Visie van huisartsen op de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs in de huisartsenpraktijk

Tinne van den Keybus, Universiteit Antwerpen

Promotor: Dr. Marc Van Nuland, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Kristien Coteur, Katholieke Universiteit 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.

Abstract

Achtergrond: Benzodiazepines en Z-drugs zijn frequent voorgeschreven medicatie. Verschillende studies beschrijven de visie van huisartsen op deze medicatie en de omstandigheden waarbij deze opgestart wordt. Zo blijken er voor vele huisartsen onvoldoende alternatieven beschikbaar, voelen zij zich soms onder druk gezet om deze medicatie voor te schrijven, geven zij aan te weinig getraind te zijn voor het toepassen van niet-farmacologische behandelingen bij insomnia, en leidt de beperkte consultatietijd soms tot het snel meegeven van een voorschrift. Over de barrières en faciliterende factoren wat betreft afbouw en stop van de bestudeerde medicatie is minder bekend. Het weigeren van afbouw en stop door de patiënt en opnieuw het gebrek aan alternatieven kwam uit één studie naar voren. Onze studie werd dan ook uitgevoerd om de faciliterende en belemmerende factoren bij de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs, volgens de visie van de huisarts, verder te exploreren.

Methode: Door middel van focusgroeponderzoek werd de visie van Vlaamse huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) wat betreft afbouw en stop van benzodiazepines en Z-drugs onderzocht. De gesprekken vonden plaats tijdens een bijeenkomst van een Lokale Kwaliteitsgroep of HAIO-seminarie, waarbij de deelnemers elkaar op voorhand kenden, zodat ze meer vrijuit zouden durven spreken. De transcripten werden geanalyseerd via de methoden van de thematische analyse. De codering werd uitgevoerd door twee onafhankelijke onderzoekers met behulp van Nvivo 12.

Resultaten: Er werden 5 focusgroepgesprekken uitgevoerd waaraan 43 artsen deelnamen. Datasaturatie werd bekomen. Zware psychiatrische belasting, multiproblematiek, hogere patiëntleeftijd, niet gemotiveerde patiënten en benzodiazepineafhankelijkheid kwamen naar voren als belemmerende factoren op patiëntniveau om een afbouwpoging aan te vatten. Gebruikers die daarentegen angstig zijn voor nevenwerkingen van benzodiazepines, die trots zijn door vorige succesvolle afbouwpogingen en die inzicht hebben in de slaapfysiologie en de werking van slaapmedicatie, zijn dan weer uitermate geschikt voor een afbouwtraject. De geïnterviewden merkten op dat collega's vaker dan vroeger een voorschrift weigeren, wat maakt dat het ook voor henzelf makkelijker weigeren is. Artsen met weinig ervaring in het afbouwen zien dit als een drempel om pogingen te ondernemen. Ontmoediging door het boeken van weinig successen, zeker bij langdurige gebruikers, werd als belemmerende factor aangegeven. Aan langdurige gebruikers wordt dan ook vaak geen afbouwpoging voorgesteld. Andere artsen willen dan weer niet te streng zijn door medicatie te stoppen, of hanteren een gedoogbeleid. Ook collega's die niet achter de afbouw staan, voorschriften blijven afleveren of oude dosissen voorschrijven, belemmeren afbouw en stop. Verscheidene artsen gaven aan moeilijk met patiëntenweerstand om te kunnen gaan. De tijdsinvestering die een afbouwpoging met zich meebrengt, blijkt een barrière te zijn voor vele artsen, net als de vaak ongelukkige timing van de vraag naar benzodiazepines. Sommige artsen ervaren te weinig overheidsondersteuning, anderen spreken dit tegen. HAIO's haalden specifieke barrières aan. Zij willen de bestudeerde medicatie soms afbouwen, maar ondernemen geen poging omdat hun opleider hier niet achter staat. Ook het moeten voorschrijven van herhaalrecepten, soms zelfs zonder de patiënt te zien, komt naar voren.

Conclusie: Zowel op niveau van de arts, de patiënt als de context kunnen we belemmerende en faciliterende factoren wat betreft de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs beschrijven, dit steeds vanuit de visie van de arts. Enkel het weigeren van afbouw door de patiënt werd reeds eerder beschreven. HAIO's halen bovendien problemen aan specifiek voor hun statuut als arts-in-opleiding.

Inhoudstafel

Inleiding..... 5

Methode..... 6 - 7

Resultaten..... 8 - 15

Discussie..... 16 - 18

Besluit..... 19

Referenties..... 20

Dankwoord..... 21

Bijlagen

- Bijlage 1: Literatuuronderzoek..... 22 - 25
- Bijlage 2: Informatiebrief..... 26 - 27
- Bijlage 3: Informed consent..... 28
- Bijlage 4: Topiclijst..... 29
- Bijlage 5: Gunstig advies ethisch comité..... 30 - 31
- Bijlage 6: Goedgekeurd protocol..... 32 - 39
- Bijlage 7: Demografietabel..... 40 - 42
- Bijlage 8: Codeboom..... 43 - 50

Inleiding

Benzodiazepines en Z-drugs zijn frequent voorgeschreven medicatie. Zo toonde de Gezondheidsenquête 2013 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (1) dat 13% van de adolescenten en volwassenen in de twee weken voor de afname van het interview deze medicatie heeft genomen. Hoe ouder de patiënten, hoe frequenter deze medicatie gebruikt wordt. Insomnia, angstklachten en depressie blijken de belangrijkste indicaties te vormen (2–4).

Een meta-analyse van Sirdifield et al. (5) uit 2013 spreekt over de ambivalente attitude van huisartsen naar het voorschrijven van sedativa toe. Huisartsen zijn onderling verschillend in hun visie op deze medicatie, ze halen het gebrek aan alternatieven aan en ook de arts-patiëntrelatie en de verwachtingen van de patiënt, die kunnen leiden tot opstart, komen in deze synthese duidelijk naar voren. Artsen werkzaam in woonzorgcentra halen het tekort aan verpleegkundigen en middelen aan. Dit maakt dat zij vaker naar medicatie, waaronder benzodiazepines, grijpen voor de behandeling van gedrags- en psychologische symptomen bij dementerenden (6,7).

Ook tijdsgebrek, kostprijs van alternatieve behandelingen, het idee dat patiënten zich niet begrepen voelen zonder opstart van medicatie, moeilijkheden met motiveren tot uitproberen van andere behandelingen en beperkte artstraining zijn omstandigheden die huisartsen aanhalen voor opstart van benzodiazepines en Z-drugs (8–10).

De situaties waarin een huisarts (sneller) overgaat op opstart van benzodiazepines en Z-drugs zijn, zoals uit het bovenstaande blijkt, reeds door verschillende onderzoekers in kaart gebracht. Echter, er zijn slechts zeer weinig gegevens beschikbaar over omstandigheden waarin afbouw van deze medicatie wel of niet aan de orde zou kunnen zijn. Enkel een Franse studie (11) focuste zich op visies van huisartsen omtrent afbouw van sedativa. Zij haalt het gebrek aan alternatieven en het weigeren van de patiënt aan als belangrijkste barrières om deze medicatie af te bouwen.

Deze studie tracht dan ook faciliterende en belemmerende factoren die de Vlaamse huisarts ervaart bij de afbouw van benzodiazepines en/of Z-drugs verder in kaart te brengen. Deze factoren zullen zowel op het niveau van de patiënt, de arts als de context verder beschreven worden.

Methode

Een exploratief kwalitatief onderzoeksdesign leent zich het best om nieuwe inzichten te verkrijgen in de omstandigheden waarin huisartsen wel of geen benzodiazepines of Z-drugs afbouwen. Er werd hierbij gekozen voor focusgroeponderzoek, zodat de interacties tussen de deelnemende artsen tot nieuwe hypothesen zouden leiden.

Er werden actieve Vlaamse huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) tussen 25 en 65 jaar gerekruteerd door middel van purposefull sampling zoals toegepast in een theoretische steekproeftrekking. Er werd getracht een zo groot mogelijke diversiteit na te streven, zowel qua geslacht, leeftijd, plaats van de praktijk (stedelijk of platteland) en aard van de praktijk (groepspraktijk of soloarts), dit om artsgebonden factoren zo goed mogelijk te kunnen exploreren. Er werd een mate van homogeniteit van artsen (vb. wat betreft leeftijd) binnen elke focusgroep nagestreefd, om ervoor te zorgen dat iedereen vrijuit durfde te spreken. Artsen werden gecontacteerd via LOK's (Lokale Kwaliteitsgroep), via seminariegroepen van het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding) en via de website van het ICHO, uiteraard na goedkeuring door de verantwoordelijke voor deze instantie. Aangezien elke arts verbonden is aan een welbepaalde LOK, en dus de collegae aldaar kennen, is dit een veiligere omgeving om vrijuit te spreken. Er werden artsen geïncludeerd tot saturatie van de data bereikt was. Het eerste gesprek, waaraan 3 HAIO's deelnamen, was een try-out. De focusgroepgesprekken vonden plaats tijdens een LOK-moment of ICHO-seminarie in de periode september 2018 – januari 2019.

Wanneer een arts wenste deel te nemen, werd hij of zij geïnformeerd door middel van een informatiebrief (zie bijlage 2), waarin de doelstellingen van het onderzoek vermeld stonden. Deelname aan het focusgroeponderzoek vond slechts plaats nadat een informed consent getekend werd (zie bijlage 3). Er werden tevens enkele persoons- en werkgegevens verzameld (leeftijd, geslacht, aantal jaren werkzaam, stedelijke of plattelandspraktijk (naar inschatting van de geïnterviewde arts), solo-, duo- of groepspraktijk, frequentie van opstart van benzodiazepines en verhouding somatische/psychische consulten). Een vooraf opgemaakte topiclijst, opgesteld door de onderzoekers en terug te vinden als bijlage 4, was de leidraad bij het afnemen van de gesprekken. Alle focusgroepgesprekken werden vastgelegd door middel van geluids- en beeldopnamen. Direct na het afnemen van het focusgroepgesprek werden de persoonsgegevens geanonimiseerd, dit enkel door de onderzoekers. Hierbij kreeg elke deelnemer een code welke geen persoons- of demografische gegevens bevatte, om te verhinderen dat de code herleid zou kunnen worden naar een specifieke deelnemer. De coderingssleutel en de codes werden niet op éénzelfde computer bewaard. De gesprekken werden zo snel mogelijk door de onderzoekers uitgeschreven, waarna de opnames en notities onmiddellijk gewist werden. Er werd een back-up van de uitgeschreven gesprekken voorzien, en elke computer die data bevatte, was beveiligd met een paswoord. De promotor staat in voor het bewaren van de bestanden, en dit gedurende 5 jaar.

De transcripten van de gesprekken werden geanalyseerd via de methoden van de thematische analyse, met een inductieve benadering van de data. Dit betekent dat de codes, categorieën en thema's ontwikkeld werden vanuit de verkregen data. Gegevens werden eerst open, en nadien axiaal en selectief gecodeerd. De codering werd door twee onafhankelijke onderzoekers uitgevoerd (onderzoekerstriangulatie) met gebruik van analysesoftware (NVivo 12). Als laatste fase van de

analyse werd een conceptueel model ontwikkeld door de twee onderzoekers, dat werd besproken in een consensusvergadering waar ook de promotor van deze studie aan deelnam.

Deze studie werd goedgekeurd door de Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) in delegatie van het Ethisch Comité voor Onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven op 5 maart 2018 (kenmerk MP004465) (zie bijlage 5).

Resultaten

Kenmerken van de deelnemers en de gesprekken

Er werden 5 focusgroepgesprekken uitgevoerd, waaraan 43 artsen deelnamen. De groepsgrootte varieerde van 9 tot 12 deelnemers, met uitzondering van het eerste gesprek, waaraan 3 huisartsen-in-opleiding (HAIO's) deelnamen. Eén arts nam aan twee gesprekken deel. Deze arts maakt deel uit van de LOK-groep (Lokale Kwaliteitsgroep) waar het tweede gesprek plaatsvond. Echter, de huisarts is ook partner van een arts uit de LOK-groep van het derde gesprek, waar deze tevens participeerde. In sommige focusgroepgesprekken waren er enkele artsen die wel aanwezig waren op de LOK-vergadering maar niet participeerden aan de discussie. Deze gegevens zijn terug te vinden in de demografietabel, bijlage 7.

