een periode van tien jaar. (1, 2) Deze problematische toename werd reeds meer onderzocht in de Verenigde Staten, waar men spreekt van een echte 'opioïdencrisis'. Er wordt geschat dat in de Verenigde Staten dagelijks 115 mensen sterven aan een overdosis opioïden. (3,4) De echte piek in Amerika zag men echter rond het jaar 2010. In dat jaar waren er dubbel zoveel doden te wijten aan opioïdenverslaving dan aan heroïne- en cocaïnegebruik samen. (5)

De wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat bij 22% van de patiënten die de eerste lijn consulteren een problematiek van chronische pijn aanwezig is. (5) Uit onderzoek is gebleken dat ongeveer 21 – 29% van de patiënten die opioïden kregen voorgeschreven voor chronische pijn deze medicatie ook misbruiken. Tussen de 8 en de 12% van deze populatie zou ook effectief evolueren naar een stoornis in opioïdengebruik. (6) Er wordt geraamd dat 92% van het globale gebruik van morfine geconsumeerd wordt door slechts 17% van de wereldbevolking. (7)

Artsen proberen nociceptieve pijn te behandelen volgens de WHO-pijnladder. Deze bestaat uit drie trappen waarbij de eerste trap paracetamol en ontstekingsremmers (Non Steriod Anti-inflammationary Drug, NSAID) bevat. Indien dit onvoldoende pijnstillend is, kan een zwak opiaat van trap II gebruikt worden. Indien er nog meer nood aan pijnstilling is, kan het zwakke opiaat vervangen worden door een sterk opioïd in trap III. (8) In België luidden sommige instanties de alarmbel over het gebruik van zware pijnstillers. Krantenkoppen zoals 'Gebruik verslavende pijnstillers loopt volgens artsen uit de hand' en 'Dodelijke pijnstiller sterk in opmars in ons land' zijn de laatste tijd al meerdere malen in de media verschenen. Deze krantenkoppen worden bevestigd door recente cijfers van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Hieruit blijkt inderdaad dat het totale gebruik van vijf opioïden (tramadol, oxycodone, tilidine, fentanylpleisters en piritramide) in tien jaar tijd sterk is gestegen. (9) Dit baart verschillende instanties zorgen aangezien misbruik van deze medicatie enerzijds gepaard gaat met gezondheidsproblemen en anderzijds financieel een grote impact heeft op onze samenleving. Daarom moet er gewerkt worden aan sensibilisering van de samenleving om de trend van verslaving, misbruik en afhankelijkheid tegen te gaan.

Uit eerder onderzoek blijkt dat apothekers zich zorgen maken wat betreft het stijgend opioïdengebruik. (10) Ze lijken een goed zicht te hebben op het misbruikpotentieel van opioïden bij de patiënten. Een kwalitatieve multidisciplinaire aanpak lijkt dus primordiaal in de

preventie en behandeling van geneesmiddelenverslaving, zoals beschreven in de aanbeveling ‘Geneesmiddelenverslaving’ van Domus medica. (11) De huisarts vormt in deze aanpak dus een cruciale schakel. Ze staan in voor twee derde van de voorschriften voor opioïden die worden afgeleverd, maar ze initiëren deze medicatie niet altijd. (12) In België werd er hieromtrent echter nog geen onderzoek gevoerd, hoewel de visie van huisartsen op deze problematiek wel belangrijk is. De data en de resultaten van onderzoek dat gevoerd werd in het buitenland zijn ook niet zomaar extrapoleerbaar naar België gezien de sociale, culturele en maatschappelijke verschillen. Daarom lijkt het ook opportuun om naar de visie van de huisartsen in de eerstelijnszorg te peilen omtrent dit onderwerp.

Materiaal en methoden

In het kader van dit onderzoek werd een kwalitatief onderzoek opgezet door middel van focusgroepen.

Onderzoeksvraag

Aan de hand van dit onderzoek worden drie verschillende onderzoeksvragen onderzocht. Ten eerste wordt bevraagd wat de percepties zijn van de Vlaamse huisartsen over het veilig en verantwoord voorschrijven van opioïden. Daarnaast wordt enerzijds gepeild naar de huidige barrières omtrent dit onderwerp, anderzijds wordt nagegaan wat volgens de huisartsen in de eerstelijnszorg mogelijke facilitatoren zijn in het meer veilig en verantwoord voorschrijven van opioïden.

Setting

Voorbereiding Ter voorbereiding van dit onderzoek werden verschillende focusgroepen via e-mail gecontacteerd met de vraag om een kwalitatief onderzoek te mogen uitvoeren in hun bijeenkomst. Er werd getracht om focusgroepen uit de verschillende provincies te contacteren zodat een groot geografisch gebied geanalyseerd kon worden. *Deelnemers* Het kwalitatief onderzoek werd in totaal in zes verschillende focusgroepen gevoerd. In totaal namen 65 Vlaamse huisartsen deel aan dit onderzoek. *Verloop* De data werden steeds op verplaatsing verzameld, wat wil zeggen dat de focusgroep steeds werd georganiseerd op de locatie van de focusgroep zelf. Buiten de deelnemers van de focusgroep, de onderzoekers en de promotor van dit onderzoek waren er geen andere personen aanwezig. Alvorens met het onderzoek te starten, werden alle deelnemers geïnformeerd over het onderzoek en werd hun schriftelijke toestemming gevraagd om enerzijds deel te nemen aan het onderzoek en anderzijds de focusgroep audiovisueel te mogen vastleggen. Er werd duidelijk gecommuniceerd dat de resultaten van dit onderzoek anoniem zullen worden verwerkt en dat na het onderzoek het audiovisuele materiaal zal worden verwijderd.

Dataverzameling

Alvorens de focusgroep te starten, werd eerst meer informatie verschaft aan de deelnemers over het verloop van kwalitatief onderzoek en werd het onderzoek gekaderd. Daarna werd getracht om de situatie te schetsen aan de hand van enkele recente quotes uit de pers met een unanieme boodschap i.v.m. de alarmerend stijgende consumptie van opioïden. De dataverzameling zelf gebeurde aan de hand van open vragen die op voorhand door de drie onderzoekers samen werden opgesteld aan de hand van literatuuronderzoek. De hoofvragen van dit kwalitatieve onderzoek waren gebaseerd op bovenstaande onderzoeksvragen.

