Voorschrijfgedrag van benzodiazepines en z-drugs in de eerste lijn

Jasper D'Eer, UGent

Promotor: Prof. Dr. Diego Schrans, UGent

Co-promotor: Dr. Bruno Art, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2020 – 2023]

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.

Voorwoord

Bij deze zou ik graag van de gelegenheid gebruik maken mijn dank te betuigen aan volgende belangrijke personen.

Aan mijn promotor en co-promotor om mij te begeleiden bij deze scriptie en mijn onderzoek. Het is voor mij een zeer drukke periode geweest, dank om mij de ruimte te geven die ik nodig had.

Aan Pieter en Gillian, mijn huidige praktijkopleider en zijn vrouw. Dank voor de motivatie en feedback bij het schrijven van deze scriptie. Ik kijk enorm uit naar onze verdergezette samenwerking volgend jaar en wie weet wat nog komen kan.

Aan mijn ouders, om mij steeds alle kansen te geven, mij graag te zien en geduld met mij te hebben. De mijlpalen die ik heb bereikt zijn ook jullie verdienste.

Aan mijn schoonouders, om mij daarbuiten nog een tweede warm nest te bieden, mij te ondersteunen en een fantastische dochter op de wereld te hebben gezet.

Aan Elise, mijn vriendin, die mij de laatste 8 jaar dolgelukkig maakt. Bedankt om mijn partner te zijn en samen met mij deze fantastische, doch uitdagende, reis te willen maken. Bedankt om mij iedere dag aan te zetten tot net dat stapje verder te zetten. Ik kijk enorm uit naar wat de toekomst voor ons beiden zal brengen, maar geniet nu al van iedere dag samen.

“Yesterday is history, Tomorrow is a mystery, but Today is a gift. That is why it is called the present.”—Master Oogway (Randall Duk Kim)

Inhoudstafel

Abstract **1**

Inleiding **2**

Methodologie **4**

Zwaktes en sterktes van dit onderzoek *4*

Resultaten **5**

Chronische medicatie *5*

Programma van de overheid *5*

Relatie HAIO – PO *6*

Effect van leeftijd *6*

Effect van bekendheid patiënt *6*

Van een collega uit de buurt *7*

Gekende patiënt via telefoon *7*

Tijdens een avondwacht *7*

Op de wachtpost *8*

Effect van eerste voorschrift *8*

Examenstress bij jonge patiënt *8*

Vraag van ouders naar medicatie voor kind *9*

Werkstress (patiënt) *9*

Effect van tekens van verslaving *10*

Voorschrift voor Acute angstaanvallen *10*

Effect van controle *11*

Effect van verhoogde werkdruk *11*

Organisatie binnen de praktijk *11*

Trazodone *12*

Discussie **13**

Wanneer wordt een voorschrift voor een benzodiazepine of z-drug makkelijker voorgeschreven? *13*

Wanneer wordt een voorschrift voor benzodiazepine of z-drug moeilijker voorgeschreven? *14*

Vergelijking met de huidige richtlijnen rond insomnia en angststoornissen *15*

Mogelijke manieren om het voorschrijfgedrag voor benzodiazepines en z-drugs te verlagen *16*

Besluit **17**

Referenties **18**

Bijlagen **20**

Bijlage 1: Gunstig advies ethisch comité *20*

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol *21*

Bijlage 3: Scenario focusgroepgesrpek *24*

Abstract

Inleiding

Na recentelijke media-aandacht is het overmatig voorschrijven van benzodiazepines of z-drugs in België opnieuw onder de aandacht gekomen. Deze medicatie wordt veelvuldig en vaak ook chronisch voorgeschreven voor angst en insomnia klachten, terwijl algemene en gekende richtlijn dit ten stelligste afraden. Uit onderzoek blijkt dat het voorschrijfgedrag van huisartsen onderling een enorme variatie toonde, als ook inconsistenties binnen het individuele voorschrijfgedrag. Dit onderzoek tracht verder te achterhalen wat patiënt- of context specifieke factoren zijn die huisartsen ertoe leiden makkelijker of moeilijker een voorschrift te voorzien bij insomnia of angstklachten.

Methodologie

Kwalitatieve data in verband met het voorschrijfgedrag van benzodiazepines en z-drugs werd verzameld via focusgroepgesprekken. Er werd een vaste template gebruikt met drie vaste casussen. Vanuit de casuïstiek werden verschillende vervolgvragen gesteld, waarvan enkele vaste vragen die opgenomen waren in de template en andere die natuurlijk volgden uit het gesprek zelf. Er namen in totaal 15 artsen deel aan deze studie, waarvan 8 huisartsen en 7 HAIO's. Analyse gebeurde aan de hand van een selectie van specifieke quotes. Deze selectie tracht de algemene tendens van de bevraagde artsen, als ook specifieke meningen die hiervan afweken, weer te geven.

Resultaten

Quotes i.v.m. volgende onderwerpen werden bekomen: chronische medicatie, programma van de overheid, relatie HAIO-PO, het effect van leeftijd, bekendheid van de patiënt, het eerste voorschrift, werk- versus examenstress, acute angstaanvallen, patiënten die tekens van verslaving vertonen, organisatie binnen de praktijk en het gebruik van andere farmacologische therapieën zoals trazodone.

Discussie

De patiënt waarvoor de geïnterviewde artsen het gemakkelijkste een voorschrift wilden voorzien is een oudere patiënt met insomnia klachten die deze medicatie al sinds langere tijd neemt, goed gekend is in de praktijk, geen tekens van misbruik vertoont en hiervoor op consultatie komt. Hierbij werd ook vaak zonder problemen elektronisch op afstand voorgeschreven. Dit voorschrijfgedrag strookt niet met de huidige richtlijnen. Patiënten die jonger zijn zouden minder snel een voorschrift krijgen, hoewel recent onderzoek dit tegenspreekt.

Besluit

Het voorschrijfgedrag van benzodiazepines en z-drugs in de eerste lijn is een complex gegeven met vele context- en patiëntspecifieke factoren. Onder de geïnterviewde artsen was er de algemene consensus dat het huidige of vroegere voorschrijfgedrag problematisch is. Zij gaven aan dat zij hier ook alerter voor zijn dan vroeger. Toch spreken bepaalde getuigenissen recent onderzoek tegen. Er bestaat dus naar alle waarschijnlijkheid een verschil tussen het idee dat artsen hebben over hun voorschrijfgedrag en de realiteit. Hiernaast werd het chronische voorschrijfgedrag bij ouderen bevestigd.

Inleiding

Het overmatig benzodiazepinegebruik in België is recentelijk terug onder de aandacht gebracht na verhoogde media-aandacht wegens het opstarten van afbouwbegeleiding via de apotheker. In België worden er dagelijks 1.260.034 DDD (daily defined doses) slaap- en kalmeermiddelen afgeleverd in de Belgische apotheken.(1)

Wanneer we de consumptie van benzodiazepines of z-drugs in 2018 vergelijken met andere Europese landen staan we op de tweede plaats, na Servië. Op mondiaal vlak staan we op de 3e plaats. (2)

Deze medicatie wordt veelvuldig voorgeschreven voor insomnia en angst. Dit terwijl richtlijnen voor insomnia- en angstklachten enkel een benzodiazepine of z-drug als medicamenteuze therapie aanraden bij falen van conservatieve therapie of hevige impact op dagelijks functioneren en dit steeds voor korte duur. (3)

Bij dit laatste loopt het ook vaak fout: uit een studie van het FAGG bleek dat 67% van de bevraagde patiënten die een benzodiazepine namen voor hun slaapklachten dit al langer dan 1 jaar deed. Veel langer dus dan wat de richtlijnen voorschrijven. (4)

Uit deze studie bleek ook dat 38% van de patiënten tekens vertoonden van psychische afhankelijkheid. Deze psychische afhankelijkheid zou al na één week opkomen, gevolgd door fysieke afhankelijkheid na de 2de week.

