Beleving bij HAIO's van het voorschrijfgedrag van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk

Wat is de ervaring van HAIO's rond het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk?

Onderzoeker 1: Sophie Metsers, Universiteit Antwerpen

Onderzoeker 2: Emmanuelle van Soest, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. dr. Sibyl Anthierens

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2018 - 2020

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

Context: Benzodiazepineafhankelijkheid is een steeds groter wordend probleem. Via het gebruik van kwalitatief onderzoek werd getracht de ervaringen met het niet opstarten en afbouwen van benzodiazepines bij huisartsen – in – opleiding (HAIO's) in kaart te brengen.

Onderzoeksvraag: Er wordt een onderverdeling gemaakt in twee onderzoeksvragen, namelijk 'Wat is de ervaring van HAIO's rond het afbouwen van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk?' en 'Wat is de ervaring van HAIO's rond het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk?'.

Methode: Een kwalitatief explorerend onderzoek werd uitgevoerd. Twee focusgroepen en acht aanvullende individuele interviews werden georganiseerd om te peilen naar de ervaringen van HAIO's. Er werd gebruik gemaakt van een semi – gestructureerde interviewguide. De gesprekken vonden plaats tussen augustus 2019 en maart 2020 in verscheidene seminarielokalen. De focusgroepen en interviews werden thematisch geanalyseerd.

Resultaten: HAIO's schrijven meer benzodiazepines voor dan verwacht. Ze vinden het moeilijk om het initiatief voor het afbouwen van die medicatie bij patiënten te nemen. Ze vinden het vervelend om verlengvoorschriften te weigeren. HAIO's moeten bedreven zijn in motivationele gespreksvoering, aangezien patiënten meestal niet openstaan voor het afbouwen van die medicatie. HAIO's wensen meer concrete informatie over het afbouwen van benzodiazepines tijdens de opleiding geneeskunde. Ze willen praktische handvaten aangeleerd krijgen. Ook vanuit de overheid zouden meer sensibiliseringscampagnes noodzakelijk zijn over de risico's en nadelen van benzodiazepines. HAIO's proberen zo weinig mogelijk benzodiazepines bij patiënten met een slaapprobleem op te starten, aangezien daar tijdens de opleiding geneeskunde specifiek nadruk op werd gelegd. Echter, in de praktijk blijkt dat niet altijd even gemakkelijk. HAIO's vinden het belangrijk om met collega's op dezelfde lijn te staan wat betreft visie op het gebruik en het niet opstarten van benzodiazepines. Er is vraag naar meer achtergrondinformatie over het praktisch gebruik van alternatieven voor benzodiazepines en het niet opstarten ervan.

Conclusie: Door de combinatie van twee onderzoeksvragen kon op meer gerichte wijze feedback gegeven worden op de aanpak van educatie rond benzodiazepines van de geneeskundige opleiding. Er is een belangrijk contrast tussen enerzijds het afbouwen, en anderzijds het niet opstarten van benzodiazepines. HAIO's zijn consequenter in het niet opstarten, dan het afbouwen van die medicatie. Tijdens de opleiding geneeskunde zou er volgens HAIO's meer gefocust kunnen worden op alternatieven voor het niet opstarten van een benzodiazepine, en praktische handvaten voor het afbouwen van die medicatie.

Inhoudstabel

Inleiding **4**

Literatuuronderzoek **5**

Methode **11**

Studieopzet *11*

Deelnemers *11*

Rekrutering *11*

Dataverzameling *11*

Analyse *12*

Resultaten **13**

Beschrijving populatie *13*

Conceptueel model *14*

Beschrijving thema's en subthema's *15*

Thema 1: Beleving HAIO 15

1.1 Beleving HAIO benzodiazepinevoorschrijfgedrag en artsenprofiel 15

1.2 Afspraken met collega's en invloed op beleid van de HAIO 16

Thema 2: Aanpak niet opstarten benzodiazepines 16

2.1 Alternatieven niet opstarten 16

2.2 Redenen niet opstarten benzodiazepines 17

Thema 3: Valkuilen niet opstarten benzodiazepines 18

3.1 Indicaties voor het opstarten van een benzodiazepine en de aanpak daarvan 18

3.2 Nadelen alternatieve maatregelen 19

3.3 Hindernissen niet opstarten benzodiazepines 19

Thema 4: Praktische organisatie 19

4.1 Methoden niet opstarten benzodiazepines 19

4.2 Organisatie consultatie 20

4.3 Welke benzodiazepines? 20

Thema 5: Opleiding en overheid 21

5.1 Handvaten vanuit de opleiding 21

5.2 Hindernissen en suggesties vanuit de opleiding 21

5.3 Suggesties overheid 21

Discussie **22**

Besluit **24**

Referenties **25**

Dankwoord **26**

Bijlagen **27**

Bijlage 1: Informatieformulier *28*

Bijlage 2: Toestemmingsformulier *30*

Bijlage 3: Interviewguide *31*

Bijlage 4: Goedgekeurd advies ethisch comité *33*

Bijlage 5: Protocol *36*

Inleiding

De perceptie rond benzodiazepines is door de jaren heen sterk veranderd. De ontdekking van die middelen was een medische doorbraak. Met name omdat ze beter worden verdragen en in overdosering veel veiliger zijn dan de tot dan toe veel gebruikte barbituraten. [1] Benzodiazepines werden daardoor plots op grote schaal voorgeschreven, met als gevolg dat een heel aantal patiënten afhankelijk werd van dergelijke medicatie.

Momenteel zijn de richtlijnen duidelijk, artsen worden namelijk geadviseerd om enerzijds benzodiazepines af te bouwen en anderzijds die medicatie zo weinig mogelijk op te starten bij patiënten. Dat vormt een grote uitdaging, met name voor huisartsen – in - opleiding (HAIO's). Die groep artsen, die al werkt in de praktijk, maar toch voortdurend getoetst en geëduceerd wordt o.a. via seminaries, blijkt het daarmee niet altijd even gemakkelijk te hebben.

Deze masterproef tracht daarom de beleving bij HAIO's omtrent hun benzodiazepine voorschrijfgedrag in kaart te brengen, en hun ervaringen met het afbouwen van benzodiazepines en anderzijds het niet opstarten van dergelijke medicatie bij patiënten met slaapproblemen. Meer in het bijzonder zal worden toegespitst op hoe de opleiding geneeskunde hen daarop voorbereid heeft. Tevens zal ingegaan worden op eventuele suggesties voor de opleiding tot arts in de toekomst, om in het verlengde daarvan een optimale zorg voor de patiënt te kunnen waarborgen.

De onderzoeksgroep bestond uit een promotor en twee auteurs, die elk een eigen onderzoeksvraag bestudeerden, namelijk 'Wat is de ervaring van HAIO's rond het afbouwen van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk?' (Sophie) en 'Wat is de ervaring van HAIO's rond het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk?' (Emmanuelle).

Literatuuronderzoek

Inleiding

Benzodiazepineafhankelijkheid en (langdurig) misbruik vormen een steeds groter wordend maatschappelijk en gezondheidsprobleem. Volgens de Gezondheidsenquête 2013 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid had 13% van de Belgen, ouder dan 15 jaar, naar eigen zeggen in de afgelopen twee weken een slaap – of kalmeermiddel gebruikt. [1]

In België gebruikt 1 op de 10 personen langdurig een normale dosis van een benzodiazepine. Het gaat voornamelijk om ouderen en psychiatrische patiënten. [2] De indicaties zijn hoofdzakelijk slaap – en angstproblemen. 30% van de Belgische bevolking zou met slaapproblemen kampen en dat cijfer is de laatste jaren exponentieel toegenomen. [3] Er werd echter aangetoond dat deze medicatie in dezelfde dosis na één week niet meer beter werkzaam zou zijn dan een placebo. Er is bij verder gebruik zelfs risico op afhankelijkheid, tolerantie en verslaving. [2]

De literatuurstudie poogt het bestaande onderzoek wat betreft onderstaande twee onderzoeksvragen in kaart te brengen:

1. Wat is de ervaring van huisartsen – in – opleiding (HAIO's) rond het afbouwen van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk?
2. Wat is de ervaring van huisartsen – in – opleiding (HAIO's) rond het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk?

Methode

Artikels in verband met de eerste onderzoeksvraag werden verzameld tijdens de periode van 05/02/2019 - 18/08/2019. De vraag werd systematisch via het 'watervalprincipe' benaderd. Enkel artikels vanaf 2005 en gaande over mensen werden geselecteerd. Er werd allereerst naar richtlijnen gezocht, via databases van EbmPracticeNet, Domus Medica, en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De volgende zoektermen werden gebruikt: BENZODIAZEPINES AND/OR Z MEDICATIE (DRUGS) AND HUISARTSEN IN OPLEIDING (GP IN TRAINING/REGISTRARS) AND AFBOUWEN (WEANING OFF/TAPERING). Er werden in totaal 0 zoekresultaten gevonden. De zoektermen BENZODIAZEPINES AND AFBOUWEN gaven 1 zoekresultaat. De verschillende combinaties van de andere zoektermen gaven geen resultaten. Met enkel de zoekterm BENZODIAZEPINES werden in totaal 55 zoekresultaten geselecteerd. Op basis van titel en abstract werden er reeds 53 artikels geëxcludeerd. Databanken van NHG en Domus Medica leverden geen relevante richtlijnen op. Vervolgens werd er naar Systematic Reviews gezocht in The Cochrane Library. Er waren 0 zoekresultaten. Bij het verwijderen van de zoekterm GP IN TRAINING/REGISTRARS bleven er 2 zoekresultaten over, waarvan 1 relevant op basis van titel en abstract. De zoekterm BENZODIAZEPINES leverde 106 zoekresultaten, waarvan 105 geëxcludeerd werden op basis van titel en abstract. Tenslotte werd de zoekstrategie afgesloten met primaire literatuur via Pubmed/Medline, Web of Science, KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), Minerva en ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding). Er bestonden geen MeSH termen voor WEANING OFF/TAPERING en GP IN TRAINING. De zoekstrategie bestond uit MeSH termen BENZODIAZEPINES en GENERAL PRACTITIONERS. Er waren 21 zoekresultaten, waarvan 3 relevant op basis van titel en abstract. Zonder MeSH termen werd de zoekstrategie uitgebreid naar BENZODIAZEPINES AND GENERAL PRACTITIONERS AND TAPERING/WEANING OFF. Er waren 3 zoekresultaten, waarvan 1 relevant op basis van titel en

abstract. De combinatie met de zoekterm GP IN TRAINING/REGISTRARS gaf geen zoekresultaten. Op KCE en Minerva werden met de combinatie van BENZODIAZEPINES AND HUISARTSEN IN OPLEIDING AND AFBOUWEN 3 zoekresultaten gevonden, waarvan 3 geëxcludeerd werden op basis van titel en abstract. In de databank met masterproeven op de ICHO website werden met bovenstaande zoektermen geen zoekresultaten gevonden. Ook niet met de combinatie BENZODIAZEPINES AND AFBOUWEN. De zoekterm BENZODIAZEPINES leverde 5 zoekresultaten op, waarvan 2 relevant op basis van titel en abstract. In verband met de eerste onderzoeksvraag werden dus uiteindelijk 10 artikels relevant bevonden en gelezen. In de resultaten werden er daarvan 6 besproken, aangezien de overige 4 artikels geen bijkomende gegevens leverden tot de reeds gevonden informatie.