Bij vier van de zes focusgroepen werd het gesprek gemodereerd door de promotor, tijdens de andere twee focusgroepen gebeurde dit door de onderzoekers zelf. Tijdens de focusgroep werden de onderzoekers ingezet als observatoren om de non-verbale communicatie van de deelnemers te observeren en te noteren indien relevant. Voor elke focusgroep werd ongeveer twee uur uitgetrokken waarvan men gemiddeld één uur bezig was met de eigenlijke dataverzameling. De focusgroep werd zoals eerder vermeld audiovisueel vastgelegd. Na de dataverzameling werd nog een kleine presentatie gegeven over de situatie in België met concrete cijfers en werden enkele handvaten meegegeven voor in de dagelijkse praktijk. Na afloop van de focusgroep werd het audiovisuele materiaal verzameld op een externe harde schijf die enkel bestemd was om het materiaal van dit onderzoek te bewaren.

Data-analyse

De audio-opnames van de focusgroepen werden ad verbatim georganiseerd. Indien er twijfel bestond over uitspraken of non-verbale communicatie werd ook het visuele materiaal geraadpleegd. In het begin van de transcriptie werden de verschillende deelnemers van de focusgroepen geanonimiseerd door het toewijzen van een volgnummer aan elk van de deelnemers. Nadien werd in de tekst zelf geen gebruik meer gemaakt van de namen maar van het (anonieme) volgnummer. Voor de eigenlijke analyse werd er beroep gedaan op het programma Nvivo.

Vervolgens werd een thematische analyse uitgevoerd. Elk transcript werd door twee van de drie onderzoekers overlopen waarna codes aan de tekst werden toegekend. Nadien werden beide transcripten door de onderzoekers overlopen om tot een consensus te komen. Hierna werd getracht om de verschillende codes onder te brengen in omschrijvende thema's. Vervolgens werd de lijst verder overlopen om zo de verschillende analytische thema's te kunnen onderscheiden. Het uiteindelijke resultaat van de thematische analyse was het samenvoegen van een thematische matrix van de verschillende onderzoeksvragen.

Resultaten

Descriptieve statistiek

De onderzoeksgroep bestaat uit 65 Vlaamse huisartsen waarvan 43% vrouwen en 57% mannen zijn. De verdeling van de verschillende bevraagde demografische gegevens staat afgebeeld in tabel 1. In deze populatie werkt 12% als solo-arts, 17% werkt in een duopraktijk, 60% in een groepspraktijk en 8% in een wijkgezondheidscentrum. Eén van de 65 deelnemers werkt in een instelling en een andere deelnemer werkt momenteel noch in een praktijk noch in een andere instelling. De focusgroepen vinden plaats in de provincie Antwerpen en de provincie Vlaams-Brabant, met drie focusgroepen in de provincie Antwerpen goed voor 47% van de deelnemers. 53% van de deelnemers werken in de provincie Vlaams-Brabant.

Tabel 1: Demografische gegevens van de deelnemende artsen - n (%)

Geslacht		***Praktijkgebied***	
Man	28 (43)	Stedelijk	31 (48)
Vrouw	37 (57)	Landelijk	34 (52)
Leeftijd		***Patiëntenpopulatie***	
26 – 30	15 (24)	30 – 50 jaar	10 (15)
31 – 35	7 (11)	50 +	3 (5)
36 – 40	1 (1)	70 +	0 (0)
41 – 45	6 (9)	Alle categorieën	52 (80)
46 – 50	12 (18)		
51 – 55	7 (11)		
56 – 60	6 (9)		
> 61	11 (17)		
Praktijkvorm			
Solo	8 (12)		
Duo	11 (17)		
Groep	39 (60)		
Wijkgezondheidscentrum	5 (8)		
Instelling	1 (1,5)		
Geen praktijk	1 (1,5)		

Kwalitatief onderzoek

Percepties

Tabel 2: Thematische matrix percepties

Is er een probleem?	Differentieel beleid	Het middel
• Geen perceptie overdreven/veel gebruik • Wel perceptie van overdreven gebruik • (Vroeger) onderbehandeling • Benzodiazepines worden als groter probleem beschouwd	• Multidisciplinaire aanpak bij chronische pijn • Acute pijn, verantwoord gebruik volgens WHO-pijnladder • Geen verslaving in terminale setting • Voorzichtigere aanpak in subpopulatie	• Combinatiepreparaten • Voordelen opioïden wegen op tegen neveneffecten • Groot verschil trap II en trap III van pijnladder • Opioïden veiliger dan NSAID's • Rijgeschiktheid – Polyfarmacie

Is er een probleem?

In alle focusgroepen is de eerste reactie dat er geen probleem is. Er wordt geen misbruik, noch meer gebruik, noch veel gebruik gezien. Dat de cijfers toch niet kunnen kloppen, wordt vaak naar voor gebracht.

'Ik verschiet wel van die cijfers, 1 op 10, […] maar dat kan toch helemaal niet.'

Zodra het gesprek op gang is, wordt er in elke focusgroep aangehaald dat er misschien toch meer gebruik of veel gebruik is door patiënten, vooral van Tramadol of combinatiepreparaten die tramadol bevatten. Vaak worden deze uitspraken gekoppeld aan de stelling dat er vanuit de tweede lijn veel en gemakkelijk opioïden worden voorgeschreven, zelfs aan kinderen. Andere verklaringen die aangehaald worden voor het gestegen gebruik, zijn het grotere aantal palliatieve patiënten en het meer voorkomen van chronische pijn. Problematisch misbruik wordt in de meeste praktijken maar bij enkelingen gezien. Deze patiënten nemen dan meestal Dafalgan Codeïne of Valtran.

'Iedereen heeft dat toch, een paar patiënten die Dafalgan Codeïne misbruiken. Dat vind ik een ramp, ik schrijf dat dus nooit zelf voor.'

Artsen halen aan dat er vroeger in de opleiding de aanbeveling werd gegeven om pijn agressief te behandelen. Dit is in tegenstrijd met de huidige media. Artsen worden sporadisch geconfronteerd met onderbehandeling van pijn.

Opvallend is dat artsen benzodiazepines ervaren als een groter en gevaarlijker probleem dan het opioïdengebruik.

Differentieel beleid

Op het vlak van chronische pijn wordt de nood aan een multidisciplinaire aanpak naar voor geschoven. Artsen zijn van mening dat het continueren van opioïden hier niet altijd nodig is, maar dat het afbouwen van de medicatie vaak moeilijk is.

'Pijn behandelen is een kunst, het is vaak multifactorieel en je kan het langs vele manieren behandelen. Het kost de patiënt alleen soms moeite die deze niet wil of kan opbrengen.'

Acute pijn vinden artsen gemakkelijk te behandelen. Men kan perfect de WHO-pijnladder volgen, het gebruik van opioïden is hier verantwoord, in tijd gelimiteerd en er worden geen problemen ervaren met het afbouwen van de medicatie.