Deze medicatie zou ook steeds tot doel moeten hebben het dagelijks functioneren van de patiënt te verbeteren. Benzodiazepines of z-drugs hebben als frequente bijwerkingen geheugen- en concentratiestoornissen. Bijwerkingen die dus juist op dit functioneren een grote impact hebben.

Uit voorgenoemde zaken kan men dus oordelen dat het voorschrijfgedrag van benzodiazepines en z-drugs een probleem is in België.

Uit een bevraging bij 180 artsen kwamen volgende hinderpalen en drijfveren naar boven. Artsen ervaren het als zeer moeilijk om patiënten te motiveren tot afbouw of tot het consulteren van een therapeut ter begeleiding. Dit laatste dan ook vaak volgens hen uit financiële overwegingen. Hierbij gaven zij ook te kennen dat zij onvoldoende kennis hebben van ontwenning en andere niet-medicamenteuze therapieën bij insomnia of angst. Sommige artsen gaven ook aan dat zij het gevoel hebben dat patiënten van hen een voorschrift verwachten als therapie, terwijl onderzoek uitwijst dit een minderheid van de patiënten zou zijn.

Een andere hinderpaal ligt dan weer op het niveau van het gezondheidssysteem waarbij artsen minder tijd hebben om in te gaan op de psychosociale problematiek van patiënten en hierdoor sneller geneigd zijn een voorschrift voor medicatie af te leveren, dit vaak ook uit empathische redenen. (5)

Een systematic review en meta-synthese naar ervaringen en percepties bij het voorschrijven van benzodiazepines bij huisartsen toonde een enorme variatie tussen huisartsen onderling, als ook inconsistenties binnen het individuele voorschrijfgedrag. Deze verschillen werden toegeschreven aan veranderende context, verschillende percepties naar de rol en de verantwoordelijkheid van de huisarts, verschillen in houding van huisartsen ten opzichte van

benzodiazepines, waargenomen gebrek aan alternatieve therapeutische opties, perceptie van huisartsen ten opzichte van de verwachtingen van zijn patiënt en de arts-patiënt relatie. (6)

Dit onderzoek tracht verder te achterhalen wat patiënt- of contextspecifieke factoren zijn die huisartsen ertoe leiden makkelijker of moeilijker een voorschrift te voorzien bij insomnia of angstklachten.

Methodologie

Kwalitatieve data in verband met het voorschrijfgedrag van benzodiazepines en z-drugs werd verzameld via focusgroepgesprekken. Deze techniek werd gebruikt omdat deze de mogelijkheid biedt inzicht te krijgen in het functioneren van bepaalde groepen in de maatschappij of het begrijpen van gedrag van mensen op een eenvoudige, relatief goedkope en snelle manier. In het geval van dit onderzoek dus het voorschrijfgedrag van huisartsen en Haio's. (7)

Er vonden in de periode 2022-2023 vier van deze gesprekken plaats. Per gesprek namen 3 à 4 deelnemers deel. Dit om moderatie van het gesprek eenvoudiger te maken. Deze gesprekken duurden gemiddeld één à anderhalf uur. Deelnemers werden lokaal uitgenodigd in de regio Waasland. De helft van de gesprekken was met HAIO's de andere met huisartsen.

Voor deze focusgroepgesprekken werd een vaste template gebruikt met drie vaste casussen. (zie bijlage 3) Vanuit de casuïstiek werden verschillende vervolgvragen gesteld, waarvan enkele vaste vragen die opgenomen waren in de template en andere die natuurlijk volgden uit het gesprek zelf. Dit gesprek werd opgenomen, na informed consent van alle deelnemers. Nadien werd deze opname volledig uitgetypt en geanalyseerd.

Analyse gebeurde aan de hand van een selectie van specifieke quotes. Deze selectie tracht de algemene tendens van de bevraagde artsen, als ook specifieke meningen die hiervan afweken, weer te geven.

Zwaktes en sterktes van dit onderzoek

Tijdens dit onderzoek werden in totaal 15 artsen geïnterviewd, waarvan 8 huisartsen en 7 HAIO's. Gezien het relatief lage aantal en het feit dat deze artsen ook allen uit dezelfde regio kwamen, meer specifiek het landelijke waasland, is extrapolatie van de resultaten naar het voorschrijfgedrag van de bredere Vlaamse of Belgische huisartsenpopulatie beperkt.

Omwille van het groepsgegeven van een focussgroepgesprek kunnen sommige individuele meningen van bepaalde deelnemers minder aan bod komen of verzwegen worden.

Deelname aan deze focusgroepgesprekken was uit vrije wil, hierdoor werd een gemotiveerde subpopulatie van huisartsen onderzocht. Zij zijn mogelijks extra gemotiveerd de richtlijnen te volgen of evidence-based-medicine toe te passen binnen hun praktijkvoering met effect op hun voorschrijfgedrag.

Het onderzoek niet enkel beperken tot afgestudeerde huisartsen, maar ook toevoegen van HAIO's, gaf interessante data die mogelijke pistes biedt voor extra onderzoek.

Resultaten

Chronische medicatie

De eerste casus ging vooral over het al dan niet verschaffen van een herhalingsvoorschrift aan patiënten die een benzodiazepine of z-drug nemen als chronische medicatie voor hun slaapproblematiek. Hierbij valt op dat, hoewel het voor velen toch niet als de beste situatie aanvoelt, het voorschrift toch vaak zonder al te veel problemen zal worden voorzien aan de patiënt. Hierbij durven artsen wel vaker dan vroeger patiënten aanspreken op dit gebruik door middel van een korte interventie met exploratie naar de problematiek. Zij voelen zich hierbij gesterkt door het recente project van de overheid, waarbij in samenspraak met de apotheker een afbouwschema wordt voorzien.

Quotes

Haio 6: "Ik zou het ook wel schrijven waarschijnlijk maar dan wel mee met de andere medicatie. Ik zou niet maar 1 voorschrift meegeven. Als ik u antwoord hoor, zou ik dat waarschijnlijk wel gewoon meeschrijven omdat hij dat al jaren neemt. Maar inderdaad wel altijd aanhalen, zeker nu met dat systeem van de apotheek nog een keer bespreken of hij geen mogelijkheid ziet om dat af te bouwen of te willen proberen. Toetsen of hij ervoor open zou staan. Maar 99% kans dat ik het zou voorschrijven en ook voor een langere periode waarschijnlijk."

