Wat kan huisartsen ondersteunen bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen: Een kwalitatieve exploratie.

Hoedt Josefien en Nys Eline, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Marc Van Nuland, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Kristien Coteur, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2020 – 2022

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

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

Abstract

Achtergrond: Benzodiazepines worden in de Belgische bevolking nog vaak voorgeschreven bij slaapproblemen. Eén op de vier mannen en één op de drie vrouwen ouder dan 75 jaar gebruikt een slaap- of kalmeermiddel. In de literatuur zijn voornamelijk studies te vinden die onderzoeken wat de huisarts aanzet tot opstart van deze slaapmedicatie. Er zijn slechts enkele studies die ook nagaan wat de belemmerende factoren zijn bij de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs. Zo zijn het weigeren van afbouw door de patiënt, het idee dat het motiveren van de patiënt te moeilijk is, het gebrek aan psychotherapie in de buurt en aan alternatieve behandelingen, tijdgebrek, voorschrijven van benzodiazepines in de tweede lijn of door collega-huisartsen, slechte ervaringen met afbouwpogingen in het verleden en geen financiële steun voor een langdurig consult reeds in de literatuur beschreven. Met behulp van deze studie worden de belemmerende factoren volgens huisartsen bij de afbouw van benzodiazepines verder geëxploreerd. Daarnaast wordt nagegaan wat huisartsen kan helpen om meer patiënten aan te zetten tot stop van deze slaapmedicatie, wat nauwelijks eerder werd onderzocht.

Methode: Er werd een kwalitatieve prospectieve studie door middel van diepte-interviews uitgevoerd bij actieve huisartsen en huisartsen in opleiding in Vlaanderen tussen 25 en 65 jaar. Er werd bewust gezocht naar huisartsen uit een meer stedelijke context en uit de regio Oost-Vlaanderen, als aanvulling op de de eerdere masterproef van dr. Van den Keybus. De transcripten werden thematisch geanalyseerd met een inductieve benadering en dit gebeurde door twee onafhankelijke onderzoekers. Op die manier werden codes ontwikkeld met gebruik van analysesoftware (NVivo 12).

Resultaten: Er werden tien Vlaamse huisartsen geïnterviewd waarbij datasaturatie werd bereikt. Op het niveau van de patiënt is de meest vernoemde belemmering een gebrek aan motivatie bij de patiënt. Ook bij psychiatrisch belaste patiënten en langdurige gebruikers zonder bijwerkingen wordt een afbouwpoging vaak niet geïnitieerd. Wanneer er echter wel bijwerkingen zijn of er door de arts wordt ingeschat dat er een risico op verslaving bestaat, wordt er extra aandacht aan afbouw besteed. Extra hulpmiddelen op niveau van de patiënt zoals informatiefolders of een app zou volgens de artsen nuttig kunnen zijn. Op het niveau van de arts wordt voornamelijk gesproken over tijdgebrek, moeilijk kunnen omgaan met weerstand bij de patiënt en een gebrek aan motivatie bij de arts. Een goede vertrouwensband met de patiënt is een noodzakelijke voorwaarde om tot een succesvolle afbouw te komen. De meeste artsen geven nood aan extra bijscholing aan. In de bredere context is er vooral een gebrek aan toegang tot psychologische hulpverlening. De vrije artsenkeuze in België leent zich ertoe dat patiënten kunnen shoppen. Ook door het werken in een groepspraktijk kunnen er vaker meerdere voorschriften afgeleverd worden omdat het overzicht over een patiënt soms verdwijnt. Een goede samenwerking met andere hulpverleners in de eerste en tweede lijn wordt als zeer helpend ervaren. Daarnaast leeft ook het gevoel dat er nog nood is aan bredere sensibiliseringscampagnes voor de patiënt. Ook betere toegankelijke psychologische hulpverlening is noodzakelijk. Over de eerstelijnspsycholoog en extra vergoeding voor de huisartsen zijn de meningen verdeeld.

Conclusie: Uit het onderzoek komt naar voor dat de tijdsgeest bij huisartsen over het overgebruik van benzodiazepines doorheen de jaren veranderd is in de positieve zin, maar dat door de bovenstaande belemmerende factoren de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs moeilijk blijft. In deze studie kwamen verschillende nieuwe faciliterende factoren aan het licht om sneller tot afbouw bij de patiënt te komen.

Inhoudstafel

Inleiding 5

Methode 7

Resultaten 9

Discussie 24

Conclusie 27

Referenties 28

Dankwoord 29

Bijlagen 30

- Bijlage 1: Informed consent 30
- Bijlage 2: Vragenlijst 44
- Bijlage 3: Gunstig advies ethisch comité 46
- Bijlage 4: Goedgekeurd protocol 47
- Bijlage 6: kritische reflectie Josefien Hoedt 64
- Bijlage 7: kritische reflectie Eline Nys 66

Inleiding

Huisartsen worden frequent geconsulteerd door patiënten met slaapproblemen. Vaak schrijven huisartsen hiervoor slaapmedicatie zoals benzodiazepine en Z-drugs voor. Uit de gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat 12,4% van de bevolking ouder dan 15 jaar slaap- en kalmeermiddelen gebruikt. Het gebruik neemt toe met de leeftijd, zowel bij mannen als vrouwen. Bij mensen ouder dan 75 jaar gebruikt één op de vier mannen en één op de drie vrouwen een slaap- en kalmeermiddel (1). Dit is niet zonder gevaar, aangezien ouderen extra kwetsbaar zijn voor de gekende neveneffecten zoals valincidenten, slaperigheid en cognitieve stoornissen (geheugenverlies en verwarring). Daarnaast geldt voor alle gebruikers het gevaar van gewenning en verslaving (2). Deze cijfers maken duidelijk dat er in België meer moet ingezet worden op zowel het minder opstarten alsook het meer afbouwen van deze slaapmedicatie.

Echter, een eerste barrière hiervoor is dat een deel van de huisartsen geen probleem ziet in het voorschrijven van benzodiazepines. Anthierens et al. (3) stelde in 2010 vast dat 39% van de bevraagde huisartsen niet bezorgd is over de risico's van benzodiazepines. Ook in de studie van Pohontsch et al. (4) wordt er door de meeste huisartsen geen noodzaak gezien tot afbouw als er geen neveneffecten aanwezig zijn. Tenslotte blijkt uit de systematische review van Sirdifield et al. (5) dat huisartsen meer voordelen dan nadelen zien bij het continueren van benzodiazepines bij ouderen.

Daarnaast blijkt de niet-medicamenteuze behandeling van slaapproblemen door huisartsen moeilijk te implementeren, wat bijdraagt tot het sneller voorschrijven van benzodiazepines. Onvoldoende kennis van huisartsen over niet-medicamenteuze therapie, het idee dat niet-medicamenteuze therapie, zoals slaaphygiëne, minder effectief is in de behandeling van slaapproblemen, het idee dat doorverwijzing te duur is, gebrek aan psychotherapie in de buurt en schrik dat de patiënt naar een andere huisarts zou gaan indien er geen benzodiazepine wordt voorgeschreven, zijn enkele van de redenen die leiden tot een benzodiazepinevoorschrift (3,4, 6-10). Daarnaast vonden Neves et al.(8) nog andere redenen zoals tijdgebrek, gebrek aan werkbare alternatieven voor huisartsen en het idee dat patiënten een voorschrift verwachten en zich niet begrepen voelen indien er geen benzodiazepine zou worden voorgeschreven. 68% van de huisartsen geïnterviewd door Neves et al. voelt zich namelijk onder druk gezet door patiënten om benzodiazepines voor te schrijven (8). Om empathie voor de patiënt te tonen, om aan de verwachtingen van de patiënt te willen voldoen en om hun relatie met de patiënt niet op het spel te zetten, wordt er daarom vaak een benzodiazepine voorgeschreven (3,8).

Naast het frequent opstarten van slaapmedicatie blijkt ook het stopzetten een moeilijke opgave te zijn, waardoor deze medicatie vaak chronisch wordt gebruikt. Er blijkt een grote discrepantie te bestaan tussen het aantal huisartsen die slaap-en kalmeermiddelen wel willen stoppen en het aantal huisartsen dat ook effectief die medicatie stopt (6). Barrières die huisartsen ondervinden bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs zijn het weigeren van afbouw door de patiënt, het idee dat het motiveren van de patiënt te moeilijk is, het gebrek aan psychotherapie in de buurt, het gebrek aan alternatieve behandelingen, tijdgebrek, voorschrijven van benzodiazepines in de tweede lijn of door collega-huisartsen, slechte ervaringen met afbouwpogingen in het verleden en geen financiële steun om de kosten van een langdurig consult te dekken (3,4,6,7). Daarenboven stelde Anthierens et al. vast dat slechts 56% van de artsen weet hoe ze deze patiënten kunnen begeleiden bij de afbouw van deze slaapmedicatie (3).

Uit de thesis van dr. Van den Keybus kwamen enkele problemen naar boven die nog niet eerder in de literatuur werden beschreven, zoals het niet voorstellen van een stoppoging aan patiënten met een ernstige psychiatrische problematiek en de moeilijke positie als HAIO om deze medicatie af te bouwen (11).

Ondanks de moeilijkheden die in de literatuur worden beschreven zijn er weinig studies teruggevonden die onderzoeken wat huisartsen zouden kunnen helpen om meer patiënten aan te zetten tot reductie en stoppen van deze medicatie. Een goede samenwerking en communicatie met de tweede lijn, meer specifiek de neurologie en de psychiatrie, werden aangehaald (4,9). Eveneens is er de noodzaak tot meer opleiding. Huisartsen die een specifieke opleiding hadden gevolgd over de afbouw van benzodiazepines vonden dit helpend bij de dagelijkse praktijkvoering (10).

Uit bovenstaande studies komen aldus verschillende moeilijkheden aan het licht bij het voorschrijven en afbouwen van benzodiazepines en z-drugs. Doch is er weinig Belgisch onderzoek terug te vinden dat beschrijft waarom huisartsen niet vaak overgaan tot stoppen van benzodiazepines en Z-drugs. Aan de hand van deze studie willen we daarom de visie van huisartsen in Vlaanderen op de afbouw van benzodiazepines in kaart brengen. Op die manier kunnen de barrières die huisartsen ervaren bij de afbouw van deze medicatie aan het licht komen. Daarnaast willen we door middel van onze studie te weten komen wat huisartsen kan ondersteunen om tot afbouw van benzodiazepines en Z-drugs bij hun patiënten te komen. Ook wordt er nagegaan of huisartsen op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot doorverwijzing naar een eerstelijnspsycholoog om patiënten bij de afbouw van slaapmedicatie te begeleiden.

Methode

Met deze studie wordt verder gebouwd op de thesis van Tinne van den Keybus (11): Visie van huisartsen op de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs in de huisartsenpraktijk, waarbij het interessant zal zijn om na te gaan of de concepten beschreven door Dr. Van den Keybus kunnen worden bevestigd en of er nog nieuwe zaken aan het licht komen. Hiervoor werd een kwalitatieve prospectieve studie door middel van diepte-interviews uitgevoerd bij actieve huisartsen en huisartsen in opleiding in Vlaanderen tussen 25 en 65 jaar. Deze huisartsen werden gekozen door middel van purposeful sampling om een zo groot mogelijke diversiteit aan deelnemers te bereiken, zowel op vlak van leeftijd, geslacht, praktijkvorm als werkingsregio. Op deze manier konden mogelijke verschillen of gelijkenissen tussen en binnen deze groepen gedetecteerd worden. Om voor een goede aanvulling te zorgen op de eerdere masterproef van dr. Van den Keybus werd er desalniettemin bewust gezocht naar huisartsen uit een meer stedelijke context en uit de regio Oost-Vlaanderen, gezien deze groepen in de vorige studie schaars waren. Leeftijdsklassen die eerder onderbelicht werden, voornamelijk de veertigers en vijftigers, werden actief benaderd. Ook werd in de studie van dr. Van den Keybus gebruik gemaakt van focusgesprekken, wat het geven van sociaal wenselijke antwoorden in de hand kan werken door de aanwezigheid van collega's. Daarom werd nu gekozen om gebruik te maken van individuele interviews voor de dataverzameling.

Huisartsen werden via een brief op verschillende kanalen gecontacteerd worden, bijvoorbeeld via ICHO, LOK, HVG en de wachtposten. In de brief werd het doel en de methode van het onderzoek uitgelegd. Indien een huisarts wenste deel te nemen kreeg deze een informatiebrief samen met een informed consent (ICF) toegestuurd. Het ICF moest volledig ondertekend zijn alvorens een interview kon doorgaan.

De gesprekken werden gevoerd volgens een vooraf opgestelde vragenlijst zodat bij elke arts dezelfde vragen aan bod kwamen, met ruimte om door te vragen door de interviewer, een techniek die ook "semi-gestructureerd interviewen" wordt genoemd. De interviewleidraad werd geïnspireerd door de masterproef van dr. Tinne van den Keybus in 2019 waarbij focusgroepen werden bevraagd. Door te werken met een ander onderzoeksopzet werd nagegaan of er gelijkaardige resultaten werden bekomen, ook wel triangulatie genoemd. De vragenlijst werd echter ook aangevuld om verder te onderzoeken welke factoren helpen bij de afbouw van benzodiazepines.

Artsen werden geïncludeerd tot datasaturatie werd bereikt. Een vaste steekproefgrootte kon aldus niet op voorhand bepaald worden. Er werden tien interviews afgelegd waarna er werd geëvalueerd of er reeds saturatie werd bereikt. Indien dit niet het geval was, zouden er twee extra interviews worden afgenomen met nadien een herevaluatie. Ter kwaliteitscontrole werd er na de eerste twee interviews gekeken of de vragenlijst moest worden bijgestuurd. Bij onduidelijke vragen werden enkele kleine nuances of suggesties in de vraagstelling toegevoegd. De eerste twee interviews konden worden meegenomen in de analyse omdat onduidelijke vragen tijdens deze interviews reeds werden bijgestuurd. Alle deelnemers kregen bijgevolg gelijkaardige vragen voorgelegd. De interviews namen 30 tot 40 minuten in beslag en werden opgenomen door middel van een smartphone. De audio-opnames werden nadien uitgetypt en meteen verwijderd. Tijdens de transcripties werden de interviews gepseudonimiseerd. Vervolgens werden deze transcripten thematisch geanalyseerd met een inductieve benadering. Dit gebeurde door twee onafhankelijke onderzoekers om een subjectieve interpretatie bij het coderen van de verkregen data te vermijden.

Zo werden codes, categorieën en thema's ontwikkeld met gebruik van analysesoftware (NVivo 12). Afwisselend werd er gebruik gemaakt van open, axiale en selectieve codering.

Als laatste werd een conceptueel model ontwikkeld dat besproken werd op een consensusvergadering met de promotor en co-promotor. Als hulpmiddel bij dit hele proces werd gebruik gemaakt van de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) methode.

Deze studie werd goedgekeurd door de Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) in delegatie van het Ethisch Comité voor Onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven op 7 april 2021 (kenmerkMP016829) (zie bijlage 3).

Resultaten

Gegevens van de deelnemers

In dit onderzoek werden 10 interviews bij 10 verschillende huisartsen afgenomen. Er namen hierbij 6 vrouwen, waarvan 1 HAIO, en 4 mannen deel. Alle geïnterviewde huisartsen zijn werkzaam in Oost-Vlaanderen. De meeste huisartsen werken in een stedelijk gebied en maken deel uit van een groepspraktijk. Alle leeftijdscategoriën kwamen aan bod. De sociodemografische gegevens van de deelnemers zijn terug te vinden in onderstaande demografietabel. Bij de laatste twee interviews kwamen geen nieuwe codes naar boven, datasaturatie werd dus bereikt.

Nr Arts	Geslacht	Leef-tijd	Aantal jaar ervaring	Solo - duo - groep	Stedelijk - landelijk	Frequentie opstart benzo's	Frequentie herhaal - voorschriften	Frequentie afbouw benzo's	Verhouding psychische en somatische consulten
1	V	28	3	Groep	Stedelijk	Minder dan maandelijks	Wekelijks	Minder dan maandelijks	30/70
2	V	26	1.5 (HAIO)	Groep	Stedelijk	Minder dan maandelijks	Wekelijks	Minder dan maandelijks	25/75
3	V	41	15	Groep	Stedelijk	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Minder dan maandelijks	25/75 tot 20/80
4	M	56	29	Solo	Stedelijk	Maandelijks	Wekelijks	Minder dan maandelijks	25/75
5	V	31	6	Groep	Stedelijk	Minder dan maandelijks	Wekelijks	Maandelijks	10/90 tot 15/85
6	V	59	34	Duo	Landelijk	Maandelijks		Minder dan maandelijks	50/50
7	M	38	14	Groep	Stedelijk	Maandelijks	Dagelijks	Wekelijks	40/60
8	M	37	10	Groep	Stedelijk	Minder dan maandelijks	Wekelijks	Maandelijks	20/80
9	V	48	23	Groep	Landelijk	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Minder dan maandelijks	20/80
10	M	64	40	Groep	Stedelijk	Wekelijks	Dagelijks		20/80

Patiëntniveau

a. Belemmerende factoren

Uit dit onderzoek komen verschillende kenmerken van patiënten naar boven waarbij het afbouwen of stoppen van benzodiazepines of z-drugs niet wordt overwogen. De vaakst voorkomende patiëntfactor die de ondervraagde huisartsen vermelden, is het gebrek aan motivatie bij de patiënt.

