De ideale wereld: vrij van benzodiazepines?

Een kwalitatieve analyse van visies op BZRA-gebruik in een perfecte professionele wereld

Ellen JANSSENS

Promotor:

Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Co-promotor: Dr. Kristien Coteur

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 - 2025

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

Inhoudstabel

Voorwoord 4

Korte samenvatting 5

Lijst van afkortingen en lijst van bijlagen.....6

Inleiding 7

Methodologie 8

- Onderzoeksvraag en onderzoeksdoel 8
- Steekproef en onderzoeksmethode 8
- Dataverzameling 8
- Data-analyse 9

Resultaten 10

- Situationele voorwaarden 10
- Controle door de zorgverlener 12
- Afstemming op de patiënt 13

Discussie 15

Conclusie 17

Referentielijst 18

Bijlagen 21

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterproef, geschreven in het kader van het afronden van mijn studies geneeskunde. Deze thesis vormt het sluitstuk van een intens en soms uitdagend opleidingstraject. Het was niet altijd een gemakkelijk parcours, maar ik kijk er met grote dankbaarheid op terug. Niet alleen omwille van de inhoudelijke groei die ik doormaakte, maar ook omwille van de hulp, steun en aanmoediging die ik onderweg heb mogen ontvangen.

Het algemene doel van dit werk was om te onderzoeken hoe eerstelijnszorgverleners de plaats van benzodiazepine receptor agonisten (BZRA's) zien in een professioneel perfecte wereld. Via kwalitatieve analyse van interviews poogde ik een dieper inzicht te krijgen in rationeel BZRA-gebruik en de rol van zorgverleners daarin. Het is de ambitie dat dit werk uiteindelijk zal uitmonden in een publicatie in *Huisarts Nu*, het tijdschrift van Domus Medica, en zo mee te bouwen aan een beter onderbouwd voorschrijfbeleid voor BZRA's in de eerste lijn.

In het bijzonder wil ik mijn co-promotor Dr. Coteur danken voor het ter beschikking stellen van de data, haar hulp bij het uitwerken van de codeboom en haar uitgebreide, constructieve feedback gedurende het hele traject. Eveneens gaat mijn oprechte dank uit naar Prof. Dr. Schoenmakers voor haar begeleiding.

Daarnaast wil ik graag mijn zus, Barbara Janssens, bedanken voor haar hulp en aanmoediging onderweg, en Astrid De Schutter voor haar waardevolle input en expertise in kwalitatief onderzoek. Een extra woord van dank gaat uit naar Dorien Halford, voor haar nauwkeurige hulp bij het nalezen van dit werk.

Tot slot wens ik mijn praktijkopleider, Dr. Katrien Adriaensen, oprecht te bedanken. Haar nauwgezette nalezen van deze masterpaper en de deskundige begeleiding die ik heb mogen ervaren tijdens de afsluitende fase van mijn traject waren bijzonder waardevol.

Dankzij al deze mensen kon ik dit project met vertrouwen en voldoening afronden. Ik hoop dat dit werk bijdraagt aan een breder begrip en een meer doordachte aanpak van medicatiegebruik in de eerstelijnszorg.

Ellen Janssens
April 2025

Korte samenvatting

Deze studie onderzoekt de vraag: “Wat is de plaats van BZRA’s in een professioneel perfecte wereld volgens eerstelijnszorgverleners?” Uit interviews met huisartsen en apothekers blijkt dat zij BZRA’s enkel gepast vinden in uitzonderlijke, acute situaties zoals paniekaanvallen, trauma of rouw. In zo’n ideale wereld moet het gebruik strikt beperkt worden in tijd en dosis, en steeds gepaard gaan met opvolging en begeleiding. De zorgverleners pleiten voor kleine verpakkingen, multidisciplinaire samenwerking en duidelijke voorwaarden. Toch blijkt er variatie in hun antwoorden en soms interne tegenstrijdigheden, wat wijst op de complexiteit van het voorschrijfproces. Hoewel richtlijnen bestaan, botsen deze vaak met de realiteit in de eerstelijnszorg. Deze studie benadrukt de nood aan structurele ondersteuning, tijd en opleiding om rationeel en patiëntgericht voorschrijven mogelijk te maken.

This study explores the question: “What is the place of BZRA in a professionally perfect world according to primary care providers?” Interviews with general practitioners and pharmacists reveal that they consider BZRA appropriate only in exceptional, acute situations such as panic attacks, trauma, or grief. In such an ideal world, use must be strictly limited in time and dosage, and always accompanied by follow-up and guidance. Healthcare providers advocate for small packaging, multidisciplinary collaboration, and clearly defined conditions. However, their responses vary, and some show internal contradictions, highlighting the complexity of the prescribing process. Although guidelines exist, they often clash with the realities of primary care. This study underscores the need for structural support, time, and training to enable rational and patient-centered prescribing.

Lijst van afkortingen

Afkorting	Volledige term
BZRA	Benzodiazepine Receptor Agonist
DDD	Defined Daily Dose
APO	Apotheker (gebruikt als code voor geïnterviewde apotheker)
HA	Huisarts (gebruikt als code voor geïnterviewde huisarts)
VAD	Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
FOD	Federale Overheidsdienst
BCFI	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
EBPracticeNet	Evidence-Based Practice Netwerk
CRA	Coördinerend en Raadgevend Arts (in woonzorgcentra)

Lijst van bijlagen

Bijlage	Titel
I	Checklist kwalitatief onderzoek
II	Codeboom
III	Ethische goedkeuring

INLEIDING

België staat wereldwijd in de top 3 wat betreft het gebruik van benzodiazepine receptor agonisten (BZRA).(1) Hoewel het gebruik tussen 2014 en 2022 met 22 procent daalde, gebruikte in 2022 nog steeds 1 Belg op 5 BZRA's.(2) Dit vormt een probleem voor de volksgezondheid, gezien het gebruik van deze medicatie gepaard gaat met bijwerkingen die afhankelijk zijn van de dosis.(3) Ze kunnen slaperigheid en overmatige sedatie veroorzaken, wat het reactievermogen beïnvloedt.(4,5) Daarnaast komen problemen met concentratie en aandacht vaak voor, net als een "katergevoel" de dag na inname.(4–7) Verder kunnen spierzwakte(3) en coördinatieproblemen(4) optreden. BZRA's hebben ook een negatieve impact op dagelijkse activiteiten, zoals autorijden, wat het risico op verkeersongelukken vergroot.(8–10) Tevens verhogen ze de kans op vallen en botbreuken, vooral bij ouderen.(8–10) Bij langdurig gebruik kan afhankelijkheid optreden, en vervolgens kan het afbouwen van de medicatie gepaard gaan met milde en ernstige ontwenningsverschijnselen zoals angst, slapeloosheid, agitatie, concentratiegebrek, gebrek aan eetlust, duizeligheid, nachtmerries, tachycardie en verwardheid.(3,11–13)