Arts 6: "Ik denk dat ik wel hetzelfde zou reageren. Ik zal het ook wel al een tijd geschreven hebben als hij erop staat. Maar ik probeer er tegenwoordig wel op te letten om erin te gaan dat dat toch wel gevaarlijk is, 70 jaar en slaapmiddelen dat is toch al een risico. Maar dat is niet evident inderdaad als hij er niet op in gaat om te blijven schrijven. Het is moeilijk. Nu verlopen ze natuurlijk wel niet zo meer omdat we een patiëntenstop hebben, ze blijven wat meer. Maar dat zou wel mijn opmerking zijn."

Arts 5: "Gezien hij dat al jaren neemt, denk ik dat ik hem er wel over zou aanspreken dat dat niet altijd nodig is maar dat er een plan zou kunnen bestaan om dat te kunnen af te bouwen. En moest hij daarvoor gemotiveerd zijn, zou ik hem wel op een volgend consult eventueel terugvragen en de risico's meegeven. Kort dan, als een interventie. Maar ik zou dat wel dan nog even uit gemak verlengen of nog 1 maand verlengen bijvoorbeeld als hij op die vraag zou ingaan. En hem dan zo terugvragen."

Programma van de overheid

Zoals reeds eerder aangegeven vinden meerdere artsen het samenwerkingsproject met apothekers een nuttig gegeven om patiënten aan te spreken op benzodiazepine- en zolpidemgebruik.

Quotes

Arts 4: "Maar nu wel de laatste weken door dat project van de overheid, ben ik toch wel een paar keer in gesprek gegaan met de patiënt en eerst smeekten ze van 'pak mij dat niet af'. En als ik vraag of ze het zouden zien zitten om het heel progressief, traag af te bouwen van 10 naar 9 te gaan en van 9 naar 8. De mensen met wie ik dat besproken heb die staan ervoor open maar of dat dat werkt dat weet ik nog niet, dat is nog niet zo lang natuurlijk. En je moet er ook een soort van contract invullen met de apotheek wordt dat dan vergoed, dat de extra kost door de overheid gedragen wordt. Ik vind dat wel mooi."

Arts 5: "Dat nieuw project met de apotheker dat heb ik nu al een paar keer toegepast, dat je het dan kan afbouwen."

Relatie HAIO – PO

Tijdens een focusgroepgesprekken met HAIO's kwam naar voor dat zij zich rapper geneigd voelen een benzodiazepine of z-drug voor te schrijven indien hun praktijkopleider of andere collega's in de praktijk dit reeds voorschreven. Zij voelen zich hiertoe gedreven omdat dit aanvoelt als een praktijkrichtlijn en zij zich hiernaar moeten aanpassen. Wel geven zij aan dat, indien zij als zelfstandig volwaardig huisarts werken, zij een ander voorschrijfgedrag zouden hanteren.

Quotes

Haio 1: "Ik vind dat ook wel nog een verschil als je HAIO bent, dat je je buigt binnen de regels van de praktijk die er zijn of de gewoontes van daar. En als je echt je eigen praktijk hebt of je bent jonge arts dan kan je er echt wel een andere visie op na houden en ga dat je voorschriftgedrag beïnvloeden."

Haio 3: "Ik denk dat in een groepspraktijk dat je meer dan als HAIO, je meer de macht hebt om de patiënt van de chronische medicatie af te helpen omdat dat dan zogezegd u eigen patiënt is en niet op papier de patiënt van de PO."

Effect van leeftijd

Leeftijd speelt voor veel van de bevraagde artsen een belangrijke rol in hun voorschrijfgedrag. De algemene consensus was dat zij gemakkelijker benzodiazepines of z-drugs zouden voorschrijven indien de patiënt ouder was of dit reeds sinds langere tijd namen.

Bij jongere patiënten waren de bevraagde artsen sneller geneigd de problematiek te gaan exploreren en waren zij ook veel terughoudender om een benzodiazepine of z-drug voor te schrijven.

Toch werd er door enkele artsen ook de bedenking gemaakt dat eventuele bijwerkingen op de oudere leeftijd intenser kunnen zijn met potentieel ernstige impact. Hierbij werd dan het valrisico als belangrijkste voorbeeld gegeven.

Quotes

Haio 3: "Ja, bij jongere mensen vraag ik dan ook na hoe lang ze het al nemen en waarom ze het beginnen nemen zijn. En of er ooit een stoppoging is ondernomen. Zeker als die dan nog maar 50 jaar is, ik vind dat een jonge leeftijd om al chronisch slaapmedicatie nemen."

Arts 8: "Er zijn heel veel redenen om het niet te doen maar voor mijn eigen gevoel denk ik milder zou zijn voor oudere mensen dan jongere."

Arts 5: "Ouder en meer valrisico dus dat vind ik ook moeilijk. En jongeren zitten dan weer in het verkeer. Dus gewoon liever niet voor te schrijven omdat het in beide categorieën zijn er redenen om het niet voor te schrijven."

Effect van bekendheid patiënt

Indien de vraag naar een voorschrift voor benzodiazepines of z-drugs gesteld wordt door een patiënt die niet gekend is in de praktijk gaf de overgrote meerderheid aan hier weigerachtig

tegenover te staan. Hierbij kijken artsen wel naar de context waarin patiënt zich bevindt. Men zal ontvankelijker reageren indien deze patiënt is bij een collega in de buurt die daadwerkelijk op verlof zou zijn of niet bereikbaar op dat moment. Wanneer patiënt totaal ongekend is in de praktijk en/of niet uit de directe omgeving komen geven zij aan eerder niet over te gaan tot het voorzien van een voorschrift.

Van een collega uit de buurt

Quotes

Haio 1: "Ik zou dat durven éénmalig geven. Ik geef altijd het voordeel van de twijfel maar ik ga dan wel geen 5 of 6 voorschriften voorschrijven. Dan is dat echt maar 1 voorschrift en klaar en als hij er meer nodig heeft dan gaat hij moeten terugkomen en dan gaat er over gesproken moeten worden. Ofwel gaat hij dan terug naar zijn arts moeten teruggaan die het normaal voor hem voorschrijft."

Haio 6: "Ik denk inderdaad ook de context, als dat een collega is die in verlof is of die inderdaad op pensioen is. Dan zou je geneigd zijn om het voor te schrijven maar dan wel sneller zeggen dat dat niet zo goed is en zeggen om dat te proberen afbouwen. Maar als dat iemand is die langskomt om er geen plaats was bij de eigen huisarts, dan zou ik het toch ook niet voorschrijven denk ik."

Gekende patiënt via telefoon

Over telefonische vragen naar een voorschrift voor benzodiazepines of z-drugs verschilden de meningen bij de bevraagde artsen. De ene groep gaf aan dit wel te willen voorzien indien dit chronische medicatie was, zonder tekens van misbruik of overgebruik. De anderen gaven aan dit niet te doen en dit ofwel door principiële redenen of afspraken binnen een praktijk.

Quotes

Arts 2: "Ik wel. Ik kijk wel of het klopt. Als hij mij altijd zegt dat hij een half neemt, dan kijk ik of dat klopt met de dozen of die op zouden kunnen zijn. En als dat niet klopt dan zeg ik dat ik je er vorige maand nog 1 heb gegeven, hoe komt dat? Als hij dan zegt dat zijn hond het heeft opgegeten, ja dan krijgt hij niks. Maar als het klopt en ik ken mijn mensen en het is niet iemand die gevoelig is voor te 'trishen', dan krijgt die dat van mij telefonisch."

