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

Wat is de ervaring van HAIO's rond het afbouwen 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: Ervaring HAIO afbouwen benzodiazepines 15
1.1 Patiëntenprofiel 15
1.2 Artsenprofiel 15
Thema 2: Valkuilen afbouwen benzodiazepines 16
2.1 Hindernissen afbouwen benzodiazepines 16
2.1.1 Patiëntgebonden hindernissen 16
2.1.2 Artsgebonden hindernissen 16
2.2 Redenen niet afbouwen benzodiazepines 17
2.3 Contrast benzodiazepinegebruik bij ouderen versus jongeren 17
Thema 3: Aanpak en praktische organisatie afbouwen benzodiazepines 17
3.1 Redenen niet verlengen benzodiazepinevoorschrift 18
3.2 Methoden afbouwen benzodiazepines 18
3.3 Organisatie consultatie 19
Thema 4: Opleiding en overheid afbouwen benzodiazepines 19
4.1 Handvaten opleiding 19
4.2 Hindernissen en suggesties opleiding 19
4.3 Hindernissen en suggesties overheid 20

Discussie **21**

Besluit **25**

Referenties **26**

Dankwoord **27**

Bijlagen **28**
Bijlage 1: Informatieformulier *29*
Bijlage 2: Toestemmingsformulier *31*
Bijlage 3: Interviewguide *32*
Bijlage 4: Goedgekeurd advies Ethisch Comité *34*
Bijlage 5: Protocol *37*

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.

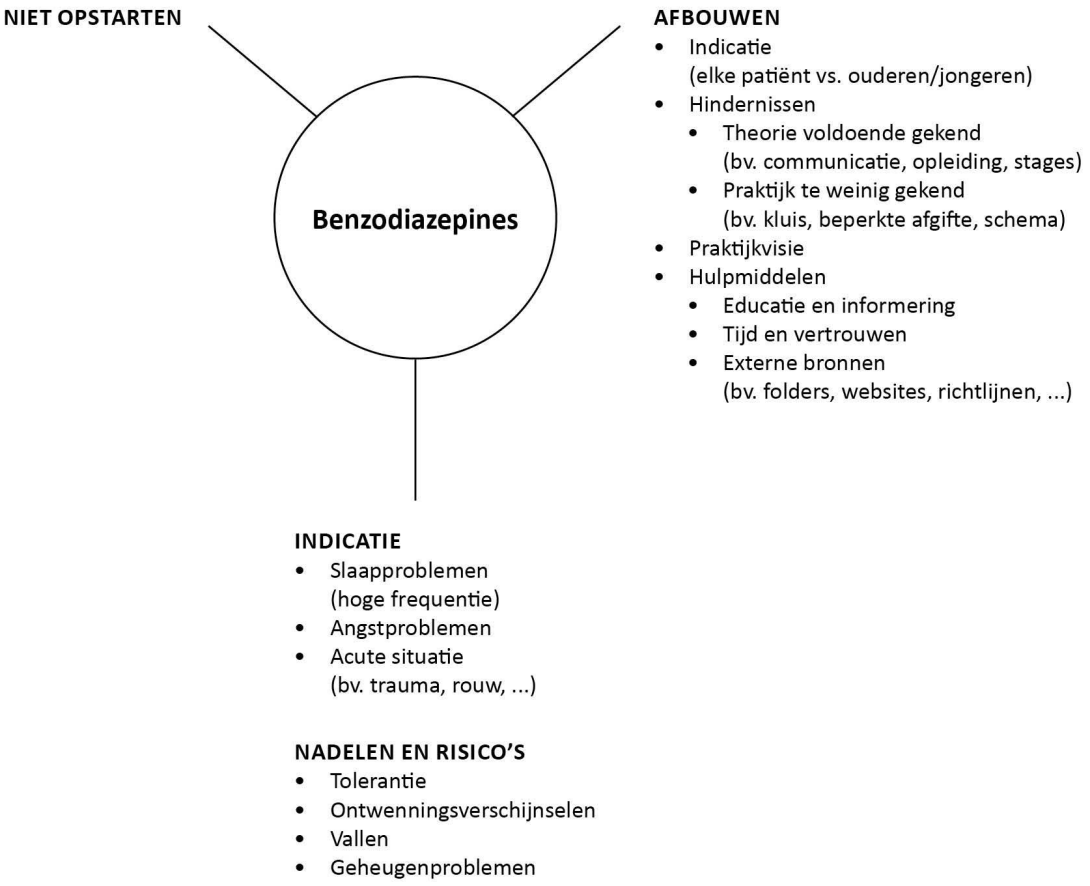
Tabel 1.

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

Vier belangrijke thema's over het afbouwen van benzodiazepines komen uit de data naar voren, namelijk de 'Ervaring van de HAIO', 'Valkuilen bij het afbouwen', 'Aanpak en praktische organisatie van het afbouwen', en de rol van de 'Opleiding en overheid'.

Thema 1: Ervaring HAIO afbouwen benzodiazepines

Een eerste thema beschrijft hoe HAIO's het voorschrijfgedrag en het afbouwen van benzodiazepines ervaren in de praktijk met zowel de positieve als negatieve ervaringen hieromtrent.