Artikels in verband met de tweede onderzoeksvraag werden op analoge wijze gecollecteerd. Opnieuw werd gezocht volgens het zogenaamde 'watervalprincipe', waarbij eerst bestaande richtlijnen op EbmPracticeNet, Domus Medica en NHG werden geanalyseerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van volgende zoektermen: BENZODIAZEPINES AND HUISARTSEN IN OPLEIDING (GP IN TRAINING/REGISTRARS) AND NIET OPSTARTEN (AVOIDING OF PRESCRIPTION). Er werden geen zoekresultaten gevonden. Ook wanneer enkel de term BENZODIAZEPINES werd gebruikt, werden er via de databanken van NHG en Domus Medica geen relevante zoekresultaten gevonden. Bij gebruik van de zoekterm BENZODIAZEPINES op EbmPracticeNet werden 3 relevante resultaten bekomen. Bij onderzoek naar Systematic Reviews via The Cochrane Library werden 0 zoekresultaten gevonden bij gebruik van de drie zoektermen. Er werden tevens geen zoekresultaten gevonden bij gebruik van de termen: BENZODIAZEPINES AND MANAGEMENT STRATEGIES AND AVOIDING OF PRESCRIPTION. Uiteindelijk werden enkel bij gebruik van de zoekterm BENZODIAZEPINES 111 Cochrane reviews gevonden, na uitfiltering op basis van titel en abstract bleef echter geen enkel zoekresultaat over. Als laatste werd gezocht naar in de primaire literatuur, via Pubmed/Medline, en Web of Science. Er bestonden geen MeSH termen voor GP IN TRAINING/PHYSICIAN ASSISTANT en AVOIDING OF PRESCRIPTION. Bij gebruik van de termen: BENZODIAZEPINES AND GENERAL PRACTICIONERS AND AVOIDING PRESCRIPTION in de zoekbalk werd 1 resultaat gevonden. Door gebruik te maken van 'similar articles' werd een lijst van 153 zoekresultaten gevonden. Na het uitfilteren van artikels van de laatste 10 jaar bleven er 135 zoekresultaten over. In verband met de tweede onderzoeksvraag werden dus uiteindelijk 4 artikels relevant bevonden en gelezen. In de resultaten werden er daarvan ook 4 besproken.

Resultaten

Inleiding

Aanpak slapeloosheid volgens Farmaka

De aanpak van slapeloosheid begint best met een grondige anamnese, o.a. aan de hand van verduidelijking van het slaapwaakpatroon, functioneren overdag, Ideas/Concerns/Expectations van de patiënt, duur van de slapeloosheid en reeds gehanteerde therapie. Psycho - educatie en patiëntenvoorlichting zijn de eerste stap in het verdere beleid. De slaap wordt namelijk onderverdeeld in verschillende fasen, waarbij de diepe slaap zorgt voor lichamelijke recuperatie en de REM slaap voor psychologisch herstel. De slaapbehoefte varieert van persoon tot persoon en wordt geleidelijk aan minder bij het ouder worden. Slaapmedicatie en alcohol beïnvloeden de slaapstructuur. Stimuluscontrole hanteren is een volgende stap, en kan helpen om de vicieuze cirkel van conditionering te doorbreken. Indien er hiermee geen beterschap wordt bevonden, moet eventueel verdere diagnostiek overwogen worden, of kan verwezen worden naar een therapeut voor bijvoorbeeld Cognitieve Gedragstherapie, of Relaxatietherapie. Een vervolgconsult wordt best afgesproken. Een slaapmiddel, bijvoorbeeld een benzodiazepine of Z - drug, kan enkel overwogen worden bij acute en ernstige slapeloosheid, en dan best maximum één week gegeven worden, met

afspreken van het moment van staken en tevens focus op niet – medicamenteuze maatregelen. Bij ouderen en chronische slapeloosheid wordt deze medicatie best vermeden. De werkzaamheid is beperkt in de tijd en er zijn risico's en nadelen aan verbonden. Het afbouwen gebeurt best geleidelijk aan, zeker bij ouderen. Er is geen consensus omtrent een specifiek afbouwschema. Eén van de mogelijkheden is het omzetten van de benzodiazepine naar een equivalente dosis Diazepam en het wekelijks verminderen van die dosering. [4]

Slapeloosheid en percepties rond behandeling

In een studie uit 2010 werd via een vragenlijst onderzoek gedaan naar de voorkeuren van huisartsen betreffende het beleid bij slaapproblemen, meer specifiek hun percepties ten opzichte van het voorschrijven van benzodiazepines en hun barrières omtrent de niet - farmacologische aanpak van slaapproblemen. Uiteindelijk werd hieruit geconcludeerd dat ze een negatieve attitude vertoonden ten opzichte van slaapmedicatie en daartegenover positief stonden ten opzichte van het minder voorschrijven van slaapmedicatie. Er was voornamelijk nood aan betere voorlichtings – en gedrag veranderende strategieën om slaapproblemen op een niet - farmacologische manier op te lossen en dus onrechtstreeks om het opstarten van benzodiazepines te vermijden. [5]

Voorschrijfgedrag benzodiazepines

Een ander recent onderzoek toonde aan dat huisartsen het voorschrijven van benzodiazepines inderdaad een complex, veeleisend en onaangenaam deel van hun werk vinden, ondanks dat ze deze medicatie frequent blijven meegeven met hun patiënten. Redenen hiervoor zijn onder andere het willen helpen van patiënten die volgens hen terecht benzodiazepines kunnen gebruiken en nodig hebben. Het voorschrijfgedrag is afhankelijk van enkele factoren, zoals arts en patiënten karakteristieken, en de organisatie van de huisartsenpraktijk. Over het algemeen zijn huisartsen de voorbije decennia bewuster en kritischer over hun voorschrijfgedrag geworden. Ze worden anderzijds steeds meer geconfronteerd met psychosociale problematiek, wat de laatste jaren vaker in de eerste lijn wordt behandeld, zodat ze zelf frequenter met het voorschrijven van deze medicatie in aanraking komen. [6,7]

Overige redenen om benzodiazepines verder te blijven voorschrijven, zijn het beschouwen van bepaalde biopsychosociale situaties van patiënten als te complex om te kunnen genezen of behandelen op een andere manier, of de angst dat patiënten een andere arts zouden vinden om het voorschrijfgedrag te continueren, of de weerstand van de patiënt om andere oplossingen te exploreren, of de angst dat patiënten de competentie van de arts in vraag zouden stellen. De arts – patiëntrelatie speelt hierbij een grote rol. Voor sommige huisartsen is het een gemakkelijke en snelle oplossing voor het probleem van de patiënt. Velen achten zich ook te weinig geschoold in het (alternatief) begeleiden van psychosociale problematiek en het afbouwen van benzodiazepines. [7]

Een andere systematic review haalde ongeveer dezelfde barrières aan om het voorschrijfgedrag te minimaliseren. Ten eerste werd verminderd besef van relevantie en gepastheid van het voorschrijfgedrag aangehaald. Artsen waren het over het algemeen eens dat benzodiazepines best niet te frequent genomen worden, doch die overeenstemming zorgde niet voor een veranderd individueel voorschrijfprofiel. Als tweede belemmering werd het omzetten van de theorie naar de praktijk beschreven. Artsen weten wel dat de medicatie belangrijke nevenwerkingen heeft, maar hechten om andere redenen toch meer belang aan het continueren. Mogelijke oorzaken zijn bijvoorbeeld een bedreigde arts – patiëntrelatie, verminderde geloofwaardigheid, angst voor een aanklacht, hoge werkdruk, en conflict met collega's. Bepaalde patiëntfactoren spelen hierbij ook een belangrijke rol, namelijk mogelijkheid van ontwenningssymptomen en herval. De derde barrière was het geloof in de eigen bekwaamheid tot het aankaarten van het medicatiegebruik. De vierde bleek de haalbaarheid van externe factoren die een verandering in het gebruik kunnen teweegbrengen. De

voornaamste factor bleek het omgaan met de ambivalentie en weerstand van patiënten om hun gebruik te verminderen. [8]

Afbouwen van benzodiazepines

Vaardigheden afbouwen benzodiazepines

Een recente cross - sectionele studie onderzocht de percepties en attitudes van Portugese artsen inzake benzodiazepinevoorschrijfgedrag, maar ook beleidsveranderingen, voordelen, risico's en ontrekkingsverschijnselen betreffende benzodiazepinegebruik. Portugal bleek in 2015 namelijk het OECD - land met het hoogste percentage benzodiazepinevoorschrijfgedrag. Uit deze studie werd besloten dat huisartsen wel op de hoogte zijn van nadelige effecten van benzodiazepines, maar dat er nog veel verbetering mogelijk is betreffende hun vaardigheden in het afbouwen van benzodiazepines. Er zijn nog steeds interventies nodig in de eerstelijnszorg om huisartsen vaardigheden aan te leren om dergelijke medicatie af te bouwen. [9]

Invloed e - module op benzodiazepinevoorschrijfgedrag

Creupelandt H. et al. bestudeerden in 2017 het verschil in voorschrijfgedrag van benzodiazepines bij HAIO's na het volgen van een online e – module. De module bevatte theoretische en praktische richtlijnen om het voorschrijfgedrag te verminderen en meer alternatieve en niet – medicamenteuze behandelingen te realiseren. Na de module bleek 63% van de HAIO's succes te ondervinden bij het verminderen van het aantal voorschriften voor benzodiazepines, voor de module was dit amper 12%. 85% van de HAIO's gaf een aantal maanden na de interventie aan dat die hun voorschrijfgedrag veranderd had en zij meer niet – medicamenteuze maatregelen probeerden te implementeren. [6]

Methoden afbouwen benzodiazepines

Bode T. ondernam in 2008 als HAIO een praktijkproject om chronisch benzodiazepinegebruik (> 3 maanden) bij patiënten jonger dan 75 jaar via een minimale interventiestrategie af te bouwen. De methode omvatte het verzenden van een stopbrief en informatiefolder. Dankzij die tussenkomst bleek dat 32% van de patiënten hun benzodiazepinegebruik verminderd had en 17% zelfs volledig gestaakt. Wanneer een bijkomende interventie in de vorm van het voorstellen van afbouwschema's via de consultatie werd toegepast, bleek daarenboven 26% van de patiënten hun gebruik te verminderen en 6% te stoppen. [10]

Niet opstarten van benzodiazepines

Redenen toch opstarten benzodiazepines

Waarom huisartsen dan toch benzodiazepines opstarten bij patiënten, die dat nooit eerder genomen hadden, werd beschreven door Anthierens S. et al. in 2007. Huisartsen worden vaak overweldigd door de psychosociale problematiek van hun patiënten. Ze denken empathie te vertonen door die medicatie voor te schrijven, ook al weten ze dat ze daarmee voorzichtig moeten zijn. Soms zien ze echter geen andere oplossing. De huisartsen onderschatten vaak het verslavingspotentieel van benzodiazepines bij patiënten die dat nooit eerder genomen hebben. Opnieuw werd ook hier een gebrek aan tijd aangehaald. Het voorschrijven van benzodiazepines zou minder tijd in beslag nemen dan een consult waarin de patiënt overtuigd moet worden van het nut van niet - medicamenteuze maatregelen. Bovendien zou ook gebrek aan financiële middelen een rol spelen. Het voorschrijven van benzodiazepines wordt over het algemeen als goedkoper ervaren dan de niet - medicamenteuze alternatieven. [11]