Het overmatig gebruik van BZRA's vormt een belangrijke uitdaging binnen de eerstelijnszorg vanwege deze bijwerkingen, het risico op afhankelijkheid en de ontwenningsverschijnselen bij stoppen na langdurig gebruik. De richtlijnen van Domus Medica adviseren dan ook om het gebruik zoveel mogelijk te beperken, zowel in duur (maximaal 1 week) als wat betreft de dosis.(14) Het voorschrijven van deze medicatie wordt alleen aanbevolen bij patiënten die kampen met ernstige, acute slapeloosheid die gepaard gaat met een aanzienlijke lijdensdruk.(14)

Analyse van de periode januari 2018 tot juni 2023 laat echter zien dat patiënten in de eerste 12 maanden na de start van BZRA-gebruik gemiddeld 124 Defined Daily Doses (DDD) namen, terwijl de mediaan op 29 DDD lag, wat wijst op een veelal langdurig gebruik.(2) Ondanks dat de richtlijnen adviseren om kleine verpakkingen voor te schrijven, blijkt uit cijfers dat dit niet strookt met het huidige voorschrijfgedrag(2): In 2022 waren de kleine verpakkingen van 7 of 10 tabletten van Zolpidem goed voor minder dan 1% van alle verkochte verpakkingen, en slechts 6% van de patiënten die dat jaar met Zolpidem begonnen, kregen een kleine verpakking voorgeschreven.(1)

Huisartsen spelen een cruciale rol in het beperken van het gebruik van BZRA's, aangezien zij in 2022 verantwoordelijk waren voor 83% van alle voorschriften.(2) Om het chronisch gebruik aan te pakken, is sinds 1 februari 2023 een afbouwprogramma geïmplementeerd waarbij patiënten worden ondersteund door een multidisciplinaire aanpak, waarbij arts, apotheker en patiënt nauw samenwerken. In februari 2024 hadden al 5500 patiënten deelgenomen aan dit programma.(15)

<u>Vraagstelling</u>

Ondanks de vele bijwerkingen en het programma dat in 2023 geïmplementeerd werd, blijft het gebruik van BZRA's hoog. Er is een duidelijke discrepantie tussen het huidige gebruik van BZRA's en het beperkt aantal indicaties zoals beschreven in de richtlijnen. In dit artikel wordt nagegaan wat de rol is van BZRA's volgens huisartsen en apothekers in een professioneel perfecte wereld.

METHODOLOGIE

Onderzoeksvraag en onderzoeksdoel

Deze studie tracht een antwoord te formuleren op de vraag “Wat is de plaats van BZRA’s in een professioneel perfecte wereld volgens eerstelijnszorgverleners?”. Het doel van dit onderzoek is dan ook om de opinies van eerstelijnszorgverleners omtrent het gebruik van BZRA’s in een ideale wereld te bevragen.

Steekproef en onderzoeksmethode

Dit betreft een secundaire analyse van interviewdata uit een onderzoek naar de factoren die bijdragen aan het langdurig gebruik van BZRA’s voor slapeloosheid in de eerstelijnszorg, gezien vanuit het perspectief van patiënten, huisartsen en apothekers.(16)

Coteur et al. voerden in 2021 en 2022 semigestructureerde interviews uit.(16) Bij semigestructureerde interviews wordt een topiclijst als leidraad gebruikt om zeker te zijn dat alle onderwerpen aan bod komen en wordt er tegelijkertijd voldoende flexibiliteit toegelaten om de gedachtegang van de respondenten te verkennen. Dit maakt het mogelijk om de persoonlijke ervaringen van de geïnterviewde uitgebreid te onderzoeken en beter inzicht te krijgen in onderliggende behoeften en contextuele elementen die een rol kunnen spelen bij BZRA-gebruik.(17) Eén van de topics die aan bod kwam tijdens het interview met de huisartsen en apothekers was “een professioneel perfecte wereld (utopie)”.(16)

Dataverzameling

Interviews werden afgenomen via videogesprekken of in persoon, geleid door een vrouwelijke onderzoeker met ervaring in zowel klinische als wetenschappelijke interviews.(16) De onderzoeker had vooraf geen professionele relatie tot de deelnemende apothekers. Sommige huisartsen waren mogelijk al op de hoogte van haar onderzoek via eerdere publicaties in het alumni-tijdschrift van de universiteit. Daarnaast hadden twee van de zes huisartsen haar eerder informeel ontmoet op universitaire evenementen.(16)

Tijdens het onderzoeksproces werden zowel de interviews als de interviewcontext regelmatig besproken binnen het onderzoeksteam. Deze besprekingen hielpen bij het verder ontwikkelen van de interviewgids.(16)

Voordat de interviews begonnen, werd schriftelijke geïnformeerde toestemming verkregen en startte elk gesprek met een persoonlijke introductie. Bij huisartsen en apothekers begon het interview met een bespreking van BZRA-gebruik in de dagelijkse praktijk aan de hand van twee fictieve casussen. Daarna kwamen multidisciplinaire samenwerking, een professioneel perfecte wereld, en de toetsing van eerdere onderzoeksresultaten aan bod.(16)

De interviews duurden tussen de 45 en 110 minuten, met een gemiddelde van 76 minuten. Alle gesprekken werden opgenomen en getranscribeerd. De transcripties werden vervolgens ter controle naar de deelnemers gestuurd.(16)

Voor dit artikel werd enkel de data met betrekking tot volgende vraag geanalyseerd: "*Stel dat we in een professioneel perfecte wereld zouden wonen (op voorschrijfgebied ook), geen druk van de patiënten of collega's: dat er iets verkocht moet worden. Hoe zou je dan omgaan met BZRA's? Voor wie zijn ze dan nog zinvol, voor wie niet meer?" (16)*

Data-analyse

Er werd een thematische analyse met inductieve codering toegepast. Deze methode stelt ons in staat om zonder vooraf vastgestelde codes terugkerende thema's te identificeren, analyseren en rapporteren, waarbij de codes rechtstreeks uit de data zelf worden afgeleid. Hierdoor kunnen we een dieper inzicht krijgen in de ervaringen van de eerstelijnszorgverleners, zonder dat we gebonden zijn aan bestaande theoretische kaders.(18) Op basis van de afgeleide codes werd vervolgens een codeboom opgesteld. Consensus over de codeboom werd bereikt in samenspraak met Dr. K. Coteur, de onderzoeker die het oorspronkelijk onderzoek uitvoerde. Een codeboom helpt bij het systematisch organiseren van codes en thema's, waardoor de data en inzichten helder gestructureerd kunnen worden in resultaten.(19)

Onze bevindingen worden gepresenteerd in overeenstemming met de richtlijnen voor het rapporteren van kwalitatief onderzoek.(20) Zowel beknopte citaten, zoals losse woorden of korte uitspraken, als langere fragmenten uit de interviews worden gebruikt om de bevindingen te illustreren.