> *"In eerste instantie de motivatie van de patiënt, de patiënt moet willen afbouwen en stoppen hé. (...) Mensen die totaal niet gemotiveerd zijn en aangeven dat ze het belangrijk vinden om iets te nemen en goed te kunnen slapen en zich van niets geen zorgen willen maken. Dus als er geen motivatie is zou ik het niet meteen doen." (arts 7)*

Daarnaast wordt bij patiënten die reeds een lange tijd een benzodiazepine innemen vaak geen afbouwpoging overwogen. Voornamelijk bij de gezonde zestigplussers die aangeven dat zij hun pilletje gewoon nodig hebben, maar waarbij er zich nog geen problemen stellen en waarbij zij nog geen bijwerkingen ondervinden van de slaapmedicatie, wordt er door huisartsen vaak geen energie gestoken in het bekomen van afbouw bij deze patiënten. Enerzijds omdat chronische benzodiazepinegebruikers vaak moeilijk te motiveren zijn, anderzijds omdat artsen hier zelf niet gemotiveerd voor zijn.

> *"Vaak zijn het mensen die het al jaren nemen die heel moeilijk te motiveren zijn om te verminderen. Dat is het probleem." (arts 4)*

> *"Maar ik moet eerlijk zijn dat als dat mensen zijn die dat al jaren nemen en daar totaal niet bij stilstaan en totaal geen probleem mee hebben, da'k daar zelf te weinig pro-actief probeer af te bouwen." (arts 7)*

Een ander kenmerk van de patiënt waarbij afbouw van slaapmedicatie door huisartsen vaak niet wordt overwogen, is wanneer het initieel probleem waarvoor de benzodiazepine werd opgestart nog aanwezig is. Ook wanneer patiënten op het moment van de consultatie met een acute stresssituatie worden geconfronteerd, is het bespreken van afbouw bij de patiënt op dat moment volgens de ondervraagde huisartsen niet aangewezen.

> *"Ik merk dat dat heel vaak is omdat het probleem nog helemaal niet aangepakt is, bijvoorbeeld mensen met een moeilijke gezinssituatie, bijvoorbeeld vorige week nog, een mama waarbij beide kinderen ook wel psychische problemen hebben en die mevrouw staat dan onder heel veel druk en neemt medicatie, heel die dag is eigenlijk chaos en stress en die neemt dan 's avonds iets om te slapen en zij doet dat al heel lang, maar de reden waarom dat ooit gestart is, ja, is er gewoon nog altijd, en daar is er nog altijd niets aan veranderd. euh, dusja, alle redenen zijn er nog om echt niet goed te slapen en zij vindt dat dus zelf ook nog echt nodig om die slaapmedicatie te nemen. (....) Eum, of als iemand op dat moment voor u zit en er is net een erg life event gebeurd bijvoorbeeld, ja, ik had bijvoorbeeld iemand bij mij en die nam al lang benzo's en die dag was er iets blijven aanstaan op het vuur en die was helemaal van haar melk omdat haar huis bijna afgebrand was, dan dacht ik ook, vandaag is niet de dag om benzo's af te bouwen." (arts 2)*

Ook bij zware psychiatrische patiënten met verschillende benzodiazepines en antidepressiva of antipsychotica wordt er vaak geen stoppoging overwogen. Enerzijds omdat zij door een psychiater worden opgevolgd en huisartsen zich aldus minder bekwaam voelen om deze medicatie zelfstandig aan te passen, anderzijds uit schrik om decompensatie te veroorzaken bij een stabiele psychiatrische patiënt.

> *“Dat zijn heel dikwijls de mensen die ook psychiatrisch gevolgd worden, met een zeer zware voorgeschiedenis en waar dat ik denk "oke, weet je wat, die staat hier op antipsychotica en op een benzodiazepine en dan dikwijls nog typische en atypische door elkaar enzovoort, dit is niet mijn werk om hieraan te proberen sleutelen, laat ik daar voorzichtig mee zijn.” (arts 10)*

Naast de genoemde karakteristieken van patiënten waarbij afbouw of stop van benzodiazepines vaak niet wordt overwogen, komen ook een aantal factoren op patiëntniveau naar boven die de afbouw of stop van deze medicatie moeilijk maakt. Zoals reeds eerder aangegeven, ondervinden huisartsen vaak moeilijkheden bij de afbouw wanneer de patiënt weerstand vertoont. Daarnaast is afhankelijkheid bij de patiënt ook een belemmerende factor, net als herval na een afbouw- of stoppoging. Verschillende artsen geven aan dat zij benzodiazepines hebben kunnen reduceren of stoppen bij hun patiënt, maar dat de patiënt na een tijdje terug in zijn oude gewoontes valt. Daarnaast worden artsen tijdens de afbouw vaak geconfronteerd met patiënten die slechter slapen vanwege het reboundeffect, waardoor patiënten terug hervallen.

> *“Meestal dat ZIJ vinden dat het niet lukt he. Dat ze zeggen: "Nee, ik heb 2 dagen niet geslapen, ik kan dat niet. Dat gaat niet". En dan terug naar hun eerste dosis gaan of terug verdubbelen.” (arts 6)*

Ook patiënten met andere verslavingen die bij de afbouw van benzodiazepines opnieuw naar andere middelen grijpen, zoals alcohol, maken afbouw moeilijker en zijn een reden om hier voorzichtig mee om te springen. Daarentegen vinden huisartsen het wel belangrijk om bij patiënten met risico op verslaving benzodiazepines te stoppen.

Ook vertelden meerdere artsen dat patiënten die shoppen bij verschillende artsen een struikelblok zijn bij de afbouw van benzodiazepines.

> *“Ik schreef telkens tabletten voor 7 dagen en vroeg haar na 3 weken terug. Dat bleek te gaan tot op een zeker moment dat ik telefoon kreeg van een arts uit het Gentse die met vertelde dat ze van huisarts veranderd was en dat ze daar al maanden voorschriften voor Zolpidem kwam halen. Dat was een mislukking. Ze deed alsof ze meedeed, maar achter mijn rug ging ze naar een andere arts om voorschriften voor Zolpidem.” (arts 4)*

Ook een nieuwe patiënt in de praktijk waarvoor door de vorige huisarts chronisch benzodiazepines werd voorgeschreven, wordt door sommige huisartsen als moeilijk ervaren om deze medicatie te stoppen. Anderzijds gaf een andere arts aan het net makkelijker te vinden om benzodiazepines af te bouwen bij een nieuwe patiënt.

Een andere belemmerende factor bij het afbouwen van benzodiazepines is de moeilijkheid om deze medicatie volledig te stoppen. Verschillende artsen vertelden dat het wel lukte om tot een dosisreductie te komen bij hun patiënten, maar dat het niet mogelijk was om deze medicatie volledig te stoppen.

> *"Tja, die ene patiënt die nog op 0.2 mg staat, dat die laatste stap niet lukt, dat ze daar het gevoel heeft dat ze het psychologisch effect van dat ene pilletje nodig heeft, dat daar de moeilijkheid ligt om volledig af te bouwen. We hebben het samen aanvaardt dat zij daar op staat." (arts 8)*

b. <u>Faciliterende factoren</u>

Er worden in dit onderzoek ook enkele karakteristieken van patiënten aangehaald die artsen net kunnen helpen om patiënten aan te zetten tot benzodiazepinestop. Vele huisartsen vinden het belangrijk om bij ouderen waarbij er bijwerkingen optreden benzodiazepines te stoppen. De ondervraagde huisartsen geven aan dat het ontstaan van bijwerkingen zoals recidiverend vallen, sufheid en cognitieve achteruitgang een aanknopingspunt is om afbouw te initiëren.

> *"Dat was nu bij die dame: gevallen, oudere leeftijd: ja dan heb je een duidelijke ingangspoort om te zeggen dat het risico bestaat dat ze nog eens zal vallen en als je benzo's verminderd dan heb je minder risico. Vb mensen met duizeligheidsklachten op oudere leeftijd zijn redenen om af te bouwen, ook geheugenstoornissen. Dus voornamelijk bij de oudere patiënt als er fysieke klachten zijn die gelinkt kunnen worden aan het gebruik van benzo's, dan is het wel gemakkelijk om het gesprek te starten." (arts 8)*

Ook patiënten die een benzodiazepine kortdurend hebben gebruikt omwille van een acute crisissituatie zijn volgens huisartsen geschikte patiënten om afbouw te initiëren, net als stabiele patiënten waarbij het initieel probleem reeds verdwenen is.

> *"Situaties waarin dat dan wel goed gaat, vind ik dikwijls het tegenovergestelde, waarbij er iets veranderd is in de situatie en dat er dan bijvoorbeeld toch minder stress is, en mensen inderdaad wel aangeven, 'ja het is waar, ik neem dat al lang, en dat is meer uit gewoonte op den duur, misschien kunnen we inderdaad wel eens proberen te stoppen. Ze zijn dan bijvoorbeeld met pensioen ofzo, ja, of het is gewoon niet meer zo druk thuis, de kinderen zijn het huis uit of scheiding is rond, allé, ik zeg maar iets." (arts 3)*

Ook jonge patiënten worden door huisartsen sneller aangespoord om benzodiazepine te stoppen, omdat het afhankelijk worden aan benzodiazepine op een jonge leeftijd als niet bevorderlijk wordt gezien.

Evenals zijn huisartsen vlugger geneigd om afbouw te overwegen bij interacties met andere medicatie en patiënten met polyfarmacie. De patiënten zelf zijn daarbij soms meer gemotiveerd om minder medicatie te nemen, waardoor afbouw soms vlotter verloopt. Ook wanneer patiënten steeds meer voorschriften komen vragen en er misbruik wordt geconstateerd, trekken huisartsen aan de alarmbel.

"Wanneer we zien dat het gebruik uit de pan aan het swingen is, als ze meer dan 2 doosjes per maand beginnen vragen dan is er iets fout en dan is dat toch een moment om te zeggen dat we hier moeten op ingaan." (arts 8)

Patiënten die gemotiveerd zijn of zelf aangeven de benzodiazepine te willen stoppen zijn voor huisartsen geschikte patiënten om deze medicatie ook daadwerkelijk te stoppen. Om de patiënt te motiveren, geven verschillende huisartsen aan dat een stopbrief of een folder aan de patiënt helpend kan zijn. Arts 3 zegt daarbij: *"hoe meer ze geïnformeerd zijn, hoe beter".* Andere middelen die de patiënten volgens huisartsen kunnen helpen tijdens de afbouw van benzodiazepines is psycho-educatie over afbouw aan de patiënt, een medicatieschema of een app (met bijvoorbeeld een dagboek, medicatie, oefeningen, etc.) om de mensen tijdens de afbouw te begeleiden.

Artsniveau

a. Belemmerende factoren

Veruit de meest genoemde factor die artsen belemmert een gesprek met hun patiënten aan te gaan over het afbouwen van slaapmedicatie, is tijdsgebrek. Dit kwam uit alle interviews naar voren. De afbouw van medicatie is tijdsintensief en neemt meer tijd in beslag dan voorzien wordt tijdens één consultatie. Als de vraag voor een herhaalvoorschrift dan ook vaak op het einde van een consultatie wordt gesteld, is er geen tijd meer om het consult volledig open te trekken. Ook wanneer de arts reeds achterloopt op schema wordt een afbouwpoging vaak niet geïnitieerd, doch hoogstens eens kort vermeld. Andere zaken die voor tijdgebrek zorgen zijn de volle agenda's waarbij het aantal patiënten per dag hoog oploopt, alsook patiënten die tijdens één consultatie met meerdere vragen komen.

"Ik moet nu wel eerlijk zeggen dat als ik echt in tijdnood zit, als ik al een halfuur aan het uitlopen ben, en die patiënt zit met 3 problemen voor mij en punt 4 is "ahja ik heb nog mijn chronische medicatie nodig" en daar zit een benzo tussen, eum, ja, das niet de moment da'k ga beginnen over "misschien moeten we hier een half uur babbelen over de benzo's die je al jaren neemt en dat we die misschien eens moeten afbouwen", eum, ja, dat doe ik meestal niet op dat moment, misschien dat ik hoogstens eens zal zeggen "daar moet je nog eens voor langskomen zodat we het er eens over kunnen hebben", maar ik ga dat niet op dat moment doen als ik echt al in tijdnood zit." (arts 2)

Dit zorgt er ook voor dat artsen in drukkere periodes, zoals de winterperiode, minder aandacht hebben voor de afbouw van slaapmedicatie. Dit werd ook zo benoemd door arts 6: "*Ik merk dat ik er in de winter niet echt veel aan doe, aan dat afbouwen, omdat ik gewoon geen tijd heb."*

Niet enkel tijdgebrek, maar ook andere zaken kunnen de motivatie van de artsen beïnvloeden. Zo wordt er aangehaald dat de energie om afbouw te bespreken durft te ontbreken op een dag met al veel psychische consultaties of wanneer de arts een slechte dag heeft. Ook wordt door verschillende

artsen toegegeven dat de motivatie om slaapmedicatie af te bouwen gedaald is doorheen hun carrière.

> *“Ik denk als startende huisarts zit je nog vol goeie moed en motivatie, dat zou wel eens durven verslappen.” (arts 3)*

Eén van de redenen die door een andere arts wordt vernoemd om de afname van motivatie te verklaren, was dat er weinig successen worden geboekt.
Slechts door één arts werd de schrik dat patiënten de praktijk zullen verlaten aangehaald als reden om geen stoppoging voor te stellen:

> *“En als je zegt 'we gaan dat toch niet meer doen' dan lopen ze naar een andere arts en dan sta je daar.” (arts 4)*

Daarnaast wordt door één HAIO (arts 2) ook gezegd dat die toch een gebrek aan kennis ervaart, door weinig aandacht voor de afbouw van slaapmedicatie in de basisopleiding:

> *“Eum, wat ik wel vind: tijdens de basisopleiding wordt er te snel gezegd "het werkt niet, dat is de oplossing niet, dus we gaan het jullie ook niet leren of bespreken". Wij weten daar dus niet veel van en hebben het idee van "ik zal dat later nooit opstarten hoor", maar dan kom je uiteindelijk in de echte wereld en zit er een patiënt voor u die deze medicatie neemt en weet je niet altijd wat je daarmee moet doen.”*

Een opvallende bevinding is dat artsen soms voor patiënten gaan invullen of de patiënt capabel is om af te bouwen en/of hiervoor gemotiveerd is, zonder dit expliciet na te vragen. Arts 1 antwoordt op de vraag waarom zij bij patiënten die benzodiazepine reeds lange tijd nemen geen stoppoging overweegt: “*eigenlijk denken dat ze weerstand gaan hebben, ook al is dat niet realistisch.”*

Ook uit empathie voor de patiënt wordt er vaak geen stoppoging voorgesteld, omdat de arts denkt dat het voor de patiënt nog geen geschikt moment is.

> *“Ja, als ik zo echt voel, je hebt hier honderd en één redenen om helemaal niet goed te slapen, dan zou ik daar wel over spreken: dat is hier niet de definitieve oplossing en er is hier meer nodig, maar dan toon ik daar ook wel ergens begrip voor dat die dan misschien toch wel die medicatie nodig heeft en dat we het daar in de toekomst eens moeten over hebben, maar dat misschien nu op dit moment niet de moment is om dat te beginnen afbouwen.” (arts 2)*

Verder vinden artsen het ook moeilijk om afbouw te bespreken bij patiënten waar ze niet de vaste arts van zijn, omdat daar de vertrouwensband ontbreekt om het onderwerp ter sprake te brengen. Dit gevoel was nog sterker aanwezig bij de haio’s en de vervangartsen.