'Acute of postoperatieve pijn is iets heel anders dan chronische pijn […]. Als je niet weet waarvan de pijn komt of hoe lang het gaat duren, dat is een heel andere beleving he.'

In een terminale situatie wordt er geen verslaving gezien, artsen zijn dankbaar dat ze een breed gamma aan mogelijke pijnmedicatie kunnen inzetten om dit soort problematiek goed aan te pakken.

Er zijn bepaalde subgroepen, zoals onder andere psychiatrische patiënten, chronische pijnpatiënten en patiënten met een ongekende voorgeschiedenis, waarbij artsen het moeilijker vinden om opioïden voor te schrijven. Ze schatten de kans groter in dat deze mogelijks medicatie misbruiken.

Het middel

De voordelen van opioïden wegen voor de meeste artsen op tegen de mogelijke neveneffecten. Er wordt aangehaald dat er bij hevige pijnen weinig bijwerkingen worden gezien, maar sterke opioïden geven wel meer bijwerkingen dan de lichtere.

'Mensen die zeer veel pijn hebben, hebben ook heel weinig bijwerkingen. Deze patiënten zie ik niet direct altijd 'high' worden.'

Er wordt door bijna alle artsen een groot verschil aangehaald tussen trap II en trap III van de pijnladder. Er worden verschillende uitspraken gedaan zoals 'Fentanyl is gevaarlijker, Oxycodone is gevaarlijk, …'. Ze beschouwen Tramadol als een veilig en goed verdragen middel als het in de juiste dosis gegeven wordt.

Artsen hebben verdeelde meningen over de combinatiepreparaten zoals Zaldiar en Dafalgan Codeïne. Sommigen zien dit als een goede combinatie. Langs de andere kant zijn er artsen die dit een gevaarlijke combinatie vinden aangezien de dosissen geen van beide juist zijn en er moet opgepast worden met de dosis paracetamol.

Opioïden worden door veel artsen aanzien als medicatie die minder gevaarlijk is dan NSAID's. Er worden heel wat contra-indicaties aangehaald bij NSAID's die je niet hebt bij opioïden. De huisartsen nemen aan dat deze visie nog sterker bestaat binnen de gespecialiseerde zorg.

'Het overgebruik van NSAID's over lange termijn is veel gevaarlijker dan Tramadol.'

In elke focusgroep wordt ook bezorgdheid geuit rond rijvaardigheid in combinatie met opioïdengebruik. Artsen hebben de indruk dat veel patiënten toch rijden onder deze medicatie. Tevens wordt er aangehaald dat men ook moet opletten voor het simultaan gebruik van alcohol en andere, niet-opioïd bevattende, medicatie.

Barrières en facilitatoren

Tabel 3: Thematische matrix barrières

Arts-patiënt relatie	Arts gerelateerde factoren	Patiënt gerelateerde factoren	Contextueel	Samenwerking
• Confrontatie vermijden • Verantwoordelijkheids-gevoel arts voor pijn patiënt	• Gebrek aan/geen duidelijk beleid • Onzekerheid/onvoldoende kennis rond opioïden • Nevenwerkingen als barrière • Afbouwen en stoppen van opioïden is moeilijk	• Gebrek aan alternatieven door contra-indicaties • Medewerking patiënt • Moeilijke subpopulaties • Gebrek aan kennis rond opioïden • Gebruik op eigen initiatief • Omgeving patiënt	• Modaliteiten van voorschrijven • Media aandacht • Maatschappelijke verwachtingen en normen • Liberaal systeem	• Interdisciplinair • Intradisciplinair • Multidisciplinair

Tabel 4: Thematische matrix facilitatoren

Arts gerelateerde factoren	Patiënt gerelateerde factoren	Contextueel	Samenwerking
• Goede exploratie van pijn • Educatie artsen • Pijnmedicatie constant evalueren	• Educatie van patiënten • Duidelijke afspraken met patiënt	• Modaliteiten van voorschrijven • Controle op voorschrijven van hogerhand • Financiële reorganisatie • Elektronisch medisch dossier als hulpmiddel • Nood (toegankelijke) alternatieve therapie • Invloed media	• Interdisciplinair • Intradisciplinair • Multidisciplinair

Artsgerelateerd

Een gebrek aan beleid en richtlijnen rond het voorschrijven van opioïden komt vaak naar voor als drempel. De actuele kennis van de arts over opioïden en verslaving lijkt eerder tekort te schieten waardoor onzekerheid een barrière kan vormen. Een goede educatie van de artsen wordt dus door verschillende deelnemers als ondersteunend aangegeven.

'Maar mijn argumentatie gaat ook anders zijn om af te bouwen. Als ik iemand heb die op een benzodiazepine staat als slaapmiddel, dan kan ik die met heel veel zekerheid zeggen, 'Kijk, jij bent nu een pilletje aan het nemen, enkel en alleen om geen afkickverschijnselen te hebben want dat pilletje doet niets meer voor je slaap, nul'. En ik weet niet in hoeverre ik die boodschap kan geven als ik iemand wil motiveren om te verminderen of te stoppen met opioïden.'

Daarnaast vindt de overgrote meerderheid het belangrijk om een duidelijk medisch dossier bij te houden en de pijnmedicatie van patiënten constant in vraag te stellen.

'[…] Ik heb iemand die ook van de pijnkliniek al 15 jaar of meer op methadon staat. Die mevrouw is verstandelijk wat beperkt. Ik heb ze blindelings beginnen afbouwen en dat gaat even goed en ze staat op de helft van de dosis van waar ze op stond. Dat gaat ook. De pijn blijft niet of het zit vooral in het hoofd eigenlijk.'

De subjectiviteit van pijn bemoeilijkt het objectief voorschrijven van opioïden. Een goede exploratie van de pijn wordt dus naar voren geschoven als een belangrijke facilitator.

'[…] Eigenlijk moeten we voor ogen houden als een patiënt met een complex pijnprobleem bij u komt 'Wat moet die van u hebben' en 'Wat kan ik geven?'. En dat moet juist zijn. En de dokter moet goed inschatten welk type pijn het is, hoe erg het is, wat de draagkracht is, wat er allemaal achter zit en dan moet je zelf zien wat kan ik geven. […]'

Het afbouwen en stoppen van het gebruik van opioïden wordt vaak benoemd als moeilijk doordat een arts het voorschrift verlengt uit gewoonte, er een onduidelijk postoperatief beleid is of doordat het is opgestart door een collega. Het tijdselement is ook een belangrijke barrière, het kost immers veel tijd en moeite om patiënten te laten minderen of stoppen. Een ander struikelblok voor de arts betreft de nevenwerkingen van opioïden. Ze zijn enerzijds bang voor het potentieel verslavende effect, anderzijds voor nevenwerkingen die het algemeen functioneren van de patiënt in gedrang kunnen brengen. Dit zou aan de andere kant van het spectrum mogelijks voor te weinig voorschrijven van opioïden kunnen zorgen.