RESULTATEN

In totaal werden 15 eerstelijnszorgverleners geïnterviewd, bestaande uit negen apothekers en zes huisartsen. De leeftijden variëren van 29 tot 63 jaar, met een mediaan van 39 jaar. De steekproef bestaat uit negen vrouwen en zes mannen.(16)

Zorgverleners	(n=15)
Leeftijd (jaren)	
Mediaan (bereik)	39 (29-63)
Geslacht	
Vrouw	9
Man	6
Beroep	
Huisarts	6
Apotheek	9

Tabel 1. Karakteristieken zorgverleners (16)

Uiteenlopende meningen komen aan bod over de plaats van BZRA-gebruik in een ideale wereld. Enerzijds worden situaties besproken waarin BZRA's wel nuttig kunnen zijn, maar tegelijkertijd koppelen zij hier voorwaarden aan om de risico's van BZRA-gebruik te temperen. Anderzijds wijzen dezelfde artsen en apothekers op enkele situaties waarin het gebruik van BZRA's niet gerechtvaardigd is. Deze voorwaarden kunnen (1) situationeel gebonden zijn, (2) onderworpen worden aan controle door de zorgverlener of (3) van toepassing zijn op de patiënt zelf.

1.1 Situationele voorwaarden

Analyse van de interviews toont aan dat eerstelijnszorgverleners het voorschrijven van BZRA's in een ideale wereld gerechtvaardigd vinden voor een beperkt aantal indicaties die enerzijds van toepassing zijn op de specifieke situatie waarin de patiënt zich bevindt, en anderzijds op de specifieke setting waarin BZRA's worden gebruikt.

Situatie van de patiënt

De meest genoemde indicatie, vermeld door 12 respondenten, is het gebruik van BZRA's als reddingsmedicatie in acute situaties. Zij hebben het hier dan meer specifiek over de lijdensdruk van de patiënt bij onder andere paniekaanvallen, psychose, trauma, rouw, enorme uitputting en onrust.

> “Omdat hij een trauma te verwerken heeft. En door niet te slapen, kunde niet aan een trauma werken. Dan geraakt ge in een vicieuze cirkel, en dan geraakt die daar niet uit.” (APO6)

> “...als iemand gestorven is ofzo als uw partner gestorven is...” (APO3)

Meerdere eerstelijnszorgverleners geven aan dat in een medisch ideale wereld het voorschrijven van BZRA’s beperkt moet worden tot aandoeningen die van nature tijdelijk en eindig zijn. Zo vermeldt één van de respondenten jetlags en examenperiodes als verantwoorde indicaties.

> “Rouw is al een moeilijke, wanneer gaat uw rouwperiode gedaan zijn, nobody knows. Maar ge weet wel dat dan uw examen voorbij is of uw examenperiode voorbij is.“ (HA1)

Sommige respondenten verantwoorden het gebruik van BZRA’s ook binnen specifieke patiëntenpopulaties. Zo worden ze genoemd als mogelijke indicatie bij patiënten met ADD, Alzheimer, psychose en angst.

> “...bij problematische gevallen van ADD en AD en psychose patiënten.” (APO5)

Een derde indicatie voor BZRA-gebruik betreft bepaalde risicovolle situaties. Zo gaf een eerstelijnszorgverlener aan dat bepaalde beroepsgroepen baat kunnen hebben bij het gebruik van benzodiazepines om voldoende slaap te krijgen aangezien slaapgebrek bij het uitoefenen van hun job tot gevaarlijke situaties kan leiden.

> “Zeker als het gaat om mensen met een job waar ge u niet kunt permitteren om in slaap te vallen. [Bij] vrachtwagenchauffeurs ben ik sneller geneigd om rust te geven en te slapen, anders zijn er accidenten.” (HA2)

Ook bepaalde werkgerelateerde situaties, namelijk het werken in shiften en nachtwerk, wordt door één respondent als mogelijk rechtvaardigend voor het voorschrijven van BZRA’s gezien. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen die in shiften werken, waarbij hun slaap-waakritme ernstig verstoord raakt. Zoals een huisarts het verwoordt:

> “... met shiften werken. En die dus op de gekste momenten moeten slapen en niet kunnen slapen.” (HA4)

Anderzijds geeft één van de respondenten echter aan dat BZRA-gebruik om slapeloosheid aan te pakken net niet aangewezen is.

> “Om te slapen, nooit van z’n leven! Gooi dat van de markt!” (APO5)

De setting

Binnen de ziekenhuiscontext wordt het gebruik van BZRA’s als acceptabel beschouwd in specifieke situaties, zoals bij preoperatieve anxiolyse om angst vóór een operatie te verminderen, of bij de inductie van anesthesie. Een apotheker merkte hierover op:

> “Eventueel een preoperatief anxiolyticum, of in een inductie kan het misschien ook wel eens van pas komen, maar voor de rest zie ik eigenlijk weinig nood.” (APO2)

Ook binnen meerdere vormen van residentiële instellingen zoals psychiatrische instellingen, woonzorgcentra en instellingen voor mensen met een mentale beperking worden verschillende situaties geïdentificeerd door de eerstelijnszorgverleners waarin het gebruik van BZRA's te verantwoorden is. Dit zijn vaak situaties waarin een groot aantal patiënten met een gedragsproblematiek samenleven en de nodige zorg vereisen. Benzodiazepines kunnen dan een effectieve manier zijn om bijvoorbeeld patiënten die agressief gedrag vertonen te kalmeren.