> *“Wanneer ik voorstel om de benzo af te bouwen, maar dat ze dan zeggen: neen, ik heb daar echt wel een reden voor om in te nemen, maar ik wil dit niet met u als haio bespreken.” (arts 2)*

“Natuurlijk is dat dan als vervanger dan ook niet altijd gemakkelijk, omdat je dan ook die band niet hebt met uw patiënt. Dus omdat je eerst vertrouwen moet winnen van die patiënt en dan eigenlijk dat gesprek misschien beter kan aangaan.” (arts 7)

b. Faciliterende factoren

Wanneer de artsen wordt gevraagd naar de wijze waarop ze slaapmedicatie afbouwen, komen er spontaan al verschillende zaken naar boven die hen helpen om dit op een goede manier te doen. Zo worden zaken benoemd als het niet geven van telefonische herhaalvoorschriften, de stop van de medicatie bij een herhaalvoorschrift steeds kort ter sprake brengen en de patiënt uitnodigen op een extra consult om alles rustig te bespreken.

“Ja, ik vind afbouw van benzodiazepines moet je eigenlijk meerdere keren aanhalen, vooraleer ze het uiteindelijk dan toch in hun gedachten mee zijn van “we gaan het toch eens proberen afbouwen" (arts 9)

“Hij heeft het voor een groot stuk zelf gedaan, maar ik denk doordat ik er telkens op aandrong en uitrekende, allé, dat hij ook wel voelde dat het niet zomaar was als hij kwam van "hier, uw dozeken"... Uiteindelijk denk ik dan, je hebt telkens het gevoel dat je zaagt en dat je er op terugkomt. Op dat moment heb je niet altijd het gevoel dat dat iets uithaalt, maar ik denk door daar iedere keer als ze komen te blijven op hameren, dat zal niet bij elke patiënt het effect hebben, maar bij andere toch wel.” (arts 3)

Een belangrijke voorwaarde voor een goede afbouw die door verschillende artsen wordt gegeven, is dat er een compromis moet bereikt worden met de patiënt over het afbouwtempo en dat je als arts hierbij vaak je eigen verwachtingen moet bijstellen.

“Het hangt er vanaf wat ons doel is en wat de patiënt zijn doel is. We moeten proberen om die twee op eenzelfde lijn te krijgen of wat water bij de wijn doen om tot een compromis te komen. Als je uw vooropgesteld doel niet haalt, dan beschouw ik dat wel als mislukt. Natuurlijk, je kan uw doelen ook bijstellen, stel dat je zegt van kijk "er is wel al duidelijke vermindering, maar niet op het niveau dat ik zou willen" dan kan je ook wel tevreden zijn, alles wat al minder genomen wordt.... maar het is een beetje te zien hoe je uw doelt stelt. Misschien stel je dat wel bij en zeg je "oké, we zitten nu hier. We doen even op dit niveau verder vooraleer we proberen verder af te bouwen". In die periode van afbouw moet je ook compromissen sluiten, denk ik.” (arts 3)

Daarnaast vinden artsen het ook veel gemakkelijker om een afbouw te stoppen bij patiënten waarbij ze zelf de medicatie hebben opgestart en waarvan ze de vaste arts zijn.

“Ik merk ook dat als dat patiënten zijn die eerder vast bij mij komen, dat dat dan ook wel sneller lukt, of dat ik dat rapper zal voorstellen, maar als dat patiënten zijn die ik 1 keer zie en die eigenlijk liever bij 1 van de collega's gaat, ga ik dat minder doen.” (arts 2)

Dit komt ook overeen met het feit dat artsen het moeilijker vinden om afbouw te bespreken met patiënten waar ze geen vertrouwensband mee hebben, zoals eerder al aangehaald bij belemmerende factoren.

Een vaak aangehaalde helpende factor om het probleem van chronisch gebruik van slaapmedicatie aan te pakken, is om meer in te zetten op het niet opstarten van slaapmedicatie. Door nadruk in de opleiding op de gevaren van het chronisch gebruik van slaapmedicatie, merkten we dat jonge huisartsen minder geneigd zijn om deze medicatie op te starten. Ook oudere artsen vertelden dat ze doorheen hun carrière de houding ten opzichte van slaapmedicatie zagen veranderen met de tijdsgeest.

> *"Ja, ik denk dat op dit moment het succesverhaal bij jonge artsen vooral zal zijn van het niet op te starten." (arts 1)*

> *"Ja, euhm, ten eerste, mijn schrik voor benzodiazepinegebruik is veel groter dan in het begin. Alhoewel dat wij in het begin eigenlijk ook al wisten, toen was dat, wij waren eigenlijk al, toen ik een jonge manneke was, wij hadden al awareness omdat er toen zo massaal werd voorgeschreven. En er waren heel veel neurologen die er al op wezen en die zeiden "opgepast, want we zijn slecht bezig." Dus eigenlijk heb ik dat van in het begin geweten, maar ik word er feller in, maar dat is ook omdat de tijdgeest zo een beetje is he." (arts 10)*

Bovendien is het ook belangrijk om na het stabiliseren van een acute crisis, het gesprek over afbouw aan te gaan om zo langdurig gebruik te proberen verminderen. Dit is iets waar de meeste artsen wel al op proberen letten.

> *"Maar bij iemand waarbij je zelf opstart en je op voorhand zegt dat het de bedoeling is om kortdurend te gebruiken, dan ga ik toch zeker proberen om dat snel te stoppen." (arts 3)*

Wanneer artsen gevraagd worden naar nog extra maatregelen die zouden kunnen genomen worden om hen aan te zetten om bij meer patiënten slaapmedicatie af te bouwen, is er vooral een grote vraag naar extra bijscholingen, meer communicatietraining en meer aandacht voor de problematiek in de basisopleiding. Verschillende artsen zeggen dat er na een bijscholing toch weer meer aandacht is om het gesprek met hun patiënten over slaapmedicatie aan te gaan.

> "[De afbouw van slaapmedicatie is] *afhankelijk van periode tot periode. Nu is het een iets minder actieve periode daarin, na een bijscholing is dat beter. Dat heeft effect." (arts 8)*

> *"Gho, ze zijn waarschijnlijk wel beschikbaar, maar ik vind nu niet dat er zo mee om de oren geslagen wordt. Astma en COPD kan je bij wijze van spreken wekelijks gaan volgen, maar voor zo eigenlijk een belangrijk item, vind ik wel dat er weinig bijscholing is." (arts 9)*

Opvallend is dat ondanks dat het gebrek aan kennis en bijscholing over de afbouw door de meeste artsen wordt aangekaart, er ook enkele artsen zijn die dit niet nodig vinden.

"Gho, ik heb nooit dat gevonden dat ik daar niet genoeg voor opgeleid was en ik denk dat dat bij jullie al helemaal niet zo is, want jullie zien dat voor zo'n dingen toch wel." (arts 6)

Contextniveau

a. Belemmerende factoren

Uit het onderzoek zijn er verschillende factoren op contextniveau die de afbouw van benzodiazepines kunnen beïnvloeden. Zo kan volgens enkele ondervraagde artsen een groepspraktijk voor een struikelblok zorgen bij het managen en afbouwen van benzodiazepinegebruik. Het gevaar bestaat dat collega's toch een voorschrift zullen maken wanneer ze niet op de hoogte zijn van de afbouw. Ook kunnen patiënten gemakkelijker meerdere voorschriften krijgen indien ze bewust bij verschillende artsen in de praktijk langsgaan.

"In een groepspraktijk is het moeilijker, je kan dat wel noteren, maar het gevaar..., je ziet het niet altijd, je hebt het niet altijd door, t'is dan maar achteraf dat je door hebt van.... Ik denk dat dat in een groep minder evident is, terwijl als solo-arts ken je al uw patiënten, je kent het dossier; In een groepspraktijk zijn er wel altijd een paar patiënten die er tussenin fladderen en die dan toch eens bij een collega ongewild een voorschriftje…" (arts 3)

Enkele huisartsen geven daarnaast aan de afbouw van benzodiazepines liever over te laten aan de psychiater indien deze patiënten ook in tweede lijn door een psychiater worden opgevolgd. Door de soms moeilijkere toegankelijkheid van psychiaters, valt de afbouw dan soms toch op de schouders van de huisarts.

"Ik heb dan nog het gevoel dat we dan hier in België door de psychiaters niet altijd goed omkaderd zijn. Dat ze niet altijd zo gemakkelijk toegankelijk zijn, dus dan moet je het toch soms zelf doen. Terwijl ik soms dan denk, oei, da's misschien meer iets voor een psychiater ofzo, ja, maar de echt zware, complexe psychiatrische pathologie zou misschien nog iets kunnen zijn, maar dan schrijf ik het eigenlijk ook al liever niet zelf voor, dan vind ik eigenlijk ook dat de psychiater het moet voorschrijven en moet beslissen om het af te bouwen als nodig." (arts 5)

Ook de moeilijke toegang tot psychologische hulpverlening maakt doorverwijzing voor slaapproblemen of benzodiazepinemisbruik een uitdaging.

Daarnaast bestaat er in België de mogelijkheid om naar verschillende artsen te gaan waardoor patiënten kunnen shoppen. Dit zorgt ervoor dat patiënten moeilijker gaan afbouwen. Dit werd ook reeds besproken bij de belemmerende factoren op patiëntniveau.

"Maar in de realiteit is het zo dat als jij het niet voorschrijft, dan gaan ze het ergens anders gaan halen en dan ben je uw patiënt kwijt. Dan heb je ook niet behaald wat je wou bekomen." (arts 4)

Eén arts (arts 4) kaart een stroeve samenwerking aan met de apotheek als een belemmerende factor op contextniveau en zei hierover:

> *"Laatst stond er een patiënt op de luchthaven van Zaventem waarop de apotheek van Zaventem mij belde om te zeggen "uw patiënt staat hier en moet vertrekken op reis en hij heeft geen Zolpidem meer, kan hij Zolpidem krijgen".... Of de apotheek heeft het al afgeleverd en dan krijg je een telefoontje van de apotheek om te zeggen dat er nog zoveel voorschriften Zolpidem in orde moeten gebracht worden."*

Diezelfde arts meent dat er daarnaast vaak een druk heerst vanuit het rusthuis om een benzodiazepine op te starten of te continueren. De arts verwoordde dit als volgt:

> *"Patiënten onder druk van rusthuizen, verpleging... Dat is een groot probleem. Dat is een slechte reden om benzo's op te starten, maar de realiteit is zo. De mensen worden in rusthuizen om 5 uur in bed gestoken en die slapen dan om 6 uur maar zijn dan om 2 uur wakker. De nachtverpleging kan daar niet mee om en zeggen dat je die man iets moet geven. Ja, als je dat dan niet doet dan heb je constant problemen met het rusthuis, het personeel van het rusthuis. Die bellen continue om te zeggen "die loopt hier op de gang, die doet dit, die doet dat,..., je moet hem iets geven". Moesten ze de mensen wat later in bed steken dan zou dat probleem zich niet stellen."*

In tegenstelling tot bovenstaande opmerking zijn er daarentegen meer artsen die een stoppoging bij patiënten in rusthuis net sneller overwegen. Dit wordt bij de faciliterende factoren hieronder verder besproken.

Een andere arts gaf ook aan dat de meerprijs van een magistrale bereiding een belemmerende factor is bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs en zei daarbij:

> *"Ja, ze moeten wel de financiële middelen hebben, omdat het een stuk duurder is om magistrale bereidingen te beginnen waardoor de patiënt wel nog meer moet gemotiveerd zijn om af te bouwen omdat ze de kostprijs moeten overwinnen. Ik hoor wel vaak van een patiënt in afbouw dat ze het duur vinden. Dat vind ik jammer." (arts 8)*

b. <u>Faciliterende factoren</u>

Veel artsen geven aan dat het belangrijk is om de onmiddellijke omgeving van de patiënt te betrekken bij de afbouwpoging, zoals de partner en de familie. Dit maakt het makkelijker om tot een succesvolle afbouw te komen.

> *"Als de partner natuurlijk ook gebruikt, is dat niet zo gemakkelijk, want dan kan je dat nachtkastje ook al eens gaan plunderen, dus ja, ik denk de partner moet mee zijn, de familie moet mee zijn. Ik heb nog plaatsen gezien waar er met een beautycase werd gewerkt dat enkel de verpleging die kon openmaken en dat daar dan de medicatie in zat. Euhm ja, de*

thuiscontext mee hebben, allez ja de personen die in de dichte nabijheid zijn, ja verpleging en partners." (arts 5)

Ook in een rusthuis verlopen stoppogingen vaak vlotter, omdat de patiënt enerzijds niet zelf toegang heeft tot zijn medicatie, maar anderzijds ook omdat de patiënt kan opgevolgd worden door de verpleging. Bovendien worden artsen in sommige rusthuizen er extra op gewezen wanneer ze mogelijk ongepaste medicatie voorschrijven.

"En ik vind ook in rusthuizen lukt het ook wel meestal iets gemakkelijker. Natuurlijk mensen in rusthuizen krijgen vaak hun medicatie en hebben daar dan zo iets minder inspraak in. Maar daar vind ik ook dat het wel gemakkelijker gaat. Je hebt ook in de rusthuizen heel vaak dat ze dan zo een reminder geven door medicatie in het fluo te zetten. En ja, ik vind dat op zich wel oké. Je staat er dan weer eens bij stil, van inderdaad." (arts 9)

De samenwerking met paramedici is iets dat door veel artsen worden aangehaald als helpende factor. Zo worden patiënten soms doorgestuurd naar een kinesist voor relaxatietherapie en wordt er samengewerkt met de thuisverpleging om de medicatie klaar te zetten of met de apotheker. Vooral de samenwerking met de apotheker kan volgens verschillende artsen nog verder uitgebouwd worden om de problematiek van chronisch slaapmiddelengebruik aan te pakken.

"Ook hulp van de apotheek kan een meerwaarde zijn. Je kan afspreken dat de patiënt de dosis wekelijks komt afhalen om dat wat onder controle te houden of eens een telefoontje naar de apotheek. De apotheker is denk ik ook wel iemand die je zeker kan inschakelen of betrekken bij afbouw van benzo's door dag/weekdosissen af te halen of de apotheker op de hoogte te brengen, of andersom: dat de apotheker ons contacteert bij te veel voorschriften. … Ik denk ook, dat van hoe meer mensen ze het horen, stel dat de apotheker bijvoorbeeld altijd een boodschap zou meegeven van "kijk, met die medicatie....". Ja hoe meer ze het horen, ook van iemand anders, hoe beter. Da de gij niet de dokter zijt die alsmaar zit te zagen." (arts 3)

Ook een verwijzing naar een psychiater of een slaapkliniek wordt soms als helpend ervaren.

Een ander interessant initiatief dat door één huisarts werd aangehaald was een werkgroep farmacologie die ontstaan was uit enkele huisartsen en CRA's die dan in andere praktijken uitleg kwamen geven in verband met medicatienazicht.

"Maar wat wij hier een tijdje gehad hebben, was een soort farmacologisch ploegje, die kwamen ook uitleg geven en die kwamen zo'n dingen samen bespreken. En door dingen samen te bespreken, let je wel veel meer op zaken. Dat vond ik een goed initiatief. Dat kwam van een aantal huisartsen die een soort farmacologische werkgroep hadden." (arts 10)

De meest vernoemde zaak is ongetwijfeld een meer toegankelijke psychische hulpverlening. Er wordt door de artsen vaak ervaren dat extra ondersteuning door een psycholoog zeker zou kunnen helpen om patiënten te motiveren en te begeleiden om af te bouwen. Echter door de lange wachttijden, ook voor meer ernstige psychische problemen, willen artsen psychologen niet belasten met de "banale" problematiek van afbouw van slaapmedicatie.

"Ja, er is een wachttijd van zoveel maanden, dus dat helpt niet. Die mensen zijn ook overbelast met psychische problemen ten gevolge van corona en ik verwijs patiënten door met een depressie en die moeten 3 maand wachten vooraleer ze een afspraak kunnen krijgen. Dus zij zitten ook niet te wachten op zo'n zaken hé, denk ik. Het is geen acuut probleem he." (arts 4)

Ook meer uitgebreide terugbetaling van psychologen zou kunnen helpen om het gebruik van slaapmedicatie terug te dringen.