'Wanneer je patiënten overkrijgt van oudere huisartsen, die op pleisters staan […], dat je je dan een beetje verplicht voelt om dat verder voor te schrijven, maar dat is dan moeilijk bespreekbaar om daarmee te stoppen en dat je niet altijd duidelijk weet waarom die dat gebruiken.'

Patiëntgerelateerd

Een gebrek aan medewerking van de patiënt kan ook een belangrijke drempel vormen voor de arts. Een patiënt die niet gemotiveerd is, is heel moeilijk te begeleiden bij het afbouwen of stoppen van opioïden, aangezien multidisciplinaire aanpak op weerstand kan botsen.

'Maar het is vooral die psychische problematiek achter die chronische pijn, […] je moet wel naar je opioïden gaan want die mensen blijven pijn hebben. Die willen niet allemaal dat stressspoor volgen, en dat zijn ook mensen die kwetsbaar zijn voor verslaving. […]'

De kennis bij de patiënt blijkt vaak ontoereikend te zijn. De patiënt weet vaak niet dat hij morfineachtige preparaten krijgt voorgeschreven waardoor er fouten kunnen worden gemaakt. Opioïden worden zo regelmatig op eigen initiatief genomen voor banale klachten of foute indicaties doordat ze deze medicatie bijvoorbeeld nog hadden liggen of van vrienden toegestopt krijgen. Educatie van patiënten wordt dus als belangrijke facilitator omschreven.

'Ik heb de indruk dat mensen eigenlijk ook niet meer zien dat het morfineachtigen zijn omdat de naam ook helemaal niet met 'morfine' is. De drempel vroeger was 'Oei, geen morfine, dat is enkel als ik terminaal ben', maar nu is de drempel door de naam en de andere medicatie verkleind.'

Onder andere de beschikbaarheid van folders over chronische pijn en opioïden en het opzetten van overheidscampagnes worden aangehaald door de deelnemende artsen. Ook uitleg geven aan patiënten over de werkzaamheid en mogelijke nevenwerkingen van opioïden wordt als een mogelijkheid voor educatie aangehaald. Vele artsen vinden het belangrijk om duidelijke afspraken te maken met de patiënt rond het opioïdengebruik. Onder andere het principe van 'één arts en één apotheker' wordt aangehaald als mogelijk hulpmiddel.

'[…] Is er misschien een morfineproduct dat tijdelijk kan dienen, oké dat kan. Maar dan moet je het verantwoord feedbacken en volgens mij goed in het oog houden of je dat lang gaat geven of kort, hoe je dat gaat afbouwen en dat je dat op voorhand met de patiënt ook bespreekt. Dat er eigenlijk een contract is dat je dan maakt. […]'

Door enkelen wordt het belang van het betrekken van de omgeving bij diens behandeling eveneens aangehaald als mogelijke facilitator omdat voorzichtigheid geboden is bij alleenwonende ouderen met weinig omkadering thuis.

Arts-patiëntrelatie

Vooral jonge artsen geven aan dat ze een confrontatie met een eisende of dreigende patiënt willen vermijden om de arts-patiëntrelatie niet onder druk te zetten. De meerderheid geeft aan dat het voorschrijven van opioïden bij niet-gekende patiënten makkelijker te hanteren valt omdat er dan nog geen vertrouwensrelatie werd opgebouwd.

Vaak wordt aangehaald dat de arts zich verantwoordelijk voelt voor de pijn van de patiënt. Door de hunker naar superzorg voelen artsen de druk van de maatschappelijke verwachting dat patiënten het recht hebben om pijnvrij te zijn.

'Je voelt je op den duur verantwoordelijk voor de pijn van de patiënt. […], dus als er wat pijn is dan denk je inderdaad 'Oei, ik doe dat niet goed'. Dus je wil ook heel hard tegemoet komen aan je patiënt.'

Contextueel

De invloed van de media op de associaties tussen medicatie en ziektebeelden is meermaals tijdens de focusgroepen aan bod gekomen. Onrechtstreeks zou de reclame voor trap I pijnmedicatie volgens de artsen toch zorgen voor een verlaging van de drempel naar trap II en III. Meermaals wordt de vergelijking gemaakt met de sensibiliseringscampagnes van de overheid rond antibiotica.

'[…] een bewustwording artikel, dat helpt volgens mij wel, dat zij ook zo iets hebben van 'oei, dat is niet zomaar een snoepje'. Het helpt altijd, patiënten die niet actief vragen naar antibiotica is een makkelijker consult dan diegene die zeggen van: 'ik wil het liever niet'. […] '

Artsen vinden controle van hogerhand op het voorschrijfgedrag en zo controle op voorschriften en dubbele voorschrijvers eveneens nuttig, bijvoorbeeld onder de vorm van controle via de voorschrijfprofielen of terugkoppeling van gegevens van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) naar het medisch dossier.

'Je zou bijvoorbeeld kunnen hebben dat als je over een bepaalde hoeveelheid van een product gaat […], verslavende middelen dat er eigenlijk een alarm gaat gaan dat je een contract moet tekenen met een vaste apotheker en een vaste huisarts en dat je dan aan kunt werken. [...]'

De nood aan (toegankelijke) alternatieve therapie in plaats van opioïden wordt eveneens benadrukt. Enerzijds zouden de alternatieve therapieën best worden uitgebreid, anderzijds zouden de niet-medicamenteuze therapieën meer gestimuleerd moeten worden. Verder is er het liberale systeem waarbij de patiënt kan gaan naar een arts naar keuze, wat de mogelijkheid biedt tot 'medical shopping' bij het niet inwilligen van de verwachtingen.

'We zitten nog altijd met ons liberale systeem dat de mensen de volgende dag bij een andere arts hetzelfde voorschrift kunnen krijgen. Het belangenprobleem, het addictieprobleem is zo moeilijker onder controle te krijgen.'

Op het vlak van modaliteiten van voorschrijven wordt de beschikbaarheid van kleinere verpakkingen van opioïden door vele deelnemers aangehaald als faciliterend, zeker in acute gevallen. Enkele deelnemers halen aan dat het eveneens ondersteunend zou werken om opioïden duurder te maken tenzij voor bepaalde indicaties. Daarnaast lijkt de arts sneller geneigd te zijn een voorschrift elektronisch te verlengen in tegenstelling tot het met de hand voorschrijven.