Hindernissen niet opstarten benzodiazepines

Een onderzoek uit 2008 beschreef eigenlijk dezelfde bevindingen, namelijk het feit dat afhankelijkheid van benzodiazepines door huisartsen niet geassocieerd wordt met het eerste gebruik ervan. Deze medicatie wordt namelijk vaak voorgeschreven om de klachten op korte termijn te verhelpen, en hierbij wordt veel minder rekening gehouden met het gebruik en zijn bijhorende nadelige effecten op lange termijn. Huisartsen zouden zeker openstaan voor een niet - medicamenteuze aanpak, maar daarbij tegengehouden worden door een aantal barrières, die hierboven ook reeds vermeld werden. De belangrijkste hindernis was een gebrek aan zelfvertrouwen en kennis om een niet - medicamenteuze aanpak voor slaapproblemen in de praktijk toe te passen. Er zou vaak ook een gebrek aan tijd zijn om deze manier van aanpak toe te passen tijdens een 'gewone' consultatie. [12]

Invloed e - module op benzodiazepinevoorschrijfgedrag

In een recente en reeds bovenvermelde studie met als doelgroep HAIO's, werd aangetoond hoe hun voorschrijfgedrag van benzodiazepines, en meer bepaald het niet opstarten van dergelijke medicatie, door een e - module positief beïnvloed kon worden. De interventie had een invloed op verschillende relevante psychologische factoren in dat proces. Er werd zowel op korte als op lange termijn een significant positieve impact op hun omgang met (complexe) psychosociale consultaties gezien. De deelnemende HAIO's maakten in deze consultaties gebruik van verschillende niet - farmacologische methoden. [6]

Een andere studie beschreef eveneens dat het volgen van een e – module bij huisartsen een significant effect op lange termijn zou kunnen betekenen wat betreft hun voorschrijfgedrag van benzodiazepines. Hun perceptie hieromtrent en geloof in eigen effectiviteit bleek in goede zin veranderd, en ze rapporteerden meer te experimenteren met niet – medicamenteuze maatregelen, zoals slaaphygiëneadviezen, een slaapdagboek, en stimuluscontrole. [13]

Conclusie

Chronisch benzodiazepinegebruik is een wijdverspreid fenomeen. Het is hoe dan ook zeer belangrijk om onderzoek te doen naar het gedrag en de percepties bij HAIO's betreffende het niet opstarten en afbouwen van benzodiazepines, met terugkoppeling naar het theoretische aanbod tijdens de geneeskundige opleiding. Een opleiding waar momenteel door middel van lessen, PowerPointpresentaties en leermodules aan HAIO's wordt geleerd hoe om te gaan met slaapproblemen. Een opleiding waarin ook een sterke focus op het afbouwen van benzodiazepines wordt gelegd. Op die manier kunnen de nadelige effecten die gepaard gaan met het chronisch gebruik van deze medicatie zoveel mogelijk vermeden worden. [10]

Tijdens deze literatuurstudie werden enkel zoekresultaten gevonden bij gebruik van de termen 'BENZODIAZEPINES' AND 'GENERAL PRACTITIONERS' AND 'TAPERING/AVOIDING OF PRESCRIPTION', echter een vervanging van de term 'GENERAL PRACTITIONERS' door de term 'GP IN TRAINING/REGISTRARS' leverde amper zoekresultaten op. De richtlijnen voor huisartsen die gevonden werden, zijn dezelfde als die voor HAIO's. Deze vaststelling benadrukt opnieuw de nood en ruimte aan verder onderzoek in verband met percepties van het benzodiazepinevoorschrijfgedrag bij HAIO's.

Referenties

1. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. *Slaap - en kalmeermiddelen, denk eerst aan andere oplossingen*, 2019. Beschikbaar via https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/medicatie/slaap-en-kalmeringsmiddelen
2. Reusens, N., *Dossier: Slaap - en kalmeringsmiddelen.* Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, 2017.
3. Kint, H., Somers, A., *Actieve afbouw van slaap - en kalmeermiddelen: opstart en implementatie van een praktijkverbeterend project in het UZ Gent.* Master in de Farmaceutische Zorg, Universiteit Gent, 2017.
4. Farmaka vzw Project Onafhankelijke Artsenbezoekers. *Aanpak van slapeloosheid,* Februari 2011.
5. Siriwardena, A.N., et al., *General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing.* J Eval Clin Pract, 2010. **16**(4): p. 731-7.
6. Creupelandt, H., et al., *Teaching young GPs to cope with psychosocial consultations without prescribing: a durable impact of an e-module on determinants of benzodiazepines prescribing.* BMC Med Educ, 2017. **17**(1): p. 259.
7. Sirdifield, C., et al., *General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis.* BMC Fam Pract, 2013. **14**: p. 191.
8. Anderson, K., et al., *Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis.* BMJ Open, 2014. **4**(12): p. e006544.
9. Neves, I.T., et al., *Physicians' beliefs and attitudes about Benzodiazepines: a cross-sectional study.* BMC Fam Pract, 2019. **20**(1): p. 71.
10. Bode, T., De Lepeleire, J., *Benzodiazepinen afbouwen via de minimale interventiestrategie.* Huisarts Nu, 2008. **37**(10): p. 565 - 569.
11. Anthierens, S., et al., *The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice.* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007. **25**(4): p. 214-219.
12. Anthierens, S., *(Vermijden van) opstarten van benzodiazepines in de eerstelijn. Percepties van huisartsen, patiënten en verpleegkundigen.* Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, 2008.
13. Creupelandt, H., Anthierens, S., Habraken, H., Sirdifield, C., Siriwardena, A.N. & Christiaens, T., *A tailored e-learning gives long-term changes in determinants of GPs' benzodiazepines prescribing: a pretest - posttest study with self-report assessments*, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2019. 37:4, 418-425.

Methode

Studieopzet

Om de beleving van het benzodiazepinevoorschrijfgedrag bij HAIO's in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen, werd gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoeksopzet. Als methode voor data collectie werd er gekozen voor organisatie van focusgroepen en aanvullende individuele diepte - interviews. Er werd gebruik gemaakt van een semi - gestructureerde interviewguide om de gesprekken te structuren. Tijdens de focusgroepen was ruimte voor onderlinge discussie en was de interactie tussen de deelnemers belangrijk om zo tot nieuwe informatie te komen. Tijdens de individuele interviews kregen HAIO's de tijd om meer uit te weiden over hun eigen persoonlijke belevingen en werd er meer in de diepte gepeild naar hun ervaringen.

Deelnemers

De doelgroep bestond uit HAIO's. Er werd gewerkt met een doelgerichte steekproef en een aanvulling via 'convenience sampling' aan de hand van bepaalde kenmerken, zoals opleidingsregio, eerste – en tweedejaars HAIO's, en soort praktijk (solo - of groepspraktijk). Er werd geen vergoeding voorzien voor de deelname aan de focusgroepen en interviews.

Rekrutering

Deelnemers werden gerekruteerd op basis van respons op online berichten geplaatst in seminariegroepen en de website van het ICHO en werden dan uitgenodigd voor een focusgroep of een interview. Ook werden collega HAIO's die kennissen waren van de onderzoekers persoonlijk aangesproken.

Dataverzameling

De studie kreeg gunstig advies van het Ethisch Comité UA - UZA op 18 maart 2019 (kenmerk 19/09/116, zie bijlage 4).

HAIO's die bereid waren deel te nemen, kregen eerst een informatieformulier (zie bijlage 1). Indien ze akkoord waren, werd een toestemmingsformulier getekend (zie bijlage 2). Op voorhand werd er een interviewguide opgesteld met enkele sleutelvragen gebaseerd op de literatuur (zie bijlage 3). De focusgroepen en interviews werden uitgevoerd tijdens de periode van augustus 2019 – maart 2020, en vonden plaats in verschillende seminarielokalen van de organisatie ICHO vzw. Wat betreft de focusgroepen waren de onderzoekers afwisselend interviewer en moderator. De gesprekken van de focusgroepen en de interviews werden opgenomen met een audiorecorder, maar verder op een geanonimiseerde manier behandeld en enkel gebruikt in het kader van het onderzoek. Bij de focusgroepen waren dus zowel interviewer als moderator aanwezig. Bij de interviews was dit enkel de interviewer zelf. Mede door de relatief beperkte opkomst tijdens de focusgroepen, werden aanvullende diepte - interviews georganiseerd. Er werd geen data – saturatie bekomen, omwille van pragmatische redenen (zie Resultaten). De gesprekken werden volledig tekstueel uitgeschreven, en worden tien jaar bewaard. De opnames werden op het einde van de studie vernietigd. Alle gegevens uit dit onderzoek worden behandeld volgens de regels van de Belgische wet van 22 augustus 2002 en de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in werking trad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Analyse

De semi - gestructureerde focusgroepen en interviews werden thematisch geanalyseerd. De analyse werd beschouwd als een iteratief proces van afnemen van interviews en analyse van nieuwe data. Na elke iteratiefase werd de interviewguide aangepast. De gesprekken werden telkens eerst beluisterd en getranscribeerd om nadien herlezen te worden. In een eerste fase werd er open gecodeerd. Enkele gesprekken werden door de twee onderzoekers apart gecodeerd om vervolgens deze eerste codes samen te bespreken en een eerste thematische framework op te stellen. Bij de volgende interviews werd dat proces verdergezet om het thematische framework aan te vullen en te verfijnen. De 'trustworthiness' van de analyse werd gewaarborgd door de gesprekken met een onderzoeksteam (twee HAIO's en hun promotor) te analyseren en bespreken. Er werden gedurende het analyseproces triangulatiediscussiemomenten voorzien. Deze besprekingen vonden plaats tussen de twee onderzoekers en hun promotor.

Resultaten

Beschrijving populatie

Er werden twee focusgroepen georganiseerd, met respectievelijk drie en twee deelnemers. Aanvullend werden acht individuele interviews uitgevoerd. De oorspronkelijke planning bestond uit drie focusgroepen en vijftien individuele interviews. Echter, er kon geen derde focusgroep meer samengesteld worden, aangezien de agenda's van de HAIO's niet complementair waren. Er werd veel moeite gestoken in het organiseren van de focusgroepen, maar sommige HAIO's hadden op het laatste moment toch andere verplichtingen. Tijdens de individuele interviews werd er dieper ingegaan op reeds besproken thema's van de focusgroepen. Er werd geen data – saturatie bereikt, omdat er onvoldoende participanten konden gemotiveerd worden om deel te nemen, wegens de drukte in de praktijk in combinatie met de studies, maar er werden wel waardevolle en rijke data verzameld. De focusgroepen namen ongeveer respectievelijk 75 en 60 minuten in beslag. De duur van de individuele interviews reikte van ongeveer 30 tot 45 minuten.

Alle deelnemers waren HAIO's. Acht deelnemers waren tweedejaars HAIO, de anderen waren eerstejaars. Ze kwamen uit verschillende opleidingsregio's. Een HAIO werkte in een solo praktijk, de anderen in een groepspraktijk. Voor verdere informatie werd onderstaande tabel toegevoegd (zie tabel 1). Tijdens de focusgroepen en interviews was ruimte voor discussie en standpunten van de HAIO's omtrent de ervaringen rond voorschrijfgedrag en afbouwen van benzodiazepines.