1.1 Patiëntenprofiel

De deelnemende HAIO's ondervinden moeilijkheden om het afbouwen van benzodiazepines bespreekbaar te maken met hun patiënten. Er zijn verschillende redenen die zij hiervoor aangeven, die mede in het volgende hoofdstuk besproken zullen worden (Zie *Valkuilen afbouwen benzodiazepines*). HAIO's zullen zelden tijdens een eerste kennismakingsconsult met patiënten voorstellen om de medicatie af te bouwen. Vaak zien zij patiënten voor de eerste keer en hebben ze met hen nog geen vertrouwensband opgebouwd. Ze willen de patiënt eerst beter leren kennen, vooraleer zo'n suggestie te maken. Echter, in een groepspraktijk wisselen patiënten soms van arts binnen dezelfde praktijk, waardoor de opvolging bemoeilijkt wordt. Ze betwijfelen of het dan ook wel hun taak is om het afbouwen op zich te nemen. HAIO's wisselen soms ook van praktijk, wat het proces verder belemmert. Werk – en tijdsdruk spelen daarbij tevens een rol.

"Je houdt vast aan je eigen ideeën, maar dan voornamelijk om geen benzodiazepine op te starten. Qua afbouwen loopt dit moeilijker. Het is niet haalbaar om bij elke patiënt die een benzodiazepine inneemt, hier verder op in te gaan tijdens een consult." (Deelnemer 9, interview 4)

1.2 Artsenprofiel

Het initiatief om af te bouwen komt ook bijna steeds van de HAIO zelf. Patiënten zullen het zelden voorstellen of aangeven. Bijna elke HAIO geeft aan dat hij of zij meer benzodiazepines voorschrijft dan verwacht. Ze ervaren dat verlengingen van benzodiazepinevoorschriften moeilijker te weigeren zijn dan een eerste voorschrift of het niet opstarten van de medicatie. De meeste HAIO's hebben tijdens het begin van de opleiding bepaalde voornemens wat betreft het voorschrijfgedrag van benzodiazepines, namelijk het zo min mogelijk voorschrijven van die medicatie, het educeren van de patiënten over de risico's en nadelen en het proberen afbouwen bij zoveel mogelijk patiënten, maar merken dat ze zich daar niet steeds aan kunnen houden in de dagelijkse praktijk. Ze verliezen de energie om de patiënt te blijven opvoeden en informeren. Angst voor de mogelijk negatieve reactie van de patiënt en niet voldoen aan het verwachtingspatroon worden als belangrijke factoren aangegeven.

Ook de relatie met collega's binnen de praktijk valt daarbij niet te onderschatten. Praktijkopleiders (PO's) nemen niet steeds hetzelfde standpunt in als de HAIO's. Er is niet altijd een eenduidig beleid afgesproken. Patiënten bezoeken soms een collega als een HAIO een voorschrift geweigerd heeft. Dat kan voor ergernissen en onzekerheid zorgen. HAIO's vinden het vaak moeilijk om het vertrouwen van patiënten te winnen. Zij wensen meer communicatie met PO's en collega's omtrent praktijkvisie betreffende benzodiazepines en specifieke afbouwschema's bij patiënten, o.a. om een gemeenschappelijk standpunt in te kunnen nemen, de verantwoordelijkheid te verdelen en van elkaar te kunnen leren.

“Het is beter om samen strenger te zijn naar de patiënt toe.” (Deelnemer 8, interview 3)

Anderzijds kunnen sommige HAIO’s zich ook wel vinden in de weerstand die ze krijgen van patiënten. Ze begrijpen hun wantrouwen over het afbouwen. Ze geven aan dat ze zelf vaak niet eens de adviezen, o.a. omtrent slaaphygiëne, opvolgen die ze aan patiënten geven. En ze begrijpen dat ze dat dan ook niet altijd kunnen verwachten van patiënten. De beleefde ervaringen zijn duidelijk praktijk gebonden, en afhankelijk van de gemaakte afspraken met collega’s. HAIO’s appreciëren het als collega’s zich houden aan hun overeenkomsten met patiënten. Een duidelijke registratie in het dossier van de indicatie en afspraken rond het gebruik van benzodiazepines kan daarbij een belangrijke hulp betekenen volgens de deelnemers.

Ten slotte geven HAIO’s ook aan dat er een verschil is tussen de jongere en oudere generatie huisartsen. Oudere collega’s zouden minder interesse vertonen in het afbouwen van benzodiazepines. Jongere artsen zouden minder benzodiazepines voorschrijven. Dat zou het voorschrijfgedrag van benzodiazepines bij HAIO’s indirect kunnen beïnvloeden.

Thema 2: Valkuilen afbouwen benzodiazepines

Een tweede en aanverwant thema betreft de hindernissen en valkuilen die HAIO’s ervaren bij het afbouwen van benzodiazepines.

2.1 Hindernissen afbouwen benzodiazepines

Er worden zowel patiënt – als artsgebonden drempels aangegeven bij het afbouwen van benzodiazepines.

2.1.1 Patiëntgebonden hindernissen

Belangrijke patiëntgebonden factoren zijn volgens de deelnemers, behoudens de reeds bovengenoemde (Zie *Ervaring HAIO afbouwen benzodiazepines*), weerbarstigheid en het feit dat zij vaak niet luisteren naar gegeven adviezen. Patiënten voelen zich vaak nog niet klaar om af te bouwen. Ze hebben het gevoel dat ze die medicatie echt nodig hebben. Er moet ingespeeld worden op de motivatiefase van de patiënt. HAIO’s willen die medicatie dan ook niet zomaar van hen afnemen. Patiënten zijn er zich vaak onvoldoende bewust van welke medicatie zij nemen en combineren. De slaaphygiënetips worden frequent op onjuiste manier uitgevoerd, waardoor het afbouwproces vertraagd wordt. De omschakeling naar een andere benzodiazepine kan een plotse ontregeling voor de patiënt betekenen. Patiënten houden zich ook niet steeds aan de voorgeschreven hoeveelheid.