"Ik denk vooral dat er in het algemeen veel meer ondersteuning moet zijn voor psychische zorg en dat dat nu gewoon, allé, een benzo is gewoon een gemakkelijke, snelle oplossing. Ik denk dat moest je even gemakkelijk de patiënt bij een psycholoog die gespecialiseerd is in slaap of angstproblematiek kan brengen en dat wordt mooi terugbetaald met een remgeld dat maar even hoog is als bij de huisarts, dat er daar best wel wat patiënten zouden voor open staan, maar het is gewoon veel makkelijker en goedkoper om medicatie voor te schrijven dan mensen echt te helpen met therapie. Ik denk dat dat een groot probleem is." (arts 2)

Dat er sinds kort ook naar de eerstelijnspsychologen (ELP) mag verwezen worden voor de afbouw bij slaapmedicatie is iets dat niet algemeen gekend is en waarover de meningen verdeeld zijn. De meerderheid van de huisartsen zou hier wel gebruik van willen maken. Door twee huisartsen wordt daarentegen doorverwijzing naar een psycholoog als een extra drempel voor de patiënt beschouwd. De patiënt moet tijd en geld vrijmaken om slaapmedicatie af te bouwen waardoor de patiënt hiervoor extra gemotiveerd moet zijn. Deze artsen twijfelen over het nut van een ELP bij de afbouw van benzodiazepines, maar zien mogelijks wel een rol voor het begeleiden van patiënten met slaapproblemen, waarbij geen medicatie wordt opstart.

"Goh, misschien wel, maar ik weet niet of dat voor de patiënt misschien nog een grotere drempel is, ik denk dat dat eerder kan helpen bij mensen die moeilijk blijven slapen om ze niet medicamenteus te gaan opvolgen. Het zou dus eerder een rol kunnen spelen bij het begeleiden van slaapproblemen zonder medicatie, eerder dan bij het afbouwen, omdat zij al een aantal drempels ondervinden, dus dat dan naar een psycholoog gaan om een pil kwijt te geraken die ze niet persé willen kwijtgeraken nog een nieuwe drempel is. " (arts 8)

Op praktijkniveau wordt door één huisarts aangehaald dat er door de tendens naar organisatie in groepspraktijken, meer tijd is vrijgekomen in zijn agenda, waardoor er meer aandacht kan gegeven worden aan minder acute zaken zoals het afbouwen van medicatie. De organisatie in groepspraktijken wordt dus door hem als helpend ervaren, terwijl dit eerder door andere artsen als belemmerende factor werd aangehaald, omdat het overzicht over een patiënt dan soms verdwijnt.

"Het is ook omdat gelijklopend met het feit dat we hier met een grotere groep werken, ik ook een beetje meer tijd voor mijn patiënten heb. Dus dat het hurry, hurry werk, ook daar proberen we een beetje vanaf te geraken." (arts 10)

Enkele zaken op macroniveau die worden aangehaald als mogelijk helpend zijn sensibiliseringsacties aan de patiënt, het duurder maken van benzodiazepines en z-drugs en het op de markt brengen van kleinere verpakkingen van deze medicatie. Nu bestaat al de mogelijkheid om op een voorschrift te noteren dat er maar een aantal pillen mogen worden meegegeven, maar het is niet duidelijk of dit dan ook steeds zo wordt gedaan.

> *"Gho, ik denk op zich dat ik het nog altijd heel jammer vind dat er geen kleinere dozen bestaan. Er zijn er nu al een paar die beschikbaar zijn met 10 tabletjes, want ik weet nooit goed als ik dat opschrijf voor de apotheek van bijvoorbeeld "maar afgifte van zoveel tabletjes", bijvoorbeeld in een wachtdienst, wat daar dan effectief mee gebeurd. Ik zou mij er meer comfortabel bij voelen om gewoon 3 tabletjes te kunnen voorschrijven in plaats van een doos van 30 en dan op te moeten schrijven dat ze er maar 3 mogen afleveren. Dat is een beetje raar naar de patiënt toe, want ze moeten wel de volledige doos betalen. Op zich is dat nu niet het ergste voor mij, maar vooral dat ik dan zelf iets groter moet voorschrijven dan dat ik misschien zou willen. Ja, en ook naar afbouw toe zou het handiger zijn om met kleine dozen te kunnen werken." (arts 5)*

Een ander punt op overheidsniveau waar wel wat discussie over bestaat bij de geïnterviewde artsen, is het creëren van een specifiek nomenclatuurnummer om patiënten te begeleiden bij de afbouw van slaapmedicatie, zoals vroeger bestond voor rookstopbegeleiding. Sommigen artsen vinden dat dit hoognodig is.

> *"Maar ja, dat is, dat zeggen we al heel lang he. Ik vind dat een psychologische consult, dat dat meer zou moeten betaald worden. Je kan dat niet doen op een kwartier en we doen dat ook niet op een kwartier. Ik heb bijna elke avond iemand die als laatste komt of in de voormiddag iemand die als laatste komt, om tijd te hebben. Ja, en als je dat dan voor 27 euro moet doen." (arts 6)*

Andere huisartsen denken dat dit voor hen niet het grote verschil gaat maken.

> *"Ik weet niet of dat nu het verschil zou maken in mijn tijdsagenda op dit moment, met corona op dit moment... Ik weet niet of een specifiek consult of een vergoeding voor afbouw.... Dat zou misschien helpen bij sommige huisartsen, maar het zou mij niet overtuigen om vaker over stop te beginnen." (arts 8)*

Enkele artsen melden daarnaast dat de vele chronische benzodiazepinegebruikers door het te snel voorschrijven ervan in het verleden een probleem is waarmee we op heden mee moeten omgaan.

> *"Ja, toen ik startte werd er geen aandacht aan besteed en werden benzo's met de vleet voorgeschreven. Toen was dat op zich geen probleem. Nu wordt er veel minder opgestart en veel minder voorgeschreven." (arts 4)*

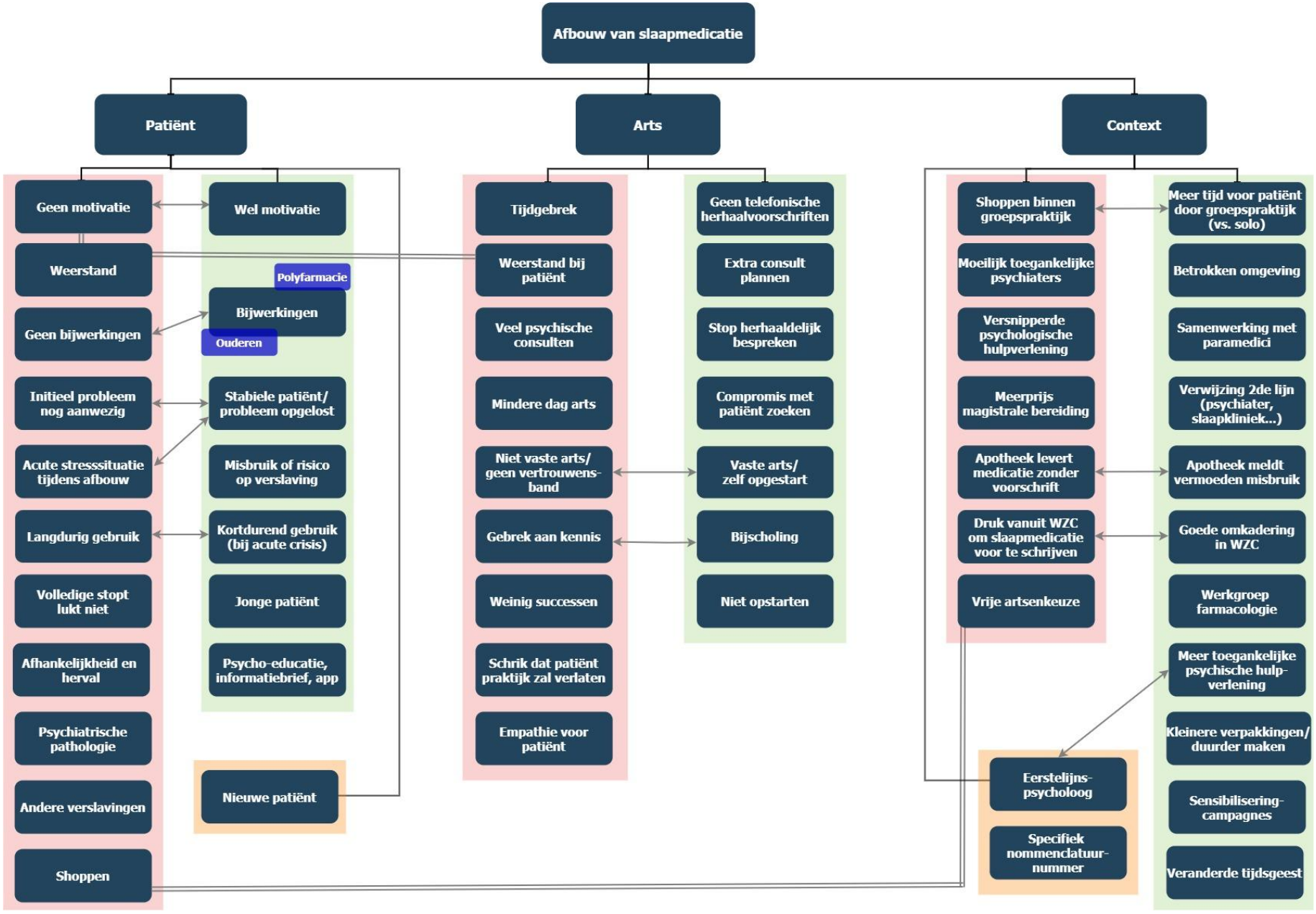
Daartegenover hebben verschillende huisartsen algemeen wel het gevoel dat de bewustwording bij artsen en andere gezondheidsmedewerkers over het overgebruik van slaapmedicatie toeneemt en er wel een duidelijke verandering in de tijdsgeest is ten opzichte van deze medicatie.

Arts 10 verwoordde dit als volgt, meer specifiek dan naar de situatie in de rusthuizen:

> *"En in rusthuizen vind ik dat de laatste jaren er eigenlijk voldoende over gebabbeld wordt door alle echelons om te mogen zeggen dat je er niet omheen kunt, je kunt in een rusthuis niet meer zeggen, ik ga 12 maanden lang een product voorschrijven, waarvan mijn patiënt dan gebiologeerd op zijn stoel naar de televisie kijkt en niks anders meer doet, dat gaat niet meer. De verpleegkundigen pikken dit niet meer, daar hebben ze 100% gelijk in en die voeren daar ook een gesprek over. Ik vind 1 van de hele grote verwezenlijkingen ook van vele groepen, vooral van de CRA's, die zich daar ook dikwijls mee bezig houden."*

Conceptueel model

Op de volgende pagina wordt het conceptueel model afgebeeld. Dit model brengt schematisch alle belemmerende en faciliterende factoren voor de afbouw en stop van benzodiazepines en Z-drugs aan het licht op patiënt-, arts- en contextniveau. De belemmerende factoren zijn in het rood weergegeven, terwijl de helpende factoren in het groen afgebeeld staan. Factoren die in het oranje zijn weergegeven, roepen bij de geïnterviewde huisartsen verschillende meningen op. Tegengestelde factoren worden aangegeven met een dubbele pijn. Een gelijkheidsteken duidt op eenzelfde thema dat in de verschillende niveaus aan bod komt.


Afbouw van slaapmedicatie
Patiënt
Arts
Context
Geen motivatie
Wel motivatie
Weerstand
Polyfarmacie
Bijwerkingen
Geen bijwerkingen
Ouderen
Initieel probleem nog aanwezig
Stabiele patiënt/ probleem opgelost
Acute stresssituatie tijdens afbouw
Misbruik of risico op verslaving
Langdurig gebruik
Kortdurend gebruik (bij acute crisis)
Volledige stopt lukt niet
Jonge patiënt
Afhankelijkheid en herval
Psycho-educatie, informatiebrief, app
Psychiatrische pathologie
Andere verslavingen
Nieuwe patiënt
Shoppen
Tijdgebrek
Geen telefonische herhaalvoorschriften
Weerstand bij patiënt
Extra consult plannen
Veel psychische consulten
Stop herhaaldelijk bespreken
Mindere dag arts
Compromis met patiënt zoeken
Niet vaste arts/ geen vertrouwens-band
Vaste arts/ zelf opgestart
Gebrek aan kennis
Bijscholing
Weinig successen
Niet opstarten
Schrik dat patiënt praktijk zal verlaten
Empathie voor patiënt
Shoppen binnen groepspraktijk
Meer tijd voor patiënt door groepspraktijk (vs. solo)
Moeilijk toegankelijke psychiaters
Betrokken omgeving
Versnipperde psychologische hulpverlening
Samenwerking met paramedici
Meerprijs magistrale bereiding
Verwijzing 2de lijn (psychiater, slaapkliniek...)
Apotheek levert medicatie zonder voorschrift
Apotheek meldt vermoeden misbruik
Druk vanuit WZC om slaapmedicatie voor te schrijven
Goede omkadering in WZC
Vrije artsenkeuze
Werkgroep farmacologie
Meer toegankelijke psychische hulp-verlening
Eerstelijns-psycholoog
Kleinere verpakkingen/ duurder maken
Specifiek nommenclatuur-nummer
Sensibilisering-campagnes
Veranderde tijdsgeest

Discussie

Samenvatting onderzoeksresultaten en vergelijking met de literatuur

In tegenstelling tot de studie in Vlaanderen van Anthierens et al. uit 2010 (3) waarbij de ondervraagde artsen geen probleem ziet in het voorschrijven van benzodiazepines, zijn de huisartsen in deze studie zich bewust over de risico's van het gebruik van benzodiazepines. Toch worden benzodiazepine voorschriften bij navraag in onze studie vaak wekelijks voorgeschreven en een afbouwpoging meestal minder dan één keer per maand toegepast. De meeste geïnterviewde huisartsen zeggen wel vaak kort een stoppoging bij een herhaalvoorschrift aan te kaarten en zouden het liefst bij alle patiënten benzodiazepines stoppen. Vanwege de onderstaande belemmerende factoren vormt deze afbouw echter vaak een uitdaging. Deze stelling komt overeen met de studie van Lasserre et al. (6) die beweert dat er een grote discrepantie bestaat tussen het aantal huisartsen die slaap- en kalmeermiddelen wel willen stoppen en het aantal huisartsen dat ook effectief die medicatie stopt.

Op patiëntniveau is vooral het gebrek aan motivatie bij de patiënt en het vertonen van weerstand een reden om geen afbouwpoging te initiëren. Het weigeren van afbouw van de patiënt als belemmerende factor werd ook in eerdere studies reeds aangehaald (3,6). Bij zware psychiatrische patiënten vinden huisartsen het eerder de taak van de psychiater om de medicatie te beheren. Dit kwam ook in de studie van dr. Tine Van der Keybus naar voor. Daarnaast wordt er bij langdurige benzodiazepinegebruikers die geen zichtbare bijwerkingen vertonen vaak geen energie gestoken in het afbouwen van deze medicatie. Ook in de studie van Pohontsch et al. (4) werd geconstateerd dat de meeste huisartsen geen noodzaak zien tot afbouw als er geen neveneffecten aanwezig zijn. Wanneer er echter wel bijwerkingen aanwezig zijn, zeker bij ouderen of bij patiënten met polyfarmacie en medicatie-interacties, vinden huisartsen het in onze studie net wel belangrijk om deze medicatie te stoppen. Hulpmiddelen om de afbouw te vergemakkelijken zijn informatiebrieven/folders aan de patiënt, het geven van psycho-educatie over de afbouw en een app die de patiënt begeleidt tijdens de afbouw.

Op artsniveau worden tijdgebrek en een gebrek aan motivatie (o.a. door weerstand van de patiënt, door weinig succesverhalen in het verleden, omwille van veel psychische consulten op dezelfde dag, door een mindere dag) bij de arts het vaakst aangekaart als belemmerende factoren bij de afbouw van slaapmedicatie. De meeste factoren werden ook reeds in voorgaand onderzoek vernoemd (3, 4, 6, 7, 9). Alleen veel psychische consulten op dezelfde dag en een mindere dag bij de arts waardoor er minder aandacht is voor afbouw zijn nog niet eerder beschreven. Terwijl in vorig onderzoek een andere belemmerende factor, namelijk de schrik om de patiënt te verliezen wanneer er geen voorschrift wordt gemaakt, aangehaald wordt (9), werd dit in onze studie slechts door één arts benoemd. Andere huisartsen spraken dit zelf expliciet tegen. Doordat ze al meer dan voldoende patiënten hebben, hebben ze zelf liever dat te eisende patiënten de praktijk verlaten. Een andere opvallende bevinding uit de interviews is dat de huisartsen de vertrouwensband met de patiënt een belangrijke voorwaarde vinden om met de patiënt open over afbouw van medicatie te spreken. Indien de patiënt beter gekend is bij een andere arts in een groepspraktijk, voelen artsen zich geremd om dit gesprek aan te gaan. Een goede relatie met de patiënt speelt aldus in het voordeel om afbouw aan te kaarten, terwijl voorgaande studies de relatie met de patiënt net als een belemmering

beschouwen, met name om de vertrouwensband niet te schaden (2,8). Uit onze studie blijkt dat huisartsen het belangrijk vinden om bij herhalingsvoorschriften een stoppoging kort aan te halen, ook al vertoond de patiënt weerstand, om eventueel in de toekomst tot een stoppoging te komen. Ook wordt er door huisartsen meer ingezet op het niet opstarten van benzodiazepines waardoor er in de toekomst bij minder patiënten zal moeten gestopt worden.
Bijscholing en communicatietraining zou volgens huisartsen helpen om meer patiënten aan te zetten tot afbouw van slaapmedicatie. Ook in de studie van Davy et al. (10) blijkt dat artsen na een bijscholing meer geneigd zijn om een afbouwpoging te initiëren.