De laatste gesprekken brachten geen nieuwe thema's meer naar boven, enkel nieuwe voorbeelden en nuances die binnen reeds bestaande thema's ondergebracht konden worden. Saturatie van data werd dus bekomen.

Patiëntniveau

Uit alle gesprekken komen gelijkaardige types patiënten naar voren waarbij artsen het niet aangewezen vinden een afbouw- of stoppoging te ondernemen.

Aan stabiele patiënten met een zware psychiatrische belasting, zoals schizofrenie, psychosen, bipolariteit… wordt zelden een stoppoging voorgesteld, gezien de artsen hier angst hebben een decompensatie uit te lokken.
Arts nummer 3 beschreef dit als volgt:

> *Een knalpsychotische patiënt die eigenlijk stabiel staat onder zijn medicatie, je hebt zo van die psychische patiënten die echt een heel precair evenwicht hebben in hun medicatie, en als die eindelijk stabiel staan, en die blijven stabiel, en als je dan aan die hun medicatie gaat zitten, is het allemaal decompensatie.*

Ook bij patiënten met multiproblematiek, zoals verschillende soorten verslavingen, en patiënten die reeds een lang psychologisch traject afgelegd hebben, wordt vaak geen stoppoging ondernomen, tenzij deze problemen goed onder controle zijn. De ondervraagde huisartsen maken hier de overweging tussen enerzijds het voorschrijven van deze medicatie en anderzijds het risico op herval in of verergering van de psychische problematiek.
Arts nummer 34 zei hierover*:*

> *Wel, als ik het gevoel heb dat ze beginnen te drinken om zich rustiger te voelen, en beter in hun vel te voelen, dan zal ik eerder een Xanax voorschrijven omdat ze van de drank zouden wegblijven, want ik denk dat ze eerder in de problemen gaan geraken met drank dan met hun Xanax, ja, dat is voor mij een overweging om een benzo voor te schrijven, da's correct ja.*

De ondervraagde huisartsen halen daarentegen aan dat patiënten die een kortstondige crisissituatie doorgemaakt hebben, uitermate geschikte patiënten zijn om benzodiazepines af te bouwen.

Ook bij oude patiënten, meestal gedefinieerd als 70- of 80+, worden er weinig stoppogingen ondernomen. Eén jonge arts nuanceert dit echter, en duidt op de algehele toestand van de patiënt als criterium voor afbouw.

Vooraleer een afbouw- en stoppoging te ondernemen, halen verscheidene huisartsen aan dat je de sociale context en de stressfactoren die bij de patiënt spelen, goed moet kennen. Ook moet volgens hen de patiënt voldoende gemotiveerd zijn, om de kans op falen te reduceren. Indien niet, dan kan bij het schrijven van een herhaalrecept kort aangegeven worden dat het beter zou zijn te stoppen, maar een echte poging ondernemen is dan nog niet aan de orde, zoals arts nummer 25 beschreef:

> *Want als je dat gaat starten bij iemand die absoluut niet gemotiveerd is, de kans op falen is redelijk groot, de kans dat je die dat een keer opnieuw gaat kunnen laten doen met dan kans op slagen wordt weer kleiner, dus ik zoek wel een moment om het te kunnen doen, maar ik pols er eigenlijk wel elke keer als ik het voorschrijf naar, ja.*

Verscheidene artsen haalden dan ook aan dat zij peilen naar de motivatie van de patiënt door middel van het gebruik van de cirkel van Korthagen. Hierbij worden ook faciliterende factoren en valkuilen wat betreft afbouw en stop in kaart gebracht. Het blijkt dat vorige successen vaak een motivatie zijn bij een volgende stoppoging. Arts nummer 25 vertelde:

> *Ja, plus dat is ook positief [lees: de patiënt die weet dat de magistraal bereide gelulen een steeds lagere dosis van het benzodiazepine bevatten, TvdK], want dan zijn die trots van 'de vorige keer ben ik tot zoveel geraakt'. Ja ok, ca va, dan willen die verder geraken.*

Meerdere artsen vertelden tijdens de interviews over patiënten die 'shoppen' bij verschillende artsen en afspraken niet opvolgen of uitstellen. Afspraken kunnen maken en naleven is voor vele ondervraagde artsen dan ook een voorwaarde om benzodiazepineafbouw te kunnen initiëren.

Daarnaast menen vele artsen dat het kickeffect, ervaren door sommige patiënten bij het gebruik van slaap- en kalmeermedicatie, een belemmerende factor is bij de afbouw. Afhankelijkheid van benzodiazepines maakt tevens afbouw moeilijk in de ogen van de artsen, zeker wanneer de patiënten door verschillende artsen te raadplegen - al dan niet via de wachtdienst - aan hun voorschriften geraken. In vele gevallen is dit voor de vaste huisarts niet onmiddellijk duidelijk, al halen verschillende deelnemers aan dat zij gealarmeerd zijn wanneer een nieuwe patiënt naar benzodiazepines komt vragen. Arts nummer 15 zei hierover: "*Euh… als een patiënt die ik niet ken, bij mij komt voor een benzo, dan moet er, denk ik, toch een belletje gaan rinkelen van 'da's toch wel vreemd'.*"

Patiënten trachten volgens de ondervraagde huisartsen soms ook in te spelen op het gemoed van de huisarts, door te stellen dat ze 'dood zullen gaan' wanneer ze hun benzodiazepine zouden afbouwen en stoppen. Verscheidene artsen geven aan dat het moeilijk is om dan een afbouw- en stoppoging verder te bespreken en aan te vangen.

Naast bovenstaande belemmerende factoren, ervaren bij benzodiazepineafbouw en -stop, vermeldden de artsen ook faciliterende factoren op niveau van de patiënt.
De ondervraagde artsen haalden aan dat patiënten die angst hebben voor de nevenwerkingen van benzodiazepines (verslaving, vallen, drogerend effect, cognitief disfunctioneren) dan weer erg makkelijk te motiveren zijn tot afbouw. Patiënten die reeds een succesvolle afbouwpoging ondernamen, zijn hier vaak erg trots op, en stappen volgens de artsen vaker mee in een afbouwtraject. Benzodiazepinegebruikers die inzicht hebben in de fysiologie van de slaap en de

werking van slaapmedicatie, zijn tevens makkelijker te motiveren tot afbouw en stop, zo blijkt uit de interviews.

Artsniveau

Artsen die nog maar weinig stoppogingen ondernomen hadden, gaven dit aan als drempel om afbouw met de patiënt te bespreken. In dit onderzoek werd deze belemmerende factor enkel aangehaald door HAIO's en huisartsen die nog maar enkele jaren afgestudeerd waren, zoals arts nummer 35:

> *Omdat ik daar ook, allé, ik persoonlijk, weinig ervaring mee heb, ik heb dan de expertise van [lees: noemt naam oudere collega van dezelfde praktijk, TvdK] waar ik wel op kan rekenen, maar ik merk dat dat voor mij soms wel een drempel is voor dat zelfs te proberen.*

Artsen die wél ervaring hadden met afbouw en stoppen van benzodiazepines, haalden het boeken van weinig successen aan als belemmerende factor. Zij gaven aan ontmoedigd te zijn door de tevergeefse stoppogingen, zeker wanneer het gaat om langdurige gebruikers, wat maakt dat zij afbouw met deze patiënten minder bespreken dan vroeger. Het feit dat vele artsen merken dat langdurige gebruikers moeilijk af te bouwen zijn, en er dus vaak geen poging meer ondernomen wordt, heeft ook zijn weerslag op de opstart van benzodiazepines. Uit ons onderzoek is gebleken dat er door vele artsen gestreefd wordt naar een kortdurend, intermittent gebruik, en er gewerkt wordt met lage dosissen en kleine verpakkingen. Zo hopen zij langdurig gebruik, en de bijkomende problemen bij de afbouw, te voorkomen, wat arts nummer 17 verwoordde als: "*Hoe minder dat je meegeeft, hoe minder kans dat ze dus blijven gebruiken hé".*

Eén HAIO haalde aan dat sommige patiënten en hun verhalen te sterk gelijken op situaties meegemaakt binnen de eigen familie. Door eerdere persoonlijke ervaringen vond deze arts het aanhalen van stoppogingen dan ook (tijdelijk) niet aangewezen. Deze arts gaf aan dat het wel belangrijk is om gemotiveerde patiënten op dat moment door te verwijzen naar collega-huisartsen, omdat de arts meent dat de patiënt anders zou kunnen denken dat zijn zorgverlener er toch niet mee bezig is.

Andere huisartsen halen aan dat zij slechts een beperkt aantal verslavingen begeleiden. Een afbouw- en stoppoging bij een andere patiënt zal dan niet onmiddellijk aangevangen worden.

Andere artsen geven blijk van een gedoogbeleid, en vertellen dat het makkelijker is om de patiënten hun medicatie te laten nemen dan een stoppoging te ondernemen. Sommigen menen dan ook dat er nog weinig te winnen is met een stoppoging, zeker zij die van mening zijn dat een stoppoging bij ouderen niet meer aan de orde is (cf. supra). Zij leggen zich neer bij het feit dat 'het slechts een pilletje is' wat de patiënt neemt, zeker wanneer het over patiënten gaat met een lange psychische voorgeschiedenis, zoals ook in voorgaande paragraaf beschreven werd.

Sommige artsen vinden zich ook te streng wanneer ze deze medicatie 'afnemen' van hun patiënten, zeker wanneer de patiënt dan ook nog wat weerstand vertoont. Arts nummer 1 zei hierover:

> *Ik hoor ik de mensen zeggen zo op onze ouderdom: 'Ja maar seg, voor dat beetje dat ik er nog ben, daar ga je me niet mee pesten hé'. En… [draait zich van camera weg] Ik pest ze daar niet mee ook niet, als ze graag een slaappilleke nemen, ja se…*

Verschillende huisartsen halen tevens problemen aan wanneer de patiënt ook een andere collega binnen de praktijk bezoekt. Eén huisarts (arts nummer 31) haalt het probleem aan van het voorschrijven van de oude dosis benzodiazepines door een collega, omdat deze niet op de hoogte is van het afbouwplan: "*Wat op praktijkniveau ook nog moeilijk is, is zeg maar dat andere mensen binnen de praktijk dat dan vervolgens, als je een stapje had afgebouwd, de oude dosis voorschrijven."*

Andere artsen halen dan weer het probleem aan van collega's (huisartsen en arts-specialisten) die niet achter de afbouw staan, en dus de dosissen niet aanpassen, of die een dosisreductie nooit aankaarten bij de patiënt. Hierdoor is het volgens de ondervraagde huisartsen moeilijker om de patiënt warm te krijgen voor een afbouw.
Arts nummer 4 zei hierover het volgende:

> *Want overigens ook, om op die vraag terug te komen, wat soms ook een drempel is om af te bouwen, is als mensen zeggen 'ja maar, van de vaste arts krijg ik dat wel altijd', of van 'de specialist die schrijft dat wel altijd voor', dat soort dingen.*

Arts nummer 36 haalde aan:

> *Maar je hebt er altijd, ja, de typische sociale gevallen hé, die hebben dan toch altijd via, ja, heel vaak de spoed, en de psychiater, dat die een massa van die dingen hebben, je krijgt dat niet weg hé. Als jij het niet geeft, gaan ze het daar halen. Wat niet wil zeggen dat je het zelf start, maar als het gestart is, dan zit je er mee hé, en krijg ze er maar af.*

Een HAIO (arts nummer 25) haalde aan dat zijn praktijkopleider (PO) nadien de dosis opnieuw verhoogde naar de initiële dosis, omdat deze laatste niet achter de afbouw stond: "*Als ik zou zeggen 'oeh ik ga dat niet doen', een heel spel, een half uur discussiëren met de patiënt, en iedereen is boos met slaande deuren, dat krijgt die dat de dag nadien bij de PO toch."*

Bovenstaande problemen hebben vooral te maken met het voorschrijven van herhaalrecepten. Wat de opstart van benzodiazepines betreft daarentegen, gaven enkele artsen aan dat collega's in de buurt, net als henzelf, regelmatig opstart van benzodiazepines weigerden. Dit fenomeen ervaren de huisartsen als een faciliterende factor om zelf ook een benzodiazepinevoorschrift te weigeren.