“Hoe ouder de persoon, hoe meer je de neiging hebt om dat afbouwen te laten vallen, omdat het een gewoonte is en aangezien zij vaak al in de war zijn als hun pilletjes van kleur of merk veranderen.” (Deelnemer 11, interview 6)

2.1.2 Artsgebonden hindernissen

Wanneer de participanten naar obstakels bij zichzelf kijken, geven enkelen aan dat zij vaak te bevlogen beginnen aan een afbouwproces.

“Het afbouwen van benzodiazepines kan enkele jaren in beslag nemen, het vraagt voldoende tijd en vertrouwen, en HAIO’s beginnen er vaak te enthousiast aan.” (Deelnemer 2, focusgroep 1)

Anderen geven aan dat ze onvoldoende vertrouwd zijn met de praktische kant van het afbouwen van benzodiazepines, waardoor ze het ook minder voorstellen. Vermoeidheid, door het werken van lange en onregelmatige dagen, en tijdsdruk spelen een rol in het opgeven van educatie van mogelijke risico's en nadelen van de medicatie naar patiënten toe, en het belang en de manier van afbouwen. Ook de setting valt niet te onderschatten bij het introduceren van afbouwen. In het rusthuis merken HAIO's dat ze minder focussen op het afbouwen van benzodiazepines bij de bewoners. Er wordt soms druk ervaren vanuit het verpleegkundig personeel om de medicatie te behouden, aangezien bewoners anders 's nachts onrustig zouden kunnen zijn. Medische nevenwerkingen, zoals mogelijk insultgevaar, bij het verkeerdelijk afbouwen van benzodiazepines boezemt HAIO's ook angst in.

2.2 Redenen niet afbouwen benzodiazepines

De meest voorkomende indicatie voor het gebruik van benzodiazepines is een slaapprobleem. Echter, de deelnemers geven aan dat ze bij een acute stressproblematiek (bijvoorbeeld rouw, trauma, …) minder streng willen optreden bij het niet opstarten en afbouwen van benzodiazepines. Als de stoornis bij de patiënt zorgt voor een probleem bij het functioneren overdag, begrijpen HAIO's wel dat ze die medicatie op dat moment goed kunnen gebruiken. Ook patiënten die enkel sporadisch een benzodiazepine innemen zijn geen prioriteit om een afbouwproces bij te starten. Een laatste reden om een benzodiazepine niet af te bouwen, wordt geïllustreerd door onderstaande quote.

"Er zijn redenen om benzodiazepines niet, of toch niet onmiddellijk, af te bouwen. Bijvoorbeeld bij mensen met een zware verslaving, hierbij moet eerst gekeken worden naar de situatie en het gevaar te vervallen in andere verslavingen bij het stoppen van de medicatie." (Deelnemer 7, interview 2)

Zo kan dus door HAIO's in bepaalde omstandigheden geoordeeld worden dat het veiliger is voor de patiënt om de benzodiazepine te continueren, aangezien het (plots) afbouwen ervan zou kunnen zorgen voor een ontregeling en decompensatie. Voorbeelden van omstandigheden die zij aangeven, zijn multipele verslavingsproblematiek, fragiele sociale context, en ernstige somatische comorbiditeit.

2.3 Contrast benzodiazepinegebruik bij ouderen versus jongeren

Een belangrijke paradox bij het afbouwen van benzodiazepines betreft het feit dat de participanten het gemakkelijker vinden om de medicatie af te bouwen bij jongeren, terwijl zij het net crucialer vinden om dat te doen bij ouderen, gezien het verhoogd valrisico en andere mogelijke risico's en nadelen bij die populatiegroep. Echter, ze geven aan dat eigenlijk bij elke patiënt er een indicatie blijft om af te bouwen.

"Het is jammer dat oudere patiënten eerst iets moet overkomen, zoals een val, vooraleer er voldoende redenen zouden zijn om hun slaapmedicatie af te bouwen." (Deelnemer 4, focusgroep 2)

Als mogelijke verklaring wordt aangegeven dat ouderen minder slaap nodig hebben. Ook de slaapkwaliteit is verminderd. Zij hebben vaak een gestoorde perceptie van de slaapcyclus. Zij zijn daardoor moeilijker te overtuigen om benzodiazepines af te bouwen. Echter, er is zelden echt sprake van een slaapprobleem. Jongeren volgen gemakkelijker slaaphygiëneadviezen, maar ook bij hen is er vaak meer sprake van algemene vermoeidheid in plaats van een slaapprobleem.

Thema 3: Aanpak en praktische organisatie afbouwen benzodiazepines

Een derde thema behandelt de eigenlijke aanpak en organisatie van het afbouwen van benzodiazepines door HAIO's eens de barrières achter de rug zijn.

3.1 Redenen niet verlengen benzodiazepinevoorschrift

De deelnemers staan bij zogenoemde 'shoppers' weigerachtig tegenover het verlengen van een benzodiazepinevoorschrift. Ze willen niet meewerken aan de verslaving. Voor HAIO's is het van belang dat er binnen de praktijk hieromtrent aanbevelingen gemaakt worden.

De participanten geven ook aan dat elk verlengvoorschrift van benzodiazepines kritisch bekeken zou moeten worden, omdat er weinig evidentie is om een voorschrift te verlengen, aangezien de medicatie slechts één tot twee weken werkzaam is en verder enkel nadelen en risico's inhoudt. Echter, dat blijkt in de praktijk niet zo evident te zijn, zoals reeds hierboven vernoemd (zie *Ervaring HAIO afbouwen benzodiazepines* en *Valkuilen afbouwen benzodiazepines*). Als de medicatie dan toch verlengd wordt, moet grondig geëvalueerd en nagekeken worden in het dossier of de hoeveelheid die de patiënt vraagt wel kan kloppen en wordt dat best duidelijk genoteerd.