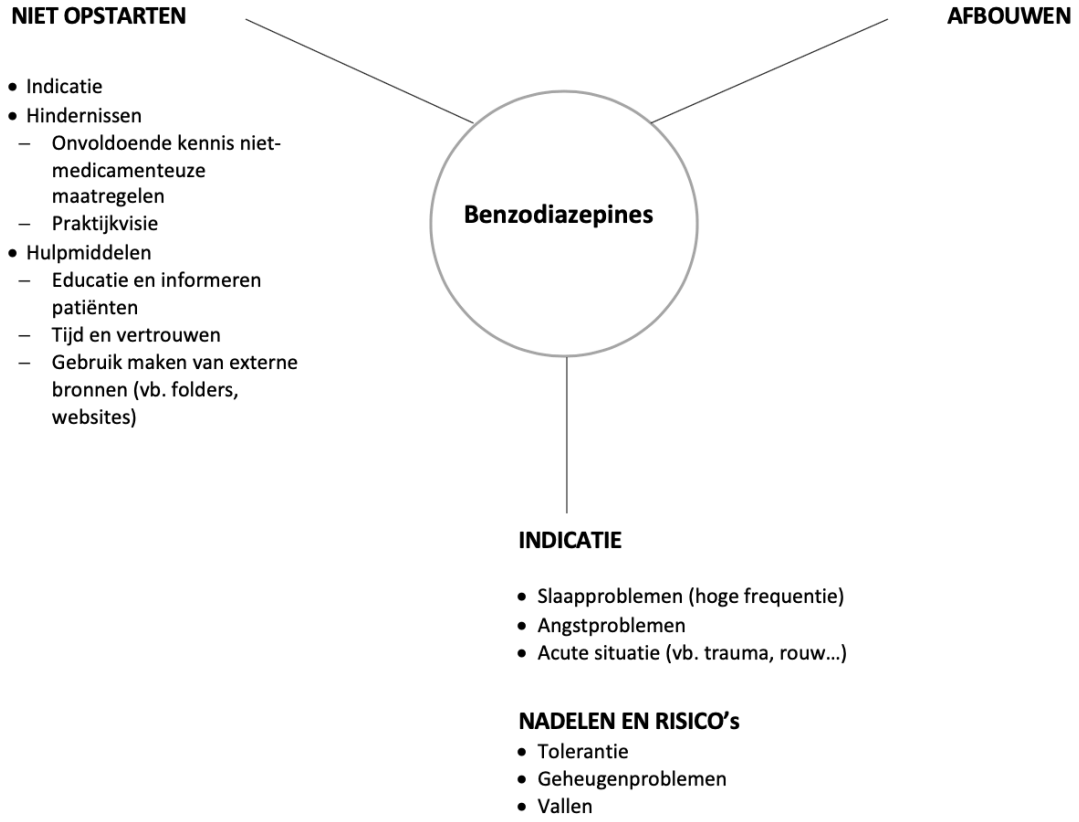
Tabel 1.

HAIO	Leeftijd	Geslacht
Deelnemer 1	28	Vrouw
Deelnemer 2	27	Vrouw
Deelnemer 3	26	Vrouw
Deelnemer 4	26	Vrouw
Deelnemer 5	25	Vrouw
Deelnemer 6	26	Vrouw
Deelnemer 7	27	Vrouw
Deelnemer 8	25	Vrouw
Deelnemer 9	26	Vrouw
Deelnemer 10	27	Vrouw
Deelnemer 11	26	Vrouw
Deelnemer 12	25	Vrouw
Deelnemer 13	25	Vrouw

Conceptueel model

Figuur 1 toont het conceptueel model en de relatie tussen de besproken indicaties, het niet opstarten en het afbouwen van benzodiazepines met onderliggende methodes en hindernissen.

Figuur 1.



Beschrijving thema's en subthema's

Wat betreft het niet opstarten van benzodiazepines werd een onderscheid gemaakt in vier subthema's namelijk 'Beleving HAIO', 'valkuilen niet opstarten benzodiazepines', 'praktische organisatie' en 'opleiding en overheid'.

Thema 1: Beleving HAIO

1.1 Beleving HAIO benzodiazepinevoorschrijfgedrag en artsenprofiel

Uit het onderzoek blijkt dat HAIO's over het algemeen vasthouden aan hun ideeën in verband met het niet opstarten van benzodiazepines. Er worden zelden benzodiazepines bij patiënten met slaapproblemen opgestart door de participanten, als er geen duidelijke indicatie is.

Verschillende participanten haalden wel aan dat hun voorschrijfgedrag betreffende benzodiazepines was veranderd tijdens hun opleiding tot HAIO. Ze gaven te kennen dat ze in het begin meer moeite hadden met het opstarten van een benzodiazepine, in situaties waar dit wel verantwoord is, o.w.v. het feit dat vanuit de opleiding geneeskunde zeer sterk de nadelen van benzodiazepines waren benadrukt. HAIO's gaven aan na verloop van tijd meer benzodiazepines te durven voorschrijven, maar dan echt voor een juiste indicatie en op een verantwoorde manier. Zij ervaarden dit als een positieve evolutie.

"Ik zou aanvankelijk nooit benzodiazepines voorgeschreven hebben. Ik overlegde dit vaak in het begin en schreef dit dan op in het dossier 'in overleg met…'. Nu durf ik het sneller voorschrijven omdat ik me er al meer vertrouwd mee voel, ik kan ook beter aanvoelen in welke gevallen ik dergelijke medicatie kan voorschrijven en wanneer niet. Ik voel dit aan als een positieve evolutie. Ik kan beter mijn grenzen stellen, en voel bij welke patiënten ik deze medicatie kan voorschrijven en bij welke patiënten ik dit beter niet doe."

Anderen vonden het dan weer jammer dat de goede voornemens die ze gemaakt hadden betreffende hun voorschrijfgedrag aan het begin van de opleiding, niet kon worden behouden. Een aantal HAIO's haalde het feit aan dat als patiënten hun voorschrift niet krijgen, zij hiervoor gaan naar een collega die het wel schrijft. Er werd aangegeven tijdens het onderzoek dat niet alle PO's de mening van de HAIO delen i.v.m. het voorschrijfgedrag van benzodiazepines, maar dat dit niet per se het gedrag van HAIO's beïnvloedt. Het maakt het wel lastiger voor de HAIO. Verder bleek dat HAIO's tijdens hun opleiding tot HAIO ervaren hadden dat er soms een soort balans moet gevonden worden tussen wat in theorie verantwoord is en tot waar de patiënt in de praktijk kan geraken. Ze bleken te beseffen dat ze niet bij iedereen richtlijnen perfect kunnen toepassen en dat het erg belangrijk is om uiteindelijk vast te houden aan hun eigen waarden.

Er waren ook HAIO's die van mening waren dat collega's in de praktijk zich aan dezelfde duidelijk gemaakte afspraken moeten houden over benzodiazepines (bijvoorbeeld enkel kleine doosjes en één verpakking meegeven), anders werkt het niet.

Een aantal HAIO's had gemengde ervaringen met het niet opstarten van benzodiazepines, afhankelijk van de reactie van het type patiënt. Over het algemeen bleken reacties van patiënten op het niet opstarten van dergelijke medicatie uiteenlopend te zijn, maar waren ze over het algemeen positiever dan de reacties van patiënten die chronisch een benzodiazepine gebruikten, op het niet meegeven van een herhaalvoorschrift of het voorstellen om benzodiazepines af te bouwen.

HAIO's lijken vaak het gevoel te hebben dat ze iets moeten meegeven aan patiënten met slaapproblemen omdat ze er van uitgaan dat patiënten dit verwachten. Als HAIO is het moeilijker om het vertrouwen van patiënten te winnen, anderzijds leren ze wel tijdens hun opleiding om hun grenzen beter te stellen en bijvoorbeeld benzodiazepines enkel nog door een vaste arts als herhaling te laten voorschrijven. Daarenboven gaven verschillende deelnemers aan dat ze al minder geneigd waren een benzodiazepine op te starten indien de patiënt er zelf expliciet om vroeg of eisend overkwam en het wel sneller zouden opstarten als de patiënt raad kwam vragen over slaapproblemen in het algemeen. Ook andere HAIO's vertelden dat ze in zo'n situatie overgingen naar een soort defensieve modus. Benzodiazepines voorschrijven mag zeker geen situatie worden van vraag en aanbod.

Participanten zouden liefst zo weinig mogelijk benzodiazepines voorschrijven maar dit wordt door allerlei redenen bemoeilijkt in de praktijk.

"Ik hou wel vast aan mijn ideeën bij het al dan niet opstarten van dergelijke medicatie. Verlenging echter, doe ik veel vaker dan verwacht. Je merkt dat je mee moet functioneren in een praktijk, je patiënten leren kennen. Je kan niet zomaar overal een 'stop' op zetten, dat schrikt mensen af en dat is ook logisch."

1.2 Afspraken met collega's en invloed op beleid van de HAIO

Zoals reeds eerder aangehaald waren er hieromtrent verschillende ervaringen bij de HAIO's. Het beleid van de HAIO wordt niet beïnvloed door collega's maar anderzijds zou het gemakkelijker zijn moest iedereen op dezelfde lijn staan, op die manier kan er een consequent beleid gevoerd worden. Als een HAIO beslist om geen slaapmedicatie voor te schrijven bij een patiënt maar die patiënt dan wel een voorschrift krijgt van een collega-arts, voelt dit aan als een negatieve ervaring voor de HAIO. Dit geldt zeker in groepspraktijken waar patiënten gemakkelijker kunnen switchen van arts.

"Het is natuurlijk gemakkelijk dat mijn andere collega het ook belangrijk vindt om geen benzodiazepine op te starten, dan zijn we al met twee artsen in de praktijk. Want natuurlijk als je zelf geen benzodiazepine meegeeft durven ze het ook wel eens bij een collega vragen."

Er blijkt over het algemeen een groot verschil te zijn tussen oudere en jongere collega's betreffende de interesse in het niet opstarten van benzodiazepines. Oudere artsen lijken er minder mee bezig te zijn volgens de participanten.

Communicatie met collega's over benzodiazepine-problematiek gebeurt in sommige praktijken d.m.v. nota's in het EMD of tijdens het wekelijks overlegmoment.

Thema 2: Aanpak niet opstarten benzodiazepines

2.1 Alternatieven niet opstarten

De eerste stap in de niet-medicamenteuze behandeling van slaapproblemen die in de focusgroepen en interviews werd aangehaald zijn slaaphygiëne tips. Meer bepaald gaat het over concrete tips zoals het voldoende verduisteren en verluchten van de slaapkamer, elke dag op het zelfde uur gaan slapen en opstaan, geen voedsel of cafeïnehoudende dranken nuttigen enkele uren voor het slapengaan etc… Verder bleek het inlassen van maatregelen zoals een piekermoment en slaaprestrictie efficiënt

te kunnen zijn voor patiënten met een slaapprobleem. Er werd door de deelnemende HAIO's ook gesproken over mindfulness dat door zijn relaxerende effect tevens slaapbevorderend zou werken.
De HAIO's gaven aan dat luisteren naar de patiënt, meditatie en relaxatieoefeningen, eventueel via kinesitherapeuten, en adviezen rond stressbeheersing centraal moeten staan in de aanpak van een slaapprobleem. Verder werd ook nog het belang van zogenaamde 'opvolgconsulten' onderstreept.