Artsen halen aan dat het moeilijk afbouwen is wanneer patiënten weerstand vertonen, kwaad of agressief worden of er een conflict ontstaat. Soms leidt dit tot het opnieuw voorschrijven van de aanvankelijke dosissen, zoals arts nummer 8 aanhaalde: "*En toen dacht ik: 'kom seg, ik geef die dat al gauw terug, mijn leven is in gevaar'".*
Arts nummer 24 kaderde de drempel om af te bouwen wanneer de patiënt weerstand vertoont: *"Voor mij is ook een drempel om af te bouwen ook vaak dat ze zo wat ambetant worden, dat vind ik zo lastig."*

Bovenstaande drempel op artsenniveau leunt dicht aan bij moeilijkheden die door de huisartsen op patiëntniveau gesitueerd worden, zoals patiënten die (nog) niet gemotiveerd zijn of niet vatbaar zijn voor de argumenten van de huisarts over het nut van afbouw.

<u>Contextniveau</u>

Een belemmerende factor op praktijkniveau die uit deze gesprekken naar boven komt, is de tijdsinvestering die een afbouw van benzodiazepines met zich meebrengt. Een afbouwplan vraagt

geduld van de arts, en neemt heel wat tijd in beslag. Wanneer je als arts deze tijd niet kan vrijmaken, start je volgens de geïnterviewden ook niet met een afbouwpoging, zoals arts nummer 38 aangaf: "*Als het keidruk is, als er 20 man in uw wachtzaal zit, ga je daar niet aan beginnen, want daar heb je toch wel efkes tijd voor nodig."*

Eén arts van middelbare leeftijd (arts nummer 8) haalde aan dat de vergoeding per prestatie maakt dat de ondervraagde een tijdsbeperking voelt wanneer deze het gesprek over afbouw van benzodiazepines aangaat: "*Je moet kijken naar wat wij krijgen per prestatie, voor dat bedrag kunnen wij geen uur met iemand over benzo's gaan spreken, dat is jammer genoeg…"*
Arts nummer 7 haalde aan: *"Nee, maar zuiver financieel wil ik het er nog niet over hebben, gewoon tijdsinvestering, wat dat één uur dat je uittrekt voor één patiënt zijn er 3 zieken die niet kunnen komen."*

Niet enkel de tijdsinvestering die afbouw vraagt, maar ook de soms ongelukkige timing van het ter sprake brengen van benzodiazepinegebruik maakt dat er (nog) niet onmiddellijk over afbouw gesproken wordt. Meerdere artsen halen het 'deurklinkfenomeen' aan, de patiënt die op het einde van het consult nog snel een voorschriftje voor zijn slaapmedicatie vraagt. Verschillende artsen vinden het lastig om het gesprek dan nog in een andere richting te gaan duwen, waardoor voorschriften al snel worden afgeleverd zonder het gesprek aan te gaan. Arts nummer 17 zei daarover: *"Ik denk dat de belangrijkste reden inderdaad, om niet te stoppen is, je kan het wel zijdelings aanraken op je consult, van 'denk er eens over na', maar vaak ben je op het einde van je consult, om dan nog het gesprek in de andere richting…"*

Uit de interviews komt er een discrepantie naar boven wat betreft het ervaren van overheidssteun bij afbouwen van benzodiazepines. Jongere artsen en HAIO's geven aan wel wat ondersteunend materiaal te vinden (stopbrieven Nederlands Huisartsengenootschap, slaapcoaches, invloed van campagnes) terwijl de oudere artsen die deelnamen van mening waren dat er veel te weinig ondersteuning geboden wordt. Voorbeelden van gewenste ondersteuning die aangehaald werden zijn informatiebrochures, praktijkassistenten die afbouw kunnen bespreken en kleinere verpakkingen van benzodiazepines en Z-drugs zodat het gebruik beperkt kan worden in de tijd.

Naast het reeds beschreven 'shoppen' van voorschriften bij verschillende artsen worden er ook alternatieve bronnen van aanschaf aangehaald, waar de artsen geen weet van hebben, of geen vat op hebben, wat afbouw en stop opnieuw moeilijk maakt. Twee artsen halen de internetverkoop aan, andere artsen spreken dan weer over het doorgeven van slaap- en kalmeermedicatie aan familieleden.

Wanneer de patiënt echter wel gemotiveerd is om te stoppen, is een moeilijke financiële situatie van de patiënt soms een belemmering. Eén arts haalt aan dat frequente opvolging bij afbouw soms niet mogelijk is omwille van het remgeld dat de patiënt moet betalen, waardoor de afbouw moeizamer verloopt. Magistrale bereidingen van benzodiazepines, vaak gebruikt bij de afbouw, kosten de patiënt meer omdat de apotheker hiervoor een toeslag krijgt. Sommige patiënten zijn niet bereid dit te betalen. Alternatieve manieren voor afbouw en stop, zoals het raadplegen van een therapeut, kosten de patiënt meer dan een doosje medicatie. Dit ziet een deelnemende arts ook als een belemmering voor afbouw. Doorverwijzen naar collega's, zowel collega-huisartsen, slaapcoaches als een psychiater voor verdere afbouw van benzodiazepines en/of begeleiding van slaapproblemen, wordt in dit onderzoek enkel aangehaald door artsen van 40 jaar en jonger.

Verscheidene artsen spreken ook over familieleden van de patiënt, die soms afbouw resoluut weigeren of herhalingsvoorschriften blijven eisen. Ook dit zijn belemmerende factoren waarmee de huisarts moet omgaan.

Er wordt in verschillende gesprekken door de huisartsen verwezen naar problemen in de samenwerking met apothekers. Zij spreken met ergernis over sommige apothekers die doosjes benzodiazepines meegeven zonder voorschrift, zo ook arts nummer 36: "*Maar dat is ook dikwijls vind ik heel ergerlijk dat de apotheek het al meegeeft, 'ik sta er zo veel achter', daar zou je het dus wel van krijgen hé."*

Anderzijds haalt één arts aan dat hij reeds regelmatig gecontacteerd werd door een apotheker met info over overmatig benzodiazepinegebruik van een patiënt. Dit wordt erg geapprecieerd door de betrokken arts, en sluit nauw aan bij het in kaart brengen van het voorgaand beschreven 'shoppen' van benzodiazepines.

<u>HAIO's probleemstelling</u>

Huisartsen-in-opleiding (HAIO's) die deelnamen aan dit onderzoek, haalden specifieke problemen aan waar zij tijdens hun opleiding op de werkvloer mee te maken krijgen.

Ze maken soms aanstalten om benzodiazepines te beginnen afbouwen, maar worden door hun praktijkopleider (PO) ontraden dit te doen, waardoor ze geen stoppoging ondernemen. Er ontstaat een spanningsveld tussen enerzijds het volgen van de eigen ideeën, normen en waarden, en anderzijds het (tijdelijk) meedraaien in een praktijk met zijn eigen regels. HAIO's trachten hierin een middenweg te zoeken.
Arts nummer 3 haalde aan:

> *Maar de mensen die het hebben, en er zijn er nog wel, daar werd dat wel bijna ontraden om dat af te beginnen bouwen, en dan heb ik vanaf het begin ook zo wat een attitude gecreëerd van 'dan ga ik het gewoon in mijn praktijk fatsoenlijk moeten doen, dan kan ik het nu niet, maar eenmaal dat ik het …'*

Arts nummer 25 vertelde hierover:

> *Ja, maar ik denk allé, die [lees: praktijkopleider, TvdK] gaan hun eigen ding ook wel wat blijven doen, je bent en blijft een passant [lees: duidt op opleiding als HAIO, TvdK]. En in dat opzicht, bon, ik kan uw visie volgen, en je mag kritisch zijn, je kan dat aangeven, en ik denk dat dat de middenweg is.*

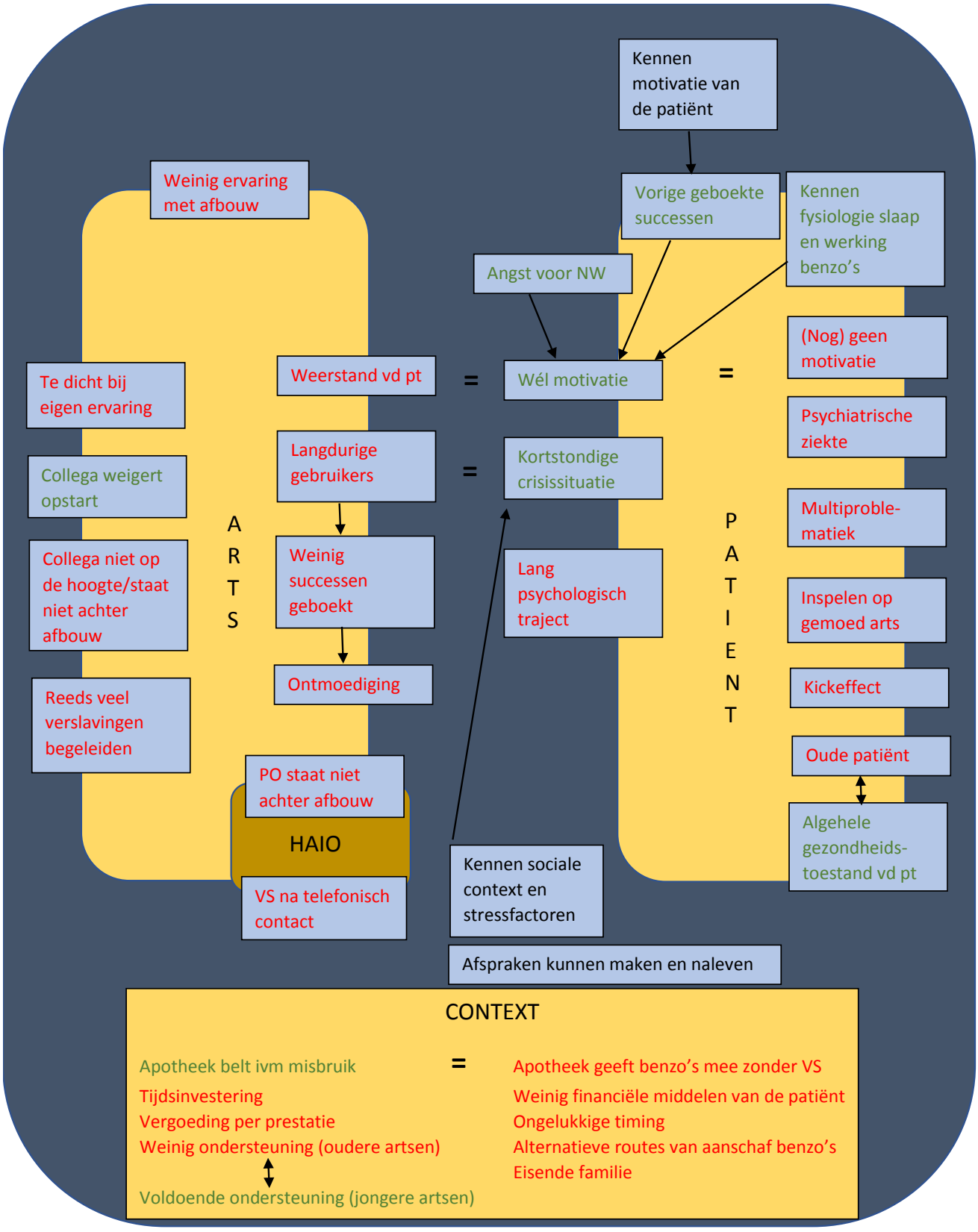
In sommige huisartsenpraktijken kunnen patiënten, wanneer ze recent nog een consult gehad hebben, telefonisch voorschriften aanvragen. Verscheidene huisartsen-in-opleiding haalden in de interviews aan dat ze gevraagd worden deze voorschriften te maken, soms zelfs zonder de patiënt te kennen. Zij storen zich vooral aan het feit dat de patiënt niet op consultatie komt en dus het gesprek over het benzodiazepinegebruik niet kunnen aangaan, wat volgens velen toch een eerste stap is in de afbouw van de bestudeerde medicatie. Arts nummer 28 kaartte dit aan tijdens de gesprekken:

> *Ja, bij ons staat het dan zo, da's via een excell-blaadje van Google Docs, euh… En dan staat dat op naam van de HAIO, de HAIO moet dat dan voorschrijven. Maar ik ga dat wel eens aanbrengen, we hebben binnenkort, een praktijkoverleg zo'n beetje, met de HAIO's.*

Conceptueel model

Het conceptueel model op de volgende pagina (figuur 1) brengt in een schematisch overzicht alle faciliterende en belemmerende factoren voor de afbouw en stop van benzodiazepines en Z-drugs samen, dit op de drie niveaus. Faciliterende factoren staan in het groen aangegeven, belemmerende factoren kregen een rode kleur. Noodzakelijke voorwaarden staan in het zwart weergegeven.