3.2 Methoden afbouwen benzodiazepines

Volgens de deelnemende HAIO's begint het afbouwproces eerst met het stellen van een duidelijke indicatie voor inname van de medicatie, gevolgd door een grondige anamnese over het gebruik (duur, hoeveelheid, …). Het concrete afbouwplan neemt meestal enkele maanden in beslag, waardoor het voor de patiënt duidelijk wordt dat het gaat om een lange termijnproces. HAIO's menen dat de slaagkansen daardoor verhogen. Tijdens het in kaart brengen van die gegevens proberen HAIO's het vertrouwen van de patiënt te winnen. Er wordt een inschatting van de motivatiefase voor afbouwen gemaakt en daarop ingespeeld via de aangeleerde communicatietechnieken. Het geheel wordt best verspreid over verschillende consulten, zodat de consultatie kan voorbereid worden. Dat kan voor een stuk de aanwezige onzekerheid bij HAIO's al wegnemen. Educatie over het nut van afbouwen en de mogelijke risico's en nadelen van benzodiazepines moet vaak enkele keren herhaald worden. De participanten baseren zich hiervoor op informatie vanuit de opleiding, ervaring en feedback van collega's. Een rode draad doorheen alle gesprekken is echter om niet beschuldigend of oordelend over te komen. Een reeds opgestelde voorlichtings – en informatiebrief kan hierbij een hulp zijn.

"Afbouwen kan best op een trage manier. Het is belangrijk om eerst vertrouwen te winnen, de nadelen uit te leggen en alternatieven te vinden. Het kan in principe ook op een strenge of radicale manier, waarbij de benzodiazepine gewoon niet meer voorgeschreven wordt. Maar dat kan een averechts effect hebben bij patiënten." (Deelnemer 3, focusgroep 1)

Bij het afbouwen zelf stellen de HAIO's in samenspraak met de patiënt een specifiek schema op. Patiënten worden geïnformeerd om een pillensnijder aan te schaffen. Overbruggen kan gebeuren met alternatieve supplementen, zoals Sedistress. HAIO's geven aan dat een multidisciplinaire aanpak het proces kan vergemakkelijken, als bijvoorbeeld de apotheker of verpleging ook op de hoogte is van het plan. Een deelnemer vermeldt dat zelfbegeleiding een even efficiënte benadering zou zijn als het meegeven van een brief met de nodige informatie in beschreven.

Een aantal HAIO's hebben met bovengenoemde aanpak een paar succeservaringen bereikt, waardoor sommige patiënten nog maar sporadisch een benzodiazepine innemen en het meer dan drie maanden geleden was vooraleer ze opnieuw een voorschrift nodig hadden. Achteraf gaven die patiënten ook aan dat ze eigenlijk al langer open stonden voor het afbouwen van de medicatie, maar het extra duwtje in de rug nog konden gebruiken. Een andere HAIO geeft aan dat veel patiënten het zelfs niet eens zouden merken als hun slaappilletje stiekem wordt afgenomen, integendeel, ze zouden minder nevenwerkingen ondervinden.

Een kleine toevoeging hieromtrent betreft de soort benzodiazepine dat patiënten en HAIO's gebruiken. De voornaamste benzodiazepines die de participanten tegenkomen in de praktijk zijn Lorazepam en Lormetazepam. Ook de Z – drug Zolpidem wordt frequent voorgeschreven. Sommige HAIO's gebruiken bij het afbouwen van benzodiazepines hetzelfde middel dat de patiënt reeds gebruikt. Anderen schakelen over naar een langwerkend product, bijvoorbeeld Diazepam, zoals de richtlijn van NHG aanbeveelt, en verminderen wekelijks de dosering. Bij beide manieren hebben de deelnemers al zowel succes – als negatieve ervaringen ondervonden.

3.3 Organisatie consultatie

De deelnemers geven aan dat ze het afbouwen van benzodiazepines minder frequent suggereren als patiënten eigenlijk voor een ander probleem op consultatie komen. Er wordt soms een nota in het dossier geschreven, om het een volgende keer wel aan te halen, of een opvolgconsult gepland. HAIO's merken echter dat patiënten die vervolgafspraak niet steeds nakomen. Dan vinden ze het ook de verantwoordelijkheid van de patiënt om dat zelf op te volgen. Het afbouwplan kan tijdens een consultatie niet gecombineerd worden met een ander probleem.

Thema 4: Opleiding en overheid afbouwen benzodiazepines

Een laatste belangrijk thema dat naar voren komt, is de voorbereiding van HAIO's door de opleiding geneeskunde, wat betreft het afbouwen van benzodiazepines. Er wordt ook even uitgeweid naar de rol van de overheid hieromtrent. Zowel de beleefde handvaten, als de hindernissen en suggesties voor de opleiding worden aangehaald.

4.1 Handvaten opleiding

De deelnemende HAIO's geven enkele belangrijke handvaten aan die tijdens hun opleiding geneeskunde werden aangereikt voor het afbouwen van benzodiazepines. Zo vinden de meeste HAIO's dat er voldoende informatie werd gegeven rond motivationele gespreksvoering en andere communicatietechnieken voor het afbouwen van benzodiazepines. Er werd ook voldoende wetenschappelijke achtergrondinformatie meegedeeld. Een participant vermeldt dat de verpleegstage een nuttige ervaring was om in contact te komen met mogelijke manieren voor het afbouwen van die medicatie. De HAIO's appreciëren ook de multidisciplinaire items die werden aangegeven tijdens de opleiding, zoals de samenwerking met de apotheker voor het regelen van een beperkte afgifte van benzodiazepines in het kader van afbouwen.