Als deze niet-medicamenteuze onvoldoende werkten bij patiënten gingen de meeste HAIO's naar een volgende stap, namelijk het gebruik van natuurlijke producten en supplementen.
Een aantal HAIO's had positieve feedback gekregen van patiënten na het voorschrijven van 'sedistress sleep'. Patiënten kunnen op die manier iets medicamenteus proberen met weinig bijwerkingen. Ook andere supplementen zoals 'sleepyl', 'bio-melatonin' worden frequent aangeraden door de participanten. Eén van de HAIO 's gaf aan dat het product sleepyl een goede naam heeft, het lijkt daardoor minder homeopathisch, door dit placebo-effect lijkt het soms te werken.

Een aantal HAIO's gaf aan als volgende stap na het proberen van een natuurlijk product of supplement, zolpidem op te starten in plaats van een benzodiazepine. Ook trazodone werd door sommige participanten naar voor geschoven als mogelijk alternatief voor benzodiazepines in situaties waarbij er toch noodzaak was tot opstarten van medicatie. Dit zou volgens hen minder verslavend werken, en deze aanpak werkt ook goed bij patiënten. Bovendien zouden de meeste mensen last hebben van doorslaapproblemen, eerder dan van inslaapproblemen, en in dat opzicht waren een aantal HAIO's ook positiever over het voorschrijven van trazodone in plaats van een benzodiazepine.

Melatonine werd door de HAIO's voornamelijk voorgeschreven bij slaapproblemen veroorzaakt door jetlag of bij omkering van slaap-waakritme zoals bij ploegenarbeid. Verder werd dit product bijna nooit voorgeschreven door de deelnemers.

Psychotherapie is een heel belangrijke pijler in de aanpak van slaapproblemen, maar wordt nog al te vaak over het hoofd gezien. Het is zeer belangrijk om verder te zoeken naar de onderliggende reden van slaapproblematiek en deze aan te pakken. De tijd nemen om in een eerste stap al te luisteren naar de problematiek van de patiënt heeft vaak al een positief effect. Het merendeel van de deelnemers gaf aan nog nooit gebruik gemaakt te hebben van cognitieve gedragstherapie en dit jammer te vinden. De belangrijkste reden hiervoor is dat HAIO's vaak niet weten hoe hieraan te beginnen. Bovendien gaven zij ook aan geremd te worden door de vaak lange wachttijden en hoge kostprijs van dergelijke therapie.

Een aantal HAIO's had goede ervaringen met psychotherapie en gaven aan dat de drempel hiervoor lager was geworden door de komst van de eerstelijns psychologen. Zij verwezen patiënten vaak al in een eerste consult door naar een psycholoog. Zij vertelden ook steeds een verwijsbrief voor psychotherapie mee te geven met de patiënt om op die manier meteen hun vertrouwen in deze manier van aanpak te tonen.

Uit de focusgroepen en interviews kwam over het algemeen naar voor dat vaak de combinatie van slaaphygiënetips, stresshygiëne en het opstarten van een supplement, een gunstig effect had op slaapproblemen.

2.2 Redenen niet opstarten benzodiazepines

Over het algemeen vonden de deelnemers dat er best heel restrictief omgegaan moet worden met het opstarten van benzodiazepines, tenzij echt in een acute, uitzonderlijke situatie. Zeker niet bij

patiënten met verslavingsproblematiek of suïcidale gedachten. De belangrijkste reden die zij hiervoor aanhaalden was de factor conditionering die optreedt bij chronisch gebruik van dergelijke medicatie.

HAIO's waren ook van mening dat het bijzonder nadelig kan zijn om benzodiazepines op te starten bij patiënten met valrisico en patiënten met geheugenproblemen.

Sommige HAIO's gaven aan bijna nooit benzodiazepines op te starten en dit omwille van het feit dat onderliggende problemen hiermee niet opgelost worden. Psychische problemen worden hier bijvoorbeeld mee weggeduwd en indirect ook uitgesteld, maar worden niet aangepakt. Ook in erg acute situaties is het belangrijk om uit te maken als arts of het nodig is dat er benzodiazepines worden opgestart. Bij de blokkende student met stress wordt er bijvoorbeeld beter geen medicatie opgestart.

Thema 3: Valkuilen niet opstarten benzodiazepines

3.1 Indicaties voor het opstarten van een benzodiazepine en de aanpak daarvan

Uit het onderzoek blijkt dat HAIO's vinden dat het opstarten van benzodiazepines soms nuttig kan zijn bij acute problematiek, extreme situaties met een belangrijke impact op korte termijn, bijvoorbeeld een overlijden. Het is belangrijk om de patiënt dan eerst goed te informeren en op voorhand al een stopdatum mee te geven en concrete afspraken hieromtrent te maken in samenspraak met de patiënt. Bepaalde HAIO's gaven aan in andere gevallen soms eerst te proberen met supplementen of met bepaalde antidepressiva zoals trazodone.

Verschillende HAIO's gaven aan dat als ze dan toch een benzodiazepine opstarten, dit altijd voor korte duur is en vaak ook nadat de patiënt al een alternatief geprobeerd heeft. Ze geven hierbij uitgebreide voorlichting over de mogelijke risico's, leggen de focus op slaaphygiëne tips en geven duidelijke instructies aan de patiënt om het risico op verslaving te minimaliseren. De meeste HAIO's hadden met deze manier van aanpak overwegend positieve ervaringen, in die zin dat de medicatie door de patiënt zelf bijna steeds op tijd werd gestopt zoals afgesproken met de HAIO. Er werd ook aangegeven dat het risico op verslaving zeer beperkt was als de patiënt zelf niet kwam met de expliciete vraag naar slaapmedicatie. Patiënten die in een acute stressperiode zaten en waarbij de HAIO zelf had voorgesteld om een benzodiazepine op te starten werden zelden teruggezien voor een herhaalvoorschrift.

In dergelijke acute situaties gaven de deelnemers ook aan zelf soms voor te stellen een benzodiazepine op te starten, mits juiste informering rond het gebruik. Zij vinden dat de keuze om te starten steeds bij de patiënt ligt.

De participanten gaven verder aan dat het al dan niet opstarten van een benzodiazepine in zekere zin wordt gelinkt aan het type patiënt. Meer bepaald waren dat de indicatie voor het gebruik en de leeftijd van de patiënt. De meeste HAIO's waren het er over eens dat ze niet geneigd waren om benzodiazepines bij oudere patiënten op te starten o.w.v. de gekende bijwerkingen die ermee gepaard kunnen gaan zoals valrisico, geheugenproblemen… Bovendien speelde bij de HAIO's bij het nemen van dergelijke beslissing ook het inzicht en de intelligentie van de patënt een rol. Hoe beter zij deze factoren namelijk bij de patiënt konden inschatten, hoe meer vertrouwen zij hadden in het verantwoord opstarten van een benzodiazepine.

Bepaalde HAIO's gaven aan bepaalde methoden te gebruiken bij tijdelijk gebruik van benzodiazepines zoals het gebruik van een klein doosje, beperkte afgifte via de apotheek, gebruik van een kluis en limitering.

HAIO's missen in de opleiding praktische informatie over in welke omstandigheden je dan misschien wel een benzodiazepine kunt opstarten (zie praktische organisatie – welke benzodiazepines?)

3.2 Nadelen alternatieve maatregelen

Een mogelijk nadeel dat werd aangebracht door de deelnemers betreffende alternatieve maatregelen is dat sommige supplementen, bijvoorbeeld met valeriaan, kunnen interageren met andere medicatie.
HAIO's voelen zich niet altijd goed bij het gebruik van supplementen aangezien ze hier niet veel over weten. Er is ook weinig ervaring met het gebruik van melatonine, als supprlement en als medicatie, behalve dan kortdurend voor de indicatie van jetlag. Verschillende deelnemers gaven aan onvoldoende op de hoogte te zijn van de mogelijke bijwerkingen van medicatie zoals melatonine. Zij gaven aan meestal via vertegenwoordigers in contact te komen met alternatieve medicatie en ook hierdoor ook in hun voorschrijfgedrag beïnvloed te worden. Uiteindelijk is de effectiviteit van die alternatieven is wisselend, er is ook een groot placebo effect.

Wat betreft psychotherapie als behandeling van slaapproblematiek blijkt het grootste nadeel de hoge kostprijs te zijn. Sessies zijn duur en bovendien zijn slaapproblemen vaak niet met één enkele sessie opgelost. Vaak zijn er ook lange wachtlijsten.

"Ik probeer uit te leggen dat psychotherapie beter is dan pillen slikken, maar het grootste nadeel is de kost. Mensen zeggen echt zelf dat ze dit niet kunnen betalen."

3.3 Hindernissen niet opstarten benzodiazepines

Als mogelijke hindernissen op de weg naar het niet opstarten van benzodiazepines werden een aantal zaken benoemd door de HAIO's. Het bleek niet altijd even gemakkelijk om mensen tips rond slaaphygiëne effectief te laten toepassen. Een slaaproutine aanpassen is een uitdaging in praktijk. Veel patiënten zeggen ook rekening te hebben gehouden met slaaphygiënetips maar hebben deze dan bij dieper doorvragen toch niet correct uitgevoerd. Er kruipt heel wat tijd in het 'opvoeden' van patiënten rond slaaphygiëne.

Bovendien bleken veel patiënten reeds kennis te hebben via vrienden of kennissen over de positieve effecten van benzodiazepines. In sommige gevallen had de patiënt zelfs al een aantal keer medicatie van een vriend(in) ingenomen nog voor het eerste consult bij de huisdokter rond slaapproblematiek. In die gevallen bleek het dan toch moeilijk te zijn om dergelijke medicatie niet op te starten.

Patiënten hebben ook vaak al een supplement geprobeerd om te slapen, ze komen hier vaak mee in aanraking via reclamespots op tv en op de radio. Dit maakt dat ze al een stap 'verder' zijn en nu echt actiever komen vragen naar 'zwaardere' slaapmedicatie.

Een andere hindernis die wordt ervaren bij de deelnemers is het feit dat zij het gevoel hebben dat er in het ziekenhuis gemakkelijker benzodiazepines worden opgestart. Dit maakt het opnieuw moeilijker voor de HAIO, woorden en argumenten krijgen op die manier minder klank.

Thema 4: Praktische organisatie

4.1 Methoden niet opstarten benzodiazepines

Tijdens de focusgroepen en interviews werd uitvoerig de rol van de huisarts betreffende de educatie van patiënten besproken. Duidelijke en uitgebreide educatie over de mogelijke risico's en nadelige effecten van benzodiazepines aan de patiënt bleek erg belangrijk te zijn in het niet opstarten van deze medicatie en het creeëren van meer bewustwording bij de patiënten. Verschillende participanten gaven aan dat patiënten vaak schrokken bij educatie over de nadelige effecten van benzodiazepines op de slaapcyclus.

Alle deelnemers gaven aan om bij patiënten met slaapproblemen ook altijd eerst niet-medicamenteuze maatregelen voor te stellen zoals slaaphygiëne adviezen en informatie over de normale slaapcyclus. Het bleek belangrijk om inzicht bij de patiënt te creeëren over het verloop van een normale slaapcyclus en het feit dat iedereen wel eens slecht slaapt. Bevraging van het slaapritueel van de patiënt werd door elke deelnemer als een van de eerste stappen toegepast. Sommige HAIO's maakten daarbij gebruik van online documenten zoals informatie van de website thuisarts.nl of via een brochure die werd meegegeven aan de patiënt. Zij overliepen dan tijdens de consultatie samen met patiënten de opgelijste slaaphygiëne adviezen. Pas in een volgende stap werden door de meeste deelnemers supplementen opgestart en pas in laatste instantie echte slaapmedicatie.