> "Ik werk in een instelling voor mensen met een mentale handicap. Daar hebben we 100 residentiële bewoners met gedragsproblemen he. Ik ben ook CRA in een rusthuis, we zitten daar met behoorlijk wat mensen met een syndroom en dan is dat als redding heel goed, als iemand met een tv begint te smijten, ja dan moet die iets hebben." (HA1)

In woonzorgcentra, waar het risico op bijwerkingen groot is, wordt het gebruik van BZRA's afgeraden. Zoals een apotheker opmerkte:

> "Eigenlijk, in een rusthuis moet niemand een slaappil pakken." (APO5)

1.2 Controle door de zorgverlener

Wanneer de respondenten aangeven dat BZRA-gebruik in bepaalde situaties aangewezen is, koppelen zij daar veelal voorwaarden aan waarmee zij proberen de situatie zo goed mogelijk onder controle te houden. Deze voorwaarden gaan bijvoorbeeld over de duur van inname, het aantal of wanneer de medicatie ingenomen mag worden.

Ten eerste geven vijf respondenten aan dat BZRA-gebruik beperkt moet worden in de tijd. De eerstelijnszorgverleners formuleren uiteenlopende aanbevelingen met betrekking tot de duur van medicatietoediening, variërend van drie dagen tot een maand.

> "Zo kort als mogelijk, bijvoorbeeld een soort van beleid waarvan ge zegt niet sowieso innemen." (HA1)

> "Ja, heel kort gebruik en euhm en dan spreken we echt over een drietal dagen om tot rust te komen bij enorme uitputting of enorme onrust en alleen dan eigenlijk." (APO5)

> "Euh, max een week. Meestal zeg ik 5 dagen." (HA2)

> "maximum een maand, denk ik." (APO7)

Het gebruik van BZRA's wordt als niet verantwoord beschouwd wanneer er geen acute noodzaak was, zoals bij een systematische inname. Het combineren van BZRA's met alcohol wordt gezien als riskant door de verhoogde kans op bijwerkingen.

> "Ja, zeker niet combineren met alcohol en zo laag mogelijke dosis." (APO7)

De tweede voorwaarde is het afleveren van een beperkt aantal comprimés. De aanbevelingen over het aantal af te leveren comprimés varieert van één eenheid tot doosjes van tien comprimés. Eén geïnterviewde huisarts geeft aan de medicatie zelf te voorzien om overzicht van inname te bewaren.

> "Drie of vier pilletjes hé, ik ga echt geen voorschrift maken voor 30 benzo's. […] We hebben een medicatiekast, dus ja, dat is ook zoiets hé, wij kopen dat." (HA5).

Ook enkele apothekers geven aan zelf meer controle te willen hebben over het aantal afgeleverde eenheden.

> “Goh dan zou ik ze zelf nog liever per eenheid afleveren voor als het echt nodig is.” (APO4)

> “... Die mensen moesten ze tien meegeven in de plaats van een doos van dertig.” (APO8)

De derde voorwaarde die vermeld wordt, betreft het gebruik van lage dosissen. Eén respondent geeft aan dat het belangrijk is om de dosering zo laag mogelijk te houden om risico's te minimaliseren.

> "Ja, zeker niet combineren met alcohol en zo laag mogelijke dosis. (APO7)

Meerdere respondenten geven aan dat BZRA’s enkel curatief en niet preventief moeten worden ingenomen.

> "Zo kort als mogelijk. [...] Dus eerder curatief behandeld, eerder dan preventief van ‘ik pak het sowieso’, ook al heb je geen slaapprobleem." (HA1)

> “Ik zou dat maar een dag nemen dan. Als ze een nacht goed geslapen hebben kunnen ze er weer tegen.” (APO8)

Sommige respondenten geven aan dat eerstelijnszorgverleners niet de juist geplaatste personen zijn om BZRA’s voor te schrijven. Zij geven aan dat zorgverleners meer training nodig hebben om BZRA’s verantwoord voor te schijven. Zoals een apotheker aangaf:

> “Ik vind dan eigenlijk dat ik daar niet voor opgeleid ben.” (APO)

> “Alle psycho-actieve middelen, laat dat voor dokters die opgeleid zijn voor psycho.” (HA4).

Sommige respondenten geven aan dat de opstart van een BZRA’s alleen gerechtvaardigd is wanneer er een attest van een psychiater is verkregen. In dit verband stelde een apotheker:

> “Als morgen alle benzodiazepines met attest zijn door een neuropsychiater of wat dan ook, dan ga ik heel blij zijn.” (APO5)

1.3 Afstemming op de patiënt

Een laatste belangrijke voorwaarde die wordt genoemd, is dat het gebruik van BZRA’s afgestemd moet worden op de individuele patiënt. Eerstelijnszorgverleners benadrukken het belang van een persoonlijke benadering, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke behoeften en situatie van de patiënt.

> “… Ja, dan moet je de persoon in kwestie ook een beetje kennen, want ja, of die daar wel mee gebaat gaat zijn of niet.” (APO3)

> “Oké hé, dan moet dat ook heel duidelijk gezegd worden […] Ik denk dat dat heel goed moet getimed worden ook, niet van te zeggen ‘als het beter is mag je verminderen’. Ja, wanneer is het beter?” (APO8)

Eerstelijnszorgverleners benadrukken het belang van adequate therapeutische begeleiding en nauwe opvolging door de huisarts, bij voorkeur in multidisciplinair verband. BZRA-gebruik mag volgens hen niet los staan van een bredere behandeling, waarbij ook andere zorgverleners, zoals therapeuten, betrokken worden.

> “Ik vind dat dat dan bijvoorbeeld gepaard moet gaan met, en ge moet dan verplicht ook naar een therapeut ofzo, alé.” (APO1)

> “Euhm, maar die mensen hebben inderdaad extra begeleiding nodig, hé. Maar als ge ze dan inderdaad … als ge op die manier mensen een keer op de week bij de dokter kunt sturen, dat is ook zo’n ritme dat erin zit en als er zich iets voordoet, kan de dokter onmiddellijk ingrijpen.” (APO8)

Een bijkomende voorwaarde die wordt vernoemd, is dat huisartsen geen druk mogen ervaren bij het voorschrijven van BZRA’s. Het is essentieel dat zij voldoende tijd krijgen om een correcte diagnose te stellen, patiënten grondig te informeren en duidelijke instructies te geven over het gebruik en de afbouw van de medicatie.

> “... alé gelijk mijn schoonzus die is arts, die schrijft dat niet zomaar op hoor, die gaat echt tot op het bot eigenlijk.” (APO)

Discussie

Deze studie onderzocht hoe de bevraagde huisartsen en apothekers zich het gebruik van BZRA's voorstellen in een professioneel perfecte wereld.