4.2 Hindernissen en suggesties opleiding

De deelnemers geven aan dat er enkele nuttige zaken ontbraken tijdens de opleiding wat betreft het afbouwen van benzodiazepines. HAIO's hebben specifieke noden om het afbouwen in de praktijk te implementeren. Ze ervaren een behoefte aan enkele concrete handvaten die hieronder verder beschreven worden. Ze vermelden dat ze in de praktijk niet goed weten hoe ze het afbouwen moeten aanpakken, of hoe eraan te moeten beginnen. Tijdens de opleiding geneeskunde werd te weinig informatie gegeven over bepaalde zaken, zoals tempo van afbouwen, specifieke afbouwschema's, en gebruik van alternatieven. Ook kostprijs en haalbaarheid van bovengenoemde items werden onvoldoende in kaart gebracht. Tijdens de stages werd hieromtrent te weinig concrete ervaring opgedaan. Een participant geeft aan dat hiermee de drempel tot afbouwen van benzodiazepines bij zichzelf verlaagd zou kunnen worden.

“Theoretisch gezien heeft onze opleiding ons goed voorbereid op het afbouwen van benzodiazepines als huisarts. Echter praktisch gezien, op welke manier we dit moeten aanpakken, missen we heel wat handvaten, zoals schema’s, overschakeling tabellen, enzovoort.” (Deelnemer 6, interview 1)

De deelnemers stellen voor om meer informatie tijdens de opleiding te incorporeren over het gebruik van magistrale bereidingen bij het afbouwen van benzodiazepines. Ook andere praktische en bruikbare zaken worden aangehaald, zoals het aanwenden van een kluis voor beperkte afgifte van benzodiazepines. Momenteel maken ze gebruik van folders en websites, zoals thuisarts.nl, en benzodebaas.nl.

De informatie wordt volgens de HAIO’s best tijdens de eerste jaren van de opleiding gegeven, zoals de Bachelor – of eerste Masterjaren. Zo zijn de arts – specialisten hiermee ook vertrouwd. Een aantal participanten menen namelijk dat arts – specialisten momenteel afbouwen van benzodiazepines minder prioritair achten. Zij merken dat patiënten tijdens een ziekenhuisopname gemakkelijk een benzodiazepine krijgen toegevoegd aan hun medicatieschema, wanneer ze onrustig zijn. Echter, het afbouwen daarvan is niet altijd even simpel. Een deelnemer geeft ook het volgende aan:

“Psychiaters werken niet altijd mee bij het voorstellen van een afbouwproces. Dikwijls gaat het dan wel om een groter geheel dan slaapproblematiek alleen.” (Deelnemer 7, interview 2)

Zowel psychische als fysische comorbiditeiten moeten dus wel in acht genomen worden. Voldoende educatie rond het belang van afbouwen en mogelijke risico’s en nadelen van benzodiazepines wordt best tijdens het begin van de opleiding gegeven. De praktische zaken, zoals bovengenoemd, worden dan weer beter later in de opleiding, eventueel zelfs specifiek aan HAIO’s, aangereikt.

4.3 Hindernissen en suggesties overheid

Tenslotte hebben de participanten nog enkele opmerkingen over de functie die de overheid heeft bij het afbouwen van benzodiazepines. Vanuit de media zouden meer sensibiliseringscampagnes moeten komen over de risico’s en nadelen van benzodiazepines. De verpakkingen van benzodiazepines zijn redelijk groot, terwijl de richtlijnen vermelden dat de medicatie best enkel tijdelijk en kortdurend gebruikt wordt. Dat lijkt paradoxaal. Een grote verpakking zou kunnen suggereren dat de medicatie onschuldig is en niet afgebouwd moet worden. Door de grootte van de verpakking wordt de controle over het voorschrijfgedrag ook gemakkelijker verloren. HAIO’s stellen voor om benzodiazepines per stuk te kunnen voorschrijven, en duurder te maken. Een multidisciplinaire samenwerking, o.a. via een overkoepelend dossier met de apotheker, zou meer structuur en overzicht kunnen brengen in een afbouwproces.

Discussie

In het onderzoek wordt geëxploreerd hoe HAIO's omgaan met het afbouwen van benzodiazepines, voornamelijk bij slaapproblemen, in de huisartsenpraktijk.

Een eerste bevinding betreft het feit dat HAIO's ervaren dat ze toch meer benzodiazepines voorschrijven dan verwacht. Ze proberen tijdens het begin van hun opleiding vast te houden aan bepaalde principes, maar merken dat ze na verloop van tijd de energie daarvoor verliezen. Ze vinden het moeilijk om het afbouwen van de medicatie voor te stellen bij de patiënt, zeker als ze die nog niet voldoende kennen. Ze hebben het gevoel dat zij altijd het initiatief moeten nemen, en zijn bang voor mogelijke negatieve respons. Ook vinden zij het vervelend om verlengvoorschriften te moeten weigeren. Daarentegen vinden ze het wel belangrijk om bij 'shoppers', die in elke praktijk voorkomen, niet mee te werken aan hun verslaving, door hun vraag naar benzodiazepines af te wijzen.

Wat betreft samenwerking met collega's en praktijkorganisatie wensen HAIO's meer overleg in verband met afspraken rond specifieke afbouwschema's van benzodiazepines bij patiënten. Ze willen dat hun PO achter hun beslissingen staat. Ze vrezen dat sommige patiënten een collega zullen raadplegen als ze bij de HAIO niet kregen waar ze voor kwamen. Anderzijds, geven HAIO's van zichzelf aan dat ze ook niet steevast de raadgevingen volgen die ze aan patiënten meegeven. Ze begrijpen dat ze dat dan ook niet altijd kunnen verlangen van de patiënt.