Een dubbele pijl duidt op tegenstellingen die binnen de interviews naar boven kwamen, een gelijkheidsteken geeft factoren weer die betrekking hebben op éénzelfde aspect. Sommige factoren of voorwaarden zijn een verklaring voor anderen, dit verband wordt weergegeven door middel van een enkelvoudige pijl.



Figuur 1

Afkortingen:

Pt = patiënt
VS = voorschrift
PO = praktijkopleider
NW = nevenwerkingen

Discussie

Deze studie heeft tot doel de faciliterende en belemmerende factoren bij de afbouw van benzodiazepines na te gaan, volgens de visie van de huisarts. Deze factoren werden zowel op het niveau van de patiënt, de arts als de context beschreven, en we konden deze samenbrengen in een conceptueel model (cf. figuur 1).

Niveau van de patiënt

Aan patiënten met ernstige psychiatrische ziektebeelden wordt zelden een stoppoging voorgesteld, uit angst decompensatie uit te lokken. Dit fenomeen, wat naar voren kwam in elk focusgroepgesprek, werd niet eerder in onderzoek beschreven. Aan oudere patiënten wordt veel minder vaak een stoppoging voorgesteld, zowel door de jongere als oudere artsen, zo blijkt uit onze studie. Velen menen hierbij nog weinig te kunnen winnen, behalve het verkleinen van het valrisico, en streven voornamelijk een gecontroleerd gebruik na. Eén HAIO echter nuanceert dit, en kijkt naar de algehele gezondheidstoestand om een stoppoging al dan niet op de agenda te zetten.

Niveau van de arts

Uit een studie van Sirdifield et al. (5) blijkt dat er grote verschillen zijn wat betreft de kijk van huisartsen op de bestudeerde slaapmedicatie. De studie beschrijft aan de ene kant artsen die menen dat medicatie het probleem van de patiënt niet zal oplossen, aan de andere kant zijn er huisartsen die er van overtuigd zijn dat het nemen van deze medicatie de minst schadelijke oplossing is. Deze laatste visie komt ook naar voren in ons onderzoek. Vooral wanneer het gaat om patiënten met een uitgebreide langdurige psychische voorgeschiedenis zijn sommige artsen tevreden dat de patiënten functioneren met ‘slechts’ een pilletje. Dezelfde meta-synthese spreekt over het tonen van empathie voor de patiënt door een benzodiazepine op te starten. Alhoewel onze studie niet gaat over de opstart van benzodiazepines, zijn er toch gelijkenissen met onze studie te vinden. Sommige ondervraagde huisartsen vinden zich te streng wanneer ze benzodiazepines willen afbouwen, zeker wanneer de patiënt hier niet onmiddellijk mee akkoord is, wat soms leidt tot het blijven voorschrijven van deze medicatie. Dit fenomeen zouden we in onze studie kunnen beschrijven als meeveren met de weerstand van de patiënt.

Een studie van Lasserre et al. (11) spreekt over het weigeren van de patiënt als een belangrijke barrière om benzodiazepines te stoppen. Dit ligt in lijn met onze data, waarbij verscheidene artsen aangaven dat zij het erg moeilijk vinden een benzodiazepinestop te initiëren wanneer de patiënt weerstand vertoont. Via bijscholingen of lessen in de opleiding zouden artsen extra ondersteuning kunnen verkrijgen.

De specifieke problemen waarmee HAIO’s te maken krijgen bij afbouwpogingen, zoals eerder beschreven in de resultatensectie, zijn voor zover we weten nog niet eerder beschreven in de literatuur. In de vervolgopleiding tot huisarts zouden deze problemen verder besproken kunnen worden. Ook de ontmoediging, vaak een gevolg van eerdere mislukte stoppogingen bij veelal

langdurige gebruikers, vormt een barrière om in de toekomst stoppogingen te ondernemen. Dit fenomeen speelt zeker wanneer het gaat om patiënten die reeds lang de bestudeerde medicatie nemen. Een kortstondige crisissituatie is dan ook uitermate geschikt om de benzodiazepines wel snel af te bouwen, zo blijkt uit de interviews. Opvallend is dat doorverwijzing voor benzodiazepineafbouw in ons onderzoek enkel werd aangehaald door HAIO's en artsen in de eerste helft van hun carrière, maar niet door de oudere artsen. Ook dit werd niet eerder in literatuuronderzoek aangehaald. Dit fenomeen zou te maken kunnen hebben met de recente opkomst van bijvoorbeeld slaapcoaches, waar oudere artsen mogelijks minder ervaring mee hebben vanuit hun opleiding.

Contextniveau

Een studie van Hassed et al. (9) onderzocht barrières om niet-farmacologische behandelingen toe te passen bij insomnia. Beperkte training van huisartsen, te weinig middelen, verwachtingen en het gebrek aan motivatie van de patiënt en beperkte consultatietijd waren belemmerende factoren. Alhoewel het hier gaat over de opstart van niet-farmacologische behandelingen, liggen deze factoren in lijn met onze bevindingen. Wij konden aantonen dat de grote tijdsinvestering en het gebrek aan ondersteuning (aangehaald door oudere huisartsen) belemmerende factoren zijn voor de ondervraagde huisartsen bij de afbouw en stop van benzodiazepines.

Het gebrek aan psychotherapie of alternatieven, aangehaald in de studie van Lasserre et al. (11), kwam niet uitdrukkelijk naar voren in onze studie. De geïnterviewde huisartsen uit onze studie spraken wel over de hoge kosten van psychotherapie en alternatieven, die een barrière zouden kunnen zijn om slaap- en kalmeermedicatie af te bouwen.

Deze studie werd uitgevoerd bij huisartsen en HAIO's werkzaam in het noorden van de provincie Antwerpen. Gezien het hier een beperkt gebied betreft, is het moeilijk om de gegevens te generaliseren naar 'de Vlaamse huisarts'. De wijze van dataverzameling zou het geven van wenselijke antwoorden in de hand kunnen hebben gewerkt, daar ook collega's aanwezig waren bij het interview. Aanvankelijk werd gesteld dat huisartsen tot de leeftijd van 65 jaar konden deelnemen, echter, in één LOK bleken verscheidene artsen ouder dan 65 jaar te zijn. Er werd voor gekozen om deze artsen toch deel te laten nemen aan het interview, gezien de leeftijdsgrens bij aanvang van de studie eerder arbitrair gekozen was. Twee artsen die aanwezig waren tijdens éénzelfde LOK, namen niet deel aan het interview. Mogelijks vonden zij het onderwerp of de discussie niet interessant, of wensten zij niet vrijuit te spreken in het bijzijn van hun collega's. Daarnaast slaagden we er niet in van iedereen alle gegevens uit de demografietabel te bekomen. Sommige artsen gingen vroeger door, of namen niet de tijd om de vragenlijst nadien nog in te vullen. Anderen wensten bepaalde vragen dan weer niet in te vullen. Het gevoel om sociaal wenselijk te moeten antwoorden, kan hier een rol spelen, bijvoorbeeld bij de vraag naar frequentie van opstart van benzodiazepines. Andere artsen gaven dan weer aan het antwoord op de vraag niet te weten (voornamelijk bij de vraag 'verhouding consulten psychisch – somatisch').

Wat betreft de analyse, dienen we ons bewust te zijn van bracketing (het besef dat je eigen waarden en inzichten verwerkt in de concepten die je opbouwt). Het coderen door twee onafhankelijke onderzoekers is hiervoor een faciliterende factor geweest.

Een zekere mate van homogeniteit tussen de deelnemers werd, door de interviews te laten plaatsvinden tijdens een LOK en ICHO-seminaries, nagestreefd en bekomen. Artsen zouden hierdoor wat meer vrijuit durven spreken, wat een sterk punt is van deze studie. De deelnemende artsen komen uit allerlei leeftijdscategorieën, wat opnieuw een sterk punt betreft. In de vaste LOK-groepen kan mogelijks al een bestaande groepsdynamiek spelen waarbij bepaalde artsen meer dominant optreden in discussies dan anderen. Dit kan een nadeel zijn bij de interviews, waar deze artsen meer aan bod komen dan anderen. De transcripten werden door twee onafhankelijke onderzoekers geanalyseerd (onderzoekerstriangulatie). Wanneer de codering tussen de twee onderzoekers niet gelijkend was, werd door middel van discussie consensus bereikt. De focus van deze studie, namelijk de visie van de huisartsen op specifiek de afbouw van benzodiazepines, maakt dit onderzoek vrij uniek, en bracht ook heel wat nieuwe informatie naar boven. Enkel een studie van Lasserre et al. (11) had een gelijkaardige insteek. Tot slot werd er ook voor gekozen om HAIO's te laten deelnemen, een doelgroep waarvan de visie op benzodiazepineafbouw nooit eerder beschreven was.

Aangezien het hier een explorerend onderzoek betreft, lijkt het zeker aangewezen dit onderzoek te herhalen om deze concepten te bevestigen, of om via een ander onderzoeksopzet verder te bouwen op dit onderzoek. Zo geven sommige artsen bijvoorbeeld aan te weinig ondersteuning te krijgen. Door middel van verder onderzoek kan er nagegaan worden wat de precieze noden zijn van deze artsen, om op hun vraag in te spelen.

Besluit

Deze studie heeft op verschillende niveaus belemmerende en faciliterende factoren wat betreft de afbouw van benzodiazepines naar boven gebracht, dit volgens de visie van de huisarts.

Op patiëntniveau vormt de aanwezigheid van zware psychiatrische problematiek een reden om niet af te bouwen, dit om decompensatie te vermijden. Ook multiproblematiek en psychologische trajecten die al jaren lopen zijn omstandigheden die zich niet lenen tot afbouw, zo blijkt uit de interviews. Het al dan niet aanwezig zijn van motivatie bij de patiënt is een factor die artsen als belangrijk aangeven bij het al dan niet beslissen om afbouw te bespreken. Aan oudere patiënten wordt door de meeste artsen geen afbouwpoging meer voorgesteld.

Op niveau van de arts komen de moeilijkheden om met weigerachtige patiënten om te gaan naar boven, het idee dat het stoppen van deze medicatie ‘te streng is’, de tevergeefse stoppogingen bij voornamelijk langdurige gebruikers die tot ontmoediging leiden en collega’s die niet achter de afbouw staan of niet op de hoogte zijn van de afgebouwde dosis. HAIO’s geven aan zich soms verplicht te voelen herhaalrecepten te schrijven, ook zonder de patiënt gezien te hebben. Zij halen een opleider die niet akkoord is met een afbouwplan aan als een barrière.

Belemmerende factoren voor afbouw op contextueel niveau zijn de tijdinvestering en slechte timing van de vraag naar een herhaalrecept, de beperkte vergoeding, de kosten voor de patiënt, eisende familie en het bekomen van benzodiazepines en Z-drugs via alternatieve kanalen. Sommige artsen geven aan te weinig overheidsondersteuning te ondervinden, anderen vinden dan weer dat er voldoende middelen ter beschikking zijn.

De context waarin een arts een afbouwpoging al dan niet start, is dus multifactorieel bepaald.

Referenties

1. Van der heyden J. Chronische aandoeningen. Gezondheidsenquete 2013. Rapport 1: gezondheid en welzijn. Wiv-Isp [Internet]. 2014;618. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde documenten/WB_NL_2013.pdf

2. Rosman S, Marc LV, Nathalie PF. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France: A data-based study. BMC Fam Pract [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;12(1):28. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/28

3. Manthey L, Giltay EJ, Van Veen T, Neven AK, Zitman FG, Penninx BWJH. Determinants of initiated and continued benzodiazepine use in the netherlands study of depression and anxiety. J Clin Psychopharmacol. 2011;31(6):774–9.

4. Mokhar A, Tillenburg N, Dirmaier J, Kuhn S, Härter M, Verthein U. Potentially inappropriate use of benzodiazepines and z-drugs in the older population—analysis of associations between long-term use and patient-related factors. PeerJ [Internet]. 2018;6:e4614. Available from: https://peerj.com/articles/4614

5. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: Systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract. 2013;14.