Samenwerking

Op intradisciplinair vlak kwam vooral de samenwerking binnen een groepspraktijk naar voren. Duidelijke afspraken maken rond het beleid bij opioïden binnen de groepspraktijk lijkt voor vele artsen toch belangrijk. Het gebrek aan schriftelijke neerslag van duidelijke afspraken in het dossier kan voor problemen zorgen, daarnaast kan het medisch dossier soms omslachtig zijn in gebruik. Evenzeer staan ook de afspraken die hierrond kunnen worden gemaakt op kringniveau.

'Soms als je zelf denkt van 'goh dat die maar eens op zijn tanden bijt, ik schrijf maar één of twee dagen voor, […]', en dan komt hij terug in de groepspraktijk maar komt hij niet terug bij jou, maar bij een collega en die schrijft dan toch nog eens drie dagen, en dan denk je 'Potverdekke'.'

Op interdisciplinair niveau wordt vooral de nadruk gelegd op een betere samenwerking met specialisten, onder andere door middel van beter overleg en een toegankelijke doorverwijzing naar de tweede lijn, met in het bijzonder de pijnkliniek, gezien de vaak huidige lange wachttijden. Voor de huisarts is het niet altijd duidelijk naar wie men kan doorsturen voor een pijnprobleem.

'Maar de wachttijden zijn enorm […]. Mensen krijgen eerst een vragenlijst om in te vullen, vier maanden later krijgen ze een uitnodiging en nog eens drie maanden later…'

Op vlak van multidisciplinaire samenwerking lijkt een samenwerking met kinesitherapeuten en psychologen voor vele artsen faciliterend te werken. Anderzijds worden ook struikelblokken vermeld in de huidige samenwerking met de kinesist zoals een slechte terugbetaling en niet-conventionering waardoor het voor de patiënt een duur alternatief is. Een psycholoog wordt ook als duur ervaren met vaak lange wachttijden.

'Ik heb een patiënt een keer een consult gedaan samen met de kinesist om echt te zeggen van: 'oké, zo gaan we het nu doen' en afgesproken met die patiënt 'we gaan dat nu zes maand doen en dan gaan we pas evalueren'. […] als hulpverleners om dit vol te houden om chronische pijn te begeleiden is het soms wel goed om dit af te stemmen.'

Op multidisciplinair vlak erkennen artsen eveneens het belang van een goede samenwerking met de apotheek wat betreft het indijken van misbruik van opioïdpreparaten. Ze vermelden echter ook problemen in de samenwerking zoals medicatie meegeven zonder voorschrift, andere medicatie meegeven dan voorgeschreven en het niet altijd verwittigen van de arts bij het vermoeden van 'medical shopping'.

'Zeker en vast met mensen die op verschillende plaatsen hun voorschrift krijgen, zou extra info vanuit een apotheek heel zinvol zijn. […] je hebt daar geen zicht op van waar ze overal hun voorschriften krijgen. Daar zou zo een of andere lijst moeten kunnen zijn die je kan raadplegen.'

Op vlak van samenwerking met het verpleegkundig personeel in een woonzorgcentrum bestaan verdeelde meningen. Langs de ene kant houdt het verpleegkundig personeel soms zelf in de gaten welke medicatie zou kunnen worden afgebouwd, langs de andere kant is de samenwerking soms belemmerend. Zo kan medicatie dubbel gegeven worden wanneer de verpleegkundige de generieken niet kent, kan er meer aangestuurd worden op gebruik van pleisters vanwege het gebruiksgemak en is er vaak weinig controle op voorschriften.

Discussie

Bespreking In dit onderzoek wordt gepeild naar de percepties, barrières en facilitatoren van artsen in de eerste lijn met betrekking tot het verantwoord voorschrijven van opioïden. Dit is het eerste kwalitatief onderzoek over dit onderwerp dat gebeurd is bij de huisartsen in Vlaanderen.

Huisartsen lijken zich in het algemeen niet te kunnen vinden in de recente alarmerende persberichten over het stijgende gebruik van opioïden in België. Ze erkennen weliswaar dat er een stijgend gebruik is en worden ook – zij het eerder uitzonderlijk – geconfronteerd met de negatieve gevolgen waaronder misbruik, maar menen dat de voordelen niet opwegen tegen de nadelen. Nochtans tonen cijfers van het RIZIV dat het gebruik van opioïden in de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld is en nog steeds stijgende is. In 2006 haalden 638.939 patiënten minimum één dosis opioïden af bij de apotheker, in 2016 waren dit 1.186.943 patiënten. (1, 9) Vanuit de Verenigde Staten is er onderzoek dat aantoont dat het gebruik van opioïden voor niet-medische redenen en de opioïdgerelateerde mortaliteit en morbiditeit correleert met het aantal dosissen afgeleverd in de populatie. (14) Opmerkelijk is ook dat de huisartsen duidelijk een andere mening zijn toegedaan dan apothekers in Vlaanderen. In een gelijkaardig onderzoek door Achten, lieten apothekers wel hun ongerustheid blijken over het stijgende gebruik van opioïden in België en meer bepaald het chronisch gebruik bij niet-kankerpijn.

Uit deze studie blijkt verder dat artsen trap II medicatie veiliger vinden dan NSAID’s bij vele patiënten. Deze laatsten zijn echter nog steeds zoals paracetamol de eerste trap in de pijnladder, zowel bij chronische rugpijnklachten als bij de zogezegde ‘risicopatiënten’. (13) Ook de richtlijn ‘pijn’ van het Nederlands Huisartsen Genootschap beschrijft duidelijk dat het gebruik van NSAID’s zeer breed toepasbaar is mits de nodige voorzorgen zoals het gebruik van protonpompinhibitoren. Het blijkt dus alsof de huisartsen toch in vele situaties NSAID’s te snel overslaan uit een vaak ongegronde angst voor de nevenwerkingen hiervan.

Artsen maken terecht een groot onderscheid tussen trap II en III medicatie. Ze melden enerzijds de nodige voorzichtigheid in acht te nemen met betrekking tot het voorschrijven van sterke opioïden zoals oxycodon of fentanyl. Anderzijds lijken ze de risico’s van het veel voorgeschreven opioïd tramadol te minimaliseren. Ze weten dat aan het gebruik van deze medicatie nevenwerkingen verbonden zijn zoals misselijkheid, braken en constipatie. Echter zijn ze weinig bewust van het feit dat het gebruik van deze medicatie, net zoals de sterke opioïden, kan leiden tot verslaving en overdoses.