Een belangrijke patiëntgebonden hindernis bij het afbouwen van benzodiazepines omvat de drijfveer van de patiënt tot verandering. HAIO's moeten bedreven zijn in motivationele gespreksvoering om patiënten te kunnen overtuigen om af te bouwen met benzodiazepines. Patiënten bevinden zich namelijk meestal in de precontemplatiefase, dat wil zeggen dat ze niet openstaan voor het afbouwen, de risico's en nadelen minimaliseren, en de noodzaak voor die medicatie hoog inschatten. HAIO's vinden het minder prioritair om benzodiazepines af te bouwen bij patiënten die de medicatie maar sporadisch gebruiken, of mogelijk kunnen vervallen in andere verslavingen, of het innemen voor een acute stressproblematiek (bijvoorbeeld rouw, trauma, …). Ze geven ook aan dat ze het moeilijker vinden om benzodiazepines bij ouderen af te bouwen, echter die patiëntenpopulatie ondervindt meer risico's en nadelen van de medicatie.

HAIO's ervaren in bepaalde settingen soms druk vanuit paramedisch personeel om benzodiazepines niet af te bouwen. Andere artsgebonden hindernissen die het afbouwproces kunnen tegenhouden zijn vermoeidheid, tijdsdruk en gebrek aan ervaring.

HAIO's hechten veel belang aan structuur in hun consultatie. Voornamelijk door een tekort aan ervaring biedt een duidelijke organisatie houvast. Ze appreciëren het dus niet als een patiënt op het einde van een consult voor een ander probleem een vraag stelt over het slapen of benzodiazepines. Ze bieden dan een vervolgconsultatie aan en wensen dat de patiënt zich houdt aan die afspraak.

Wanneer HAIO's bovengenoemde hindernissen zo goed mogelijk overwonnen hebben, starten ze een afbouwproces. Dat wordt best gespreid over enkele consultaties. De HAIO voert eerst een grondige anamnese en indicatiestelling uit over het gebruik van benzodiazepines. Verder gebeurt er een informering van de patiënt over het nut van afbouwen en de mogelijke risico's en nadelen van benzodiazepines. Een voorlichtings – en informatiebrief kan hierbij gebruikt worden. Een concreet afbouwschema wordt samen opgesteld.

Communicatietechnieken en motivationele gespreksvoering, o.a. over het afbouwen van benzodiazepines, werden voldoende aangereikt tijdens de opleiding geneeskunde. HAIO's vinden dat hun theoretische kennis over risico's en nadelen van benzodiazepines naar behoren is. De multidisciplinaire insteek, bijvoorbeeld collaboratie met de apotheker, was een handige raadgeving. Daarentegen wensen zij meer concrete informatie over het afbouwen van benzodiazepines tijdens de opleiding geneeskunde. Ze verlangen naar praktische handvaten, zoals specifieke afbouwschema's, gebruik van alternatieven, eventueel via magistrale bereiding, en voorlichting over kostprijs en haalbaarheid. Ook tijdens de stages hebben ze onvoldoende ervaring hieromtrent opgedaan. Wanneer zij spreken over de handvaten die ze gebruiken, kwamen enkel Nederlandse toepassingen aan bod (thuisarts.nl, benzodebaas.nl), en geen Belgische initiatieven. Vermoedelijk werden er tijdens de lessen enkel die zaken aangereikt. De theoretische kennis over de risico's en nadelen van benzodiazepines wordt best tijdens het begin van de opleiding gegeven, zodat tevens de arts – specialisten op de hoogte zijn. De praktische en concretere zaken kunnen later aangereikt worden.

Er zijn volgens HAIO's vanuit de overheid meer sensibiliseringscampagnes noodzakelijk over de risico's en nadelen van benzodiazepines. De verpakkingen van benzodiazepines moeten kleiner worden, want de medicatie is enkel voor kortdurend gebruik.

Ook in de literatuur werd vermeld dat het ingewikkeld is om verlengvoorschriften van benzodiazepines te weigeren en artsen weerstand verwachten bij het aftoetsen van afbouwen bij - voornamelijk oudere - patiënten. Ze vrezen dat de patiënt hun autoriteit en competentie in vraag zou stellen, de nevenwerkingen van benzodiazepines zou minimaliseren en een andere arts zou zoeken die de medicatie wel zou continueren. Net zoals in de resultaten van deze studie werden ook werk – en tijdsdruk beschreven als beïnvloedende factor. Huisartsen zouden toleranter zijn wat betreft het langdurig gebruik van benzodiazepines bij ouderen. Zij denken dat de voordelen zwaarder doorwegen dan de nadelen. Enkel de huisartsen die weinig benzodiazepines voorschreven, waren zich meer bewust van risico's, zoals vallen, en cognitieve beperkingen. [1] Een andere studie vermeldde dat huisartsen benzodiazepines meestal voorschrijven om klachten op korte termijn te verhelpen. Echter, die eerste gebruikers vertonen vaak al een psychologische afhankelijkheid, waardoor ze soms zelfs door druk uit te oefenen een vervolgvoorschrift zullen vragen. [2]

Een studie uit Portugal gaf aan dat 68% van de artsen zich capabel achtte tot het helpen van patiënten met het afbouwen van benzodiazepines, echter 55% worstelde met het motiveren van de patiënten tot afbouwen. [3]