Arts 8: "Als die op consultatie geweest is en die is dat vergeten vragen en die belt de volgende dag: 'Dokter ik ben dat vergeten'. En je ziet dat dat effectief niet is voorgeschreven en dat klopt, dan stuur ik dat door."

Haio 6: "Wij hebben dat nu in de praktijk ingevoerd, wij doen dat niet meer, voor niemand. Iedereen moet langskomen, we zorgen dat er lang genoeg voorgeschreven wordt en als ze dan zeggen dat ze niet toekomen voor vandaag en ze kunnen niet meer komen dan is dat jammer. Dan moesten ze maar vroeger gebeld hebben. Dus via telefoon sowieso niet en al zeker geen slaapmedicatie en al helemaal niet voor iemand die je niet kent."

Tijdens een avondwacht

Indien de vraag naar een voorschrift voor benzodiazepines of z-drugs gesteld werd tijdens een avondwacht waren de bevraagde artsen sterk terughoudend. Voorschriften werden enkel verleend bij zeer acute casussen en dit in gelimiteerde dosis.

Quotes

Haio 3: "Ik heb het éénmalig gedaan, maar dat was geen herhaalvoorschrift. Dat was iemand met examens en die had echt wel slaapproblemen door zijn examens dat ik dat wel éénmalig heb voorgeschreven. Maar normaal tijdens een wacht niet."

Op de wachtpost

Over algemeen gaven artsen aan geneigd te zijn om geen voorschrift te verlenen. In de gevallen dat ze dit wel zouden doen zou dit ook slechts een gelimiteerd aantal zijn, eventueel na overleg met de patiënt zijn apotheker.

Quotes

Arts 7: "Zelfde principe, sommige mensen komen dat ook tegen met de pil: 'Oei, ik heb hier het laatste pilletje gekomen'. Ja dan zal ik die depanneren tot de maandag en zeg ik maak een afspraak bij je huisarts voor maandag voor het vervolg en dan schrijf ik ook 2 tabletten. Ik durf dat wel voorschrijven voor mensen maar dan bel ik ook wel naar de apotheek van wacht, want die kunnen dat ook wel zien denk ik."

Haio 6: "Dat doet mij ook ineens denken aan een wachtpost of zo. Als je daar de vraag krijgt, nooit. In slechtste geval zitten ze dan 1 of 2 dagen zonder medicatie en zullen ze wat afkickverschijnselen vertonen en wat rare nachten krijgen maar ik zou het ook niet doen. Het risico van die bijwerkingen van het niet te nemen is denk ik nog altijd kleiner dan een verslaving voeden op die moment."

Effect van eerste voorschrift

Bij een eerste vraag naar een voorschrift voor benzodiazepines of z-drugs gaven artsen unaniem aan eerst breder te willen exploreren naar de problematiek ter zake.

Quotes

Haio 1: "Dan is de eerste vraag die in mij opkomt is waarom wil je dat. En afhankelijk van het antwoord daarop kan dat te verantwoorden zijn en kan dat ook niet te verantwoorden zijn."

Haio 6: "Ik denk dat ik het in die situatie het wel kortdurend zou overwegen om het voor te schrijven maar wel als last resort. Ik zou eerst exploreren of er andere opties zijn of hij open staat voor andere opties, in de mate hoe acuut het eigenlijk is."

Examenstress bij jonge patiënt

Naar het gebruik van benzo's of z-drugs bij examenstress kwam vaak de opmerking dat de laattijdige bijwerkingen het beoogde doel van betere punten te behalen teniet zou kunnen doen. Ook was er de schrik dat indien zij hiervoor een voorschrift voor benzodiazepine of z-drugs meegaven de drempel voor opnieuw de vraag te krijgen naar een voorschrift zou verlagen. Toch waren er nog steeds artsen die voor deze indicatie en benzodiazepine zouden voorschrijven.

Quotes

Haio 1: "Nee, want dat gaat ook nadelig zijn voor haar studies en studeren overdag. Ze zal wel iets beterschap hebben met haar slaap maar als je de volgende dag een hangover hebt omdat je nog nooit zoiets genomen hebt dan ben je meer kwaad dan goed aan het doen."

Haio 2: "Als een persoon op een bepaald moment tot bij de huisarts stapt omdat ze zo hopeloos is, zou ik ze een goede educatie geven. Ik zou eerder iets met een korte halfwaardetijd schrijven, iets

Lorazepan-achtig. Ik zou dat wel doen, ik zou er goede informatie over geven met de voor- en de nadelen. Je zegt er de eigen beperkingen in met een éénmalig voorschrift tot het einde van de examens, ik zou dat doen."

Arts 1: "Nee, ik zou dat niet doen. Waarom niet? Ten eerste haar leeftijd, ten tweede het gaat niet helpen, ten derde ze gaat er overdag ook nog meer concentratiestoornissen hebben. Dus eigenlijk is dat een negatieve operatie, nee."

Vraag van ouders naar medicatie voor kind

Reacties waren hier vaak zeer negatief over en gaven vaak het voorstel patiënt zelf te willen zien en verder te exploreren naar psychosociale redenen waarom eventuele medicatie nodig zou zijn.

Quotes

Haio 3: "Ik geef geen Benzo's mee voor derden, ik wil de persoon zelf zien. Uiteindelijk heb je dan toch een kwartier consultatie waarop je toch heel wat kan vragen en ook bijleren over die persoon. Ook vragen naar de verwachtingen waarom ze het nu komt halen en niet de voorbije jaren. Maar aan ouders iets meegeven voor kinderen, ik zou tegen de ouders zeggen dat ik hun kind graag zelf op consultatie wil zien."

Haio 2: "Ik zou het ook niet doen. Ik snap het hoor, ik zou er veel empathie voor hebben, ik zou er veel educatie aan willen geven. Maar dat is een drempel te ver. Als je dan schrijft voor Julie dan zou er toch in je achterhoofd een stemmetje zijn dat zegt dat we toch niet 100% goed bezig zijn maar dat we de situatie snappen. Bij ouders hebben we toch een beetje dat de druk van buitenaf komt. Ik zou ook een persoon voor mij willen zien en spreken om een inschatting te kunnen maken. Van ouders snap ik het, ze zijn begaan met hun kind. Maar ik zou het niet doen."

Werkstress (patiënt)

Bij werkstress gaven de bevraagde artsen aan eerder geen benzodiazepine of z-drug voor te schrijven. Zij zouden eerder willen inwerken op de factor stress door het werk dan een voorschrift te voorzien. Er werd ook aangegeven hier meer het gevoel van meer tijd te hebben om de psychosociale problematiek aan te pakken.

Quotes

Haio 3: "Het is ook niet echt een slaapprobleem die casus, het is echt een werkprobleem. Dat is een beïnvloedbare factor waarbij je echt tijd hebt."

Arts 2: "Bij wie ik het bijvoorbeeld ook wel doe is bij mensen die in ploegen staan en bij wie het echt niet lukt, bij wie de switch te zwaar of heftig valt daar durf ik het ook wel doen."