De huisartsen geven aan dat ze het moeilijk vinden om opioïden voor te schrijven in bepaalde subpopulaties. Vooral patiënten met een psychiatrische voorgeschiedenis, een ongekende

voorgeschiedenis en chronische pijn ervaren artsen als risicopopulaties gezien het potentieel verslavende effect van deze medicatie. Dat is op zich zeker een gezonde reflex maar het gevaar bestaat dat dit kan leiden tot onderbehandeling in deze situaties. De houding zou echter moeten zijn om eerder voorzorgsmaatregelen te treffen om misbruik te voorkomen dan het niet opstarten van opioïden. Dit komt ook zeer sterk naar voor in studies en richtlijnen van de Verenigde Staten, waar afspraken en contracten maken met de patiënten als hulpmiddelen worden aanbevolen voor een veilig en verantwoord voorschrijven. (15)

Onvoldoende kennis en een gebrek aan een duidelijk beleid ervaren artsen als een grote moeilijkheid. Dit wordt eveneens in buitenlands onderzoek aangehaald. (3, 4, 14) Een gelijkaardig kwalitatief onderzoek uit Amerika brengt eveneens de nood aan ondersteunende richtlijnen naar boven, hoewel de arts hier ook benadrukt dat een richtlijn niet zomaar op alle patiënten toepasbaar is en gepersonaliseerd moet worden. (3) Inderdaad bestaan er tot op heden geen richtlijnen in België met betrekking tot het verantwoord voorschrijven van opioïden. In de Belgische medische opleiding wordt bovendien heel weinig aandacht geschonken aan enerzijds het voorkomen, herkennen en aanpakken van middelenmisbruik en anderzijds de behandeling van pijn in het algemeen. Dit ondanks het feit dat beide problemen toch zeer prevalent zijn. (13) Alleen al alcohol wordt door 10% van de Belgische bevolking problematisch gebruikt. (16) Uit de gezondheidsenquête van 2013 bleek dat een kwart van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder kampt met matige tot zeer hevige lichamelijke pijn. (17)

Deze studie toont dat de samenwerking tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg voor verbetering vatbaar is, zowel tussen eerste lijn en tweede lijn als in de eerste lijn onderling. Duidelijke protocollen wat betreft pijnbeleid, onder andere postoperatief, kan de samenwerking tussen de verschillende actoren bevorderen en aldus het voorschrijfbeleid voor opioïden verbeteren. Dit blijkt ook uit studies van o.a. Brat et al. waarin het belang van een duidelijke ontslagbrief als ondersteuning voor de huisarts naar voor komt. Er bestaat immers een sterke associatie tussen de duur waarmee opioïden postoperatief worden voorgeschreven en het misbruik ervan. Eén enkel verlengvoorschrift voor opioïden verhoogt de kans op misbruik met 40%. (18)

Met betrekking tot het probleem van mogelijk misbruik van deze medicatie menen huisartsen dat het invoeren van controle van hogerhand, bijvoorbeeld terugkoppeling van de gegevens van het RIZIV, nuttig zou zijn om een goed beleid te kunnen hanteren en misbruik vroegtijdig op te sporen. In het huidige liberale systeem lijkt een principe van ‘één arts en één apotheker’ belangrijk om opioïdengebruik te bewaken.

De media lijken een cruciale rol te spelen in de opvatting van patiënten rond pijnmedicatie in het algemeen. Onrechtstreeks zou dit volgens de artsen ook leiden tot een verlaging van de

drempel van trap II en III medicatie. Door reclame over trap I medicatie hebben patiënten vaak deze medicatie zelf al geïnitieerd omdat ze zich hiermee vertrouwd voelen. Weliswaar wordt deze medicatie vaak niet in de aanbevolen dosering gebruikt waardoor ze ook vaak hun maximale werking niet hebben kunnen volbrengen. Zo voelen artsen zich sneller geneigd om trap II en trap III medicatie voor te schrijven om te kunnen voldoen aan de vraag van de patiënt om pijnvrij te zijn. In het verleden werden reeds verschillende sensibiliseringscampagnes opgezet rond antibioticagebruik en de gevaren ervan. Artsen merken wel de positieve evolutie in deze problematiek. Eventueel zou dit kunnen herhaald worden rond het thema opioïden. Een verbod op reclame rond pijnmedicatie zou mogelijk kunnen bijdragen tot het bewaken van het gebruik.

De laatste jaren heersen er maatschappelijke verwachtingen bij zowel arts als patiënt, namelijk dat patiënten het recht hebben om pijnvrij te zijn en dat het de plicht is van de arts dit waar te maken. De arts voelt zich op deze manier verantwoordelijk voor de pijn van de patiënt. Aangezien patiëntentevredenheid en zijn verwachtingen reeds in voorgaand onderzoek werden beschreven als beïnvloedende factoren voor het voorschrijfgedrag, is het aannemelijk dat de arts met verschillende middelen op pijnbestrijding zal inzetten. (4) De oorzaak van het stijgende gebruik van opioïden kan dus ook geassocieerd worden met de introductie van pijn als het vijfde vitale teken in 1995. (5,8) Sindsdien wordt er sterk ingezet op het behandelen van pijn, maar misschien niet altijd met evenveel aandacht voor het risico op verslaving aan bepaalde producten. Artsen mogen zich zeker niet geremd voelen in de behandeling van pijn met opioïden zodat onderbehandeling vermeden wordt, maar er moet een goede kosten-batenanalyse gemaakt worden bij het verantwoord gebruik van deze producten.

Sterkte – zwakteanalyse Uit de literatuur blijkt dat dit het eerste kwalitatieve onderzoek is over dit onderwerp in Vlaanderen. De thematische analyse van de focusgroepen werd door twee onderzoekers onafhankelijk geanalyseerd. Het onderzochte geografische gebied betreft de provincies Vlaams-Brabant en Antwerpen. Dit zou een vertekend beeld kunnen geven wat een extrapolatie naar Vlaanderen niet vanzelfsprekend zou maken, echter zijn de demografische gegevens evenwichtig verspreid. Een sterkte in dit onderzoek is het grote aantal deelnemers en de goede samenwerking tussen de onderzoekers. Hierdoor kon na zes focusgroepen een datasaturatie bereikt worden. De leidraad voor de focusgroepen werd vooraf nagelezen door een expert ter zake, die tevens de meeste focusgroepen heeft gemodereerd.