Uit de resultaten van deze studie komt naar voren dat nagenoeg alle respondenten voorstander zijn van een strikt voorschrijfbeleid van BZRA's. In een ideale wereld worden volgens hen zo weinig mogelijk benzodiazepines en Z-drugs voorgeschreven en gebruikt, met name enkel in acute gevallen, curatief en voor een korte duur. Deze visie sluit nauw aan bij de richtlijnen van instanties zoals Domus Medica, FOD Volksgezondheid, het BCFI, het Vlaams expertisecentrum Alcohol en Drugs (VAD) en EBPracticeNet.(14,21–24), alsook bij bevindingen uit verschillende internationale studies.(25,26)

Ondanks de aanwezigheid van verschillende richtlijnen om het voorschrijfbeleid van BZRA's te harmoniseren, is het voor de bevraagde eerstelijnszorgverleners toch niet altijd een uitgemaakte zaak wanneer het aangewezen is om patiënten BZRA's te verschaffen. Deze complexiteit wordt ook in internationale studies aangehaald waarin wordt aangegeven dat onder andere de specifieke context, de attitude van de arts, (het gebrek aan) alternatieve behandelmogelijkheden en de relatie tussen arts en patiënt een belangrijke rol spelen in het beslissingsproces.(27–30) Een voorbeeld van een dergelijk spanningsveld is het concept "rouw": terwijl één respondent aangeeft dat rouw een legitieme reden kan zijn voor tijdelijk gebruik, wijst een andere op de moeilijkheid om het einde van rouw vast te leggen en het risico op langdurig gebruik. Bovendien is er niet alleen variatie tussen respondenten, maar ook interne ambivalentie binnen individuele antwoorden. Zo stelt een apotheker eerst dat hij "weinig toepassingen" ziet voor BZRA's in een ideale wereld, maar noemt hij vervolgens toch enkele concrete situaties waarin het gebruik voor hem verdedigbaar is, zoals bij preoperatieve anxiolyse of inductie van anesthesie. Deze interne inconsistenties tonen aan dat de grenzen van "aanvaardbaar gebruik" zelfs bij uitgesproken terughoudende professionals niet altijd scherp omlijnd zijn. Dit ligt in lijn met de bevindingen van onder andere Ceuterick et al., die aangeven dat respondenten meerdere verhaallijnen kunnen volgen met betrekking tot BZRA-gebruik.(27)

Om hierin zelf een meer eenduidige lijn te proberen trekken halen de respondenten verschillende voorwaarden aan waaraan de zorgverlener, de situatie of de patiënt moet voldoen.

Het merendeel van de aangehaalde voorwaarden voor BZRA-gebruik in deze ideale wereld richten zich tot de zorgverlener. De nadruk ligt op professionele controle: kort gebruik, klein aantal pillen, strikte opvolging. Er is relatief weinig aandacht voor voorwaarden met betrekking tot de patiënt, zoals motivatie, therapietrouw of gedrag. De verantwoordelijkheid ligt dus sterk bij de voorschrijvende of afleverende professional, wat de ethische dimensie van het voorschrijven onderstreept. Dit sluit aan bij het 'controlled prescribing'-discours dat ook in eerder onderzoek werd geïdentificeerd.(27)

Daarnaast wordt door sommige respondenten geopperd dat BZRA's in een ideale wereld enkel nog voorgeschreven zouden worden door specialisten met een specifieke opleiding in psychofarmacologie, zoals psychiaters of neuropsychiaters. Volgens hen beschikken deze artsen over de juiste expertise om het risico op oneigenlijk gebruik en afhankelijkheid te beperken. Binnen de internationale literatuur lijkt de discussie om slechts een beperkt aantal specialisten deze medicatie te laten voorschrijven nog van ondergeschikt belang te zijn. De nadruk wordt veelal gelegd op het

bewust en gematigd voorschrijven van BZRA's, alsook trajecten op te starten om het gebruik af te bouwen en/ of te stoppen. Hierbij wordt vaak net de nadruk gelegd op de rol van de eerstelijnszorgverlener, met name, de huisarts.(15,31)

Situationele voorwaarden kunnen enerzijds betrekking hebben op de specifieke situatie waarin de patiënt zich bevindt, en anderzijds op de setting. De respondenten in deze studie zijn veelal geneigd om BZRA's voor te schrijven in acute situaties, waarbij een medicamenteuze behandeling snel verlichting van het lijden kan bieden en slechts van korte duur is zoals bij onder andere paniekaanvallen, psychoses of trauma. Zowel nationale als internationale richtlijnen geven aan dat BZRA's slechts voor een korte periode voorgeschreven dienen te worden met het oog op verlichting van het lijden.(14,21–24,32) Daarnaast kunnen volgens enkele respondenten in deze studie ook bepaalde beroepsgroepen, zoals chauffeurs of personen die in shiften werken, gebaad zijn met kortstondig BZRA-gebruik om potentieel gevaarlijke situaties te vermijden. Het is echter opvallend dat deze beroepsgroep (i.e. chauffeurs) door één van de respondenten werd aangehaald aangezien verschillende studies deelname in het verkeer vaak als een contra-indicatie voor BZRA-gebruik aangeven omwille van de mogelijke "hangover" effecten en een vertraagd reactievermogen.(4,5,8–10)

BZRA's kunnen binnen de ziekenhuiscontext een meerwaarde bieden bij onder meer preoperatieve anxiolyse of inductie van anesthesie, en in settings waar veel patiënten met een verschillende gedragsproblematiek samenleven kan het toedienen van BZRA's nuttig zijn om bepaalde situaties te de-escaleren. Hoewel uit verschillende studies naar voor komt dat BZRA-gebruik erg prevalent is onder de ouderenpopulatie(29,33–35),wordt in deze studie echter aangehaald dat BZRA's geen enkele toepassing heeft binnen woonzorgcentra. Toch wordt er in de Belgische woonzorgcentra nog steeds veel psychoactieve medicatie gebruikt(34), terwijl ouderen net gevoeliger zijn voor de ongewenste effecten die met het gebruik van deze medicatie gepaard gaan.(10,33–35)