6. Cousins JM, Bereznicki LRE, Cooling NB, Peterson GM. Prescribing of psychotropic medication for nursing home residents with dementia: A general practitioner survey. Clin Interv Aging. 2017;12:1573–8.

7. Jennings AA, Foley T, Mchugh S, Browne JP, Bradley CP. "Working away in that Grey Area.." A qualitative exploration of the challenges general practitioners experience when managing behavioural and psychological symptoms of dementia. Age Ageing. 2018;47(2):295–303.

8. 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. Can Fam Physician. 2010;56(11).

9. Hassed C, Antoniades J, Jones K, Rajaratnam S, Kiropolous L, Naughton M, et al. An examination of Australian general practitioners' knowledge, attitudes and practices in relation to sleep disorders. Malaysian Fam physician Off J Acad Fam Physicians Malaysia. 2012;7(1):16–23.

10. Pohontsch NJ, Heser K, Löffler A, Haenisch B, Parker D, Luck T, et al. General practitioners' views on (long-term) prescription and use of problematic and potentially inappropriate medication for oldest-old patients - A qualitative interview study with GPs (CIM-TRIAD study). BMC Fam Pract. BMC Family Practice; 2017;18(1):1–12.

11. Lasserre A, Younès N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al. Psychotropic drug use among older people in general practice: Discrepancies between opinion and practice. Br J Gen Pract. 2010;60(573):260–2.

Dankwoord

Ik wil dokter Marc Van Nuland en Kristien Coteur bedanken om mij te begeleiden doorheen het ganse traject van het schrijven van deze masterproef. Kwalitatief onderzoek was mij, voor het schrijven van deze masterproef, vrij onbekend. De artikels over kwalitatief onderzoek die ik bij aanvang van deze studie van dokter Van Nuland kreeg, gaven mij stilaan een idee over hoe kwalitatief onderzoek uitgevoerd dient te worden. Kristien Coteur wilde de transcripten onafhankelijk mee coderen, wat leidde tot een sterk punt van deze studie.
De verschillende feedbackmomenten gaven mij een duidelijke richting aan waar we heen wilden met deze studie, en jullie enthousiasme werkte aanstekelijk voor mij!

Uiteraard wens ik ook de deelnemende artsen te bedanken, voor hun openheid, eerlijkheid en uitgebreide toelichting in de interviews.

Bijlage 1: Literatuuronderzoek

Alvorens deze studie van start ging, werd een literatuuronderzoek uitgevoerd om de reeds bestaande kennis omtrent de visie van huisartsen op de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs in kaart te brengen. De laatste literatuurzoektocht werd gedaan op 24/3/2019, en dit volgens de watervalmethode.

Er werd allereerst naar bestaande richtlijnen gezocht via de websites van Domus Medica, Nederlands Huisartsengenootschap, Cochrane Library, Web of Science en Science Direct, steeds met 'benzodiazepines' als zoekterm. Hierin werd zoals verwacht geen visie van huisartsen teruggevonden.

Via PubMed werd er gezocht naar reviews en primaire bronnen. De gebruikte MeSH-terms op PubMed waren 'benzodiazepines' en 'general practitioners'. Voor Z-drugs kon geen MeSH-term gevonden worden. Om de zoektocht zo sensitief mogelijk te houden in het kader van ons exploratief onderzoeksopzet, werd volgende zoeksleutel op PubMed ingegeven: (general practitioners) AND (benzodiazepines OR Z-drugs OR zolpidem OR zopiclone). Als verdere beperkingen werden enkel artikels gezocht die in het Engels geschreven waren en waarbij er, via de bibliotheek van de Universiteit Antwerpen, toegang was tot het volledige artikel (optie 'full text'). Enkel artikels verschenen in de laatste 10 jaar werden verder bestudeerd. Zo werden er 86 artikels weerhouden, die door middel van verdere uitklaring van titel en abstract al dan niet weerhouden werden, zoals hieronder verder beschreven.

Enkel wanneer de visie rond opstart en/of afbouw van benzodiazepines beschreven werd, werd dit artikel weerhouden. Verworpen artikels handelden onder andere over zelfmoord met benzo's, visie op het algemene gezondheidszorgsysteem in plaats van op benzo's, visie van gebruikers in plaats van huisartsen, polyfarmacie bij ouderen, artikels over antipsychotica, artikels waarbij de patiënten minderjarig waren, artikels die methodes ter reductie van benzogebruik bestuderen, artikels over de redenen van voorschrijven zonder patiëntencontact,… Via de optie 'similar articles' in Pubmed werden er tevens enkele extra artikels weerhouden, waarvoor dezelfde exclusiecriteria golden.

Nadien werd er ook naar artikels gezocht op Science Direct en Web of Science, met dezelfde bovenstaande zoektermen en in- en exclusiecriteria. Er konden geen nieuwe artikels weerhouden worden.

Een meta-synthese van Sirdifield et al. (1) uit 2013, die acht studies bundelt, spreekt over de ambivalente attitude van huisartsen naar het voorschrijven van sedativa toe. Het onderzoek haalt aan dat huisartsen vandaag de dag beter op de hoogte zijn van de risico's van de bestudeerde medicatie, en dus sceptischer staan tegenover benzodiazepines. Ze behandelen nu meer patiënten, die vroeger in de tweede lijn werden behandeld, zelf. Artsen willen enerzijds het benzodiazepinegebruik indijken, maar willen anderzijds patiënten ook helpen. Artsen geven patiënten een voorschrift voor benzodiazepines mee, wat soms ervaren wordt als het tonen van empathie. Huisartsen maken voor zichzelf vaak een beeld van patiënten voor wie zij het geschikt achten een benzodiazepine voor te schrijven. Uit deze meta-analyse kwam ook naar voren dat het

voorschrijven vaak beïnvloed wordt door de perceptie van de arts omtrent de verwachtingen, motivatie en copingmechanismen van de patiënt. De manier hoe huisartsen kijken naar de bestudeerde slaapmedicatie wisselt enorm: van ongeloof dat benzodiazepines het probleem van de patiënt zullen oplossen, tot het beschouwen van deze medicatie als de minst schadelijke oplossing. Ook het gebrek aan alternatieven komt aan bod. De context waarin de huisarts werkt, zijn visie op de rol van een huisarts, de gepercipieerde risico's en effectiviteit van benzo's en alternatieve behandelingen en de patiënt zelf zijn factoren die een invloed hebben op het voorschrijfgedrag van de huisarts.

Een Franse studie van Lasserre et al. (2) toont de discrepantie aan tussen de wil van huisartsen om sedativa te stoppen en het effectief stoppen van deze medicatie. De belangrijkste barrières waren het weigeren van de patiënt en het gebrek aan psychotherapie of alternatieven.

Een studie van Weiβ et al. (3) beschrijft de druk die huisartsen voelen om benzodiazepines voor te schrijven. Ze willen hun goede band met de patiënt behouden, maar streven anderzijds ook een gecontroleerd gebruik na. De slechte verloning voor lange consulten komt tevens aan bod. In verscheidene praktijken worden de herhaalvoorschriften door de verpleegkundige klaargemaakt, en vaak tussendoor door de arts bekeken en getekend, waardoor patiënten hun medicatie kunnen bekomen zonder consultatie. Het belang van de rol van de verpleegkundige wordt hier sterk benadrukt. Huisartsen schrijven soms ook herhaalvoorschriften in plaats van hun collega (praktijkcollega of voorganger). Vaak voelen ze zich op dat moment in de steek gelaten, en gaan ze de discussie met de patiënt over voor- en nadelen niet aan.

Een studie van Cousins et al. (4) onderzocht wat de belangrijkste hindernissen zijn om niet-medicamenteuze therapieën toe te passen bij gedrags- en psychologische symptomen bij dementerenden in woonzorgcentra. 177 huisartsen vulden een enquête in, waaruit bleek dat een tekort aan verpleegkundigen en middelen huisartsen er vaak toe aanzetten toch medicatie voor te schijven. Jennings et al. (5) voerden 16 semi-gestructureerde interviews uit bij huisartsen die eveneens dementerenden met gedrags- en psychologische symptomen behandelden in woonzorgcentra. Opnieuw kwam hier het tekort aan middelen als reden voor opstart van medicatie naar boven. Ook het gebrek aan goede richtlijnen en moeilijkheden om om te gaan met verwachtingen van verpleging en familie werden aangehaald als redenen voor de opstart van sedativa.

Ook een studie van Anthierens et al. (6) beschrijft redenen om niet-medicamenteuze opties niet toe te passen, echter nu bij patiënten met angstklachten, insomnia en stress. Bijna één op vijf huisartsen meende dat het niet voorschrijven van benzodiazepines de arts-patiëntrelatie zou schaden. Ongeveer de helft van de huisartsen gaf aan dat het opstarten van niet-medicamenteuze therapieën voor stress, angst en insomnia te tijdrovend is, verwijzing hiervoor te duur is en het motiveren van patiënten om géén medicatie te nemen te moeilijk is. Bovendien meende ook één op vier huisartsen dat de patiënt zich niet begrepen zou voelen indien er geen medicatie zou voorgeschreven worden. Oudere huisartsen ervaarden deze hindernissen significant meer dan hun jongere collega's. Nochtans overweegt 41% van de deelnemers niet-farmacologische behandelingen voor zowel insomnia, stress als angstklachten. Deze studie deelt huisartsen dan ook op in drie groepen: een groep met voornamelijk oudere huisartsen die niet bezorgd is over het benzodiazepinevoorschrijfgedrag. Een tweede groep van huisartsen erkent het mogelijke probleem van benzodiazepinegebruik, maar vindt

het niet zijn taak om niet-medicamenteuze therapieën op te starten. Opnieuw zijn het vooral oudere artsen die hier meer weerstand tegen vertonen. Een derde groep tenslotte brengt niet-medicamenteuze behandelingen wel aan.

Een studie van Hassed et al. (7) ondervroeg 15 huisartsen over insomnia door middel van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Gelijkaardige barrières om niet-farmacologische behandelingen toe te passen, kwamen naar boven: beperkte training van huisartsen, te weinig middelen, verwachtingen van de patiënt naar medicatie toe, patiënten die niet aan gedragsverandering willen doen en beperkte consultatietijd.

Uit een Noorse studie van Sivertsen et al. (8) blijkt dat huisartsen menen dat hypnotica het meest efficiënt zijn bij insomnia op korte termijn, maar toch blijkt één op drie patiënten deze benzodiazepines of Z-drugs langer dan zes maanden te nemen.

Een studie van Pohontsch et al. (9) onderzocht de visie van huisartsen op het voorschrijven van mogelijke ongepaste medicatie voor ouderen. Onder deze geneesmiddelen vallen stoffen met een beperkte baten-risicoverhouding, onzekere therapeutische effecten en/of mogelijke nevenwerkingen. De bestudeerde Z-drugs en benzodiazepines vallen hier dus ook onder. Zeker bij ouderen is het vaak schipperen tussen een ziekte adequaat behandelen en schade induceren door het geven van bepaalde medicatie. 47 huisartsen namen deel aan een semi-gestructureerd interview, waar patiëntcasussen bediscussieerd werden. Er konden op verschillende niveaus redenen voor het voorschijven van deze potentieel ongepaste medicatie gevonden worden. In Duitsland, waar deze studie uitgevoerd werd, kunnen benzodiazepines en Z-drugs maximum vier weken worden voorgeschreven. Vele huisartsen omzeilen echter deze regel door privévoorschriften te maken, en hopen zo de patiënt langdurig te kunnen behandelen met slechts een lage dosis slaapmedicatie. Vaak worden bepaalde geneesmiddelen, ondanks hun gekende neveneffecten, toch voorgeschreven bij (gepercipieerd) gebrek aan een degelijk alternatief. Dit geldt ook voor benzodiazepines. Ook patiëntgebonden factoren dragen bij aan het voorschrijfgedrag van benzo's: sommige artsen verklaren dat het makkelijker is om gewoon het voorschrift mee te geven, dan om de discussie over het gebruik aan te gaan. Uitgesproken multimorbiditeit, en het lijden dat hieruit voort komt, zet tevens sommige huisartsen aan om toch bepaalde ongepaste medicatie voor te schrijven. Het artikel haalt het voorbeeld van tinnitus aan, waardoor de patiënt slecht slaapt, en een resem aan andere pathologieën getriggerd wordt. Bepaalde huisartsen starten dan toch slaapmedicatie op, omdat zij menen dat opstart van benzo's in deze situatie minder schade aanricht dan niets opstarten. Bovendien hechten patiënten meer belang aan het kortstondige goede effect (vb. goed slapen) dan aan de mogelijke neveneffecten die zij (nog) niet ervaren hebben (vb. verhoogd valrisico).