Haio 7: "Het verschil daarbij is dat het van een acute stresssituatie naar een chronische stresssituatie gaat. Dat zou ook geen groot verschil mogen maken op voorschrijfgedrag naar die slaapmedicatie toe, maar dan moet er toch wel iets veranderen in de praktijk. Want inderdaad, als die vraag voor slaapmedicatie er is, is dat dan voor langere termijn of voor kortere termijn? Ja, dat maakt een groot verschil, in het gesprek ook."

Effect van tekens van verslaving

Indien een patiënt tekens vertoonde van medicamenteus- of ander middelenmisbruik gaven artsen aan zeer terughoudend te zijn met een voorschrift te verlenen en het vaak zelfs niet doen. Wanneer artsen dit mis- of overgebruik opmerkten spraken zij patiënten hier ook sneller op aan.

Quotes

Haio 3: "Dat zou mij toch extra terughoudend maken. Want mensen met middelenmisbruik zijn mogelijk al genetisch verslavingsgevoelig. Dus dan denk ik dat het moment dat je daar een benzo mee opstart dan kunnen die daar lang tot zeer lang aanhangen."

Haio 1: "Dan doe ik dat eigenlijk al niet, zeker met benzo's omdat die zo verslavingsgevoelig zijn en als je daar de persoonlijkheid voor hebt dan weet je eigenlijk al dat je problemen hebt de moment dat je dat opstart."

Arts 8: "Ja of toch daar de patiënt daarop aan te spreken, hier klopt iets niet in het aantal verpakkingen of ik zie dat je daar toch al meer voorschriften voor hebt dan dat je normaal zou moeten krijgen. Dat doe ik wel."

Voorschrift voor Acute angstaanvallen

Voor een acute angstaanval gaven de bevraagde artsen aan dat zij eerder wel een voorschrift voor een benzodiazepine zouden afleveren. Dit vaak in tijd en dosering beperkt. Acute rouw was ook één van de indicaties waarbij veel artsen aangaven dat zij hier een benzodiazepine voor korte duur wel te verantwoorden vonden.

Quotes

Haio 2: "Ik kan me echt voorstellen om een angstaanval te couperen dat een Xanax een voordeel heeft. Ik geloof er ook echt in dat mensen er minder de neiging om er verslaafd aan te worden omdat ze toch ook van de aanvallen vanaf willen, van het niet krijgen van een aanval. Ik zou Xanax ook gebruiken als aanvalsbehandeling niet als onderhoudsbehandeling, niet standaard gaan geven."

Haio 3: "Bij slaap is het eerder een ritueel en bij angst is dat echt iets dat mogelijks ook een placebo-effect kan hebben. Maar de benzo's zijn bij angst denk ik wel bewezen dat die een aanval kunnen onderdrukken. Naar onderhoudsbehandeling toe denk ik dat met een SSRI wel beter zijn en met cognitieve gedragstherapie."

Haio 6: "Dat vind ik ook, dat is één van de enige situatie zo: een overlijden, een acute gebeurtenis die zeer onverwachts komt, een trauma, een aanranding. Die soort situaties, dat zijn de enige situaties dat ik inderdaad dat overwoog en dat is ook afhankelijk van hoe de patiënt zich voordoet of voorstelt, ook de klachten hoe ernstig die zijn. Maar dat zijn de situaties waarbij ik toch wel het meest geneigd ben om het toch een keer voor te schrijven, bij acute stress maar dan relevant naar de gebeurtenis zoals een onverwachts overlijden van een heel nabij persoon zoals een partner of kind en sowieso ook van korte duur."

Effect van controle

Artsen gaven aan dat indien zij controle hadden over de situatie zij ook sneller geneigd zijn tot het afleveren van een voorschrift. Zij verkregen dit gevoel door patiënten die voor hun voorschrift op consultatie kwamen, hun medicatie op een correcte manier innamen of geen andere tekens van misbruik vertoonden.

Quotes

Haio 5: "Als je voelt dat je de controle verliest dan begin je te twijfelen, dan ga je beginnen nadenken over het voorschrijven. Terwijl als je de controle hebt, ga je veel vlotter voorschrijven omdat dat misschien ook voor de juiste indicatie is of voor correct gebruik. Dat werkt u voorschrift dan rap in de hand."

Effect van verhoogde werkdruk

Bij een verhoogde werkdruk werd er door vele artsen rapper overgegaan op het voorzien van een voorschrift voor benzodiazepines of z-drugs. Zij geven aan onvoldoende in te kunnen gaan op de psychosociale problematiek en willen hun patiënt helpen.

Quotes

Haio 6: "Als het echt druk is en je ziet niet waar je nog een gesprek over angstgevoelens kunt zetten die dag of de dag nadien, dan gaat dat zeker beïnvloeden of je het al dan niet schrijft. Ik ga sneller schrijven dan. Maar dan niet telefonisch, want dat doen we op de praktijk niet meer. Dat is makkelijker dan, dan heb je een muur en klaar. Moesten we het nu wel doen zou ik het wel moeilijker hebben als het superdruk is. Ik denk dat ik rapper zou schrijven."

Haio 7: "Praktijkdrukte speelt een rol. Of als je die patiënt al 4 keer gezien hebt in de afgelopen 3 weken dan denk je ook 'ben je hier weer'. Maar ja, als je tijd hebt neem je dat er wel bij maar als het nodig is."

Organisatie binnen de praktijk

Een verschil in organisatorische structuur en afspraken binnen deze hadden volgens de geïnterviewde artsen een effect op hun voorschrijfgedrag. In sommige praktijken werden zeer concrete afspraken gemaakt tussen secretariaat en artsen welke medicatie kon worden voorgeschreven zonder consultatie. Bij andere had dit dan juist een ander effect waarbij soms telefonische consulten of nota's door het secretariaat zorgden voor een verlaagde drempel om voor te schrijven. Hierbij kreeg de arts het gevoel als het ware tijd te kunnen winnen.

Quotes

Arts 2: "Wij hebben hier ook de regel bij ons secretariaat dat ze geen bestellingen mogen opschrijven als ze zien dat het langer dan 6 maand geleden is dat ze langs zijn geweest. Zij kijken in de computer na of er hier een consult is geweest. Meestal zorgen we dat we de voorschriften voor 6 maanden kunnen meegeven."

Arts 4: "Het is ook eigenlijk wel interessant, ik weet niet of dat te maken heeft met een groepspraktijk of niet, maar de telefonische consulten of via het secretariaat dat is inderdaad een beetje een tweesnijdend zwaard. Dan denk je dat je een consultatie minder hebt en plek voor iemand anders."

Trazodone

Sommige artsen gaven vaak aan dat indien zij een indicatie zagen voor medicamenteuze therapie bij insomnia, zij hiervoor eerder trazodone zouden voorschrijven in plaats van een benzodiazepine of z-drug. Ook Quetiapine, melatonine, remergon en mirtazapine werden aangehaald door de geïnterviewde artsen. Hier werd niet verder op ingegaan gezien dit buiten de scope van het onderzoek viel

Quotes

Haio 5: "Ik ben wel een grote fan van Trazodone. Maar op zich zit je dan ook weer met een medicatie dat je meestal wel chronisch gaat geven, voor chronische stress. Maar uiteindelijk verwacht de patiënt wel dat je iets doet en je hebt al alternatieven geprobeerd."