Ook de relatie tussen arts en patiënt is van bijzonder belang tijdens de behandeling. Enkele respondenten bespreken de noodzaak om het behandeltraject af te stemmen op de patiënt, maar toch valt op dat er weinig aandacht wordt besteed aan het opstellen van een behandeltraject in samenspraak met de patiënt. Toch wordt in de richtlijnen van de FOD Volksgezondheid aangehaald dat verantwoord voorschrijven begint bij het degelijk informeren van de patiënt over de voor- en nadelen van de medicatie, en om duidelijke afspraken te maken omtrent de tijdsduur van een medicamenteuze interventie (23). Desalniettemin halen verschillende internationale studies aan dat correct en verantwoord gebruik van BZRA's vaak samenhangt met het volledig en correct informeren van de patiënt door de voorschrijver.(30,36,37)

Tot slot mag BZRA-gebruik volgens verschillende respondenten niet los staan van een breder behandeltraject waarin multidisciplinair gewerkt wordt en ook non-medicamenteuze behandelmogelijkheden aangewend worden zoals therapeutische begeleiding en nauwe opvolging door de huisarts. Hoewel een dergelijke holistische aanpak de voorkeur lijkt te genieten boven een louter farmaceutisch traject, stuiten artsen vaak op barrières zoals lange wachtlijsten, gebrek aan tijd en mankracht, gebrek aan kennis over alternatieven, lage motivatie van de patiënt, de druk die de patiënt zelf uitoefent op de arts of de kosten die met alternatieve behandelmethoden gepaard gaan.(16,25,26,37,38)

Conclusie

De huidige situatie van BZRA-gebruik in België lijkt momenteel ver af te liggen van de ideale situatie die door de eerstelijnszorgverleners in deze studie werd beschreven. Een beperking van het aantal situaties waarin BZRA-gebruik gepast lijkt te zijn, de korte duur en het beperkt aantal dosissen, en de nood aan multidisciplinaire samenwerking aangehaald door de respondenten wordt bekrachtigd door verschillende studies en richtlijnen. In de praktijk vormen verschillende elementen zoals het gebrek aan een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg, gebrek aan tijd en mankracht, gebrek aan kennis over alternatieven, lage motivatie van de patiënt, de druk die de patiënt zelf uitoefent op de arts of de kosten die met alternatieve behandelmethoden gepaard gaan barrières om deze ideale situatie tot stand te brengen.

De ideale wereld die eerstelijnszorgverleners in deze studie voor ogen hebben, is dus niet louter een strikt protocol, maar een context waarin er tijd, ruimte en samenwerking is om zorg op maat te bieden. BZRA's krijgen daarin nog een plaats – maar enkel onder nauw omschreven voorwaarden, met gedeelde verantwoordelijkheid en structurele ondersteuning.

Financiering: Deze studie werd niet financieel ondersteund.

Belangenconflicten: De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Referenties

1. International Narcotics Control Board [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 2]. Available from: http://www.incb.org

2. IQVIA Belgium &Farmanet (RIZIV). Benzodiazepines en Z-drugs: cijfers en tendensen 2022 [Internet]. 2025 [cited 2025 Apr 2]. Available from: https://www.gebruikvanpsychofarmaca.be/benzodiazepinen-en-z-medicijnen-cijfers-en-trends-2022

3. Soyka M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. New England Journal of Medicine. 2017 Mar 23;376(12):1147–57.

4. Buffett-Jerrott S, Stewart S. Cognitive and Sedative Effects of Benzodiazepine Use. Curr Pharm Des. 2002;8(1):45–58.

5. Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawing Benzodiazepines in Primary Care. CNS Drugs. 2009;23(1):19–34.

6. Mura T, Proust-Lima C, Akbaraly T, Amieva H, Tzourio C, Chevassus H, et al. Chronic use of Benzodiazepines and Latent Cognitive Decline in the Elderly: Results from the Three-city Study. European Neuropsychopharmacology. 2013 Mar;23(3):212–23.

7. Pariente A, de Gage SB, Moore N, Bégaud B. The Benzodiazepine–Dementia Disorders Link: Current State of Knowledge. CNS Drugs. 2016 Jan 29;30(1):1–7.

8. Gustavsen I, Bramness JG, Skurtveit S, Engeland A, Neutel I, Mørland J. Road Traffic Accident Risk Related to Prescriptions of the Hypnotics Zopiclone, Zolpidem, Flunitrazepam and Nitrazepam. Sleep Med. 2008 Dec;9(8):818–22.

9. Smink BE, Egberts ACG, Lusthof KJ, Uges DRA, de Gier JJ. The Relationship Between Benzodiazepine Use and Traffic Accidents. CNS Drugs. 2010 Aug;24(8):639–53.

10. Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, et al. Benzodiazepine Use and Hip Fractures in the Elderly. Arch Intern Med. 2004 Jul 26;164(14):1567.

11. Lader M, Kyriacou A. Withdrawing Benzodiazepines in Patients With Anxiety Disorders. Curr Psychiatry Rep. 2016 Jan 6;18(1):8.

12. Umbricht A, Velez ML. Benzodiazepine Abuse and Addiction. Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives. Milan: Springer; 2015. p. 343–65.

13. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). *Medikamentenabhängigkeit*. [internet]. 2021 [cited 2025 Feb]. Available from: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/MedikAbhaengigkeit.pdf

14. Cloetens H, Declerq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. Herziening (versie 28/06/2018) [Internet]. EBPracticenet; 2018 [cited 2025 Apr 2]. Available from: https://www.ebpracticenet.be/

15. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Lancering van een afbouwprogramma voor benzodiazepines en verwante middelen [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 2]. Available from:

https://www.bcfi.be/nl/lancering-van-een-afbouwprogramma-voor-benzodiazepines-en-verwante-middelen/

16. Coteur K, Peters S, Jansen P, Schoenmakers B, Van Nuland M. Reducing Long-term use of Benzodiazepine Receptor Agonists: In-depth Interview Study with Primary Care Stakeholders. Health Expectations. 2024 Feb 1;27(1).

17. Ritchie Jane, Lewis Jane. Qualitative Research Practice: a Guide for Social Science Students and Researchers. Sage Publications; 2014.

18. Braun V, Clarke V. Reflecting on Reflexive Thematic Analysis. Qual Res Sport Exerc Health. 2019 Aug 8;11(4):589–97.

19. Lungu M. The Coding Manual for Qualitative Researchers. American Journal of Qualitative Research. 2022 May 26;6(1):232–7.

20. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A synthesis of Recommendations. Academic Medicine. 2014;89(9):1245–51.

21. Christiaens T, Creupelandt H, Rogiers R, Thoen A. Slaap- en kalmeermiddelen: hoe kunt u uw patiënten bijstaan op zoek naar andere oplossingen. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Projectgroep Benzodiazepines; 2018.

22. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). Benzodiazepines: rationeel gebruik. Folia Pharmacotherapeutica. [Jaar onbekend].

23. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD). Slaap- en kalmeermiddelen in de eerstelijnszorg. [internet]. 2017 [cited 2025 Feb]. Available from: https://vad.be/catalogus/dossier-slaap-en-kalmeringsmiddelen/

24. EBPracticeNet. Klinische richtlijnen – Slaapstoornissen. [internet]. 2018 [cited 2025 Feb]. Available from: https://www.ebpracticenet.nl/klinische-richtlijnen/slaapstoornissen

25. Srisurapanont M, Garner P, Critchley J, Wongpakaran N. Benzodiazepine Prescribing Behaviour and Attitudes: a Survey Among General Practitioners Practicing in Northern Thailand. BMC Fam Pract. 2005 Jun 23;6(1):27.

26. Neves IT, Oliveira JSS, Fernandes MCC, Santos OR, Maria VAJ. Physicians' Beliefs and Attitudes about Benzodiazepines: a Cross-sectional Study. BMC Fam Pract. 2019 May 25;20(1):71.

27. Ceuterick M, Van Ngoc P, Bracke P, Scholtes B. From prescribing dilemma to knowledge in practice: The ontological politics of benzodiazepines and Z-drugs. Soc Sci Med. 2023 Dec 1;339.

28. Archer C, Wiles N, Kessler D, Chew-Graham CA, Turner K. Prescribing Benzodiazepines in Young Adults With Anxiety: a Qualitative Study of GP Perspectives. British Journal of General Practice. 2024 Nov;74(748):e742–8.

29. Shapoval V, de Saint Hubert M, Evrard P, Sibille FX, Aubert CE, Bolt L, et al. Barriers to Deprescribing Benzodiazepines in Older Adults in a Survey of European Physicians. JAMA Netw Open. 2025 Mar 3;8(3):e2459883.

30. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General Practitioners' Experiences and Perceptions of Benzodiazepine Prescribing: Systematic Review and Meta-synthesis. BMC Fam Pract. 2013 Dec 13;14(1):191.

31. Brandt J, Bressi J, Lê ML, Neal D, Cadogan C, Witt-Doerring J, et al. Prescribing and Deprescribing Guidance for Benzodiazepine and Benzodiazepine Receptor Agonist use in Adults With Depression, Anxiety, and Insomnia: an International Scoping Review. EClinicalMedicine. 2024 Apr;70:102507.

32. Public Health Agency. Guidance on Appropriate Prescribing of Benzodiazepines and Z-drugs (BZRA) for the treatment of anxiety and insomnia. London: Public Health Agency; 2021 Feb.

33. Popelier K, Vanmarcke K. Ouderen (55+) en psychoactieve medicatie. Brussel: Vlaams Instituut Gezond Leven; 2022.

34. Sibille FX, de Saint-Hubert M, Henrard S, Aubert CE, Goto NA, Jennings E, et al. Benzodiazepine Receptor Agonists Use and Cessation Among Multimorbid Older Adults with Polypharmacy: Secondary Analysis from the OPERAM Trial. Drugs Aging. 2023;40(6):551-63.

35. Sibille FX, Spinewine A, Zerah L, Maljean L, Schoevaerdts D, de Saint-Hubert M. Current Practice in Benzodiazepine Receptor Agonists Deprescribing on Acute Geriatric Wards: a Cohort Study. BMC Geriatr. 2022 Feb 1;22(1):88.

36. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. J Gen Intern Med. 2007 Mar 22;22(3):303–7.

37. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to Nonpharmacologic Treatments for Stress, Anxiety, and Insomnia: Family Physicians' Attitudes Toward Benzodiazepine Prescribing. Can Fam Physician. 2010 Nov;56(11):e398-406.

38. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The Lesser Evil? Initiating a Benzodiazepine Prescription in General Practice. Scand J Prim Health Care. 2007 Dec;25(4):214–9.

Bijlagen

Bijlage I: Checklist richtlijnen kwalitatief onderzoek

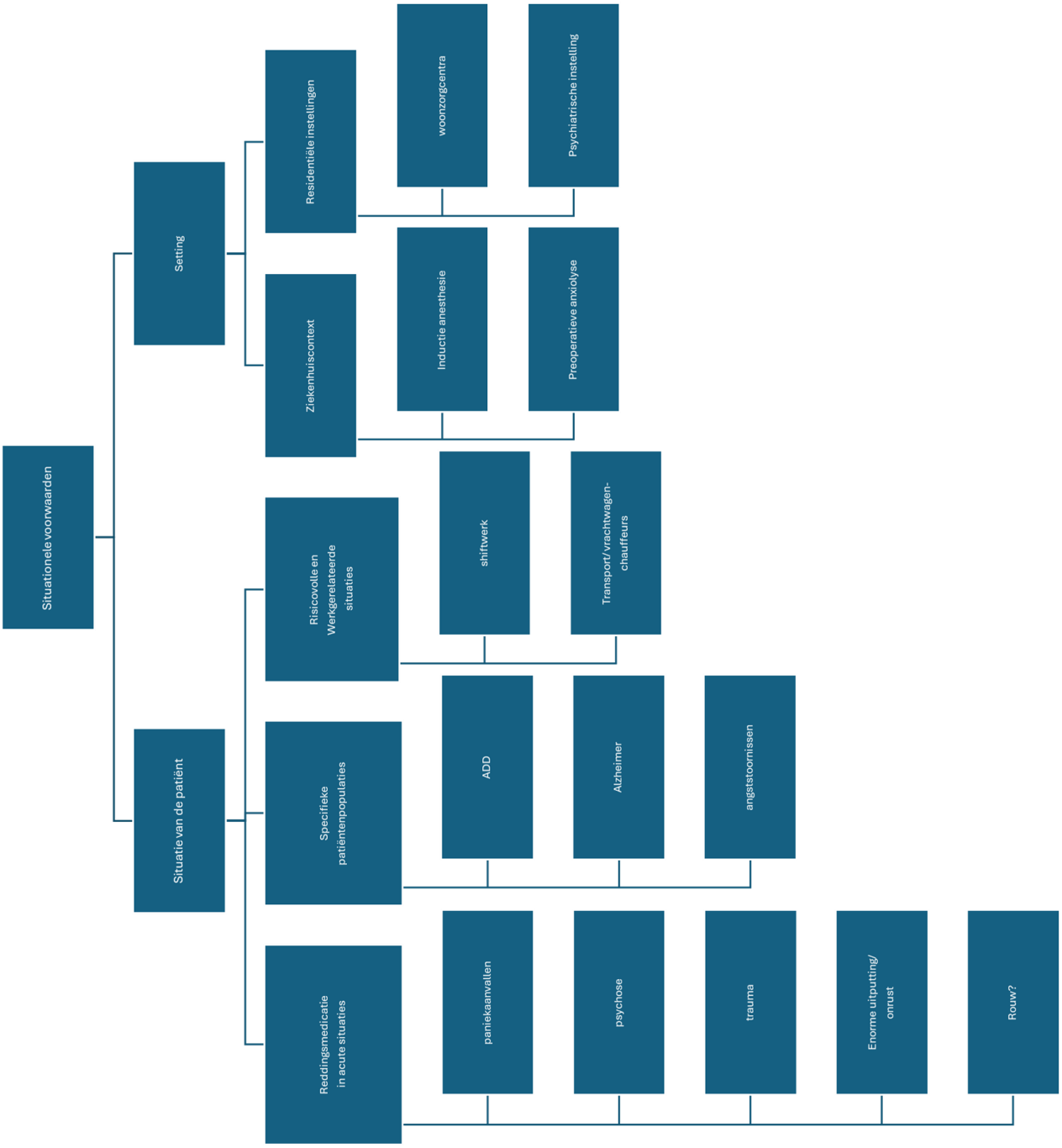
Richtlijn	Status
Titel geeft aard en onderwerp aan (kwalitatieve studie)	☑
Samenvatting met doel, methode, resultaten en conclusie	☑
Probleemstelling helder beschreven	☑
Onderzoeksvraag expliciet vermeld	☑
Kwalitatieve benadering/paradigma benoemd	☑
Reflexiviteit/rol onderzoeker besproken	☑
Context van de studie beschreven	☑
Steekproeftrekking uitgelegd	☑
Kenmerken deelnemers beschreven	☑
Dataverzamelingsmethode gedetailleerd	☑
Proces van dataverzameling beschreven	☑
Data-analyse uitgelegd	☑
Maatregelen betrouwbaarheid/validiteit beschreven	☑
Resultaten helder gepresenteerd	☑
Resultaten ondersteund met citaten	☑
Interpretaties transparant gemaakt	☑
Discussie resultaten versus literatuur	☑
Implicaties van de studie besproken	☑
Beperkingen van de studie besproken	☑
Ethische goedkeuring/informed consent vermeld	☑
Financiering en belangenconflicten gemeld	☑