Ook over de visie van huisartsen op het gebruik van Z-drugs zijn er artikels verschenen. Hoffmann (10) toonde aan, via een vragenlijst ingevuld door 458 huisartsen, dat deze laatsten percipieerden dat Z-drugs zorgen voor minder nachtelijk ontwaken, meer uitgerust ontwaken en beter functioneren overdag. Zij menen ook dat neveneffecten bij stoppen van Z-drugs minder zijn ten opzichte van benzodiazepines. Een andere studie van Hoffmann (11) toont aan dat huisartsen, meer dan apothekers, menen dat de voordelen van benzodiazepines niet opwegen tegen de nadelen. Voor Z-drugs kon er geen verschil gevonden worden tussen beide beroepsgroepen. Deze studie bevestigt dat zowel huisartsen als apothekers menen dat Z-drugs effectiever en veiliger zijn dan benzodiazepines.

Ook een studie van Siriwardena et al. (12) toont aan dat Z-drugs de voorkeur hebben boven benzodiazepines wanneer een hypnotisch effect beoogd wordt. Nochtans vermeldt deze studie ook dat er een algemeen negatieve attitude terug te vinden is bij huisartsen tegenover benzodiazepines en Z-drugs. Zij zijn dan ook positief over initiatieven die het voorschrijven van deze medicatie kunnen verminderen. Opvallend, en tegenstrijdig met bovenstaande studies, is dat artsen jonger dan 34 jaar meer positief staan tegenover het gebruik van de onderzochte medicatie.

1. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: Systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract. 2013;14.

2. Lasserre A, Younès N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al. Psychotropic drug use among older people in general practice: Discrepancies between opinion and practice. Br J Gen Pract. 2010;60(573):260–2.

3. Weiß V, Nau R, Glaeske G, Hummers E, Himmel W. The interplay of context factors in hypnotic and sedative prescription in primary and secondary care—a qualitative study. Eur J Clin Pharmacol. European Journal of Clinical Pharmacology; 2019;75(1):87–97.

4. Cousins JM, Bereznicki LRE, Cooling NB, Peterson GM. Prescribing of psychotropic medication for nursing home residents with dementia: A general practitioner survey. Clin Interv Aging. 2017;12:1573–8.

5. Jennings AA, Foley T, Mchugh S, Browne JP, Bradley CP. "Working away in that Grey Area.." A qualitative exploration of the challenges general practitioners experience when managing behavioural and psychological symptoms of dementia. Age Ageing. 2018;47(2):295–303.

6. 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. Can Fam Physician. 2010;56(11).

7. Hassed C, Antoniades J, Jones K, Rajaratnam S, Kiropolous L, Naughton M, et al. An examination of Australian general practitioners' knowledge, attitudes and practices in relation to sleep disorders. Malaysian Fam physician Off J Acad Fam Physicians Malaysia. 2012;7(1):16–23.

8. Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B, Pallesen S. Sleep problems in general practice: A national survey of assessment and treatment routines of general practitioners in Norway. J Sleep Res. 2010;19(1 PART. 1):36–41.

9. Pohontsch NJ, Heser K, Löffler A, Haenisch B, Parker D, Luck T, et al. General practitioners' views on (long-term) prescription and use of problematic and potentially inappropriate medication for oldest-old patients - A qualitative interview study with GPs (CIM-TRIAD study). BMC Fam Pract. BMC Family Practice; 2017;18(1):1–12.

10. Hoffmann F. Perceptions of German GPs on benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs. Swiss Med Wkly. 2013;143(January):1–7.

11. Hoffmann F. Benefits and risks of benzodiazepines and Z-drugs: Comparison of perceptions of GPs and community pharmacists in Germany. GMS Ger Med Sci. 2013;11:1–7.

12. Siriwardena AN, Apekey T, Tilling M, Dyas J V., Middleton H, Ørner R. General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. J Eval Clin Pract. 2010;16(4):731–7.

Bijlage 2: Informatiebrief

Informatieformulier: Visie van huisartsen op de opstart van benzo's en Z-drugs in de huisartsenpraktijk (dd 17/02/2018)

Opdrachtgever

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Kapucijnenvoer 33 blok J, 3000 Leuven

Onderzoekers

Prof. dr. Marc Van Nuland, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
Tinne van den Keybus, huisarts in opleiding

Deze studie werd goedgekeurd door de Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) (in delegatie van het Ethisch Comité voor Onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven) op 5 maart 2018 (kenmerk MP004465).

Deze studie, die peilt naar de visie van huisartsen wat betreft de opstart van benzodiazepines en Z-drugs, is een masterproefstudie uitgevoerd door Tinne van den Keybus, in het kader van haar opleiding huisartsgeneeskunde, samen met professor Van Nuland, promotor van deze studie. In het verleden werden er reeds verschillende studies gedaan naar belemmerende en faciliterende factoren bij de opstart van benzodiazepines door de huisarts. Redenen om benzodiazepines al dan niet af te bouwen, zijn amper terug te vinden in de literatuur.

Deze studie heeft als doel de indicaties en belemmerende en faciliterende factoren die huisartsen zien voor de opstart en/of afbouw van een benzodiazepine of Z-drug in kaart te brengen. Er wordt tevens nagegaan of bepaalde persoonlijke factoren (zoals leeftijd en geslacht) en factoren verbonden aan de job (aantal jaren ervaring, ervaring met psychosociale problemen,…) een invloed hebben op het al dan niet opstarten van de bestudeerde medicatie. Via LOK's, via het ICHO en via huisartsenwachtposten zullen Vlaamse huisartsen tussen 25 en 65 jaar gevraagd worden om deel te nemen aan deze studie.

Indien u wenst deel te nemen, zal u gevraagd worden een informed consent te tekenen. U zal uitgenodigd worden om deel te nemen aan een focusgroepgesprek, samen met 6 tot 8 andere huisartsen. Gedurende 30 tot 45 minuten zal er een gesprek met de andere artsen plaatsvinden over de opstart en afbouw van benzodiazepines en z-drugs. Er zal een geluids- en beeldopname van het gesprek gemaakt worden, wat na uittypen van de tekst onmiddellijk vernietigd wordt. Enkel de onderzoekers van de studie zullen deze opnames verwerken. De resultaten van dit onderzoek zullen worden neergeschreven onder de vorm van een masterthesis. Uw identiteit zal hierbij niet vrijgegeven worden. Na éénmalige deelname aan het focusgroepgesprek zal u niet meer gecontacteerd worden.

Uiteraard is deelname aan deze studie volledig vrijwillig en kan u steeds weigeren deel te nemen, zonder enig nadelig effect voor u.
U zal zelf niet onmiddellijk voor- of nadelen ondervinden bij deelname aan dit focusgroeponderzoek, doch zal door uw deelname het mogelijk worden om verdere inzichten te vergaren omtrent de opstart van en visie rond het gebruik van benzodiazepines.

De door u verschafte gegevens zullen gecodeerd en beveiligd bewaard worden door de onderzoekers. Uw identiteit zal niet meer te linken zijn aan uw uitspraken tijdens het onderzoek. Indien u enige psychologische schade zou ondervinden door uw deelname aan dit onderzoek, kan u ten alle tijden de promotor van dit onderzoek, professor Van Nuland, contacteren via de contactgegevens bovenaan deze brief.

Conform de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, is de opdrachtgever zelfs foutloos, aansprakelijk voor alle schade die de deelnemer of zijn rechthebbenden opliepen en die rechtstreeks dan wel onrechtstreeks verband vertoont met het experiment . De opdrachtgever van deze studie, het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, heeft een verzekering afgesloten die deze aansprakelijkheid dekt. Indien U schade zou oplopen ten gevolge van uw deelname aan deze studie zal die schade bijgevolg worden vergoed conform de Belgische wet van 7 mei 2004. Als deelnemer aan deze studie bent U gedekt door de verzekeringspolis die KU Leuven heeft afgesloten bij de verzekeringsmakelaar Amlin Corporate Insurance, Vanbreda Risk & Benefits, met adres Plantin en Moretuslei 297, 2140 Antwerpen, onder polis nummer 299.053.700. U kunt een kopie van deze verzekeringspolis en de voorwaarden ervan bij uw onderzoeker verkrijgen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke ethische commissie (Commissie voor Medische Ethiek van de UZ Leuven, die als centrale commissie fungeert voor dit project). Deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en volgens de meest recente versie van de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient U de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aansporing tot deelname aan deze studie.

Bijlage 3: Informed consent

Toestemmingsformulier: Visie van huisartsen op de opstart van benzo's en Z-drugs in de huisartsenpraktijk (dd 17/02/2018)

Ik ondergetekende,

Naam ……..

Voornaam ……,

verklaar dat ik, als deelnemer aan een onderzoek over de visie van huisartsen over de opstart van benzo's en Z-drugs in de huisartsenpraktijk,

1) geheel vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

2) voldoende tijd heb gekregen om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

3) de informatiebrief heb gelezen, waarin de aard, de methode, het doel, de risico's en belasting van het onderzoek zijn vermeld.

4) op de hoogte ben van de mogelijkheid bijkomende informatie te vragen wat betreft het onderzoek.

5) mijn toestemming geef om mijn resultaten op gecodeerde wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren voor zuiver medisch-wetenschappelijke doeleinden.

6) op de hoogte ben van het recht om op eender welk moment uit de studie te stappen.

Gelezen en goedgekeurd te …… (plaats) op ……/……/……. (datum).

Handtekening deelnemer Handtekening onderzoeker

Bijlage 4: Topiclijst

Topiclijst: Visie van huisartsen op de opstart van benzo's en Z-drugs in de huisartsenpraktijk (dd 17/02/2018)

- Denkt u eens na over de laatste keer dat u benzo's opstartte bij een patiënt in uw praktijk. Kan u daar iets meer over vertellen?
- Ziet u een wijziging in het aantal keer dat u benzo's opstart ten opzichte van voorheen, bijvoorbeeld enkele jaren na afstuderen?
- Wat vindt u de voor- en nadelen van het gebruik van benzo's?
- Bij welk type patiënt zou u zeker geen benzo's opstarten? Bij welk type patiënt wel?
- In welke situaties zou u zeker geen benzo's opstarten? In welke situaties wel?

- Denkt u eens na over de laatste keer dat u benzo's afbouwde bij een patiënt in uw praktijk. Kan u daar iets meer over vertellen?
- Bij welk type patiënt zou u de benzo's zeker niet afbouwen? Bij welk type patiënt wel?
- In welke situaties zou u de benzo's zeker niet afbouwen? In welke situaties wel?

Korte vragenlijst over de arts en zijn of haar werksituatie:
- M/V
- Leeftijd
- Aantal jaren ervaring als arts
- Solo-, duo- of groepspraktijk
- Werkzaam in stedelijk of plattelandsgebied
- Opstart van benzo's: meermaals per week-wekelijks-maandelijks-minder dan maandelijks
- Verhouding consulten psychisch-somatisch

Bijlage 5: Gunstig advies ethisch comité

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

English version below.

Ons kenmerk: MP004465
Uw kenmerk: Masterproef studie: Visie van huisartsen op de opstart van benzo's en z-drugs in de huisartsenpraktijk
Leuven, 05-03-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Marc Van Nuland
Geachte Tinne van den Keybus

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het Ethisch Comité voor Onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven (EC) het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 05-03-2018

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy.

De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. Ze verleent dan ook een gunstig advies over deze studie.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. 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.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het Ethisch Comité moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 17-02-2018 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 een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

Met vriendelijke groet,

Prof. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek KU Leuven

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

Het Ethisch Comité wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar

verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het Ethisch Comité ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane cadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Over de commissie

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek is een subcommissie van het Ethisch Comité voor onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven.

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

Bijlage 6: Goedgekeurd protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Visie van huisartsen op de opstart van benzo's en z-drugs in de huisartsenpraktijk
Version 1: Date submission	Date:17/02/2018
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Marc Van Nuland
	Telephone: 016 37 72 91
	E-mail: marc.vannuland@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES** □ ~~NO~~ □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name:
	Telephone:
	E-mail:
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Tinne van den Keybus
	Student number: 0727404
	Telephone: 0472 73 14 18
	E-mail: tinne.vandenkeybus@hotmail.com
	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:
	Name:
	Student number:

	Telephone:
	E-mail:

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Benzodiazepines en Z-drugs zijn de meest gebruikte slaapmedicatie, hoewel hun neveneffecten en afhankelijkheid goed bekend en bestudeerd zijn.