Op contextniveau is een vaak aangehaalde belemmerende factor het gebrek aan snelle toegang tot psychologen in de buurt wat ook in de literatuur naar voor kwam (6). Een belemmering die nog niet eerder is beschreven, is het werken in een groepspraktijk. Er is een hogere kans dat er door een andere collega in de praktijk een ongewild voorschrift wordt afgeleverd waardoor een afbouwpoging sneller in het gedrang komt. Ook de mogelijkheid in ons gezondheidssysteem om verschillende artsen te raadplegen waardoor de patiënt kan shoppen leunt hierbij aan. Daarentegen wordt een groepspraktijk door andere artsen ook als een faciliterende factor gezien, omdat er meer tijd zou zijn voor de patiënt dan in een solopraktijk. Door de geïnterviewde artsen wordt daarnaast een verandering in tijdsgeest ervaren waardoor er nu meer kritisch naar slaapmedicatie wordt gekeken. Een goede samenwerking met de eerste lijn (zoals de thuisverpleging en de apotheker) en tweede lijn (zoals psychiater) zijn helpend bij het afbouwen van slaapmedicatie. Voor de tweede lijn werd dit reeds beschreven in vorig onderzoek (4,9). In de literatuur werden daarentegen geen voorbeelden aangehaald van samenwerking in de eerste lijn specifiek bij afbouw van slaapmedicatie, maar er werden wel samenwerkingsinitiatieven gevonden die de eerste lijn kunnen versterken en die door de huisartsen als helpend werden ervaren, zoals de UKMI (UK Medicines Information). Dit is een dienst geleid door apothekers binnen de NHS waarbij ze informatie verlenen over medicatie aan (huis)artsen (12). In België bestaat er wel het medisch-farmaceutisch overleg (MFO), maar dit wordt nog niet zo vaak toegepast.
Voorstellen voor het vergemakkelijken van de afbouw zijn sensibiliseringsacties voor de patiënt, het goedkoper maken van magistrale bereidingen, kleinere verpakkingen maken, efficiëntere samenwerking met de apotheek, werkgroepen farmacologie organiseren en meer toegankelijke psychologische hulpverlening, qua wachttijd en kostprijs. Daarentegen zien sommige artsen doorverwijzing naar een ELP als een extra drempel voor de patiënt. Het invoeren van een specifiek nomenclatuurnummer zou sommige artsen helpen om meer in te zetten op de afbouw, terwijl dit voor andere artsen geen verschil zou uitmaken. Enkel communicatie met de tweede lijn is in voorgaand onderzoek beschreven. Wanneer opnieuw breder werd gekeken in de literatuur, wordt het positieve effect van sensibiliseringsacties via verschillende mediakanalen op de kennis en de aanzet van gedragsverandering bij patiënten beschreven bij andere gezondheidsproblemen (13). Specifiek voor rookstop bleek een financiële stimulans voor huisartsen werkzaam om meer patiënten te vragen of ze rookten, dit te registreren, rookstopadvies te geven of te verwijzen naar andere partners voor rookstopbegeleiding (14).

Sterktes en zwaktes van de studie

In deze studie werden huisartsen en HAIO's uit Oost-Vlaanderen geïnterviewd die vooral werkzaam zijn in een meer stedelijke context. Dit werd bewust zo gekozen om een goede aanvulling te bieden op het eerder onderzoek van Dr. Van den Keybus die focusgesprekken uitvoerde bij huisartsen uit een landelijk gedeelte van de provincie Antwerpen. Daarnaast werd bewust gekozen om deze keer met individuele interviews te werken, om te voorkomen dat er door de arts sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven door de aanwezigheid van collega's. Echter werd ook bij de interviews soms het gevoel ervaren dat artsen niet volledig vrijuit durfden te spreken, omdat ze niet graag toegeven dat ze nog veel slaapmedicatie voorschrijven en dit weinig proberen afbouwen.
Zelfs na deze twee studies werd slechts een kleine populatie ondervraagd. De gegevens kunnen dus nog steeds niet gegeneraliseerd worden voor alle Vlaamse huisartsen.
Doordat er een goede spreiding was van de leeftijd van de deelnemende artsen, kwamen veel diverse visies naar voren.

Een grote sterkte van deze studie was op vlak van de analyse. De codering werd steeds na de interviews besproken door twee onafhankelijke onderzoekers. Hierbij vonden interessante discussies plaats om tot een consensus te komen. Deze discussies zorgden ervoor dat de eigen veronderstellingen van de interviewer aan de kant konden worden gezet om echt het standpunt van de geïnterviewde te registreren (bracketing).

Daarnaast werd er ook de focus gelegd op factoren die artsen zouden kunnen helpen bij afbouw terwijl eerdere studies zich vooral op de belemmerende factoren focusten wat deze studie onderscheidt van voorgaand onderzoek.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Gezien de studie een kwalitatief onderzoek betreft met een kleine onderzoekspopulatie is het zinvol om de bevindingen uit het onderzoek te toetsen aan de hand van een kwantitatieve bevraging met een grotere onderzoekspopulatie om de gevonden stellingen te kunnen veralgemenen. Daarnaast is er specifiek verder onderzoek nodig naar de ondersteunende factoren bij de afbouw van benzodiazepines om te weten wat huisartsen kan helpen om het benzodiazepinegebruik bij hun patiënten verder te reduceren, gezien dit in tegenstelling tot de belemmerende factoren nog maar weinig eerder werd onderzocht. De nieuwe ondersteunende factoren die in onze studie reeds gevonden werden, kunnen op deze manier al dan niet bevestigd en aangevuld worden. Daarenboven vragen ook factoren die bij de ondervraagde huisartsen tegengestelde meningen opleverden, zoals bijvoorbeeld het invoeren van een nomenclatuurnummer of het verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog, verder onderzoek. Hierbij zou het mogelijks interessant zijn om een focusgroep te organiseren.

Conclusie

Ondanks dat herhaalvoorschriften voor benzodiazepines en z-drugs nog vaak worden voorgeschreven en chronisch slaapmiddelengebruik bijgevolg een probleem blijft in Vlaanderen, blijkt uit het onderzoek dat de tijdsgeest bij huisartsen doorheen de jaren in positieve zin aan het veranderen is. Door de bovenstaande belemmerende factoren blijft de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs voor huisartsen echter vaak moeilijk. Daarom is het belangrijk om meer in te zetten op de gevonden faciliterende factoren om tot afbouw bij de patiënt te komen. Hulpmiddelen die het vaakst aangehaald werden zijn bijscholing en communicatietraining, alsook nood aan meer toegankelijke psychologische hulpverlening. Andere voorstellen op contextniveau zijn sensibiliseringsacties voor de patiënt, het goedkoper maken van magistrale bereidingen van lagere dosissen, kleinere verpakkingen en een efficiëntere samenwerking met de apotheek. Ook een goed praktijkmanagement binnen een groepspraktijk - zoals geen telefonische voorschriften, stoppoging bij elk herhaalvoorschrift bespreken en een goede communicatie tussen de verschillende artsen zodat elke arts hierin zijn verantwoordelijkheid neemt - blijkt belangrijk te zijn om benzodiazepinegebruik bij patiënten in te perken. Over de eerstelijnspsycholoog en extra vergoeding voor de huisartsen zijn de meningen verdeeld. Gezien veel van de gevonden faciliterende factoren nog niet eerder beschreven werden, is verder onderzoek om deze opties te exploreren noodzakelijk.

Referenties

1. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Brussel, België : Sciensano ; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be [Geraadpleegd op 04 januari 2021].
2. BCFI. [internet]. Beschikbaar op www.bcfi.be [Geraadpleegd op 12 februari 2022].
3. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia: Family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. Can Fam Physician. 2010;56(11).
4. Pohontsch NJ, Heser K, Löffler A, et al. General practitioners' views on (long-term) prescription and use of problematic and potentially inappropriate medication for oldest-old patients-A qualitative interview study with GPs (CIM-TRIAD study). BMC Fam Pract. 2017;18(1):22. Published 2017 Feb 17. doi:10.1186/s12875-017-0595-3
5. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract. 2013;14:191. Published 2013 Dec 13. doi:10.1186/1471-2296-14-191
6. Lasserre A, Younès N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al. Psychotropic drug use among older people in general practice: Discrepancies between opinion and practice. Br J Gen Pract. 2010;60(573):260–2..
7. Weiß V, Nau R, Glaeske G, Hummers E, Himmel W. The interplay of context factors in hypnotic and sedativeprescription in primary and secondary care—a qualitative study. Eur J Clin Pharmacol. European Journal of Clinical Pharmacology; 2019;75(1):87–97.
8. Neves IT, Oliveira JSS, Fernandes MCC, Santos OR, Maria VAJ. Physicians' beliefs and attitudes about Benzodiazepines: a cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2019;20(1):71. Published 2019 May 25. doi:10.1186/s12875-019-0965-0
9. Voigt K, Gottschall M, Köberlein-Neu J, Schübel J, Quint N, Bergmann A. Why do family doctors prescribe potentially inappropriate medication to elderly patients?. BMC Fam Pract. 2016;17:93. Published 2016 Jul 22.doi:10.1186/s12875-016-0482-3
10. Davy Z, Middlemass J, Siriwardena AN. Patients' and clinicians' experiences and perceptions of the primary care management of insomnia: qualitative study. Health Expect. 2015;18(5):1371-1383. doi:10.1111/hex.12119
11. Van den Keybus T. Visie van huisartsen op de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs in de huisartsenpraktijk. 2019.
12. Rutter J, Fitzpatrick R, Rutter P. What effect does medicine advice provided by UK Medicines Information pharmacists have on prescriber practice and patient care: a qualitative primary care study. J Eval Clin Pract. 2015;21(2):307-312
13. Anker AE, Feeley TH, McCracken B, Lagoe CA. Measuring the Effectiveness of Mass-Mediated Health Campaigns Through Meta-Analysis. J Health Commun. 2016;21(4):439-56. doi: 10.1080/10810730.2015.1095820. Epub 2016 Mar 8. PMID: 26953782
14. Hamilton FL, Greaves F, Majeed A, Millett C. Effectiveness of providing financial incentives to healthcare professionals for smoking cessation activities: systematic review. Tob Control. 2013 Jan;22(1):3-8. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050048. Epub 2011 Nov 28. PMID: 22123941

Dankwoord

Wij willen graag promotor professor dokter Van Nuland Marc en co-promotor Coteur Kristien bedanken voor het helpen verwezenlijken van deze masterproef en hun tijd. Bedankt om ons tijdens het proces steeds bij te staan met snelle, nuttige en opbouwende feedback.

Daarnaast willen we ook de huisartsen bedanken die aan onze studie hebben deelgenomen voor hun enthousiasme, voor hun eerlijkheid bij het beantwoorden van de vragen en om tijd vrij te maken in deze drukke periode.

Bijlagen

Bijlage 1: Informed consent

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Wat kan huisartsen ondersteunen bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen: Een kwalitatieve exploratie.
Onderzoeksinstelling: KU Leuven
Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*
Onderzoekers: Nys Eline, ManaMa Huisartsgeneeskunde, Eline.Nys @ugent.be – Hoedt Josefien, ManaMa Huisartsgeneeskunde, josefienandrea.hoedt@ugent.be
Naam promotor en contactgegevens: Marc Van Nuland, marc.vannuland@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een kwalitatieve studie naar de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen. Met dit onderzoek willen we de belemmerende en faciliterende factoren die een huisarts ervaart bij de afbouw van deze slaapmedicatie in kaart brengen. Er is daarbij speciale aandacht voor wat huisartsen kan ondersteunen. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.

Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.

De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.

Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Huisartsen worden frequent geconsulteerd door patiënten met slaapproblemen. Nog al te vaak schrijven huisartsen hiervoor slaapmedicatie zoals benzodiazepine voor. Dit blijkt uit het feit dat er elke dag 1.260.034 eenheidsdosissen slaap-en kalmeerpillen worden afgeleverd in België. 35% van alle gebruikers zijn 75 jaar of ouder. 35% van alle gebruikers zijn 75 jaar of ouder. Dit is niet zonder gevaar, aangezien ouderen extra kwetsbaar zijn voor de gekende neveneffecten zoals valincidenten, slaperigheid en cognitieve stoornissen (geheugenverlies en verwarring). Daarnaast geldt voor alle gebruikers het gevaar van gewenning en verslaving (1). Deze cijfers maken duidelijk dat er in België meer moet ingezet worden op zowel het minder opstarten alsook het meer afbouwen van deze slaapmedicatie.

Aan de hand van onze studie willen we de visie van huisartsen in Vlaanderen op de afbouw van benzodiazepines in kaart brengen. Op die manier kunnen de barrières die huisartsen ervaren bij de afbouw van benzodiazepines aan het licht komen. Daarnaast vragen we na wat huisartsen kan ondersteunen om tot afbouw van benzodiazepines bij hun patiënten te komen. Aangezien recent begeleiding bij afbouw van slaapmedicatie toegevoegd werd als indicatie voor verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog in België, willen we ook graag nagaan of huisartsen hiervan al gebruik maken.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u een huisarts of huisarts in opleiding bent, tussen 25-65 jaar oud bent en werkzaam in Vlaanderen. Aan deze studie zullen ongeveer 15 personen deelnemen.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar uw ervaringen met de afbouw van benzodiazepines en z-drugs in de praktijk. Indien u wenst deel te nemen, zal u gevraagd worden een informed consent te tekenen. Deelname aan het interview zal ongeveer 30-45 minuten van uw tijd in beslag nemen. Het interview zal afgenomen worden in uw praktijk of een andere locatie naar keuze tussen 1 april 2021 en 1 september 2021. De interviews zullen worden vastgelegd door middel van geluidsopnamen. De gesprekken worden zo snel mogelijk uitgeschreven door de onderzoekers waarna de opnames worden vernietigd. De afschriften worden gepseudonimiseerd door de onderzoekers en de data worden gecodeerd. De sleutel voor pseudonimisering en de gecodeerde transcripten van de interviews zullen niet op dezelfde computer bewaard worden en alle computers die data bevatten worden beveiligd met een wachtwoord.

De gegevens worden verwerkt in een masterthesis. Uw identiteit zal hierbij niet vrijgegeven worden. Na éénmalige deelname aan het interview zal u niet meer gecontacteerd worden. Na afloop van de thesis worden alle data door de promotor bijgehouden op een versleutelde plaats en worden 5 jaar bijgehouden conform het beleid van de KU Leuven.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Hoedt Josefien via josefienandrea.hoedt@ugent.be of via het telefoonnummer +32 470033902, Nys Eline via Eline.Nys @ugent.be of via het telefoonnummer +32 494665512 en de hoofdonderzoeker Van Nuland Marc via het telefoonnummer +32 016 37 72 91 (werkuren) of via e-mail marc.vannuland@kuleuven.be.

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Wat kan huisartsen ondersteunen bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen: Een kwalitatieve exploratie.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er aan dit onderzoek geen risico's zijn verbonden en dat er geen vergoeding wordt voorzien.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet (schrap wat niet past) geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Hoedt Josefien en Nys Eline, onderzoekers, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoekers

Titel van de studie: Wat kan huisartsen ondersteunen bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen: Een kwalitatieve exploratie.

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

[1]

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres : (verduidelijken). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacyteam van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

[2] De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Exemplaar voor de onderzoeker

Titel van de studie: Wat kan huisartsen ondersteunen bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen: Een kwalitatieve exploratie.

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*

Onderzoekers: Nys Eline, ManaMa Huisartsgeneeskunde, Eline.Nys @ugent.be – Hoedt Josefien, ManaMa Huisartsgeneeskunde, josefienandrea.hoedt@ugent.be

Naam promotor en contactgegevens: Marc Van Nuland, marc.vannuland@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een kwalitatieve studie naar de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen. Met dit onderzoek willen we de belemmerende en faciliterende factoren die een huisarts ervaart bij de afbouw van deze slaapmedicatie in kaart brengen. Er is daarbij speciale aandacht voor wat huisartsen kan ondersteunen. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.

Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.

De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.

Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Huisartsen worden frequent geconsulteerd door patiënten met slaapproblemen. Nog al te vaak schrijven huisartsen hiervoor slaapmedicatie zoals benzodiazepine voor. Dit blijkt uit het feit dat er elke dag 1.260.034 eenheidsdosissen slaap-en kalmeerpillen worden afgeleverd in België. 35% van alle gebruikers zijn 75 jaar of ouder. 35% van alle gebruikers zijn 75 jaar of ouder. Dit is niet zonder gevaar, aangezien ouderen extra kwetsbaar zijn voor de gekende neveneffecten zoals valincidenten, slaperigheid en cognitieve stoornissen (geheugenverlies en verwarring). Daarnaast geldt voor alle gebruikers het gevaar van gewenning en verslaving (1). Deze cijfers maken duidelijk dat er in België meer moet ingezet worden op zowel het minder opstarten alsook het meer afbouwen van deze slaapmedicatie.

Aan de hand van onze studie willen we de visie van huisartsen in Vlaanderen op de afbouw van benzodiazepines in kaart brengen. Op die manier kunnen de barrières die huisartsen ervaren bij de afbouw van benzodiazepines aan het licht komen. Daarnaast vragen we na wat huisartsen kan ondersteunen om tot afbouw van benzodiazepines bij hun patiënten te komen. Aangezien recent begeleiding bij afbouw van slaapmedicatie toegevoegd werd als indicatie voor verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog in België, willen we ook graag nagaan of huisartsen hiervan al gebruik maken.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u een huisarts of huisarts in opleiding bent, tussen 25-65 jaar bent en werkzaam in Vlaanderen. Aan deze studie zullen ongeveer 15 personen deelnemen.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar uw ervaringen met de afbouw van benzodiazepines en z-drugs in de praktijk. Indien u wenst deel te nemen, zal u gevraagd worden een informed consent te tekenen. Deelname aan het interview zal ongeveer 30-45 minuten van uw tijd in beslag nemen. Het interview zal afgenomen worden in uw praktijk of een andere locatie naar keuze tussen 1 april 2021 en 1 september 2021. De interviews zullen worden vastgelegd door middel van geluidsopnamen. De gesprekken worden zo snel mogelijk uitgeschreven door de onderzoekers waarna de opnames worden vernietigd. De afschriften worden gepseudonimiseerd door de onderzoekers en de data worden gecodeerd. De sleutel voor pseudonimisering en de gecodeerde transcripten van de interviews zullen niet op dezelfde computer bewaard worden en alle computers die data bevatten worden beveiligd met een wachtwoord.

De gegevens worden verwerkt in een masterthesis. Uw identiteit zal hierbij niet vrijgegeven worden. Na éénmalige deelname aan het interview zal u niet meer gecontacteerd worden. Na afloop van de thesis worden alle data door de promotor bijgehouden op een versleutelde plaats en worden 5 jaar bijgehouden conform het beleid van de KU Leuven.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Hoedt Josefien via josefienandrea.hoedt@ugent.be of via het telefoonnummer +32 470033902, Nys Eline via Eline.Nys @ugent.be of via het telefoonnummer +32 494665512 en de hoofdonderzoeker Van Nuland Marc via het telefoonnummer +32 016 37 72 91 (werkuren) of via e-mail marc.vannuland@kuleuven.be.

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)

Titel van de studie: Wat kan huisartsen ondersteunen bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen: Een kwalitatieve exploratie.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er geen risico's verbonden zijn aan deze studie en dat er geen vergoeding wordt voorzien.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet (schrap wat niet past) geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Hoedt Josefien en Nys Eline, onderzoekers, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoekers

Titel van de studie: Wat kan huisartsen ondersteunen bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen: Een kwalitatieve exploratie.

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[3].

[3]

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [4].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres : (verduidelijken). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacyteam van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.

Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

[4] De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Bijlage 2: Vragenlijst

Gegevens van de deelnemer:

- M/V
- Leeftijd
- Aantal jaren ervaring als arts
- Solo-, duo- of groepspraktijk
- Werkzaam in stedelijk of plattelandsgebied
- Verhouding psychische/somatische consulten

Vragen:

1. Hoe frequent start u benzodiazepines en z-drugs voor de eerste keer op: dagelijks-meermaals per week-wekelijks-maandelijks-minder dan maandelijks ?
2. Hoe frequent schrijft u herhaalvoorschriften voor: dagelijks-meermaals per week-wekelijks-maandelijks-minder dan maandelijks?
3. Hoe frequent bouwt u benzodiazepines of z-drugs af bij een patiënt: dagelijks-meermaals per week-wekelijks-maandelijks-minder dan maandelijks?
4. Wat vindt u de voordelen van het gebruik van benzodiazepines en z-drugs?
5. Wat vindt u de nadelen van het gebruik van benzodiazepines en z-drugs?
6. Wat is uw visie op z-drugs ten opzichte van benzodiazepines?
7. Herinnert u zich nog de laatste keer dat u benzodiazepines bent gestopt bij een patiënt?
    a. Wat zorgde ervoor dat u bij deze patiënt benzodiazepines wilde afbouwen?
    b. Hoe hebt u deze afbouw aangepakt?
    c. Botste u daarbij op bepaalde problemen?
    d. Hoe heeft u die problemen overwonnen?
8. Is dit representatief? Werkt u steeds op dezelfde wijze voor de afbouw van benzo's?
    a. Welke verschillen in aanpak? Wat bepaalt uw werkwijze?
9. Herinnert u zich een situatie waarin de afbouw niet goed ging en een situatie waarin de afbouw wel goed ging? Wat was het verschil?
10. Bij welk type patiënten zou u afbouw overwegen?
    a. Bij welke niet?
11. In welke situaties zou u afbouw overwegen? Hiermee bedoelen we bv. de gezinssituatie, de omkadering, de sociaaleconomische situatie, de organisatie van uw consultaties, tijdmanagement.. alles in de ruime context van de patiënt.
    a. In welke niet?
12. Wat zijn bij uzelf belemmeringen om niet af te bouwen? (welke struikelblokken bij uzelf ervaar je bij het begeleiden van mensen om benzo's af te bouwen)
13. Welke niet-medicamenteuze strategieën voor afbouw past u toe? Hoe verloopt dit meestal?
14. Wat zou u kunnen helpen om meer patiënten aan te zetten tot afbouw?
    a. Heeft u voldoende tools ter beschikking om benzo's af te bouwen bij patiënten?
        i. Van welk materiaal maakt u gebruik? (PROBE: slaapdagboek, afbouwschema, informatiebrochures, etc.)
    b. Welk materiaal kan helpen voor de patiënt? (PROBE: online informatie voor de patiënt, geschreven brochure, een forum, zelfhulpgroep, etc.)
    c. Welk materiaal kan helpen voor u? (PROBE: e-learning, workshop, etc.)
    d. Is er volgens u nood aan meer overheidssteun en financiële middelen zodat huisartsen meer tijd kunnen spenderen aan de afbouw van benzo's en z-drugs? Waarom wel/niet?

15. Bent u op de hoogte dat er ook naar een ELP mag verwezen worden voor ondersteuning bij de afbouw van slaapmedicatie?
    a. Denkt u dat dit een meerwaarde kan zijn?
    b. Zou u hiervan gebruik maken? Waarom wel/niet?
16. Ziet u een verschil in het aantal keer dat u benzodiazepines en z-drugs probeert af te bouwen ten opzichte van wanneer u net startte als huisarts?
    a. Indien ja: vanwaar komt dat verschil volgens u?

Bijlage 3: Gunstig advies ethisch comité

KU LEUVEN

UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49 OZN II – BUS 7000
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP016829
Uw kenmerk: Masterproef studie: Wat kan huisartsen ondersteunen bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen: Een kwalitatieve exploratie.
Leuven, 07-04-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Marc Van Nuland
Geachte Mathias Vandenbergh, Josefien Hoedt, Nathan Martens, Eline Nys

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 07-04-2021

(Tussentijdse goedkeuring van amendement) De onderzoekers dienen een amendement in omdat zij de plaats waar zij patiënten zullen rekruteren wensen uit te breiden. Patiënten zullen gecontacteerd worden via twee groepspraktijken in en rondom Si

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

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

Dit gunstig advies betreft de indiening van 06-04-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

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

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

Met vriendelijke groet,

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

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol

KU LEUVEN UZ LEUVEN

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

Template 2019.10

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Wat kan huisartsen ondersteunen bij de afbouw van benzodiazepines en z-drugs bij chronische slaapproblemen: Een kwalitatieve exploratie.
Version 1: Date submission	Date:8/11/2020
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Marc Van Nuland
	Telephone: 016 37 72 91
	E-mail: marc.vannuland@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES NO □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: Kristien Coteur
	Telephone: 0472874937
	E-mail: kristien.coteur@kuleuven.be
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Eline Nys
	Student number: r0861520
	Telephone: 0494665512
	E-mail: eline.nys@hotmail.com
	Name: Josefien Hoedt
	Student number: r0860290
	Telephone: 0470033902

E-mail: josefienhoedt@gmail.com

Name: Martens Nathan
Student number: r0862095
Telephone: 0479 560 586
E-mail: martens_nathan@hotmail.com

Name: Mathias Vandenbergh
Student number: r0430856
Telephone: 0496 065 042
E-mail: mathias.vandenbergh1@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Huisartsen worden frequent geconsulteerd door patiënten met slaapproblemen. Nog al te vaak schrijven huisartsen hiervoor slaapmedicatie zoals benzodiazepine voor. Dit blijkt uit het feit dat er elke dag 1.260.034 eenheidsdosissen slaap-en kalmeerpillen worden afgeleverd in België. 35% van alle gebruikers zijn 75 jaar of ouder. 35% van alle gebruikers zijn 75 jaar of ouder. Dit is niet zonder gevaar, aangezien ouderen extra kwetsbaar zijn voor de gekende neveneffecten zoals valincidenten, slaperigheid en cognitieve stoornissen (geheugenverlies en verwarring). Daarnaast geldt voor alle gebruikers het gevaar van gewenning en verslaving (1). Deze cijfers maken duidelijk dat er in België meer moet ingezet worden op zowel het minder opstarten alsook het meer afbouwen van deze slaapmedicatie.

Anthierens et al. (2) beschrijven dat 60% van de huisartsen moeilijkheden ondervinden bij het motiveren van patiënten om benzodiazepines te stoppen. Slechts 56% geeft aan te weten hoe ze deze patiënten kunnen begeleiden bij de afbouw van deze slaapmedicatie. Opvallend in deze studie is ook dat volgens 97% van de huisartsen de meeste patiënten in aanmerking zouden komen voor niet-medicamenteuze behandeling, maar dat ze te veel barrières ervaren om dit toe te passen. Vanwege tijdgebrek, gebrek aan goede alternatieven en om empathie voor de slaapproblemen van de patiënt te tonen, wordt daarom vaak voor een benzodiazepine gekozen. Andere barrières die in deze studie naar voor komen zijn: onvoldoende kennis van huisartsen over niet-medicamenteuze therapie, het idee dat het motiveren van de patiënt te moeilijk is, het idee dat verwijzing te duur is, het idee dat slaaphygiëne niet zinvol is bij slaapproblemen, het idee dat patiënten een voorschrift verwachten zonder deze verwachting expliciet na te vragen (2).

Een grote groep huisartsen ziet geen problemen in het voorschrijven van benzodiazepines. Dit blijkt uit de studie van Anthierens et al. (2) waarbij 39% van de bevraagde huisartsen niet bezorgd is over de risico's van benzodiazepines. Uit de systematische review van Sirdifield et al. (3) blijken huisartsen meer voordelen dan nadelen te zien bij het continueren van benzodiazepines bij ouderen. Deze review

beschrijft daarnaast zeer uiteenlopende visies van
huisartsen op het voorschrijven van benzodiazepines wat resulteert in een inconsequente aanpak van deze medicatie bij slaapproblemen.

Het afbouwen van benzodiazepines en z-drugs voor slaapproblemen roept ook weerstand op bij de patiënt. Deze vreest voor de negatieve effecten die ontstaan na het stoppen zoals bijvoorbeeld het niet meer kunnen functioneren in het dagelijkse leven omwille van te weinig slaap. Wat volgens Zwitsers onderzoek van Liebrenz et al. (12) bij sommige patiënten nog een drempel is om te stoppen met hun slaapmedicatie zijn de mislukte pogingen van kennissen en familie. Volgens ditzelfde onderzoek geven patiënten aan dat er wel degelijk stopredenen zijn, bijvoorbeeld gezondheid gerelateerde zaken als fysieke en cognitieve achteruitgang. Het gevoel van verslaafd te zijn alsook sociale druk worden ook vermeld als stopredenen. Het gaat in dit onderzoek wel over patiënten die chronisch hoge dosissen (dagelijks 40mg diazepam of verwanten) benzodiazepines gebruiken. Het probleem is dat deze stopredenen vaak pas naar boven komen als de artsen er dieper op ingaan en hier aandacht aan schenken. Patiënten geven in verschillende onderzoeken aan, geen of te weinig ondersteuning te ondervinden bij het afbouwen van de slaapmedicatie (11).

Uit verschillende studies blijkt dat kleine interventies effectief zijn in het reduceren van het benzodiazepinegebruik. Zo zijn in de Canadese studie van Martin et al. (4) 64% van de deelnemers gestopt na het ontvangen van een informatiebrochure omtrent benzodiazepine afbouw. Ook in een Nederlandse studie van De Gier et al. (5) stopte 28 % van de patiënten door middel van een informatiebrief van de huisarts na langdurig gebruik van benzodiazepines. 10 jaar later was 73% van hen nog steeds gestopt. Ook de interventie van Jorgensen et al. (6) bleek effectief te zijn in het reduceren van het benzodiazepinegebruik. 60% van de 102 patiënten zijn gestopt. Dit door middel van restrictie van telefonische voorschriften. Voorschriften mochten enkel nog tijdens een persoonlijke consultatie afgegeven worden en maximum voor het gebruik van 1 maand. Ook in de meta-analyse van Mugunthan et al. (7) bleken kleine interventies zoals een stopbrief of een eenmalige consultatie om stoppen te bespreken effectief. Daarnaast blijken richtlijnen over medicatiestop aan huisartsen ook zinvol om chronische medicatie, zoals benzodiazepines bij patiënten te stoppen (8).

Dat ook bij ouderen succesvol kan gestopt worden met benzo's bewijst de systematische review van Reeve et al. (9). Bij elke interventie (zoals patiënteneducatie, psychologische begeleiding) slaagde 27 tot 80% van de patiënten erin om te stoppen. Bovendien bleek er geen verschil te zijn in slaapkwaliteit voor en na het stoppen van de slaapmedicatie.

Ondanks uit steeds meer studies blijkt dat niet-medicamenteuze interventies effectief zijn, wordt er in Vlaanderen geen reductie van het benzodiazepinegebruik gezien. Ook de sterk uiteenlopende visies van huisartsen in de studie van Sirdifield et al. (3) tonen aan dat om de huidige problematiek van overgebruik van benzodiazepines aan te pakken er nog meer onderzoek nodig is naar hoe huisartsen kunnen gemotiveerd worden om gekende effectieve strategieën toe te passen. De review van Pollman et al. (10) concludeert dat er nog maar weinig kwalitatief onderzoek is naar de redenen waarom bepaalde afbouw strategieën wel of niet door de huisarts worden gebruikt.

Aan de hand van onze studie willen we daarom de visie van huisartsen in Vlaanderen op de afbouw van benzodiazepines in kaart brengen. Op die manier kunnen de barrières die huisartsen ervaren bij de afbouw van benzodiazepines aan het licht komen. Daarnaast vragen we na wat huisartsen kan ondersteunen om tot afbouw van benzodiazepines bij hun patiënten te komen. Aangezien recent begeleiding bij afbouw van slaapmedicatie toegevoegd werd als indicatie voor verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog in België, willen we ook graag nagaan of huisartsen hiervan al gebruik maken.

Alsook willen we de visie van patiënten op de afbouw van benzodiazepines bekijken. Hierdoor kunnen we nagaan wat bij patiënten drempels blijken te zijn die ervoor zorgen dat afbouw van benzodiazepines moeilijker loopt of niet lukt. Dit kan huisartsen een goede insteek geven waarop er kan gelet worden wanneer men afbouwt met slaapmedicatie en zodoende meer succesvolle afbouwstrategiën ontstaan.