Bron:

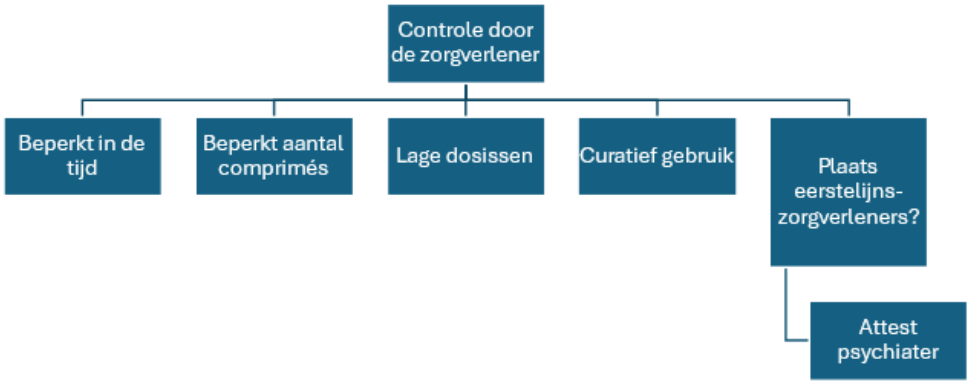
O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245–51.

Bijlage II: Codeboom

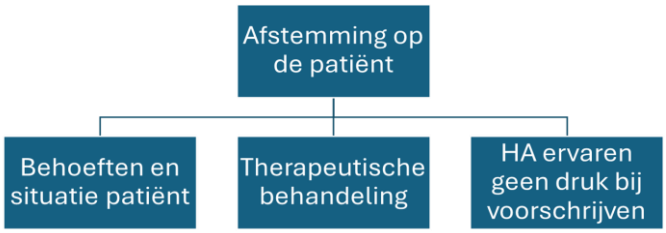
Figuur 1: Situationele voorwaarden



Figuur 2: Controle door de zorgverlener



Figuur 3: Afstemming op de patiënt



Bijlage III: Ethische goedkeuring

(Dossiernr. MP037255, KU Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde)

Dossiernr.:	MP037255
Masterproef:	Masterproef I HAIO, 2019-2022
Faculteit/opleiding:	Faculteit Geneeskunde - Master in de huisartsgeneeskunde
Studiefase:	eerste fase
Academiejaar:	2020-2021
Gewenste taal van communicatie:	nl
Promotor:	Professor Birgitte Schoenmakers (u0031684)
Copromotor:	Mej Kristien Coteur (u0108686)
Organisatie:	KU Leuven
Dienst:	Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
Discipline:	Masterproef
Extra groepsleden:	Ellen Janssens ellen.janssens@student.kuleuven.be r0309363

De verstrekte informatie toont aan dat het onderzoek in het kader van de masterproef integraal deel uitmaakt van een studie die reeds werd goedgekeurd door een erkend ethisch comité.

U hoeft bijgevolg geen nieuw dossier in te dienen in het kader van uw masterproef. Indien de studie doorgaat aan de UZ/KU Leuven en nog niet is goedgekeurd door EC Onderzoek van de UZ/KU Leuven, dient de studie echter nog wel bij dit ethisch comité te worden ingediend. Gelieve dan contact op te nemen met EC Onderzoek van de UZ/KU Leuven. Gelieve u bij het betreffende comité te informeren en u te conformeren aan de daar geldende procedures en hun adviezen te volgen en de betrokkenheid van de KU Leuven voor het vervolledigen van de masterproef toegelaten is.

Onder voorbehoud van de volledigheid en correctheid van de door u verstrekte gegevens, krijgt u hierbij de goedkeuring om het onderzoek in het kader van de masterproef te starten.

Wij willen u erop attent maken dat u zelf verantwoordelijk blijft voor uw onderzoek. Bovendien doet elke wijziging aan de door u verstrekte gegevens omtrent de onderzoeksopzet elke eerdere goedkeuring vervallen. U dient in dat geval een amendement te maken aan uw huidig dossier bij het comité dat eerder uw dossier goedkeurde.