Arts 4: "Ik zou de gevaren uitleggen en proberen met iets plantaardig of eventueel met een Trazodone."

Discussie

Uit de interviews blijkt dat de geïnterviewde artsen zich zeker bewust zijn van het overdreven voorschrijven van benzodiazepines.

Wanneer wordt een voorschrift voor een benzodiazepine of z-drug makkelijker voorgeschreven?

De patiënt waarvoor de geïnterviewde artsen het gemakkelijkste een voorschrift zullen voorzien is een oudere patiënt met insomnia klachten die deze medicatie reeds sinds langere duur neemt, goed gekend is in de praktijk, geen tekens van misbruik vertoont en hiervoor op consultatie komt.
Voor deze patiënten durven ook vele van de geïnterviewde artsen zonder probleem een voorschrift elektronisch voorzien indien patiënt hiervoor zou bellen. Hierbij kijken velen wel eerst het dossier na of er geen overmatig gebruik is. Anderen gaven aan telefonisch zulke voorschriften niet te voorzien.

Een Noorse studie toonde aan dat 6 op de 10 voorschriften van een benzodiazepine of z-drugs voor patiënten ouder dan 70 jaar werden voorzien zonder patiënt zelf op consultatie te zien. Hierbij werden in twee derde van de gevallen vaker relatief grotere hoeveelheden voorgeschreven. Dit voorschrijfgedrag was gecorreleerd aan een laag aantal patiënten, lage graad van activiteit of een relatief groot aandeel van oudere patiënten binnen een praktijk. (8)

Artsen durven voorgenoemde type patiënten wel sneller aanspreken op hun chronische gebruik en voelen zich door het recente programma van de overheid in samenwerking met de apothekers zeker gesterkt. Wel kan hierbij gesproken worden van een soort “bore-out”. Wanneer zij reeds veelvuldig de patiënt hebben aangesproken en deze ook niet gemotiveerd is tot het afbouwen van zijn gebruik, zijn de geïnterviewde artsen geneigd hier niet meer op door te gaan. (6)

Een andere indicatie waarvoor deze medicatie makkelijker wordt voorgeschreven, is angstaanvallen en acute rouw. Artsen achten de impact van deze klachten zeer groot op het functioneren van zijn patiënt en zien hier zeker een indicatie voor medicamenteuze behandeling met benzodiazepines of z-drugs, dit wel steeds eindig in de tijd.

Wat ook merkwaardig is: HAIO’s zullen zich makkelijker “gepusht” voelen tot het voorschrijven tot benzodiazepines of z-drugs indien hun PO’s of collega’s uit de groepspraktijk dit ook frequenter doen. Zij hebben hierbij het gevoel dat zij zich moeten aanpassen aan de gehandhaafde, vaak ongeschreven, mentaliteit binnen hun praktijk. Wel geven zij aan dat, indien zij op zelfstandige basis zouden werken, hier mogelijks anders in zouden handelen.
Het aanbrengen van richtlijnen rond correct voorschrijfgedrag van benzodiazepines of z-drugs bij PO’s of collega artsen die een HAIO hebben bij hun in de praktijk, zou dus mogelijks een positief secundair effect kunnen hebben op het voorschrijfgedrag van de HAIO.

Dit voorschrijfgedrag werd ook beschreven in de Australische “ReCEnT studie” (Registrar Clinical Encounters in Training) die aantoonde dat het aantal voorschriften voorzien door het Australische equivalent van HAIO’s tussen 2010 en 2015 daalde, maar dat het aantal voorschriften die HAIO’s tijdens hen 3-jarige opleiding zelf afleveren niet daalt. De onderzoekers binnen deze studie weten deze hardnekkigheid aan het “apprentice-shiplike” model, zoals ook de

geïnterviewde HAIO's aangeven.(9) Verder onderzoek naar dit model en mogelijks effect op het voorschrijven van andere medicatie of handelingen zou interessante data kunnen opleveren.

Sommige artsen geven ook aan dat zij gemakkelijker een benzodiazepine of z-drug zullen voorschrijven als zij onder een grotere werkdruk staan. Door deze werkdruk kunnen zij onvoldoende tijd nemen om patiënten op hun gebruik aan te spreken. Dit werd ook uitvoerig in de literatuur beschreven. (6)

Wanneer wordt een voorschrift voor benzodiazepine of z-drug moeilijker voorgeschreven?

Volgende factoren zorgen ervoor dat de geïnterviewde artsen moeilijker een voorschrift zullen voorzien:

1. Jongere patiënten
2. Patiënten die niet gekend zijn in de praktijk (of geen GMD hebben)
3. Patiënten die gebruik of misbruik proberen maken van avond- of weekendwachtdienst om een voorschrift te bekomen
4. Bij nieuwe vragen voor slaapmedicatie
5. Bij omstandigheden waar andere oplossingen, niet-medicamenteuze oplossingen de voorkeur genieten (bijvoorbeeld bij werk- of examenstress)
6. Bij patiënten die gekend zijn in de praktijk als vatbaar voor middelenmisbruik (gekend drug- of analgetica abusus)
7. Duidelijke afspraken binnen een praktijk rond voorschrijfgedrag

Ondanks het gegeven dat de geïnterviewde artsen omzichtiger zouden omspringen met het voorzien van een voorschrift voor jongere patiënten bewijst recent onderzoek in België het tegendeel. De database Intego van het academisch centrum voor huisartsgeneeskunde van de KULeuven, die gegevens bevat van dagelijkse praktijkvoering van huisartsen in Vlaanderen, toonde aan dat gedurende de periode 2000 tot 2019 het aantal voorschriften voor patiënten die meer dan 3 voorschriften per jaar kregen voor een benzodiazepine of z-drug significant was gestegen.(10)

Bij ongekende patiënten in de praktijk (punt 2 en 3) gaven artsen aan terughoudender te zijn met het voorzien van een voorschrift. Wanneer zij dit toch doen kunnen we afleiden dat dit vaak gebeurt om empathische redenen. Deze empathische reactie werd ook meermaals in de literatuur beschreven.(11)

Wat het dan weer gemakkelijker maakt om deze empathische reactie te "omzeilen" is duidelijke afspraken te maken rond het voorschrijven van benzodiazepines of z-drugs (punt 7). Dit niet alleen binnen bijvoorbeeld een praktijk, maar op verschillende niveaus van individueel tot locoregionaal. Het geeft een houvast aan artsen en gaat het wispelturige karakter van het voorschrijven tegen.

Vergelijking met de huidige richtlijnen rond insomnia en angststoornissen

Wanneer we de verkregen data vergelijken met de huidige richtlijnen kunnen we volgende bemerkingen maken:

Artsen zullen bij een eerste voorschrift van benzodiazepines of z-drugs voor voorgenoemde indicaties geneigd zijn de huidige richtlijnen te volgen en zij halen deze ook actief aan. Hierbij zullen zij vaker exploreren en andere niet-medicamenteuze behandelingen met de focus op de oorzaak van de klachten trachten op te starten. Zij geven hier als reden aan angstig te zijn om hun patiënten verslaafd te maken aan deze medicatie.