Met deze studie bouwen we verder op de thesis van Tinne van den Keybus: Visie van huisartsen op de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs in de huisartsenpraktijk. In het huidig onderzoek zal er echter meer nadruk gelegd worden op factoren die huisartsen kan ondersteunen om benzodiazepines af te bouwen. Daarnaast wordt er bewust gezocht naar huisartsen uit een meer stedelijke context, huisartsen uit de regio Oost-Vlaanderen en huisartsen uit de leeftijdscategorie veertig en vijftig jaar, gezien deze groepen in de vorige studie onderbelicht waren. Ook wordt er in deze studie niet alleen gekeken naar huisartsen, maar ook naar patiënten. Deze komen ook uit de regio Oost-vlaanderen zowel op stedelijk als meer landelijk gebied. Aangezien dit in de studie van Tinne van den Keybus nog niet werd gedaan hopen wij hier ook nieuwe informatie uit te halen dewelke ons verder kan helpen in de ondersteuning van huisartsen bij de afbouw van benzodiazepines.

3. STUDY OBJECTIVES

Omdat we in deze studie zowel de artsen als patiënten gaan interviewen zijn er twee study objectives.

Als eerste: wat zijn volgens huisartsen de belemmerende en faciliterende factoren voor de afbouw van benzodiazepines bij chronisch gebruik voor slaapproblemen?

Als tweede: Wat zijn bij patiënten de belemmerende en faciliterende factoren die zij ervaren met betrekking tot de afbouw van benzodiazepines bij chronisch gebruik voor slaapproblemen?

Via deze twee objectives willen we te weten komen op welke manieren deze belemerende factoren (de drempels) kunnen overkomen worden en hoe we de faciliterende factoren kunnen gebruiken ter ondersteuning van huisartsen bij het afbouwen van benzodiazepines en z-drugs bij patiënten met chronische slaapproblemen.

4. RESEARCH METHOD

Op niveau van de artsen:

Er zal een kwalitatieve prospectieve studie door middel van individuele interviews uitgevoerd worden bij actieve huisartsen en huisartsen in opleiding in Vlaanderen. Deze huisartsen zullen gekozen worden door middel van purposeful sampling om een zo groot mogelijke diversiteit aan deelnemers te bereiken, zowel op vlak van leeftijd, geslacht, praktijkvorm als praktijk regio. Op deze manier kunnen mogelijke verschillen of gelijkenissen tussen en binnen deze groepen gedetecteerd worden. Artsen worden geïncludeerd tot datasaturatie wordt bereikt. Een vaste steekproefgrootte kan aldus niet op voorhand bepaald worden. We zullen starten met 10 interviews waarna we herevalueren of er al saturatie werd bereikt. Indien niet, worden er steeds 4 extra interviews uitgevoerd met telkens opnieuw een evaluatie of saturatie al werd bereikt. Ter kwaliteitscontrole wordt er na de eerste twee interviews gekeken of de vragenlijst moet worden bijgestuurd. Vermoedelijk zullen de interviews 30-45 minuten in beslag nemen. De studie wordt uitgevoerd door 2 onderzoekers, zodat er minder subjectieve interpretatie mogelijk is bij het coderen van de verkregen data. Ook overleg met promotor en copromotor zal hiertoe bijdragen.

Huisartsen zullen via verschillende kanalen gecontacteerd worden, bijvoorbeeld via ICHO, LOK, HVG en de wachtposten. Indien een huisarts wenst deel te nemen zal deze een informatiebrief samen met een informed consent (ICF) toegestuurd krijgen. Het ICF dient ondertekend te zijn alvorens een interview kan doorgaan. De gesprekken zullen gevoerd worden volgens een vooraf opgestelde vragenlijst zodat bij elke arts dezelfde onderwerpen aan bod komen. Er worden audio-opnames van de interviews gemaakt, die nadien uitgetypt worden. De transcripties van de interviews worden dan gepseudonimiseerd door de onderzoekers. Deze transcripten zullen thematisch geanalyseerd worden met een inductieve benadering door twee onafhankelijke onderzoekers. Zo zullen codes, categorieën en thema's worden ontwikkeld. Er wordt gebruik gemaakt van open, axiale en selectieve codering. Als laatste zal een conceptueel model ontwikkeld worden dat besproken wordt op een consensusvergadering met de promotor en co-promotor.

De belangrijkste kwalitatieve onderzoeksmethode die zal worden gebruikt is die van de grounded theory waarbij theorie gegenereerd wordt uit de ervaringen van de geïnterviewden. De analyse van de interviews zal gebeuren met behulp van de QUAGOL-methode.

Aangezien er wordt verder gebouwd op de masterproef van Tinne van den Keybus zullen gelijkaardige vragen gebruikt worden bij de semi-gestructureerde interviews. Op deze manier zal de data uit beide studies het best kunnen samengevoegd worden. Er zullen enkele vragen toegevoegd worden omdat in het huidig onderzoek meer nadruk zal gelegd worden op de factoren die helpend zijn om benzodiazepines af te bouwen.

Daarnaast wordt er bewust gezocht naar huisartsen uit een meer stedelijke context en uit de regio Oost-Vlaanderen. Ook leeftijdsklassen die eerder onderbelicht werden, voornamelijk de 40-ers en 50-ers, zullen actief benaderd worden.

Op niveau van de patiënten:

Er zal een kwalitatieve prospectieve studie uitgevoerd worden waarbij gegevens zullen verzameld worden door middel van individuele interviews bij patiënten die slaapproblemen ondervinden, waarvoor ze benzodiazepines of z-drugs chronisch gebruiken.

Voor de recrutering van de patiëntenpopulatie wordt gebruik gemaakt van purposeful sampling. Om de populatie zo gevarieerd mogelijk te houden, worden slechts enkele inclusiecriteria gehanteerd. Op deze manier wordt een zo groot mogelijke diversiteit aan deelnemende patiënten bereikt. Patiënten worden geïnculdeerd tot saturatie van data bereikt wordt. Patiënten zullen gecontacteerd worden via twee groepspraktijken in en rondom Sint-Niklaas en Deurle. Indien een patiënt wenst deel te nemen zal een informatiebrief verstuurd worden. Nadien wordt gevraagd een informed consent te tekenen, waarna het interview kan plaatsvinden. De interviews zullen gevoerd worden aan de hand van opgemaakte vragenlijsten, opdat elke patiënt onderworpen wordt aan dezelfde vragen. Deze interviews rowden geanonimiseerd door de onderzoekers en volledig uitgeschreven. Deze transcripten zullen thematisch geanalyseerd worden met een inductieve benadering door twee onafhankelijke onderzoekers.

De belangrijkste kwalitatieve onderzoeksmethode die zal worden gebruikt is die van de grounded theory waarbij theorie gegeneerd wordt uit de ervaringen van de geïnterviewden. De analyse van de interviews zal gebeuren met behulp van de QUAGOL-methode.

Aangezien er verder wordt gebouwd op de masterproef van Tinne van den Keybus zullen gelijkaardige vragen gebruikt worden bij de semi-gestructureerde interviews. Op deze manier zal de data uit beide studies het best kunnen samengevoegd worden. Er zullen enkele vragen toegevoegd worden omdat

in het huidige onderzoek meer nadruk zal gelegd worden
op de drempels die patiënten ondervinden en welke factoren artsen helpen om benzodiazepines af te bouwen.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Op niveau van de artsen:

Huisartsen en huisartsen in opleiding tussen 25-65 jaar, die werkzaam zijn in Vlaanderen worden in deze studie geïncludeerd. Artsen die momenteel niet werkzaam zijn in een huisartsenpraktijk in Vlaanderen of buiten de leeftijdscategorie vallen, worden geëxcludeerd.

Om voor een goede aanvulling te zorgen op de eerdere masterproef van Tinne van den Keybus wordt er bewust gezocht naar huisartsen uit een meer stedelijke context en uit de regio Oost-Vlaanderen. Ook leeftijdsklassen die eerder onderbelicht werden, voornamelijk de 40-ers en 50-ers, zullen actief benaderd worden.

Op niveau van de patiënten:

Om de populatie zo gevarieerd mogelijk te houden, worden slechts enkele inclusiecriteria gehanteerd: personen tussen 25 en 65 jaar, woonachtig in en rondom Sint-Niklaas en Deurle, die slaapproblemen ondervinden, waarvoor ze benzodiazepines of z-drugs chronisch gebruiken voor een periode van minstens 6 maanden. Ernstige psychische stoornissen in de voorgeschiedenis worden als exclusiecriterium gebruikt. Er worden zoveel mogelijk patiënten geïncludeerd tot de bekomen data gesatureerd is. Wanneer een patiënt(e) wenst deel te nemen aan de studie, vragen wij hem een informed consent te tekenen, waarin het onderzoek en de doelstellingen worden toegelicht.

5.2 Expected duration

De studie zal plaatsvinden van 1 maart 2021 tot en met 1 mei 2022. Deelnemers zullen binnen deze periode éénmalig geïnterviewd worden, dit pas na goedkeuring van het ethisch comité. De interviews zullen plaatsvinden tussen 1 april 2021 en 1 september 2021.

5.3 Recruitment

Op niveau van de artsen:

Huisartsen zullen via een brief op verschillende kanalen (ICHO, LOK, HVG, wachtpost) uitgenodigd worden om deel te nemen aan de studie. In de brief wordt het doel en de methode van het onderzoek uitgelegd. Wanneer een huisarts wenst deel te nemen, moet de deelnemer een informed consent ondertekenen. Er wordt duidelijk vermeld dat de patiënt niet verplicht is om deel te nemen en op elk moment zijn/haar deelname kan stopzetten. Data van niet-afgeronde interviews zullen daarbij verwijderd worden en zullen aldus niet opgenomen worden in de data-analyse. Data van geïncludeerde huisartsen worden enkel binnen deze studie gebruikt. Alle data zullen met het nodige respect tot privacy worden behandeld.

Op niveau van de patiënten:

Patiënten zullen via een brief uitgenodigd worden om deel te nemen aan de studie. In deze brief wordt het doel en de methode van het onderzoek uitgelegd. Wanneer zij wensen deel te nemen, dient een informed consent ondertekend te worden. Deelname aan het onderzoek is niet verplicht en de patiënt heeft ook de mogelijkheid zijn deelname op elk moment stop te zetten. Data van niet-afgeronde interviews zullen daarbij niet opgenomen worden in de data-analyse. De bekomen data wordt enkel in studie-verband gebruikt en zal met de nodige privacy verwerkt worden

6. ANALYSIS

Er worden deelnemers gezocht via purposeful sampling om aan de studie deel te nemen. Er worden zoveel deelnemers geïnterviewd tot er geen nieuwe gegevens meer verkregen worden en er aldus datasaturatie wordt bereikt.

Alle data verkregen via de interviews worden geanalyseerd volgens de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) methode. De gepseudonimiseerde transcripten worden daarna gecodeerd door twee onafhankelijke onderzoekers. Op regelmatige momenten zullen consensusveragderingen worden belegd om de codering te vergelijken en om tot een gemeenschappelijke codeboom te komen. In een laatste fase zal er getracht worden om vanuit de data onderliggende fenomen te omschrijven die een antwoord bieden op de onderzoeksvraag. De data zullen steeds anoniem en met vertrouwelijkheid behandeld worden.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

De interviews zullen worden vastgelegd door middel van geluidsopnamen. De gesprekken worden zo snel mogelijk uitgeschreven waarna de opnames worden vernietigd. De afschriften worden gepseudonimiseerd door de onderzoekers en de data worden gecodeerd. De sleutel voor pseudonimisering en de gecodeerde transcripten van de interviews zullen niet op dezelfde computer bewaard worden en alle computers die data bevatten worden beveiligd met een wachtwoord.
Na afloop van de thesis worden alle data door de promotor bijgehouden op een versleutelde plaats en worden 5 jaar bijgehouden conform het beleid van de KU Leuven.

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

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

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and

discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

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

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

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

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

De studie brengt geen risico's met zich mee. Indien de deelnemer toch denkt op een bepaald vlak schade te hebben ondervonden, kan deze contact opnemen met de onderzoekers of de promotor van de studie. De contactgegevens zijn terug te vinden in de informatiebrief.

9. APPROVAL

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

10. PUBLICATION POLICY

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

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

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

12. REFERENCES

1. Van Der Heyden J. Gezondheidsenquête 2013. Hoofdstuk 11: Gebruik van geneesmiddelen [Internet]. Beschikbaar op: https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2013.aspx [Geraadpleegd op 03 november 2020].
2. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia: Family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. Can Fam Physician. 2010;56(11).
3. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract. 2013;14:191. Published 2013 Dec 13. doi:10.1186/1471-2296-14-191
4. Martin P, Tannenbaum C. A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the EMPOWER trial. BMJ Open. 2017;7(4):e015959. Published 2017 May 4. doi:10.1136/bmjopen-2017-015959
5. de Gier NA, Gorgels WJ, Lucassen PL, Oude Voshaar R, Mulder J, Zitman F. Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up. Fam Pract. 2011;28(3):253-259. doi:10.1093/fampra/cmq113
6. Jørgensen VR. Benzodiazepine reduction in general practice. Are the elderly neglected?. J Affect Disord. 2012;136(3):1216-1221. doi:10.1016/j.jad.2011.10.01
7. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2011;61:e573-8.
8. Farrell B, Richardson L, Raman-Wilms L, de Launay D, Alsabbagh MW, Conklin J. Self-efficacy for deprescribing: A survey for health care professionals using evidence-based deprescribing guidelines. Res Social Adm Pharm. 2018;14(1):18-25. doi:10.1016/j.sapharm.2017.01.003
9. Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M, Gnjidic D. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. Eur J Clin Pharmacol. 2017;73(8):927-935. doi:10.1007/s00228-017-2257-8
10. Pollmann AS, Murphy AL, Bergman JC, Gardner DM. Deprescribing benzodiazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. BMC Pharmacol Toxicol. 2015;16:19. Published 2015 Jul 4. doi:10.1186/s40360-015-0019-8

11. Jannette M. Parr, David J. Kavanagh, Ross McD.
Young et al. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. Social Science & Medicine 62 (2006) 1237-1249. doi:10.1016/socscimed.2005.07.016

12. Michael Liebrenz, Marie-Therese Gehring et al. High-dose benzodiazepine dependence: a qualitative study of patients' perception on cessation and withdrawal. BMC Psychiatry (2015) 15:116

13. ANNEXES

Zie bijlage

Bijlage 5: Codeboom

- Benzodiazepines vs z-drugs
  - Geen stop
    - Arts
      - Geen stop bij geen motivatie arts
      - Geen stop bij onvoldoende kennis van afbouw
      - Geen stop bij perceptie van de arts dat patiënt niet capabel is om af te bouwen
      - Geen stop bij perceptie van de arts dat patiënt weerstand zal bieden
      - Geen stop bij slechte dag arts
      - Geen stop bij tijdgebrek
      - Geen stop op een dag met al veel psychische consultaties
      - Geen stop uit empathie voor patiënt
      - Geen stop uit schrik dat patiënt praktijk zal verlaten
      - Geen stop wanneer niet 'vaste' arts
      - Geen stop wanneer weinig succesverhalen
    - Context
      - Geen stop bij rusthuisbewoner
      - Geen stop bij sociale problematiek
      - Geen stop indien medicatie door psychiater wordt voorgeschreven
    - Patiënt
      - Geen stop bij acute stressfactoren
      - Geen stop bij gebrek aan wilskracht
      - Geen stop bij gebruik verschillende benzo's
      - Geen stop bij gezonde 60-70ers die geen bijwerkingen ervaren

- Geen stop bij lage dosis
- Geen stop bij langdurig gebruik
- Geen stop bij nog aanwezige klachten
- Geen stop bij ouderen
- Geen stop bij psychiatrische patiënt
- Geen stop bij weerstand patiënt

Helpend bij afbouw

- Arts
  - Bijscholing
  - Communicatietraining
  - Jaarlijkse medicatie-evaluatie
  - Les tijdens basisopleiding
  - Minder patiënten per dag inplannen
  - Minder snel benzodiazepines opstarten
  - Overleg met behandelende arts
  - Richtlijn
  - Vaste arts zijn
  - Verwachtingen bijstellen
- Context
  - Benzo's duurder maken
  - Betere bewustwording bij artsen
  - Eerstelijnspsycholoog
  - Extra consult plannen
  - Kleinere verpakkingen van benzodiazepines

- Magistrale bereidingen goedkoper maken
- Meer tijd voor patiënten door praktijkorganisatie
- Meer toegangelijke psychische zorg
- Samenwerking met apotheker
- Sensibiliseringsacties voor patiënten
- Specifiek nomenclatuurnummer
- Verwijzing naar kinesist
- Werkgroep door huisartsen ivm farmacologie
- Patiënt
  - App voor de patiënt
  - Informatiefolder, patiëntenbrief
  - Psycho-educatie
- Nadelen benzodiazepines
  - Geheugenproblemen
  - Gewenning
  - Grote tevredenheid bij patiënt, waardoor gemakkelijke oplossing
  - Onderliggend probleem wordt niet aangepakt
  - Paradoxale reactie
  - Sufheid
  - Valrisico
  - Verslavend
- Niet-medicamenteuze strategieën
- Stop
  - Arts