Davy et al. (1) suggereren in hun studie dat benzodiazepines vaak als tijdelijke medicatie worden opgestart, en vaak na andere niet-medicamenteuze therapieën, maar dat deze medicatie vaak langdurig wordt ingenomen. Zij halen een tekort aan opleiding en behandelmogelijkheden voor insomnia aan. Ook Cheung et al. (2) tonen aan dat artsen eerder geneigd zijn benzodiazepines tijdelijk te geven voor een acuut probleem, dan deze medicatie op te starten voor een reeds langdurig bestaand slaapprobleem.

Een Franse studie uitgevoerd door Rosman et al. (3) toonde aan dat 1/8 patiënten uit een willekeurig samengestelde database minstens 1 voorschrift voor benzodiazepines in één jaar kreeg. Voornamelijk aan ouderen en vrouwelijke patiënten werden veel benzo's voorgeschreven. Patiënten met angstklachten, insomnia en chronische somatische ziekten kregen het vaakst benzodiazepines. I

In studies worden verschillende redenen van voorschrijven aangehaald.
Subelj et al. (4) ondervroegen vijf Sloveense huisartsen die meer dan 4000 dagelijkse dosissen benzo's per maand voorschreven, en vijf huisartsen die minder dan 2000 dosissen per maand verstrekten. De huisartsen haalden aan dat het opstarten, managen en afbouwen van deze medicatie erg belastend is. De psychosociale problemen waarmee de patiënt komt, zijn vaak complex. Bovendien vraagt deze problematiek veel tijd van de huisarts, waardoor er sneller een voorschrift gegeven zal worden, en dient de arts een zekere vaardigheid te hebben in het counselen van deze patiënten. Vaak zijn de alternatieven voor de behandeling van psychosociale problemen te beperkt. Deze redenen voor het sneller voorschrijven van benzodiazepines worden ook aangehaald in een studie van Sirdifield et al (5). Benzodiazepines werden minder vaak voorgeschreven door vrouwelijke huisartsen, jongere artsen, artsen die toegang hadden tot computerprogramma's die aanbevelingen gaven wat betreft medicatiegebruik en artsen die meer stedelijk werkten en dus meer toegang hadden tot gespecialiseerde hulp. Men zag dan ook een hoger voorschrijfgedrag van benzodiazepines onder huisartsen in meer afgelegen gebieden met een hogere werkdruk (6).

Davy et al. (1) beschrijft terughoudendheid bij opstart van benzo's. Confrontatie met de patiënt vermijden en het tonen van empathie zijn echter vaak redenen om deze medicatie toch op te starten.

Cousins et al. (7) beschreven dat het gebrek aan medisch personeel en middelen de grootste belemmerende factor was voor toepassing van niet-medicamenteuze therapieën bij gedrags- en psychologische problemen bij dementerenden.

Alves-dos-Reis et al. (8) onderzochten het effect van educatie wat betreft het voorschrijven van benzo's op het aantal benzodiazepinevoorschriften. Er bleken significant minder voorschriften afgeleverd te worden na een interventie bij de huisartsen. De meest uitgesproken daling vond plaats in de groep van de vrouwelijke huisartsen, die voor de interventie het grootst aantal benzodiazepinevoorschriften afleverden. Ook de studie van Pérodeau et al. (9) haalt het belang van educatie van huisartsen aan.

Een studie uitgevoerd bij Noorse huisartsen (10) toonde aan dat zij een niet-medicamenteuze behandeling van slaapproblemen verkiezen, maar anderzijds geven de huisartsen aan dat het

gebruik van benzo's het meest effectief is als kortetermijnbehandeling. 1/3 patiënten kreeg langer dan 6 maanden een benzodiazepine voorgeschreven.

We zien dus allerlei redenen waarom huisartsen al dan niet benzo's opstarten. Echter, vele studies stellen hun vragen in het kader van één enkele pathologie (bijvoorbeeld insomnia). Redenen voor huisartsen om benzo's al dan niet af te bouwen, zijn niet te vinden in de literatuur.

Met onze studie wordt getracht een meer algemeen beeld te schetsen van de opstart én afbouw van benzodiazepines en z-drugs (en dus bijvoorbeeld niet enkel te vragen naar wanneer er gestart wordt met een benzo bij insomnia, maar na te gaan welke ziektebeelden eerder in aanmerking komen dan andere tot opstart en/of afbouw van medicatie). Ook wordt nagegaan of bovenstaande redenen die huisartsen aangeven tot sneller voorschrijven van medicatie, (bijvoorbeeld gebrek aan training, tijdsgebrek, weinig alternatieven voorhanden), ook van toepassing zijn op de Vlaamse context.

3. STUDY OBJECTIVES

- Wat zijn faciliterende en belemmerende factoren voor een huisarts (artsgebonden, patiëntgebonden, contextgebonden) bij het al dan niet opstarten van benzo's of z-drugs?

- Wat zijn faciliterende en belemmerende factoren voor een huisarts (artsgebonden, patiëntgebonden, contextgebonden) bij het al dan niet afbouwen van benzo's of z-drugs?

4. RESEARCH METHOD

Om inzicht te krijgen in de redenen waarom huisartsen wel of geen benzo's of z-drugs opstarten of afbouwen bij patiënten, zal een kwalitatieve prospectieve studie door middel van focusgroeponderzoek uitgevoerd worden.

Er zullen actieve Vlaamse huisartsen en huisartsen in opleiding tussen 25 en 65 jaar gerekruteerd worden, door middel van purposefull sampling en theoretische steekproeftrekking. Er wordt getracht een zo groot mogelijke diversiteit na te streven, zowel qua geslacht, leeftijd, plaats van de praktijk (stedelijk of platteland), aard van de praktijk (groepspraktijk of soloarts)… dit om artsgebonden factoren zo goed mogelijk te kunnen meenemen in de analyses. Per focusgroep zullen er 6 à 8 artsen geïncludeerd worden. Er zal een homogeniteit van artsen (vb wat betreft leeftijd) binnen elke focusgroep worden nagestreefd, om ervoor te zorgen dat iedereen vrijuit durft te spreken. Artsen zullen gecontacteerd worden via aankondigingen op wachtposten, via LOK's en via de website van het ICHO, uiteraard na goedkeuring door de verantwoordelijke voor deze instantie. Er zullen artsen geïncludeerd worden tot saturatie van de data bereikt is, een steekproefgrootte valt dus niet te berekenen.

Wanneer een arts wenst deel te nemen, zal hij of zij geïnformeerd worden door middel van een informatiebrief, waarin de doelstellingen van het onderzoek vermeld worden. Deelname aan het focusgroeponderzoek zal slechts plaatsvinden nadat een informed consent getekend werd. Uiteraard wordt de arts er attent op gemaakt (via de informatiebrief en bij aanvang van het interview) dat deelname geheel vrijwillig is, dat hij of zij op elk moment uit de studie kan stappen zonder dat dit enig gevolg heeft, en dat de gegevens met het nodige respect tot privacy behandeld worden. Niet-afgeronde interviews zullen worden vernietigd. De data die bekomen worden, zullen enkel gebruikt worden binnen deze studie.

Door middel van een semi-gestructureerd interview, met vooraf opgemaakte topiclijst, wordt er getracht meer kennis rond de redenen van opstart en afbouw van benzo's te vergaren.

Deelnemers aan het onderzoek ondervinden geen onmiddellijk voordeel bij deelname aan deze studie, doch dragen zij bij aan het vergroten rond de kennis wat betreft de opstart en afbouw van benzo's en z-drugs. Er worden bij dit onderzoek geen adverse events verwacht. Indien een deelnemer psychologische schade zou ondervinden door deel te nemen aan het focusgroeponderzoek, kan hij of zij ten allen tijde terecht bij de promotor van de studie. De contactgegevens staan op de informatiebrief vermeld.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Huisartsen en huisartsen in opleiding tussen 25 en 65 jaar, zowel mannen als vrouwen, werkzaam in Vlaanderen, kunnen deelnemen aan de studie. Uiteraard dienen zij een informed consent te tekenen alvorens te kunnen participeren aan de studie.

Huisartsen zullen geïncludeerd worden tot saturatie van de data bereikt is. Er wordt getracht een zo groot mogelijke diversiteit na te streven, zowel qua geslacht, leeftijd, plaats van de praktijk (stedelijk of platteland), aard van de praktijk (groepspraktijk of soloarts)… dit om artsgebonden factoren zo goed mogelijk te kunnen meenemen in de analyses. Per focusgroep zullen er 6 à 8 artsen geïncludeerd worden. Er zal een homogeniteit van artsen (vb wat betreft leeftijd) binnen elke focusgroep worden nagestreefd, om ervoor te zorgen dat iedereen vrijuit durft te spreken.

Niet-huisartsen, artsen die buiten de leeftijdscategorie vallen, artsen werkzaam buiten Vlaanderen en niet-actieve huisartsen kunnen niet deelnemen aan de studie.

5.2 Expected duration

Deze studie zal aanvang nemen vanaf 1 maart 2018 (of later indien nog geen goedkeuring door het Ethisch Comité) en zal beëindigd worden op 1 mei 2019. Voor de participant eindigt de studie na éénmalige deelname aan het focusgroeponderzoek.

5.3 Recruitment

Artsen zullen gecontacteerd worden via aankondigingen op wachtposten, via LOK's en via de website van het ICHO, uiteraard na goedkeuring door de verantwoordelijke voor deze instantie. Via een informatiebrief zal aan de arts de doelstellingen, methode en voor- en nadelen worden uitgelegd.

Deelname aan het focusgroeponderzoek zal slechts plaatsvinden nadat een informed consent getekend werd. Uiteraard wordt de arts er attent op gemaakt (via de informatiebrief en bij aanvang van het interview) dat deelname geheel vrijwillig is, dat hij of zij op elk moment uit de studie kan stappen zonder dat dit enig gevolg heeft, en dat de gegevens met het nodige respect tot privacy behandeld worden. Niet-afgeronde interviews zullen worden vernietigd. De data die bekomen worden, zullen enkel gebruikt worden binnen deze studie.

6. ANALYSIS

Door middel van purposefull sampling en theoretische steekproeftrekking zullen artsen gezocht worden die wensen deel te nemen aan de studie. Er zullen participanten gerekruteerd worden totdat saturatie van de data bereikt is, een steekproefgrootte valt dus niet te berekenen.

De gesprekken zullen geanalyseerd worden via de methoden van de grounded theory. Er zal een constante vergelijking en een iteratief proces van data-analyse en dataverzameling plaatsvinden. Gegevens worden eerst open, en nadien axiaal en selectief gecodeerd. Er zal getracht worden de codering door twee onafhankelijke onderzoekers te laten plaatsvinden (onderzoekerstriangulatie).

Gegevens zullen na afronding van het onderzoek gedurende vijf jaar bewaard worden bij de promotor van deze studie.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle focusgroepgesprekken zullen worden vastgelegd door middel van geluidsopnamen. Direct na het afnemen van het focusgroepgesprek zullen de persoonsgegevens gecodeerd worden, dit enkel door de onderzoekers. Deze codes worden niet samengesteld uit bepaalde persoons- of demografische gegevens, om te verhinderen dat de code herleid kan worden naar de deelnemer. De coderingssleutel en de codes zullen niet op éénzelfde computer bewaard worden. De gesprekken worden zo snel mogelijk door de onderzoekers uitgeschreven, waarna de opname onmiddellijk gewist wordt. Ook de notities zullen na uitschrijven van de geluidsopnames vernietigd worden. Er wordt een back-up van de uitgeschreven gesprekken voorzien. Elke computer die data bevat, zal worden beveiligd met een paswoord. Na afloop van de studie zal de promotor instaan voor het bewaren van de bestanden, en dit gedurende 5 jaar.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Er worden geen ongewenste gebeurtenissen voorzien door deel te nemen aan deze studie. In geval van psychologische schade door deelname aan een focusgroep, kan ten allen tijde contact opgenomen worden met de promotor van deze studie. De contactgegevens staan vermeld in de informatiebrief.

9. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

(1) Davy Z *et al*. Patients' and clinicians' experiences and perceptions of the primary care management of insomnia: qualitative study. *Health Expectations*, **18**, 1371-1383 (2013).