Interpretatie en implicatie De verschillende uitspraken en meningen van de deelnemers werd nog niet gecorreleerd aan de demografische gegevens, dit biedt mogelijkheden voor verder onderzoek. Eveneens kan dit onderzoek de eerste stap zijn naar een vollediger beeld van de visie van de eerstelijnszorg over het veilig en verantwoord voorschrijven van opioïden. De

mening van de andere actoren in de eerste en tweede lijn ontbreken echter nog. De barrières en facilitatoren van dit onderzoek kunnen vertaald worden naar werkpunten in de dagelijkse praktijk. Zo is er bij de huidige e-healthsystemen nog ruimte voor verbetering wat betreft opsporing en controle. Enerzijds kunnen ondersteunende richtlijnen een goede educatieve basis vormen voor artsen, anderzijds kan de media een prominente rol spelen in de bewustwording van patiënten rond pijnmedicatie.

Besluit Op dit moment zijn de artsen zich niet bewust van het problematisch gebruik dat wordt aangehaald in de media. Vooral het gebrek aan kennis en vaardigheden lijken belemmerende factoren in een maatschappij waar ‘patient empowerment’ steeds belangrijker wordt. De opleiding lijkt dus tekort te schieten op vlak van theoretische kennis en communicatietraining rond het thema opioïden en verslaving. Er is nood aan de ontwikkeling van ondersteunende richtlijnen in België, evenals structurele veranderingen die van hogerhand opgelegd worden. Een goede samenwerking tussen alle disciplines in de gezondheidszorg is eveneens primordiaal om deze stijgende trend succesvol te kunnen tegengaan.

Referentielijst

(1) Berterame, S., Erthal, J., Thomas, J., et al. (2016). Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study. *Lancet*, *387,* 1644 - 1656.

(2) Cicero, TJ., Ellis, MS. (2017). The prescription opioid epidemic: a review of qualitative studies on the progression from initial use to abuse. *Dialogues clinical neuroscience, 19,* 259 - 269.

(3) Kennedy LC., Binswanger IA., Mueller SR., et al. (2017). ”Those conversations in my experience don’t go well”: a qualitative study of primary care provider experiences tapering long-term opioid medications. *Pain medicine, 9 (11),* 1-11.

(4) Onishi, E., Kobayashi, T., Dexter, E., et al. (2017). Comparison of opioid prescribing patterns in the United States and Japan: primary care physicians’ attitudes and perceptions. *JABFM, 30 (2),* 248-254.

(5) Wilkerson, RG., Kim, HK., Windsor, TA., et al. (2016). The opioid epidemic in the United States. *Emergency medicine clinics in North America, 34,* 1 - 23.

(6) (2018) *Opioid Overdose Crisis.* Geraadpleegd op 5 januari 2019 op https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-overdose-crisis.

(7) Vranken, MJM., Mantel-Teeuwisse, AK., et al. (2017). Barriers to access to opioid medicines for patients with opioid dependence: a review of legislation and regulations in eleven central and eastern European countries. *Society for the Study of Addiction, 112,* 1069 - 1076.

(8) (2019) *WHO's cancer pain ladder for adults.* Geraadpleegd op 16 april 2019 op https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/

(9) (2017) *DGEC: Analyse van het gebruik van 5 opioïden buiten het ziekenhuis.* Geraadpleegd op 5 januari 2019 op https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/jv2017/Themas/Paginas/opioiden.aspx.

(10) Achten, M. (2017). *Visie van apothekers op het gebruik van opioïden* (masterthesis). Geraadpleegd op 5 januari 2019 op http://depot.lias.be.kuleuven.ezproxy.kuleuven.be/delivery/DeliveryManagerServlet?dps_pid=IE9737117.

(11) Chevalier, P., Debauche, M., Dereau, P., et al. (2011). Geneesmiddelenverslaving. *Huisarts Nu, 40.*

(12) Farmanet, persoonlijke communicatie. farmanet@riziv.fgov.be, 6 oktober 2015.

(13) (2017) *Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn.* Geraadpleegd op 16 april 2019 op https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0117b.

(14) Schepis TS. (2018) *The Prescription Drug Abuse Epidemic: Incidence, Treatment, Prevention, and Policy.* Santa Barbara, Californië: Praeger.

(15) (2017) *Guidelines for the Chronic Use of Opioid Analgesics*. Geraadpleegd op 27 april 2019 op https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/policies/opioid_guidelines_as_adopted_april-2017_final.pdf

(16) *Alcohol: De cijfers*. (z.j.). Geraadpleegd op 29 april 2019 op https://www.druglijn.be/over-ons/schoolopdracht-drugs/cijfers-en-statistieken/alcohol

(17) (2013) *Gezondheidsenquête 2013 Rapport 1: Gezondheid en welzijn*. Geraadpleegd op 27 april 2019 op https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/PI_NL_2013.pdf

(18) Brat, G., Agniel, D., Beam, A., et al. (2018). Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. *BMJ*, *360*, 1 - 9.

Appendices

Appendix 1: Goedkeuring ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP004444
Uw kenmerk: Masterproef studie: Percepties, barrières en facilitatoren bij het veilig en verantwoord voorschrijven van opioïden in de eerste lijn: Een kwalitatief onderzoek bij huisartsen
Leuven, 07-05-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Cathy Matheï
Geachte Eline De Deygere, Lise Claes, Lianne De Mey

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 07-05-2018

De Commissie keurt de aanvraag goed en heeft verder geen opmerkingen.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 26-04-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Appendix 2: Vragenlijst

VRAGENLIJST

- **Geslacht?** (omcirkelen wat past)

  M V

- **Leeftijd?** (omcirkelen wat past)

  26 – 30 jaar 31 – 35 jaar 36 – 40 jaar 41 – 45 jaar 46 – 50 jaar 51 – 55 jaar

  56 - 60 jaar > 61 jaar

- **Praktijkvorm?** (omcirkelen wat past)

  Solopraktijk Duopraktijk Groepspraktijk Wijkgezondheidscentrum

- **In welke zorgregio bent u tewerkgesteld?** (invullen wat past)

  …….

- **Een stedelijke of landelijke praktijk?** (omcirkelen wat past)

  Stedelijk Landelijk

- **Hoe ziet uw patiëntenpopulatie er voornamelijk uit?**

  Voornamelijk 70+

  Voornamelijk 50+

  Voornamelijk 30 – 50 jarigen

  Alle leeftijdscategorieën

Appendix 3: Toestemmingsverklaring

TOESTEMMINGSVERKLARING (INFORMED CONSENT)

Titel onderzoek: Veilig en verantwoord voorschrijven van opioïden in de eerste lijn: percepties, barrières en facilitatoren
Verantwoordelijke onderzoekers: Lise Claes, Eline De Deygere en Lianne De Mey (Promotor Prof. Cathy Matheï)

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen volledig anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik begrijp dat audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse zal worden gebruikt en dat deze na het onderzoek zullen worden vernietigd. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:……

Datum:…… Handtekening:……..