Eén deelnemer gaf aan dat hij bepaalde communicatieve technieken toepaste in een consult over slaapproblematiek.

"Er zijn altijd mensen die er wel echt naar slaapmedicatie vragen. Maar dit blok ik af of ik reflecteer die vraag terug en vraag of dat zij denken dat dit effectief de oplossing is? Dit heeft vaak een positief effect."

Door verschillende HAIO's werd als stap na slaaphygiëne advies en educatie, geopteerd voor het opstarten van een supplement op plantaardige basis of voor het opstarten van melatonine. De reden die zij hiervoor aanhaalden was dat zij het gevoel hadden de patiënt nu echt 'iets' te kunnen meegeven, eerder dan dat zij zelf in de werking van dergelijke supplementen geloofden. De meeste deelnemers gaven aan het gevoel te hebben dat patiënten dat van hen 'verwachtten'.

4.2 Organisatie consultatie

De meeste HAIO's proberen voor patiënten met slaapproblemen een opvolgconsult te plannen. Echter patiënten komen heel dikwijls voor ander probleem op raadpleging en vermelden dan terloops dat ze slecht slapen. In dergelijke situaties wordt omwille van praktische redenen vaak geen opvolgconsult gepland en dat vinden de meeste HAIO's wel jammer. Een deel van de HAIO's vindt dat dit anderzijds ook de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf is. Je kan als arts maar tot in beperkte mate patiënten motiveren, uiteindelijk moeten zij zelf de stap zetten en willen geholpen worden.

4.3 Welke benzodiazepines?

Een groot aantal deelnemers gaf aan zich onzeker te voelen in situaties waar wel benzodiazepines zouden kunnen worden opgestart. Dit had te maken met het feit dat zij onvoldoende ervaring hadden met het concreet opstarten van een benzodiazepine, meer bepaald welk benzodiazepine ze dan moesten voorschrijven en in welke dosis. De deelnemers misten hier duidelijk een praktisch schema en handvaten. Een suggestie voor de artsenopleiding in de toekomst is meer informatie geven over het correcte gebruik van benzodiazepines. Als je ze dan wel opstart, hoe doe je dat dan?

Thema 5: Opleiding en overheid

5.1 Handvaten vanuit de opleiding

Uit het onderzoek kwam duidelijk naar voor dat HAIO's als student veel hadden bijgeleerd van communicatietrainingen, voornamelijk deze met simulatiepatiënten. De deelnemers beaamden dat er tijdens de opleiding ook was ingegaan op niet-medicamenteuze methoden in de aanpak van slaapproblematiek. HAIO's kregen een zeer duidelijke boodschap om geen benzodiazepine op te starten, of slechts zéér uitzonderlijk, in bepaalde situaties.

"We hebben vanuit de opleiding echt wel de mindset meegekregen om geen benzodiazepine op te starten als het niet nodig is."

5.2 Hindernissen en suggesties vanuit de opleiding

Er werden een aantal suggesties gegeven naar de toekomstige opleiding toe. HAIO's zouden graag meerdere malen tijdens de opleiding informatie krijgen over omgaan met slaapproblematiek. Ook tijdens de basisopleiding tot arts. Zo zouden er misschien al minder vaak benzodiazepines in het ziekenhuis worden opgestart door specialisten, zoals op dit moment vaak het geval is. Anderzijds is bepaalde informatie pas nuttig tijdens de vorming als huisarts of tijdens seminaries, door de ervaringen die HAIO's dan hebben, kunnen zij er meer van opsteken.

In het algemeen is er zeker nood aan concrete tips omtrent de aanpak van slaapproblemen tijdens de opleiding, eventueel aan de hand van specifieke casussen. Door meer onderbouwd te zijn betreffende niet-medicamenteuze maatregelen en slaaphygiëne tips, komen HAIO's vlotter over naar patiënten. Dit kan een positief effect hebben op de reactie van deze patiënten. Naar de toekomst toe zou er nog meer voorlichting in de opleiding moeten komen over het gebruik van supplementen zoals melatonine en meer onderbouwing over niet-medicamenteuze methoden in de aanpak van slaapproblemen.

"Wij missen als HAIO meer concrete tips tijdens de opleiding. Hoe pak je slaapproblemen aan? Welke adviezen kan je geven. Het is momenteel nog te vaag en te onduidelijk."

5.3 Suggesties overheid

Hier kwam bij verschillende HAIO's naar boven dat de verpakkingen van slaapmedicatie momenteel te groot zijn, waardoor de gedachte wordt geïnduceerd dat slaapmedicatie onschuldig is, terwijl richtlijnen aangeven dat dergelijke medicatie slechts voor tijdelijk en kort gebruik bestemd is. Door de grote verpakkingen verliezen artsen de controle over hun voorschrijfgedrag, terwijl net dit zo belangrijk is. Volgens de deelnemers zou het zeker ook nuttig zijn, moest de overheid via media patiënten informeren over de nadelen en de risico's van het gebruik van benzodiazepines.

"Het valt op hoe weinig slaapmedicatie er in kleine doosjes bestaat, terwijl alle richtlijnen duidelijk aangeven dat deze medicatie voor acuut gebruik is. Daarin zou de overheid toch maatregelen moeten treffen."

Discussie

Het tweede deel van deze studie had tot doel de beleving van HAIO's te onderzoeken betreffende het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten met slaapproblemen.

De studie lijkt daarbij geslaagd in haar opzet. Ondanks het relatief beperkt aantal deelnemende HAIO's werden waardevolle data bekomen en werd een zeker niveau van data-sufficiency bereikt. Zowel bij de focusgroepen als bij de interviews werd gebruik gemaakt van een vaste leidraad of 'interviewguide', met vaste vragen in een vaste volgorde. De data werden ook steeds in min of meer dezelfde omstandigheden afgenomen, in een professionele setting en met een lichte variatie in tijdsduur, iets wat gunstig is voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Vanuit de literatuur bleken huisartsen in het algemeen het soms moeilijk te hebben met het niet opstarten van benzodiazepines in de praktijk. Huisartsen starten deze medicatie nog te vaak op bij patiënten met slaapproblemen, hoewel net deze stap cruciaal is in het verminderen van het chronisch benzodiazepinegebruik in het algemeen. [1]

De redenen hiervoor werden beschreven door de studie van Anthierens et al. In deze studie werden voornamelijk de empathie van de huisartsen ten opzichte van hun patiënten, de onderschatting van het verslavingspotentieel, en het gebrek aan tijd naar voor gebracht. [2]

Uit dit onderzoek blijkt echter dat HAIO's over het algemeen zeer voorzichtig te werk gaan als het gaat over het niet opstarten van benzodiazepines. Geen enkele deelnemer gaf aan tijdens een eerste consult een benzodiazepine op te starten voor een patiënt met slaapproblemen, tenzij in een uitzonderlijke situatie. De belangrijkste reden die zij hiervoor aanhaalden was het feit dat hiermee de vaak onderliggende psychosociale problematiek niet werd aangepakt. Participerende HAIO's waren het er allemaal over eens dat indien zij toch een benzodiazepine opstarten voor een uitzonderlijke situatie, dit steeds gebeurde met de nodige communicatie en informatie naar de patiënt toe. De mogelijke nadelen en de bedoeling van het kortdurend opstarten van deze medicatie werden daarbij sterk benadrukt. Dit staat in contrast met de bevindingen uit een vorige studie bij huisartsen. [3] Daar werd aangetoond dat er slechts weinig informatie wordt gegeven de huisarts aan patiënten bij het opstarten van benzodiazepines.

Verschillende HAIO's gaven aan juist geen benzodiazepine op te starten als patiënten hier expliciet om vroegen, iets wat niet overeenkomt met de bevinding uit de literatuur dat huisartsen soms net wel benzodiazepines opstarten vanuit een empathie voor hun patiënten. [2]

De hindernissen die ervaren kunnen worden bij het niet opstarten van benzodiazepines werd reeds beschreven door een onderzoek uit 2008. [4] Hieruit bleek dat afhankelijkheid van benzodiazepines door huisartsen niet geassocieerd wordt met het eerste gebruik ervan. Deze vaststelling werd niet gedaan in dit onderzoek. In tegendeel, HAIO's beseffen zeer duidelijk de mogelijke nadelen en het verslavingspotentieel van benzodiazepines, ook bij de eerste opstart van dergelijke medicatie. Door dit diep gewortelde bewustzijn leken sommige HAIO's zich zelf soms te laten tegenhouden om benzodiazepines voor te schrijven, in situaties waar dit volgens de richtlijnen in principe wel verantwoord zou zijn.

HAIO's voelen zich in die keuze gesteund door hun opleiding. In de opleiding werd namelijk erg duidelijk de nadruk gelegd op het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten met een slaapprobleem. Uit de resultaten kwam wel naar voor dat HAIO's het hier niet altijd even gemakkelijk mee hadden in de praktijk.

Hun meningen bleken verdeeld over de methodes en alternatieven voor patiënten met slaapproblemen die zij leerden tijdens hun opleiding. Er klonk een grote vraag naar het meer gedetaileerd uitwerken van deze alternatieven, een vraag naar meer achtergrond informatie en ook zeker het praktisch gebruik ervan in de huisartsenpraktijk. Zo wisten bijvoorbeeld alle HAIO's dat cognitieve gedragstherapie een alternatieve behandelingsoptie kan zijn voor een patiënt met een slaapprobleem, maar bleken de meesten dit nog nooit toegepast te hebben omwille van praktische hindernissen zoals onvoldoende kennis over de kostprijs en beschikbare gedragstherapeuten in de nabijheid van de patiënt.

Vanuit de resultaten bleek ook dat het voor HAIO's aanzienlijk gemakkelijker zou zijn moesten de collega-huisartsen op dezelfde lijn staan wat betreft hun idee over het al dan niet opstarten van benzodiazepines. Concreet gaat dit dan over afspraken indien er wel beslist wordt een benzodiazepine op te starten zoals het meegeven van kleine doosjes en het verschaffen van de nodige uitleg verschaffen aan de patiënt.

Zoals reeds aangegeven startten de deelnemende HAIO's in deze studie zelden benzodiazepines op bij patiënten met slaapproblemen. Zij bleken het hier echter niet altijd zo gemakkelijk mee te hebben. Daarnaast kwam uit het onderzoek naar voor dat HAIO's wel meer herhaalvoorschriften voor chronische gebruikers schreven dan zij aan het begin van hun HAIO-opleiding verwacht hadden (zie onderzoeksvraag 1 : afbouw van benzodiazepines). Dit vertaalt zich automatisch naar suggesties voor de opleiding in de toekomst. Enerzijds dieper ingaan op communicatietechnieken en de mogelijke alternatieven voor het opstarten van een benzodiazepine. Anderzijds ook het verder uitwerken van de opleiding rond het afbouwen van benzodiazepines. HAIO's zullen niet alleen op een theoretische manier maar ook op een praktische manier moeten voorbereid worden.