Stop bij goede aanpak arts
Stop bij jonge, gemotiveerde arts
Stop bij voldoende rust bij arts
Context
Stop bij alleenwonende patiënt
Stop bij betrokken omgeving
Stop bij patiënt waarbij de thuisverpleging medicatie klaarzet
Stop bij rusthuisbewoner
Stop bij ziekenhuisopname
Patiënt
Stop bij afhankelijkheid
Stop bij bijwerkingen
Stop bij elke patiënt
Stop bij gemotiveerde patiënt
Stop bij gewenning
Stop bij interactie met ander geneesmiddel
Stop bij kortdurend gebruik
Stop bij mentale of fysieke achteruitgang
Stop bij misbruik van benzodiazepine
Stop bij nieuwe patiënt
Stop bij oplossing van probleem, stabiele patiënt
Stop bij ouderen
Stop bij patiënt die je zelf hebt opgestart
Stop bij patiënten jonger dan 60 jaar

- Stop bij polyfarmacie
- Stop bij risico op verslaving
- Stop op vraag van patiënt

Voordelen benzodiazepines en z-drugs

- Helpend als spieronstpanner
- Helpend bij acute crisis
- Helpend bij afbouw andere drugs
- Helpend bij angst
- Helpend bij jetlag
- Helpend bij psychoses
- Helpend bij slaapproblemen

Waarom afbouw of stop moeilijk is

- Arts
  - Empathie voor de patiënt
  - Geen vertrouwensband met patiënt
  - Inschatten van afbouwtempo op maat van patiënt
- Context
  - Apotheek geeft medicatie mee zonder geldig voorschrift
  - Groepspraktijk
  - Magistrale bereidingen zijn duurder
  - Moeilijke sociale context
  - Mogelijkheid om naar verschillende artsen te gaan
  - Opgestart in het ziekenhuis
  - Overbevraagde psychologen

Slechte toegankelijkheid psychiaters
Veel chronische gebruikers door te snel voorschrijven van benzo's in het verleden
Zeer versnipperde organisatie van psychologen in België
Patiënt
Acute stress tijdens afbouw
Herval
Initieel probleem is nog aanwezig
Nieuwe patiënt met benzodiazepines
Opnieuw naar andere middelen grijpen, zoals alcohol
Patiënt die 'shopt'
Patiënt met ook andere verslavingen
Psychiatrische patiënt
Schrik bij patiënt om af te bouwen
Slechter slapen door rebound effect
Te grote verslaving bij patiënt
Volledige stop lukt niet
Weerstand bij patiënt
Wijze van afbouw
Abrupte stop
Afbouw met hulp van paramedici
Beperkt aantal tabletten per consult meegeven
Compromis sluiten met patiënt
Dosis verminderen
Empathische benadering

Extra consult inplannen
Geen telefonische herhaalvoorschriften meer schrijven
Kort ter sprake brengen
Omzetten naar diazepam
Plantaardig middel
Psycho-educatie
Risico's bespreken
Stop herhaaldelijk bespreken
Stopbrief opsturen
Verwijzen naar psychiater
Verwijzen naar slaapkliniek

Bijlage 6: kritische reflectie Josefien Hoedt

Gezien inname van benzodiazepines en Z-drugs in Vlaanderen nog steeds een probleem zijn en vaak chronisch worden voorgeschreven, vond ik het erg boeiend om de visie van huisartsen op de afbouw van deze slaapmedicatie te exploreren. Alhoewel wij in de opleiding vaak attent werden gemaakt op de gevaren van deze medicatie werd het reeds in mijn eerste jaar als HAIO duidelijk dat deze medicatie desondanks frequent wordt voorgeschreven. Daarnaast botste ik in de praktijk ook zelf op enkele barrières om benzodiazepine en Z-drugs bij patiënten te stoppen. Ik vond het daarom interessant om bij andere huisartsen ook na te gaan wat hen belemmert en waarom de afbouw soms moeizaam verloopt. Naast het in kaart brengen van de belemmerende factoren wilden we ook graag onderzoeken wat huisartsen net kan helpen om tot afbouw van benzodiazepines te komen om een idee te krijgen over mogelijke oplossingen voor het frequente voorschrijfgedrag van benzodiazepines. Dit bleek een meerwaarde te zijn voor onze masterproef gezien faciliterende factoren voor de afbouw van benzodiazepines nog nauwelijks eerder werden onderzocht.

We bouwden onze thesis stap voor stap op. Eerst verdiepten we ons in de literatuur en schreven een samenvatting over de gevonden artikels. In de eerste fase van het proces hebben we, achteraf gezien, te lang stilgestaan bij het schrijven van de literatuurstudie omdat het uiteindelijk niet nodig was om het document als bijlage in de thesis op te nemen. We vonden slechts één artikel dat de faciliterende factoren specifiek bij de afbouw van benzodiazepines beschreef en concludeerden dat onze studie veel nieuwe faciliterende factoren aan het licht bracht. Doch blijkt bij het zoeken naar faciliterende factoren bij andere gezondheidsproblemen in de literatuur dat een aantal factoren reeds eerder benoemd werden. Er kon door ons in de eerste fase aldus meer literatuuronderzoek gebeuren naar helpende factoren in de bredere context. Na het literatuuronderzoek schreven we de eerste versie van de inleiding. Achteraf gezien hadden we de inleiding kunnen onderverdelen op basis van de belemmerende en faciliterende factoren op patiënt-, arts- en contextniveau die in de literatuur reeds werden gevonden. Dit omdat wij onze resultaten en discussie op basis van deze onderverdeling hebben geschreven en zo gemakkelijker onze resultaten met de literatuur konden vergelijken. Daarna maakten we onze vragenlijst op en interviewden we elk vijf huisartsen. Het rekruteren van deelnemers uit verschillende leeftijdsgroepen verliep vlot. Na twee interviews hebben we enkele vragen die onduidelijk waren voor de geïnterviewden geherformuleerd. Na elk interview schreven we de opname uit en stelden individueel codes op. Ook het interview van de andere codeerden we snel. Na twee interviews kwamen we telkens samen om de codes met elkaar te bespreken en zo tot een definitieve codeboom te komen. Tijdens overlegmomenten botsten we soms op verschillende interpretaties van de data waardoor er interessante discussies ontstonden maar telkens een consensus werd bekomen. Door met twee afzonderlijke onderzoekers te werken, kon op deze manier een subjectieve interpretatie van de verkregen data bij het opmaken van de codes ingeperkt worden. Alle vragen die gesteld werden, waren relevant om deze masterproef te schrijven. Sommige vragen boden geen direct antwoord op onze onderzoeksvraag maar hielpen wel om de visie van de huisarts op benzodiazepines te exploreren en de antwoorden te kunnen kaderen. Enkel op de vraag ‘welk materiaal kan helpen voor de patiënt’ werden de gegeven voorbeelden meestal beaamd zonder dat er nieuwe topics werden aangereikt. Vanwege de suggesties geven de antwoorden een vertekend beeld op deze vraag. In deze masterproef maakten we gebruik van individuele interviews in plaats van focusgroepen om het geven van sociaal wenselijke antwoorden te verkleinen. Toch merkten we

allebei op dat huisartsen desondanks soms antwoorden op basis van hoe zij zelf de afbouw van benzodiazepines zouden willen doen in plaats van hoe de afbouw in de praktijk echt gebeurd waardoor de resultaten van ons onderzoek kunnen afwijken van de praktijk. Na de interviews en het maken van een codeboom schreven we achtereenvolgens de resultaten, discussie en conclusie uit. De resultaten en discussie verdeelden we onder elkaar op basis van de verschillende niveau's. Bij het schrijven van de resultaten, discussie en conclusie worden onze eigen interpretaties zo veel als mogelijk ingeperkt door met twee onderzoekers samen te werken. Doch wordt bijvoorbeeld aan de ene code meer belang gehecht dan aan een andere code en is hier niet altijd een duidelijke reden voor. Hier moet rekening mee gehouden worden bij het lezen van het onderzoek. De discussie en conclusie werden als laatste herschreven en ingekort na de feedback van onze promotor en co-promotor.

De samenwerking met Eline Nys verliep vlot. We konden de taken gelijkmatig verdelen, maar werkten ook vaak samen aan de thesis. Tijdens het coderen van de interviews was het een grote meerwaarde om de interviews eerst elk afzonderlijk te coderen zoals reeds hierboven aangehaald. Door samen aan deze thesis te werken had ik daarnaast geen last van uitstelgedrag, omdat we deadlines opstelden tot aan een overlegmoment en ook vaak samen kwamen om te werken. De samenwerking met de promotor en co-promotor verliep ook erg vlot. Wij konden telkens op snelle en opbouwende feedback rekenen waarmee we verder aan de slag konden.

Tijdens het maken van deze masterproef leerde ik in eerste instantie over kwalitatief onderzoek. Het afnemen van interviews en het maken van een codeboom was nieuw voor mij. Ik vind het een fijne manier om data over een bepaald onderwerp te verzamelen en heb hier plezier uit gehaald. Daarnaast leerde ik meer over de belemmerende en faciliterende factoren voor huisartsen bij de afbouw van benzodiazepines en werd bijgevolg onze onderzoeksvraag beantwoord. Er werden zowel factoren gevonden die reeds in de literatuur werden beschreven, alsook nieuwe factoren gevonden. Voornamelijk onderzoek naar de faciliterende factoren specifiek voor afbouw van benzodiazepines is nauwelijks eerder gevonden wat onze studie onderscheidt van andere studies binnen dit onderwerp. Met behulp van onze onderzoeksuitkomsten kan er verder onderzoek gebeuren naar de faciliterende factoren om na te gaan of deze voorstellen wel degelijk voor een daling zorgen van het aantal herhaalvoorschriften voor benzodiazepine en indien zo ook kunnen toegepast worden.

Wat ik uit deze studie haal is dat het belangrijk blijft om dagelijks in te zetten op de afbouw van benzodiazepines. Ik wil mij hier dan ook als huisarts graag blijven voor inzetten. Ondanks de tijdsgeest met betrekking tot benzodiazepinegebruik bij huisartsen in de positieve zin aan het veranderen is waardoor het voorschrijven van deze slaapmedicatie kan ingeperkt worden, is dit op heden vaak nog onvoldoende om een grote daling te zien in het aantal herhaalvoorschriften. Met deze masterproef wil ik opnieuw aandacht schenken aan deze problematiek en de focus op het benzodiazepinegebruik vestigen om het aantal benzodiazepinevoorschriften te doen dalen. De voorstellen die in onze masterproef werden gevonden - zoals bijscholingen voor de arts, sensibiliseringsacties voor de patiënt, efficiëntere samenwerkingsmechanismen met de apotheek en andere disciplines, betere toegankelijke psychologische hulpverlening, kleinere verpakkingen en goedkopere magistrale bereidingen voor lagere dosissen - kunnen hierbij verder uitgewerkt worden en mogelijks een grote meerwaarde bieden in de praktijk.

Bijlage 7: kritische reflectie Eline Nys

In het eerste jaar van de ManaMa huisartsgeneeskunde kozen we met vier om aan de slag te gaan met het thema afbouw van slaapmedicatie door middel van een kwalitatief onderzoek.
Ik koos voor het thema, omdat ik er zelf van overtuigd ben dat we als huisartsen nog meer inspanningen kunnen doen om deze medicatie af te bouwen, maar als HAIO ook als snel ondervond dat dit in de praktijk niet altijd zo vanzelfsprekend is.
Al snel werd beslist om per twee op te splitsen. Zo zouden er twee studenten artsen interviewen om hun ervaringen in kaart te brengen en de andere twee studenten zouden patiënten interviewen. Josefien en ik kozen ervoor om de artsen te interviewen.

Aangezien dit voor ons de eerste keer was dat we met kwalitatief onderzoek in aanraking kwamen, kregen we van onze promotor en co-promotor enkele artikels over kwalitatief onderzoek om door te nemen. Op deze manier konden we goed van start gaan. Bovendien bouwden we verder op de thesis van een andere HAIO, Dr. Tinne van den Keybus, hierdoor konden we al heel wat ideeën opdoen over hoe we ons onderzoek best zouden uitvoeren.

De samenwerking met twee personen zorgde ervoor dat we het werk wat konden verdelen. Voor de inleiding hebben we grotendeels samen geschreven. Daarna stelden we samen het protocol en de interviewleidraad op, waarna we ons konden opsplitsen om elk vijf artsen te interviewen. De transcriptie en codering van de interviews gebeurden ook individueel, maar werden daarna onderling overlopen. Dit was een grote sterkte van onze masterproef. Hierdoor werden de interviews zo neutraal mogelijk benaderd, zonder er een eigen interpretatie aan toe te voegen. De discussies die hierbij hoorden waren behoorlijk tijdsintensief, maar leverden mooie resultaten op. Ook bij het uittypen van de resultaten werd intensief samengewerkt. We splitsten wel op wie welk deel zou uitschrijven, dit ging gemakkelijk omdat er een duidelijke structuur in de masterproef zat. Het was de bedoeling om op het niveau van de patiënt, arts en bredere context telkens de belemmerende en faciliterende factoren voor afbouw te beschrijven. Na het uitschrijven van de resultaten kwamen we opnieuw samen en bekeken we voor elkaars deel de codes en quotes om te zien of we nog andere zaken wilden toevoegen aan de resultaten. Het conceptueel model opstellen vond ik zelf heel leuk, omdat het een duidelijk visueel overzicht geeft van onze bevindingen. Voor de discussie werkten we ook samen om te beslissen wat nu de meest opvallende resultaten waren en deze te vergelijken met de literatuur.

De samenwerking verliep over het algemeen zeer vlot, al was het soms wel wat puzzelen om tussen de werkdagen, lesdagen, wachten en beperkt sociaal leven, voldoende dagen te vinden om samen te zitten. Ook is het niet altijd vanzelfsprekend om met twee aan een werk te schrijven, omdat iedere persoon toch wat een andere schrijfstijl heeft en het dan weer wat tijd en moeite vraagt om dit samen te voegen tot een mooi geheel.
De tijdlijn van de thesis bewaken was niet steeds makkelijk door ook de drukke dagen in de huisartsenpraktijk. Door met twee te werken, konden we elkaar hierin wel aansporen. Ook zorgden regelmatige contactmomenten met de promotor en co-promotor voor motivatie om verder te werken. Zij waren steeds vlot bereikbaar voor overleg en zorgden met hun suggesties ervoor dat we het niveau van ons werk konden verbeteren. We waren beiden zeer tevreden met de uiteindelijke resultaten van de thesis.

Er kwamen niet alleen veel factoren naar boven die huisartsen belemmeren bij het afbouwen van slaapmedicatie, maar ook veel helpende factoren. Dit was iets dat we nog niet teruggevonden hadden in de literatuur en dus zeker een impact kunnen hebben om verdere beleidsaanpassingen te doen. Bij de belemmerende factoren op het niveau van de arts zijn er zaken zoals tijdgebrek, waar nu eenmaal niet veel aan veranderd kan worden, maar andere zaken zoals meer bijscholing kan zeker een meerwaarde zijn. Vooral op het niveau van context werden er veel interessante suggesties gedaan door de geïnterviewde artsen. Iets waar veel artsen het over eens waren was dat de gevaren van chronisch slaapmiddelengebruik nog niet voldoende gekend zijn bij patiënten, dit is ook iets dat ik zo ervaar, een oplossing zou kunnen zijn om in te zetten op sensibiliseringcampagnes via de media. Een andere opties is om aan de eigen patiënten een informatiebrief te sturen, dit is iets dat ik later in mijn eigen praktijk graag eens zou proberen door middel van een stopbrief. Een bevinding die ik persoonlijk interessant vond, was dat veel artsen het gebrek aan toegankelijke psychologische zorg aankaartten, maar anderzijds twijfelachtig stonden tegenover het verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog. Ik heb het gevoel dat de samenwerking tussen de huisartsen en ELP's binnen een eerstelijnszone zeker nog verbeterd kan worden. Sommige huisartsen zijn hier momenteel weinig vertrouwd mee, maar zelf heb ik hier wel reeds positieve ervaringen mee. Ook samenwerking met andere partners op de eerste lijn is iets waar ik mij later als huisarts graag voor zou engageren. Daarnaast werd door deze thesis mijn motivatie om verder aan de slag te gaan met afbouw van slaapmedicatie zeker extra geprikkeld.

Ik heb door deze masterproef veel bijgeleerd over kwalitatief onderzoek, iets waar ik eerder niet echt mee vertrouwd was. Data verzamelen door interviews af te nemen, te transcriberen en te coderen was zeer leerrijk.