Wat dan weer niet strookt met de huidige richtlijnen is het chronische voorschrijfgedrag bij oudere patiënten met inomniaklachten. De neiging om hiervoor benzodiazepines of z-drugs te blijven voorschrijven strookt niet met de idee dat dit steeds eindig in tijd zou moeten zijn. Bijwerkingen bij deze groep patiënten zijn ook groter dan bij jongere patiënten.

In een recente review in “European geriatric Medicine” over het gebruik van benzodiazepines en z-drugs bij de behandeling van insomnia en angststoornissen bij ouderen werd de boodschap naar voor gebracht omzichtig om te springen bij de opstart van deze medicatie gezien het verhoogde valrisico. Een veelzijdige aanpak met niet-farmacologische therapieën, systematische medicatiereviews, shared decision-making en dichte interprofessionele samenwerking kreeg de voorkeur.(12)

De gegevens van de studie van het FAGG bevestigen dit overmatige langdurige voorschrijfgedrag. Acties om het voorschrijfgedrag van benzodiazepines en z-drugs te verlagen zouden dus vooral op deze groep gefocust moeten zijn. Het recente samenwerkingsproject met de apothekers is hierbij zeker een stap in de goede richting.(4)

Een interessante bemerking tijdens de interviews, die buiten het topic van deze thesis valt, is het voorschrijven van trazodone of andere medicatie zoals melatonine bij insomnia. Veel van de bevraagde artsen gaven aan dat zij deze producten eerder voorschrijven dan een benzodiazepine of z-drug als medicamenteuze therapie. Bij nazicht van de richtlijnen wordt dit nochtans afgeraden. Verder onderzoek hiernaar zou mogelijks interessante data kunnen opleveren.

Mogelijke manieren om het voorschrijfgedrag voor benzodiazepines en z-drugs te verlagen

1. Meer programma's opstarten zoals het huidige samenwerkingsproject met apothekers gefocust op patiënten die chronisch benzodiazepines of z-drugs nemen. Dit om patiënten te informeren over hun langdurige, vaak onnodige gebruik, de bijwerkingen die dit mogelijks op hen kan hebben als ook een mogelijkheid tot afbouwen aanbieden. Mogelijke programma's zouden kunnen bestaan uit:
    a. De "Minimal intervention" onder de vorm van korte brief of aanspreking van patiënten. Deze techniek werd reeds door systemische reviews als effectief bevonden, als ook enkele jaren terug door een HAIO succesvol geïmplementeerd binnen een praktijk verbeterend project.(13,14)
    b. Voorschriften voor benzodiazepines of z-drugs enkel maar voor 1 maand te voorzien en deze enkel via consultatie af te leveren. Binnen een Deense studie toonde dit een verlaging van 40-50% van het aantal dosissen benzodiazepines of z-drugs.(15)
    c. Een duidelijk deprescribing protocol. Een voorbeeld van dusdanig protocol werd reeds opgemaakt door een doctoraatsstudent farmacie aan de Ugent.(16)
    d. "Out-reach visits" waarbij een deskundige in de problematiek van overmatig benzodiazepine- of z-druggebruik fysieke educatie geeft aan huisartsen. (17)
2. Een platform opmaken waarin artsen het medicatiegebruik van patiënten kunnen monitoren. Dit zou de mogelijkheid bieden sneller overgebruik of verslaving op te merken, patiënten hierop aan te spreken en minder benzodiazepines of z-drugs voor te schrijven. Dit platform zou zeker nuttig zijn indien patiënt niet gekend is in een praktijk of gezien wordt tijdens een wachtdienst. Op heden bestaat een soortgelijk platform, maar is dit enkel raadpleegbaar door apothekers.
3. Verdere educatie van richtlijnen rond correct voorschrijfgedrag van benzodiazepines en z-drugs aanbieden aan PO's of huisartsen die een HAIO bij hen in de praktijk hebben. Hierbij zou gebruik kunnen gemaakt worden van de huidige fysieke lessen tijdens de opleiding van de HAIO, waarbij PO's mee worden uitgenodigd. Reflectie nadien zou de mogelijkheid geven samen het voorschrijfgedrag binnen de praktijk onder de loep te nemen. Dit zou mogelijks een positief secundair effect kunnen hebben op het voorschrijfgedrag van de HAIO als ook verdere educatie van de PO's.

Besluit

Het voorschrijfgedrag van benzodiazepines en z-drugs in de eerste lijn is een complex gegeven met vele context- en patiëntspecifieke factoren. Onder de geïnterviewde artsen was er de algemene consensus dat het huidige of vroegere voorschrijfgedrag problematisch is. Zij gaven aan dat zij hier ook alerter voor zijn dan vroeger. Toch spreken bepaalde getuigenissen recent onderzoek tegen. Er bestaat dus naar alle waarschijnlijkheid een verschil tussen het idee dat artsen hebben over hun voorschrijfgedrag en de realiteit. Hiernaast werd het chronische voorschrijfgedrag bij ouderen bevestigd.

Referenties

1. Bogaerts C. Beter slapen zonder pillen. Huisartsen en apothekers pakken samen chronisch benzodiazepinegebruik aan. Huisarts Nu [Internet]. 2021;50(1):33–5. Available from: https://www.huisartsnu.be/2021/nr1/artikel/beter-slapen-zonder-pillen-huisartsen-en-apothekers-pakken-samen-chronisch

2. Kleiman M, Hawdon J. International Narcotics Control Board. Encyclopedia of Drug Policy. 2012.

3. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. 2018;1–82.

4. Famhp SK, Famhp JS. Survey on the use of benzodiazepines and Z-drugs to treat insomnia in Belgium. 2022.

5. 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).

6. 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.

7. Van Royen P, Peremans L. 5 Exploreren met focusgroepgesprekken: de 'stem' van de groep onder de loep BT - Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk. In: Lucassen PLBJ, Hartman TC olde, editors. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007. p. 53–64. Available from: https://doi.org/10.1007/978-90-313-6373-5_5

8. Sundseth AC, Gjelstad S, Straand J, Rosvold EO. General practitioners' prescriptions of benzodiazepines, Z-hypnotics and opioid analgesics for elderly patients during direct and indirect contacts. A cross-sectional, observational study. Scand J Prim Health Care [Internet]. 2018;36(2):115–22. Available from: https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459164

9. Magin P, Tapley A, Dunlop AJ, Davey A, van Driel M, Holliday E, et al. Changes in Australian Early-Career General Practitioners' Benzodiazepine Prescribing: a Longitudinal Analysis. J Gen Intern Med. 2018;33(10):1676–84.

10. Coteur K, Mamouris P, Vaes B, Van Nuland M, Matheï C, Schoenmakers B. Evolution of benzodiazepine receptor agonist prescriptions in general practice: A registry-based study. Front Public Heal. 2022;10.

11. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: A qualitative study on GPs' perspectives. Scand J Prim Health Care. 2007;25(4):214–9.

12. Capiau A, Huys L, van Poelgeest E, van der Velde N, Petrovic M, Somers A. Therapeutic dilemmas with benzodiazepines and Z-drugs: insomnia and anxiety disorders versus increased fall risk: a clinical review. Eur Geriatr Med [Internet]. 2022;(0123456789). Available from: https://doi.org/10.1007/s41999-022-00731-4

13. Domen J. chronisch benzodiazepine- en z- druggebruik voor slaapproblemen in een huisartsenpraktijk: Een kwaliteitsverbeterproject. 2020.