<u>Sterktes en zwaktes van de studie</u>

In de studie werd onderzoek gedaan naar de beleving van HAIO's betreffende het afbouwen en het niet opstarten van benzodiazepines. Door deze twee onderzoeksvragen te combineren kon een opvallend contrast aangetoond worden, namelijk het feit dat HAIO's veel consequenter lijken te zijn in het niet opstarten van dan in het afbouwen van benzodiazepines. Door het aantonen van dit contrast, kon op een meer gerichte wijze feedback gegeven worden naar de artsenopleiding in de toekomst.

Bovendien heeft deze studie een interessante kijk gegeven op de positieve en negatieve ervaringen van HAIO's betreffende het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten met slaapproblemen. Op die manier konden concrete aanbevelingen gedaan worden naar wat HAIO's zou kunnen helpen bij het niet opstarten van benzodiazepines in de toekomst. Opnieuw een meerwaarde voor de artsenopleiding in de toekomst, met suggesties om HAIO's nog beter voor te bereiden op consulten over slaapproblematiek.

Een mogelijk zwak punt in het onderzoek is dat er aanvankelijk beoogd was om meer deelnemers te includeren in de focusgroepen. Echter, ondanks het relatief beperkte aantal deelnemers, en het feit dat er geen data-saturatie bereikt werd, werden heel wat waardevolle data verzameld. Dit zou te wijten kunnen zijn aan het feit dat de deelnemers elkaar reeds op voorhand kenden, waardoor reeds van het begin van de focusgroep een 'veilige omgeving' gecreëerd werd.

Tot slot moet de lezer er rekening mee houden dat in dit onderzoek uitsluitend vrouwelijke HAIO's hebben deelgenomen aan de focusgroepen en interviews. Ervaringen van mannelijke HAIO's, en eventuele contrasten met de ervaringen van vrouwelijke HAIO's, kwamen dus niet aan bod.

Besluit

Benzodiazepineafhankelijkheid vormt een significanter wordend probleem. [1] HAIO's stappen de praktijk in met enkele belangrijke principes, zoals het proberen afbouwen van die medicatie, en het niet opstarten ervan bij patiënten met een slaapprobleem. Uit het onderzoek blijkt echter dat ze meer benzodiazepines voorschrijven dan verwacht.

Bovendien werd er door tijdens het onderzoek dieper in te gaan op het afbouwen enerzijds en het niet opstarten van benzodiazepines anderzijds een belangrijk contrast tussen beide zaken aangetoond. HAIO's blijken namelijk veel consequenter te zijn in het niet opstarten van benzodiazepines dan in het afbouwen van die medicatie. Dat contrast kwam terug als een rode draad doorheen alle focusgroepen en interviews en is van belang voor de (huis)artsenopleiding in de toekomst.

Er worden immers tijdens de opleiding vaak lessen gegeven over het onderwerp 'benzodiazepines' in het algemeen. Het afbouwen en niet opstarten van benzodiazepines worden vaak samen behandeld. Dat werd ook bevestigd in de focusgroepen en interviews van het onderzoek.

Ondanks het feit dat HAIO's de medicatie effectief minder opstarten, is het duidelijk dat zij het daar niet altijd even gemakkelijk mee hebben. Dat vertaalt zich automatisch naar suggesties voor de opleiding in de toekomst, bijvoorbeeld door dieper in te gaan op communicatietechnieken en de mogelijke alternatieven voor het opstarten van een benzodiazepine.

Anderzijds blijft het afbouwen van benzodiazepines voor de HAIO's een dermate struikelblok, dat zij, ondanks hun motivatie en goede voornemens, daar maar weinig in slagen. Opnieuw een vaststelling die perspectief biedt. De HAIO zou niet alleen op een theoretische, maar ook op een praktische en concrete manier moeten voorbereid worden.

De meerwaarde van de studie in twee sterk samenhangende onderzoeksvragen te verdelen, waarbij elke onderzoeker zijn eigen focus had, uitte zich in het feit dat er vaak een completer antwoord werd verkregen. De overeenkomsten en verschillen tussen beide onderwerpen werden verduidelijkt. Op die manier kan een betere ondersteuning geboden worden aan HAIO's, om hen te helpen bij het afbouwen en niet opstarten van benzodiazepines. Bovendien kan er zo opnieuw op meer gerichte wijze feedback en informatie worden gegeven over het voorschrijfgedrag van benzodiazepines aan de geneeskundige opleiding.

Referenties

Inleiding

1. Rall T.W., Hypnotics and sedatives; ethanol. Goodman Gilman A., et. al. In: Goodmand and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics, 8th ed. Mc Graw – Hill, New York. 1991.

Discussie

1. Siriwardena AN, Qureshi Z, Gibson S, Collier S, Latham M. GPs' attitudes to benzodiazepine and Z-drug prescribing. Br J Gen Pract. 2006;56:964–7.

2. Anthierens, S., et al., *The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice.* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007. **25**(4): p. 214-219.

3. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T. First benzodiazepine prescriptions: Qualitative study of patients' perspectives. CFP. 2007;53:1200:e1–5

4. Anthierens, S., *(Vermijden van) opstarten van benzodiazepines in de eerstelijn. Percepties van huisartsen, patiënten en verpleegkundigen.* Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, 2008.

Besluit

1. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. *Slaap - en kalmeermiddelen, denk eerst aan andere oplossingen*, 2019. Beschikbaar via https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/medicatie/slaap-en-kalmeringsmiddelen

Dankwoord

Graag een dankwoord aan de promotor van de studie, Prof. dr. Sibyl Anthierens, voor de nauwkeurige begeleiding en ondersteuning, voor het geven van nuttige feedback, en het aanbrengen van handige artikels die het voordeel van kwalitatief onderzoek onderstrepen.

Tevens een dankwoord aan de collega onderzoeker, aangezien er door de aangename samenwerking een meerwaarde voor de studie gecreëerd werd.

Ten slotte nog een welverdiende dankbetuiging aan de deelnemende collega HAIO's voor de tijd die zij wilden vrijmaken voor het onderzoek, en voor het enthousiasme waarmee zij dat deden.

Bijlagen

Bijlage 1: Informatieformulier
Bijlage 2: Toestemmingsformulier
Bijlage 3: Interviewguide
Bijlage 4: Goedgekeurd advies ethisch comité
Bijlage 5: Protocol

Bijlage 1: Informatieformulier

Informatieformulier voor HAIO's

'Beleving bij HAIO's van het benzodiazepinevoorschrijfgedrag bij patiënten in de huisartsenpraktijk'

"Beleving bij HAIO's rond het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk"

Wat is het doel van de studie?

De onderzoekers willen aan de hand van deze studie de beleving van huisartsen – in – opleiding (HAIO's) over voorschrijfgedrag van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk in kaart brengen. De ervaringen omtrent het niet-opstarten van deze medicatie bij patiënten zullen besproken worden. Er zal hierbij zowel op de successen als op de barrières gefocust worden.

Wat wordt er van mij verwacht als ik aangesproken word om deel te nemen?

Indien je wenst deel te nemen, zal je uitgenodigd worden voor het groepsgesprek. Het groepsgesprek zal ongeveer 120 minuten duren. Tijdens dit gesprek zullen we praten over jullie persoonlijke ervaringen met het gebruik van benzodiazepines bij patiënten in jullie praktijk. Heb je die soort medicatie al dan niet opgestart bij patiënten? Zo ja, welke technieken heb je hiervoor gebruikt? Welke moeilijkheden merkte je hierbij?

Zijn er risico's verbonden aan dit onderzoek?

Er zijn geen risico's verbonden aan jouw deelname aan dit onderzoek. Al of niet deelnemen zal jouw zorg ook op geen enkel moment beïnvloeden.

Is mijn deelname verplicht?

Helemaal niet. Deelname is volledig vrijwillig en er wordt geen druk op je uitgeoefend om deel te nemen. Je kan op elk moment voor het gesprek plaatsvindt van gedachten veranderen. Je kan ook tijdens het interview op elk moment beslissen om het gesprek te stoppen. Als je na het gesprek beslist om de informatie die hebt gedeeld toch niet vrij te geven, kan je dit doen door contact met ons op te nemen.

Is mijn deelname vertrouwelijk?

Alles wat je ons vertelt, alsook jouw (persoons)gegevens die voor deze studie worden verzameld, wordt geanonimiseerd. Dat betekent dat jouw identiteit dan niet langer achterhaalbaar is. Het interview wordt opgenomen op geluidsband en daarna worden deze interviews uitgetikt en jouw naam verwijderd. De uitgetypte teksten worden veilig opgeslagen en alleen de onderzoekers van deze studie hebben er toegang tot. Deze teksten worden 10 jaar bewaard. Als er uitspraken van het gesprek in een verslag zouden opgenomen worden, zal jouw naam daarbij nooit vermeld worden. De opnames worden op het einde van de studie vernietigd.

Alle gegevens uit dit onderzoek worden behandeld volgens de regels van de Belgische wet van 22 augustus 2002 en de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in werking treedt betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van

persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens. De verantwoordelijke van deze studie, Dr. Sibyl Anthierens (UAntwerpen) kan je, indien je dit wenst, meer informatie geven over de bescherming van jouw persoonsgegevens. Contactgegevens: sibyl.anthierens@uantwerpen.be

Wat gebeurt er met de onderzoeksresultaten?

De onderzoeksresultaten zullen worden gebruikt voor deze scriptie. Nadien kunnen de gegevens leiden tot het indienen van een publicatie in een academisch of professioneel tijdschrift of voorgesteld worden op congressen of studiedagen.

Is er goedkeuring voor dit project?

Dit project werd voorgelegd aan het Ethisch Comité van het UA - UZA.

Verdere vragen?

Indien u nog verdere vragen of opmerkingen hebt, kan u steeds terecht bij de onderzoekers via volgende contactinformatie:

Emmanuelle van Soest

0032 4 96 94 91 09

emmanuelle.vansoest@student.kuleuven.be

Sophie Metsers

0032 4 85 34 62 22

sophie.metsers@student.uantwerpen.be

Bijlage 2: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

'Beleving bij HAIO's van het benzodiazepinevoorschrijfgedrag bij patiënten in de huisartsenpraktijk'

"Beleving bij HAIO's rond het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk"

1. Hierbij bevestig ik dat ik het informatieblad gelezen heb (Versie 1.1, 09/02/2019) en ten volle begrijp wat van mij verwacht wordt in deze studie.

2. Tevens bevestig ik dat ik de gelegenheid heb gekregen om vragen te stellen die beantwoord werden.

3. Ik begrijp dat ik niet verplicht ben om aan deze studie deel te nemen en dat ik voor of tijdens het interview mijn akkoord kan intrekken.

4. Ik begrijp dat ik kan vragen om enige informatie die ik tijdens het interview gedeeld heb, te laten verwijderen.

5. Ik begrijp dat de informatie van mijn interview gecombineerd kan worden met de antwoorden van andere deelnemers. Deze informatie kan gebruikt worden in verslagen, rapporten, conferenties en publicaties in vaktijdschriften.

6. Ik geef toelating voor de audio-opname van het interview. Ik begrijp dat deze opname met de hoogste vertrouwelijkheid zal worden behandeld, en dat uitsluitend de leden van het onderzoeksteam toegang zullen hebben tot de opname. De opnames worden tot einde onderzoek bewaard. De uitgeschreven transcripts worden 10 jaar bewaard. Persoonsgegevens worden steeds geanonimiseerd.