Nochtans beschreven Siriwardena A.N. et al. (2010) dat jonge huisartsen een veelal gunstige houding hebben tegenover het voorschrijven van benzodiazepines voor slaapproblemen. [4] Volgens Sirdifield C. et al. (2013) liggen volgende zaken aan de grondslag hiervoor, namelijk o.a. veranderde praktijknormen, bewijs van onderzoek, ondersteuning door de overheid, en het bestaan van nieuwe medicatie (bijvoorbeeld SSRI's). Een eerdere ingesteldheid van optimisme over de voordelen van benzodiazepines heeft plaats gemaakt voor scepticisme en betere informering over nadelen en risico's van die medicatie. [1] Een recente studie gaf desondanks een belangrijke paradox aan bij het voorschrijven van benzodiazepines. Enerzijds beschouwen huisartsen het voorschrijven van benzodiazepines als een complexe en oncomfortabele taak, anderzijds blijven ze die medicatie wel frequent meegeven. Ze voelen zich verantwoordelijk voor de patiënt en denken hem of haar op die manier toch te kunnen helpen. [5]

Sirdifield C. et al. (2013) vermeldden dat huisartsen zich soms machteloos voelen tegenover een complexe psychosociale situatie van een patiënt, en hoewel er dan eigenlijk geen indicatie is voor een (bio)medische oplossing, schrijven ze toch een benzodiazepine voor. Hun verklaring was dat ze in die omstandigheden ook niet zouden weten wat ze moesten doen, en een benzodiazepine

ondersteuning kan bieden. Zij maakten wel een onderscheid tussen de patiënt die de medicatie 'verdient' en degene die het niet 'verdient'. Vooral oudere vrouwen met een voorgeschiedenis van langdurig gebruik van benzodiazepines, uitgebreide psychosomatische comorbiditeit, en complexe psychosociale problematiek, konden sympathie opwekken bij de huisarts. Daardoor was de arts minder geneigd om het benzodiazepinegebruik af te bouwen bij de patiënt. Tegenover alcoholici en drugsverslaafden voelden huisartsen een morele en wettelijke verantwoordelijkheid om geen benzodiazepines mee te geven. [1] Deze studie beschreef voornamelijk de 'shoppers' als 'niet – verdieners' en patiënten met multipele verslavingsproblematiek, fragiele sociale context, ernstige somatische comorbiditeit, acute stressproblematiek, of sporadische gebruikers, als de 'verdieners'.

Anderson K. et al. (2014) spraken over vier belangrijke mogelijke barrières bij het afbouwen van benzodiazepines. Eerst en vooral dient er bij de voorschrijver zelf voldoende inzicht te zijn in het voorschrijfgedrag, anders kan een afbouwproces niet gestart worden. Een tweede drempel omvat de paradox die hierboven besproken werd. Huisartsen zijn zich bewust van de nadelen en risico's van benzodiazepines. Echter, ze slagen er niet in om de medicatie af te bouwen bij patiënten. Redenen hiervoor kunnen de reeds bovengenoemde hindernissen zijn, zoals angst voor negatieve reacties. Het onvoldoende vertrouwde gevoel voor de praktische kant van het afbouwen, met mogelijk maken van fouten met medische gevolgen, speelt tevens een rol bij huisartsen, en dat is meteen ook de derde barrière. Ervaring en een correct ingevuld medisch dossier zijn hierbij belangrijke factoren. Ten slotte werden er nog een aantal externe factoren beschreven, waarvan de meeste ook hierboven reeds vermeld werden, zoals weerstand bij de patiënt, motivatiefase, tijdsdruk, en afspraken met collega's. [6]

Patiënten met psychiatrische en/of psychosociale problematiek worden frequenter dan in het verleden in eerste lijn behandeld. Echter, velen nemen reeds een benzodiazepine, wat meestal opgestart werd door een psychiater. Huisartsen ondervinden dan moeilijkheden om die medicatie bij hen af te bouwen. [1] Ook deze studie beschreef dat arts – specialisten volgens HAIO's voorzichtiger dienen om te gaan met het gebruik van benzodiazepines.

Een studie uit 2008 gaf aan dat verpleegkundigen een belangrijke rol kunnen vervullen in het afbouwen van benzodiazepines bij bewoners. Huisartsen hebben namelijk te onregelmatige en korte contacten met die patiënten. Er is onvoldoende opvolging van de noodzakelijkheid van benzodiazepines, en daarin kunnen verpleegkundigen een cruciale bijdrage leveren. [2]

Deelnemende HAIO's in deze studie gaven aan te weinig ervaring en praktische kennis over het afbouwen van benzodiazepines te hanteren. Een minimale inventiestrategie, zoals onderzocht in een praktijkproject uit 2008, blijkt effectief om het chronisch gebruik van benzodiazepines bij patiënten te verminderen. De strategie bestond uit een combinatie van een stopbrief en gereduceerde dosis afbouw door de huisarts. De stopbrief bevatte praktische aanwijzingen, waarom het gebruik van benzodiazepines best getemperd werd, en tips voor een goede slaap. De meest voorgeschreven benzodiazepines waren Lormetazepam en Zolpidem. 14 van de 65 patiënten zette het gebruik van benzodiazepines stop na ontvangen van de brief, en tien patiënten reduceerden de dosis. De begeleide afbouw door de huisarts zorgde voor een volledige stop in het gebruik bij vier patiënten, en een reductie bij 17 patiënten. Het afbouwen van benzodiazepines gebeurde door een equivalente dosis van Diazepam wekelijks met 25% te verminderen. [7]

Een e – module en e - learning zouden HAIO's en huisartsen ook kunnen helpen om zich zowel op korte als lange termijn vertrouwder te voelen om niet – medicamenteuze maatregelen te gebruiken voor slaapproblemen, en minder benzodiazepines voor te schrijven. Na het volgen van een e – learning of e – module, en door het gebruik van een minimale interventiestrategie zouden HAIO's eveneens meer structuur in hun gesprekken kunnen brengen. [5,7,8]