In te vullen door één van de onderzoekers

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……

Datum: …… Handtekening:..……

○ Ik wil graag via ‘e-mail op de hoogte worden gehouden van de resultaten van dit onderzoek.

e-mailadres: ……..

Appendix 4: Vragen transcript

PERCEPTIES

Als jullie kijken naar de eigen praktijk, wat is het idee over het voorschrijven van opioïden?

- **Is er een probleem? Is het tijd voor actie?**
    - Mogelijke perceptie: wordt er te veel voorgeschreven?
- **Is er een verschil tussen acuut gebruik versus chronische pijnbehandeling?**
    - Mogelijke perceptie: bij chronische pijnbehandeling loert fysieke afhankelijkheid en verslaving om de hoek.
- **Zijn er mensen met verslaving aan deze medicatie of stergevallen door deze medicatie?**
    - Mogelijke perceptie: er wordt te snel en te veel voorgeschreven.

Als we spreken over "veilig en verantwoord" voorschrijven van opioïden, hoe zouden jullie dit willen omschrijven?

- **Maakt het uit welke patiënt er voor jullie zit?**
    - Mogelijke perceptie: wat voor type patiënt krijgt opioïden?
- **Wordt jullie perceptie beïnvloedt door meningen van buitenaf?**
    - Mogelijke perceptie: speelt de overheid of de media een rol in voorschrijfgedrag?
- **Bij welke pathologie wordt deze medicatie vooral voorgeschreven?**
    - Mogelijke perceptie: wat zijn indicaties voor het opstarten/stoppen van deze medicatie?
- **Zijn jullie voldoende vertrouwd met deze medicatie om deze voor te schrijven/af te bouwen?**
    - Mogelijke perceptie: is hier voldoende opleiding over?

BARRIERES

Wat zijn voor jullie de voornaamste drempels om opioïden al dan niet voor te schrijven/af te bouwen?

Wat zorgt ervoor dat de huisartsen dit als drempels ervaren?

- **Maakt het een verschil voor u indien de patiënt voor u onbekend is?**
    - Mogelijke drempel tot voorschrijven: Voorgeschiedenis patiënt die onbekend is.
- **Maakt het een verschil voor u wat betreft de pathologie?**
    - Mogelijke drempel tot voorschrijven: afhankelijk van de pathologie?
- **Vindt u dit een taak van de huisarts of is dit eerder voor de tweede lijn?**
    - Mogelijke drempel tot voorschrijven: te lange wachttijden bij specialist.
- **Zijn er bepaalde nevenwerkingen die u remmen in het voorschrijven van opioïden?**
    - Mogelijke drempel tot voorschrijven:
        - Onvoldoende kennis in het algemeen over opioïden.
        - Angst voor inductie verslaving/misbruik/intoxicatie.
- **Vindt u dat er voldoende controle is wat betreft het voorschrijven van opioïden?**
    - Mogelijke drempel tot voorschrijven: mogelijke sancties van hogeraf.
- **Vindt u het haalbaar om dit tijdens een consult te behandelen?**

- Mogelijke drempel tot voorschrijven en afbouwen: te weinig tijd tijdens een consult om dit goed te bespreken.

- **Lukt het om duidelijke afspraken met de patiënt te maken rond deze medicatie?**
  - Mogelijke drempel tot afbouwen:
    - Vermijden van de confrontatie tot afbouw/stop
    - Arts-patiëntrelatie die eronder lijdt
    - Angst voor inductie verslaving/misbruik/intoxicatie
    - Emotionele last voor de hulpverlener, het is gemakkelijker om het voor te schrijven dan er tegen in te gaan.
- **Wat raadt u patiënten aan indien zij geen opioïden willen nemen?**
  - Mogelijke drempel tot afbouwen: onvoldoende beschikbaarheid van andere alternatieven.

Zijn er op dit moment omstandigheden die het voorschrijfgedrag van opioïden in de hand werkt, waardoor afbouwen moeilijk is?

- **Krijgen jullie vaak te maken met bezorgde apothekers of andere instanties?**
  - Mogelijke drempel: makkelijke toegankelijkheid in de apotheek zonder veel controle.
- **Zijn er patiënten die zelf met de vraag komen om de opioïden te stoppen?**
  - Mogelijke drempel: Patiënten komen altijd terug voor een voorschrift.
- **Starten jullie vaak zelf opioïden op? Passen jullie vaak de therapie van de specialist aan?**
  - Mogelijke drempel: wordt opgestart door de specialist en de huisarts durft het niet afbouwen.

FACILITATOREN

Zijn er maatregelen of interventies die het voorschrijven van opioïden meer veilig en toegankelijk zouden maken?

- **Op welke manier zou u meer vertrouwd kunnen geraken met het voorschrijven?**
  - Mogelijke facilitator:
    - Ontwikkeling van een voorschrijftool
    - Organisatie van opleidingen rond het voorschrijven
- **Bent u soms verbaasd wanneer een verslaving bij een bepaalde patiënt wordt aangekaart door de omgeving?**
  - Mogelijke facilitator: opleiding in het herkennen van misbruik/verslaving.
- **Is de literatuur voldoende duidelijk wat betreft het voorschrijven van opioïden?**
  - Mogelijke facilitator: ondersteunende richtlijnen.
- **Indien u afspraken hebt gemaakt met de patiënt, lukt het dan om deze na te komen?**
  - Mogelijke facilitator: contractuele overeenkomst met de patiënt alvorens het voorschrijven.

Hoe kunnen deze drempels volgens jullie in de toekomst aangepakt worden?

- **Welke hulpbronnen zouden jullie kunnen helpen in de toekomst?**
  - Mogelijke facilitator:
    - Beschikbaarheid van goede bron/richtlijn
    - Betere kennis ivm dosis, neveneffecten,...

- **Op welke manier denken jullie meer inzicht te krijgen in de verslavingsproblematiek?**
    - Mogelijke faciltator: adhv opleidingen beter herkennen en handelen ivm vermoeden addictie.
- **Verloopt de samenwerking met de twee lijn vlot?**
    - Mogelijke facilitator:
        - Beter overleg met andere zorgverleners indien vermoeden addictie
        - Snel overleg met specialist mogelijk / minder lange wachttijden
- **Hoe gebeurt de beoordeling van pijn of objectivering op dit moment?**
    - Mogelijke facilitator: goede objectivering van pijn mogelijk (maar hoe?)