Ik ga akkoord om deel te nemen aan de bovenvermelde studie.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Ik gaf informatie over bovenvermelde studie.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 3: Interviewguide

IJSBREKER

- Wat zijn jullie ervaringen met slaapproblemen in de huisartsenpraktijk?
    - Komen jullie hiermee vaak in aanraking?
        - Zo ja, hoe denken jullie dat dit komt?
        - Zo nee, hoe denken jullie dat dit komt?
        - Zijn dit eerder positieve of eerder negatieve ervaringen?

ATTITUDE

- Wat is jullie ervaring met benzodiazepines als behandeling voor slaapproblematiek?
    - Wanneer schrijf je deze medicatie voor?
    - Wanneer schrijf je deze medicatie niet voor?
    - Waarom schrijf je deze medicatie voor?
    - Waarom schrijf je deze medicatie niet voor?

- Op welke manier is jullie ervaring inzake benzodiazepine voorschrijfgedrag veranderd tijdens het werken als HAIO tot nu toe?
    - Schrijf je meer dan verwacht voor?
        - Indien ja, wat zou hiervan de oorzaak kunnen zijn?
        - Indien nee, wat zou hiervan de oorzaak kunnen zijn?
    - Indien de ervaring niet veranderd is, hoe hou je dan aan je attitude vast?
- Op welke manier heeft de opleiding geneeskunde jullie voorbereid over het omgaan met slaapproblematiek?

VRAGEN OMTRENT HET AFBOUWEN VAN BENZODIAZEPINES

- Wat is jouw ervaring met het afbouwen van benzodiazepines? Was het al dan niet succesvol voor jou?
    - Waarom was de patiënt een kandidaat om af te bouwen?
    - Wie had dit aangebracht?
    - Hoe was dit proces verlopen? Welke stappen waren er nodig? Wat ging er goed? Welke problemen ontstonden hierbij en wat heb je toen gedaan?
- Prompts
    - Hoe beoordeel je of benzodiazepines afgebouwd kunnen worden?
    - Hoe start je het gesprek op om benzodiazepines af te bouwen?
    - Hoe reageert de patiënt als je aanbrengt om af te bouwen?
    - Welke redenen zijn er om benzodiazepines niet af te bouwen ook al oordeel je dat er afgebouwd zou kunnen worden?
    - Hoe zeker of vertrouwd voel je je om benzodiazepines af te bouwen? Hoe komt dit?
- Wat is jullie mening over jullie opleiding hieromtrent?
- Hebben jullie tijdens jullie opleiding handvaten gekregen om met deze problematiek om te gaan in de praktijk?
    - Zo ja, welke handvaten kregen jullie aangereikt?
    - Zijn er aspecten uit de opleiding die jullie hier goed mee hebben geholpen?
    - Wat kan er beter? Hebben jullie suggesties voor de artsenopleiding in de toekomst?

VRAGEN OMTRENT HET NIET OPSTARTEN VAN BENZODIAZEPINES

- Wat is jullie ervaring met het niet-opstarten van benzodiazepines tijdens een consult over slaapproblematiek? Is het al gelukt om geen benzodiazepine op te starten of heb je dit juist wel gedaan?
    - Waarom was de patiënt een kandidaat om de benzodiazepine niet op te starten?
    - Wie had dit aangebracht? (Waren er meningsverschillen tussen jou en de patiënt? Heb je specifiek gepeild naar de ICE van de patiënt aan het begin van de consultatie?)
    - Hoe is dit proces verlopen? Welke stappen waren er nodig? Wat ging er goed? Welke problemen ontstonden hierbij en wat heb je er aan gedaan?
- Prompts
    - Hoe reageert de patiënt als je voorstelt om geen benzodiazepines op te starten?
    - Welke redenen zijn er voor jou om benzodiazepines toch op te starten?
        - Beïnvloedt bijvoorbeeld de duur van het slaapprobleem de keuze van jouw beleid? / verslavingsgevoeligheid van de patiënt?
    - Welke communicatiemiddelen gebruik je hiervoor?
    - Wat is je ervaring met andere medicatie zoals melatonine, supplementen?
    - Van welke andere (niet - medicamenteuze) methoden maak je gebruik als behandeling voor slaapproblematiek?
- Wat is jullie mening over jullie opleiding omtrent het niet opstarten van benzodiazepines voor een patiënt met slaapproblemen en al dan niet het gebruik van alternatieven?
    - Welke handvaten kregen jullie hiervoor aangereikt?
    - Zijn er aspecten uit de opleiding die jullie hier goed mee hebben geholpen?
    - Wat kan er beter? Hebben jullie suggesties voor de artsenopleiding in de toekomst?

SLOT

- Heb je nog andere opmerkingen omtrent dit onderwerp?

Bijlage 4: Goedgekeurd advies ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Dr. S. Anthierens
Universiteit Antwerpen
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Beleving bij HAIO's van het benzodiazepinevoorschrijfgedrag bij patiënten in de huisartsenpraktijk.
Beleving bij HAIO's rond het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk. (manama huisartsgeneeskunde Emmanuelle van Soest)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
18/03/2019	19/09/115	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 18/03/2019.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. van Soest
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 9/02/2019
  versie 1.1
- Protocol dd. 14/02/2019
  versie 1.2
- Vragenlijst(en) dd. 13/02/2019
  Interviewguide, versie 1.1

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 19/09/115

datum	ons kenmerk	contactpersoon
18/03/2019	19/09/115	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

cc: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. E. van Soest, NVT, Amelbergastraat 4 bus 3 - 2240 Zandhoven

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 19/09/115

datum	ons kenmerk	contactpersoon
18/03/2019	19/09/115	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 7/01/2019.
Deze studie werd besproken op vergadering van 18/03/2019.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BASTIAENS Valerie	Apotheker	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
PAELINCK Bernard	Cardiochirurg	M	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	-
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN DYCK Pieter	Radioloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
BORTIER Hilde	Arts, emerita hoogleraar UA	V	+
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	-
Uitgenodigde Experten			
AERTSEN Veerle	Patiëntenvertegenwoordiger	V	-
DOCKX Celine	Jurist	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
MOONS Pieter	Coördinator bio- en weefselbank	M	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VANDEPERRE Peggy	Vertegenwoordigster gezonde vrijwilligers	V	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 5: Protocol

Protocol

'Beleving bij HAIO's van het benzodiazepinevoorschrijfgedrag bij patiënten in de huisartsenpraktijk'

"Beleving bij HAIO's rond het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk"

Het betreft een onderzoek naar de ervaring bij HAIO's (huisartsen – in – opleiding) van het benzodiazepinevoorschrijfgedrag bij patiënten in de huisartsenpraktijk. Hiervoor zal samengewerkt worden tussen twee studenten, aangezien het onderzoek zal gebeuren vanuit twee verschillende invalshoeken: 'Wat is de ervaring van HAIO's rond het afbouwen van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk?' (Sophie) en anderzijds 'Wat is de ervaring van HAIO's rond het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk?' (Emmanuelle)

Het doel is onderzoek te doen naar hoe HAIO's het niet opstarten van benzodiazepines bij patiënten in de praktijk beleven. Wat zijn hun ervaringen hieromtrent? Maken ze gebruik van schema's en bepaalde communicatiemiddelen? Zijn er factoren die hen hierin beïnvloeden? Welke moeilijkheden en welke successen hebben ze reeds ondervonden?

Om een beeld te vormen van de belevenissen, gedachten en gedragingen van HAIO's hieromtrent zal gebruik gemaakt worden van kwalitatief onderzoek. Er wordt gekozen voor de organisatie van individuele diepte - interviews en focusgroepen in een semi - gestructureerde vorm. In de focusgroepen zal ruimte zijn voor discussie en standpunten bij HAIO's over de ervaringen rond het benzodiazepinevoorschrijfgedrag. Er wordt gewerkt met een doelgerichte steekproef aan de hand van bepaalde kenmerken, zoals opleidingsregio, eerste en tweedejaars HAIO's, en soort praktijk (solo versus groepspraktijk). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de eerste en de tweedejaars HAIO's om te analyseren of een extra jaar ervaring zorgt voor een consistent andere beleving bij het niet opstarten van die medicatie. Er wordt geen onderscheid gemaakt wat betreft andere demografische kenmerken, zoals leeftijd of geslacht.

Na de focusgroepen en de analyse van de focusgroepen zullen we bij enkele HAIO's, op bepaalde thema's, die uit de focusgroepen naar voren kwamen, dieper ingaan aan de hand van individuele aanvullende diepte - interviews. Voor de deelname aan de focusgroepen en interviews zal geen vergoeding voorzien worden.

De gesprekken van de focusgroepen en de interviews zullen opgenomen worden met een audiorecorder, maar worden verder op een geanonimiseerde manier behandeld en enkel gebruikt in het kader van dit onderzoek. De gesprekken zullen volledig tekstueel uitgeschreven worden. De semi - gestructureerde interviews en focusgroepen worden thematisch geanalyseerd. [1,2] Op voorhand wordt er een topic guide opgesteld met enkele sleutelvragen gebaseerd op de literatuur. De analyse wordt beschouwd als een iteratief proces van afnemen van interviews en analyse van nieuwe data. Na elke iteratiefase kan de interviewguide worden aangepast. Deze worden door de interviewer herlezen. In een eerste fase worden de eerste drie interviews door twee onderzoekers gecodeerd.

De 'trustworthiness' van de analyse wordt gewaarborgd door de gesprekken met een onderzoeksteam (twee HAIO's en hun promotor) te analyseren en bespreken. Er worden gedurende het analyseproces triangulatiediscussiemomenten voorzien. Deze gesprekken vinden plaats tussen de twee onderzoekers en hun promotor.

Daarnaast zal men onderling overleggen en reflexief zijn ten aanzien van de eigen invloed van de onderzoekers op het proces.

Uit de literatuur blijkt dat het niet evident is om een antwoord te bieden op hoeveel participanten men nodig heeft voor het uitvoeren van een goed kwalitatief onderzoek. [3,4] Ongeacht het aantal participanten zal na enige tijd geen nieuwe informatie meer ontdekt worden. Men spreekt dan van saturatie. In deze studie zal gestreefd worden naar 'sufficiency', dit wil zeggen dat men data blijft verzamelen tot er voldoende gegevens zijn om een genuanceerd antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Gezien dit onderzoek kadert in onze opleiding zullen we ook pragmatisch te werk gaan en streven we eerder naar het verzamelen van goede data en een goede analyse daarvan, dan naar het bereiken van saturatie. In deze studie verwachten we maximaal 3 focusgroepen en 15 interviews te organiseren.

We hopen met dit onderzoek aanbevelingen te doen naar ondersteuning of wat HAIO's zou kunnen helpen om benzodiazepines niet op te starten bij patiënten in de huisartsenpraktijk. Iets wat kan teruggekoppeld worden naar onderwijs van (huis)artsen in wording.

Referenties:

1. Braun, V., Clarke, V., *Successful qualitative research: A practical guide for beginners: Sage,* 2013.
2. Boeije, H., *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Boom Lemma Uitgevers,* 2005. 179 p.
3. Palinkas, L.A., Horwitz, S.M., Green, C.A., Wisdom, J.P., Duan, N., Hoagwood, K., *Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. Administration and policy in mental health*, 2015;42(5):533-44.
4. Baker, S.E., Edwards, R. and Doidge, M., *How many qualitative interviews is enough?: expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research,* 2012. [Working Paper]