(2) Cheung *et al.* Primary health care practitioner perspectives on the management of insomnia: a pilot study. *Australian Journal of Primary Health*, **20**, 103-112 (2014).

(3) Rosman *et al*. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France: a data-based study. *BMC Family Practice*, **12**:28 (2011).

(4) Subelj *et al*. Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study. *Wien Klin Wochenschr*, **122**, 474-478 (2010).

(5) Sirdifield *et al*. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Family Practice*, **14**:191 (2013).

(6) Subelj *et al*. Prescribing of benzodiazepines among Slovenian family physicians. *Zdrav Var*, **48**, 162-169 (2009).

(7) Cousins *et al*. Prescribing of psychotropic medication for nursing home residents with dementia: a general practitioner survey. *Clinical Interventions in Aging*, **12**, 1573-1578 (2017).

(8) Alves-dos-Reis *et al.* Changes in prescribing patterns of benzodiazepines after training of general practitioners. *European Psychiatry*, **33S**, S72-S113 (2016).

(9) Pérodeau *et al.* Systemic model of chronic benzodiazepine use among mature adults. *Aging & Mental Health*, **20**, 380-390 (2016).

(10) Sivertsen *et al.* Sleep problems in general practice: a national survey of assessment and treatment routines of general practitioners in Norway. *J. Sleep Res*., **19**, 36–41 (2010).

13. ANNEXES

All annexes should be integrated in this form, unless it would not be possible.

Please add here the information letter (if applicable)

Zie bijlage aub

Please add here the informed consent form (if applicable)

Zie bijlage aub

Please add here the questionnaire, information guide, test, etc. (if applicable)

Zie bijlage aub

Other (if applicable)

Bijlage 7: Demografietabel

Nr. arts	Geslacht	Leeftijd	Aantal jaar ervaring	Solo-duo-groep	Stad-landelijk	Frequentie opstart benzo's	Verhouding consulten psychisch - somatisch
1	V	26	1	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	1/5
2	M	26	1	Duo	Stedelijk	Minder dan maandelijks	1/10
3	M	26	1	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	
4	M	31	5	Groep	Landelijk	Maandelijks	1/4
5	M	41	12	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	1/7
6	V	34	7	Duo	Landelijk	Maandelijks	1/5
7	V	37	11	Solo	Landelijk	Maandelijks	1/6
8	V			Groep	Landelijk		
9	M	61	36	Solo	Landelijk	Maandelijks	1/5
10	M	57	30	Solo	Landelijk	Maandelijks	1/5
11	V	41	13	Solo	Landelijk	Maandelijks	1/4
12	V	59	31	Duo	Landelijk	Minder dan maandelijks	
13	M	52	25	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	
14	V	26	1	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	1/5
15	M	34	9	Solo	Landelijk	Minder dan maandelijks	
16	M			Duo	Landelijk	Wekelijks	1/3
17	M	66	39	Solo	Landelijk		
18	M	58	29	Solo	Landelijk	Tweewekelijks	3/7

19	M	65	38	Solo	Landelijk	Maandelijks	1/4
20	V	30	3	Duo	Landelijk	Maandelijks	1/3
21	M	65	39	Solo	Landelijk		
22	M	70	48	Solo	Landelijk		
23	V	28	0	Groep	Stedelijk	Minder dan maandelijks	1/4
24	V	26	1	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	1/3
25	M	30	1	Groep	Stedelijk	Minder dan maandelijks	3/7
26	M	28	1	Groep	Landelijk	Maandelijks	15/85
27	V	33	0	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	1/9
28	V	25	0	Groep	Landelijk	Nooit	3/7
29	M	25	1	Solo	Stedelijk	Minder dan maandelijks	3/7
30	V	35	10	Duo	Landelijk	Minder dan maandelijks	35/65
31	V	31	0	Solo	Landelijk	Minder dan maandelijks	15/85
32	M	55	27	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	30/70
33	M	49	21	Solo	Landelijk	Maandelijks	30/70
34	M	57	30	Groep	Landelijk	Maandelijks	5/95
35	M	27	2	Duo	Landelijk	Minder dan maandelijks	10/90
36	V			Duo	Landelijk		
37	V	30	5	Solo	Landelijk	Minder dan maandelijks	20/80
38	V	50	25	Duo	Landelijk	Maandelijks	

39	V	37	5	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	50/50
40	M	28	1	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	1/4
41	M	64	40	Solo	Landelijk	Maandelijks	10/90
42	V	57	31	Solo	Landelijk	Maandelijks	
43	M	62	38	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	1/4

1	M	65	40	Solo	Landelijk		
2	M	59	34	Duo	Landelijk	Maandelijks	

NB:
- De artsen tussen twee dubbele lijnen in de bovenste tabel waren aanwezig bij éénzelfde interview
- Arts 1 en 2 van de onderste tabel waren aanwezig op een LOK, zonder deelgenomen te hebben aan de interviews
- Arts 12 was bij twee interviews aanwezig (waardoor aan het derde interview 9 artsen deelnamen)

Bijlage 8: Codeboom

Name
Alternatieve medicatie bij opstart
Alternatieve therapie
Doorverwijzing voor stop
Ervaring van arts - wantrouwen
Gebruikte benzo's
Geen opstart bij
Geen stop bij
Artsgebonden factoren
Gedoogbeleid of ontkenning van probleem
Geen stop bij arts ontmoedigd door jarenlang gebruik - gelooft er niet in
Geen stop wanneer afbouw via psychiater moet volgens arts
Geen stop wanneer arts al verschillende verslavingen begeleid
Geen stop wanneer arts niet beschikbaar is of geen tijd heeft
Geen stop wanneer arts veel psychische patiënten begeleid
Geen stop wanneer gevoel weinig successen te boeken, weinig voldoening gevend
Geen stop wanneer patiënt weerstand toont
Geen stop wanneer situatie te dicht bij arts zelf komt
Omdat laten verder nemen makkelijker is dan stoppen
Perceptie van arts dat stoppen streng is voor de patiënt of straf
Perceptie van gezondheidsstatus van patiënt door arts
Wanneer arts niet de 'vaste arts' is of specialist voorschrijft
Weinig of geen ervaring van arts is drempel om te proberen

Name
Contextgebonden factoren
Begeleid gebruik
Geen stop bij goede sociale omkadering van de patiënt
Geen stop bij langdurig gebruik
Geen stop bij recent verlies
Geen stop wanneer groot risico voor herval
Geen stop wanneer onvoeldoende betaling voor arts
Intermittent gebruik
Patiëntgebonden factoren
Agressieve patiënt
Bij misbruik
Bij patiënten die reeds een lang traject hebben afgelegd
Epilepsie
Geen stop bij acute stressfactoren
Geen stop bij dementerenden met storend gedrag
Geen stop bij financiële problemen
Geen stop bij jarenlange gebruikers die telefonisch aanvragen
Geen stop bij misbruik
Geen stop bij multiproblematiek
Geen stop bij niet-fysiek actieve mensen
Geen stop bij oude mensen
Geen stop bij patiënten die de uitleg minder goed begrijpen - lage intelligentie
Geen stop bij psychotici, ernstige depressie, bipolariteit, schizofrenie

Name
Geen stop bij pt die er niet klaar voor is
Geen stop bij pt met chronische stress, gevoeligheid
Geen stop bij verslaving
HAIO's probleemstelling
Inhoud - verloop afbouwconsultaties
Manier van afbouwen of stoppen benzo's
Aankondigen dat afbouw nuttig zou zijn
Dosisafbouw
Gebruikt afbouwschema
Magistrale bereidingen
Gestart in het ziekenhuis
Overschakelen naar andere medicatie, bv. Trazodone
Progressieve afbouw contacten
Steeds individueel
Telefonisch opvolgen
Manier van afleveren of meegeven benzo's - opstart
Aan eind van consultatie - als bijzaak
Eenmalig - één of enkele pilletjes
Enkel aan pt zelf
Gebruik nadien nagaan
Geven van instructies en aangaan van gesprek bij opstart
Intermittent gebruik
Kleinst mogelijke verpakking en dosering

Name
Kortdurend gebruik (voorschrijven of zelf meegeven)
Met afbouwplan erbij
Telefonisch
Nadelen benzo's
Ondersteunende middelen in de praktijk
Opstart voor
Acute stressperiode
Angst
Depressie
Drugsafkick
Echtscheiding
Gebrek aan alternatieven
Gemak van de zorgverlener
In ziekenhuis
Jetlag
Menopauzale klachten (vroeger)
Ontwenningsyndroom op te vangen
Perceptie patiënt van acute slaapproblemen
Posttraumatische stressstoornis - psychisch lijden
Psychische ziekten (depressie, psychose...)
Rouw
Shiftarbeiders
Slaapproblemen

Name
Specifieke fobie (vliegangst, claustrofobie...)
Spierrelaxans
Start bij pt die zich aan richtlijnen houdt
Verlengen wat andere collega heeft opgestart
Praktijkniveau
Praktijkniveau (2)
Richtlijn - kennis
Stop bij
Artsgebonden kenmerken
Gemotiveerde arts, eindresultaat telt
Stop wanneer arts zelf niet achter benzo's en Z-drugs staat
Wanneer patiënt niet specifiek voor benzo komt
Contextgebonden kenmerken
Bij kortstondige crisissituaties
Stop bij alternatieve therapie
Stop na begrafenis
Stop snel doorvoeren wanneer pt gemotiveerd is
Stop voor begrafenis
Stop wanneer opgestart in ziekenhuis
Patiëntgebonden kenmerken
Benzo voor slaapproblemen
Bij jonge patiënten
Langdurige gebruikers

Name
Nieuwe pt op de praktijk
Shiftenarbeid
Stop bij gemotiveerde pt
Stop bij iedere pt
Stop bij oudere patiënten
Stop bij pt met angst voor benzo's
Stop bij pt met kortdurende problemen
Stop bij pt met nevenwerkingen
Stop bij pt met OSAS
Stop bij pt met rouwverwerking
Stop bij pt met valproblemen en -risico
Stop bij pt met veiligheidsfunctie
Stop bij pt onder hoge dosissen
Stop wanneer multiproblematiek onder controle is
Stop wanneer pt makkelijk aan te spreken is
Verlenging voorschrift
Acceptabele dosis - gebruik
Binnen het half jaar geweest, telefonisch mogelijk
Niet bij ongekende patiënt
Niet bij recent voorschrift
Opgestart door psychiater, verlenging om gebruik te kunnen monitoren
Patiënt van collega
Voordelen benzo's en z drugs

Name
Voorwaarden om stop te starten
Waarom afbouw of stop moeilijk is
Context
Goede afspraken kunnen maken
Op arts- en praktijkniveau
Apotheek geeft medicatie mee zonder voorschrift of geeft niet mee wat gevraagd werd
Collega niet op de hoogte van afbouwplan
Collega schrijft oude of andere dosis voor
Collega staat niet achter afbouw of kaartte het nooit aan
Geen of weinig ervaring met afbouw als arts
Moeilijk dat pt zo wat ambetant wordt
Moeten afleveren van collega's zonder pt gezien te hebben
Niet eigen patiënt of specialist schrijft voor
Timing - tijdsinvestering
Vergoeding per prestatie
Weinig overheidsondersteuning
Op patiëntenniveau
Alternatieven voor aanschaf
Angst ik ga dood als je dat ooit afpakt
Bijvraag tijdens consult of op einde van het consult
Familie weigert afbouw
Gewend om makkelijk voorschriften van vorige arts te krijgen
Herval

Name
Idee dat arts er toch niet mee bezig is
Kickeffect
Kopen via internet
Langdurig gebruik - die-hards
Medicatie delen - makkelijker herval in oude dosis
Niet het juiste moment voor de patiënt - niet onmiddellijk gemotiveerd
Niet-assertieve of -gemotiveerde patiënten
Patiënt weigert afbouw, wordt kwaad, komt afspraken niet na
Patiënt zoekt niet op tijd hulp
Plotse stop met ontwenningssyndroom
Psychiatrische achtergrond
Pt staat nog steeds onder stress
Raakt niet gemotiveerd door argumenten arts
Shiftenarbeid
Shoppen bij verschillende dokters of via wachtdienst
Te hoge kosten voor pt
Tolerantie en verslaving
Waarom patiënt niet opstart - motivatie
Wat afbouw makkelijker maakt - motivatieverhogend
Voor arts