In de literatuur werd amper informatie gevonden over mogelijke handvaten die huisartsen tijdens de opleiding geneeskunde hebben meegekregen over het afbouwen van benzodiazepines. Sirdifield. C. et al. (2013) gaven aan dat huisartsen onvoldoende opgeleid zijn in het omgaan met psychosociale problemen van patiënten. Ze komen daar echter wel frequent mee in aanraking. Aanvullende scholing en educatie over huidige richtlijnen zou huisartsen, zeker zij die dikwijls benzodiazepines voorschrijven, daarbij en bij het afbouwen van benzodiazepines kunnen helpen. [1] Dat laatste wordt bevestigd door Siriwardena A.N. et al. (2010). [4]

In het verleden werden er enkele campagnes georganiseerd door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid om mensen te informeren over de gevaren van overmatig gebruik van benzodiazepines. Desondanks blijft het gebruik toenemen. [9] De participanten van deze studie waren van mening dat meer bewustmaking vereist is.

Een essentieel discussiepunt betreft het feit dat er weinig gegevens gevonden werden over het afbouwen van benzodiazepines bij HAIO's. Er was meer literatuur beschikbaar over (reeds afgestudeerde) huisartsen. Of er tussen beide groepen een belangrijk verschil betreffende afbouwen van benzodiazepines en perceptie van benzodiazepinevoorschrijfgedrag is, kan niet met duidelijkheid gezegd worden. Zoals in de literatuurstudie beschreven werd, is er dus nood aan verder onderzoek in verband met de beleving van benzodiazepinevoorschrijfgedrag en het afbouwen van benzodiazepines bij HAIO's. Deze studie probeert daar een bijdrage aan te leveren. Ook zijn er volgens de participanten enkele gebreken in de opleiding geneeskunde aangaande het afbouwen van benzodiazepines. Het onderzoek probeert de hiaten te verduidelijken.

Sterktes en zwaktes van de studie

Een eerste belangrijke sterkte van het onderzoek is de bijdrage en aanvulling die het levert tot de bestaande kennis over de beleving van HAIO's wat betreft de voorbereiding via de opleiding geneeskunde van het afbouwen van benzodiazepines. Zoals reeds vermeld is er namelijk weinig literatuur beschikbaar over de vaardigheden die huisartsen tijdens de opleiding geneeskunde kregen aangeleerd voor het afbouwen van benzodiazepines. Over de ervaring van HAIO's in het bijzonder zijn slechts enkele studies in de literatuur te vinden, zelfs wanneer niet specifiek naar de voorbereiding via de opleiding gezocht werd. Ook daarin kan dit onderzoek een meerwaarde betekenen.

De studie wordt onderverdeeld in twee onderzoeksvragen, uitgevoerd door twee verschillende onderzoekers. De onderzoeksvragen sluiten nauw aan. Daarom bevatten alle focusgroepen en interviews steeds de onderdelen van de interviewguide over beide onderzoeksvragen (zie bijlage 3). Zo kon niet enkel een antwoord op elke vraag apart gegeven worden, maar overkoepelend een vergelijking tussen beide onderzoeksvragen gemaakt worden. Dat is een pluspunt naar de lezers toe. De focusgroepen en interviews werden steeds uitgevoerd door gebruik van een vaststaande en vooraf besproken structuur, setting en tijdsorganisatie.

Een van de zwaktes van het onderzoek is het aantal deelnemers. Er werden waardevolle data verzameld, maar er werd geen data – saturatie bereikt. De deelnemende groep HAIO's bestond enkel uit vrouwen van ongeveer dezelfde leeftijd, wat een vertekend beeld van de resultaten zou kunnen geven. Er was maar één HAIO die in een solo praktijk werkte. Verder was er wel een evenwichtige verdeling wat betreft opleidingsregio en het feit of de deelnemers eerste – of tweedejaars waren.

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. Sirdifield, C., et al., *General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis.* BMC Fam Pract, 2013. **14**: p. 191.
2. Anthierens, S., *(Vermijden van) opstarten van benzodiazepines in de eerstelijn. Percepties van huisartsen, patiënten en verpleegkundigen.* Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, 2008.
3. Neves, I.T., et al., *Physicians' beliefs and attitudes about Benzodiazepines: a cross-sectional study.* BMC Fam Pract, 2019. **20**(1): p. 71.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Bode, T., De Lepeleire, J., *Benzodiazepinen afbouwen via de minimale interventiestrategie.* Huisarts Nu, 2008. **37**(10): p. 565 - 569.
8. 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.
9. 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.

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 afbouwen 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 het voorschrijfgedrag van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk in kaart brengen. De ervaringen omtrent het afbouwen 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 reeds kunnen afbouwen 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 je nog verdere vragen of opmerkingen hebt, kan je 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 afbouwen 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 het einde van het 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/verslavingsgevoeligheid van de patiënt de keuze van jouw beleid?
    - 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

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

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Beleving bij HAIO's van het benzodiazepinevoorschrijfgedrag bij patiënten in de huisartsenpraktijk.
Beleving bij HAIO's rond het afbouwen van benzodiazepines bij patiënten in de huisartsenpraktijk. (manama huisartsgeneeskunde Sophie Metsers)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
18/03/2019	19/09/116	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. Metsers
- 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 Elkenstraat 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 19/09/116

datum	ons kenmerk	contactpersoon
18/03/2019	19/09/116	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
Mevr. S. Metsers, NVT, Prins Boudewijnlaan 1 - 2970 Schilde

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 19/09/116

datum	ons kenmerk	contactpersoon
18/03/2019	19/09/116	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 afbouwen 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 afbouwen 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 afbouwen 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 te kunnen afbouwen 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]