14. 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(590).

15. Jorgensen VRK. An Approach to Reduce Benzodiazepine an Cyclopyrrolone Use in General Practice, A study Based on a Danish Population. CNS Drugs. 2007;21(11):947–55.

16. Leeuwen E Van. DEPRESCRIBING OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN PRIMARY CARE. 2022.

17. Midlöv P, Bondesson Å, Eriksson T, Nerbrand C, Höglund P. Effects of educational outreach visits on prescribing of benzodiazepines and antipsychotic drugs to elderly patients in primary health care in southern Sweden. Fam Pract. 2006;23(1):60–4.

Bijlagen

Bijlage 1: Gunstig advies ethisch comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Dr. Diego Schrans
Geneeskunde en gezondheidswetenschappen
Universiteit Gent
Corneel Heymanslaan 10
9000 Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Jasper D'Eer	26/08/2022	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2022-0124		

Betreft:
Benzodiazepinegebruik en voorschrijfgedrag in de eerste lijn.

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega,

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 24/08/2022.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 24/08/2022 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol

Draaiboek masterproef: Benzodiazepinegebruik en voorschrijfgedrag in de eerste lijn.

Kwalitatief onderzoek naar het gebruik en voorschrijven van benzodiazepines in de eerste lijn. Gegevens zullen verzameld worden aan de hand van gesprekken met een 4-tal focusgroepen bestaande uit huisartsen en HAIO's. Deze zullen geconfronteerd worden met fictieve, maar realistische casussen die regelmatig voor komen in de eerste lijn. Na het voorstellen van deze casus zullen er standaard- als ook specifieke vragen gesteld worden om zo een dialoog op gang te brengen. Deze heeft als doel inzicht te krijgen in de verschillende ideeën en gedragingen van artsen in de eerste lijn bij het voorschrijven van benzodiazepines als ook de interactie onderling.

Organisatie

Samenstelling focusgroepen

De focusgroepen zullen bestaan uit huisartsen en HAIO's uit de regio waasland dit om een zekere homogeniteit van groep na te streven. Er zal getracht worden deze sessies te organiseren tijdens een seminarie of LOK-groep. Qua grootte van groep werd er gedacht aan 6 à 8 deelnemers.

Rollen

- Moderator
    - Maakt deel uit van het onderzoeksteam
    - Legt de focus op de discussieonderwerpen, verklaringen of vragen rond benzodiazepine gebruik
    - Leidt de discussie
    - Zorgt ervoor dat het niveau van betrokkenheid beperkt directief is
    - Bewaakt de timing
    - Vraagt ten gepaste tijden aanvullingen of verduidelijkingen aan de deelnemers
- Observator
    - Maakt deel uit van het onderzoeksteam
    - Verzamelt informatie over de non-verbale communicatie en de interactie tussen de deelnemers
    - Maakt gebruik van een eenvoudig **observatieformulier**
        - Identificatiegegevens van de deelnemers
        - Opstelling van het lokaal
        - Sfeer en weerstanden bij de aanvangsfase (informeel versus formeel, coöperatief en ondersteunend)
        - Graad van concentratie en participatie van alle deelnemers
    - Neemt het gesprek op d.m.v. audioapparatuur.

Informed Consent

Voor het gesprek start zal er gevraagd worden aan de deelnemers van de focusgroepen een informed consent document te lezen en in tweevoud te handtekenen ter goedkeuring. Eén kopie zullen zij zelf bijhouden, de andere zal door de onderzoeker bewaard worden. (zie bijlage)

Timing

Moderator en observator zullen minstens 30 minuten voor de start van het gesprek aanwezig zijn op de locatie, dit om voldoende tijd te hebben om alles voor te bereiden. Zij gaan na of de

ruimte geschikt is om het gesprek te voeren, stellen de audioapparatuur op en testen hem uit. Nadien verwelkomen zij de deelnemers en start het gesprek. Dit zou een geschatte duur hebben van 90 à 120 minuten. Nadien start onmiddellijk een zekere analyse door de moderator en observator waarbij zij hun indruk, van het gesprek als ook de groep, delen en aanvullen.

Script

Het script is uniform voor alle focusgroepen. Dit wordt op voorhand samen met de moderator van de focusgroep besproken.

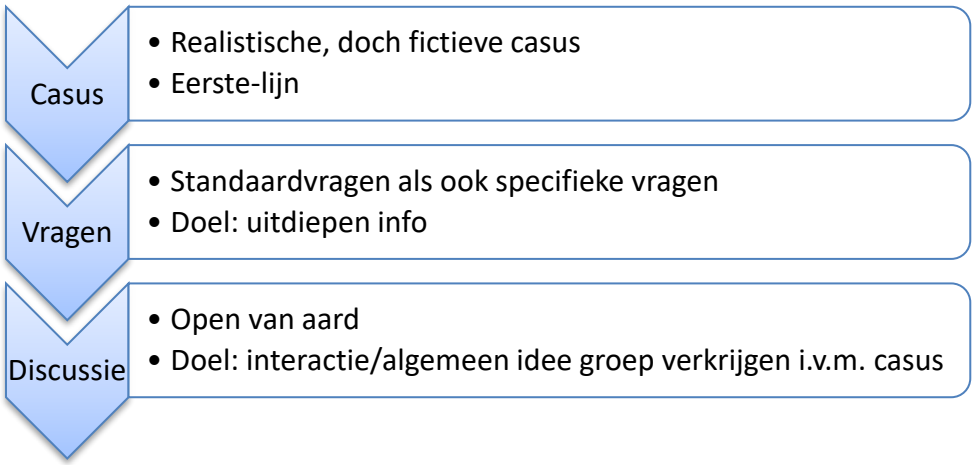
STAP 1: ONTVANGST

- Verwelkoming deelnemers en voorstellen moderator en observator
- Korte voorstelling door de deelnemers zelf
- Inleiding van het thema en omschrijving doel van het onderzoek
- Uitleg structuur gesprek (casus gevolgd door vragen en eventuele discussie nadien)
- Uitleg afspraken
    - Geen foute of goede antwoorden
    - Telkens één persoon aan het woord
    - Respect voor elkaar
    - Argumenteren over verschillende meningen mag, maar men mag de andere niet afbreken
    - Melden dat het gesprek wordt opgenomen, gegevens vertrouwelijk zijn en geanonimiseerd worden

STAP 2: Gesprek zelf

- Voorbrengen realistische, maar fictieve casus die zich voordoet in de eerste lijn
- Vragen i.v.m. casus: standaard- als ook casus specifieke vragen
- Discussie

FLOWCHART:



STAP 3: Einddiscussie

Vrije ruimte voor het naar voor brengen van andere onderwerpen/casussen die in de thematiek van deze focusgroep interessant zouden kunnen zijn.

Voorbeelden

Onderwerpen casussen:

1. Slapeloosheid

2. Herhalingsvoorschriften
3. Verslavingsproblematiek
4. Afbouw van benzodiazepine
5. Angstproblematiek
6. Shoppinggedrag
7. …

Standaardvragen

- Schrijft u in deze casus een benzodiazepine voor?
- Casus specifieke elementen waarom u het wel/niet zou doen?
- Volgt u deze patiënten verder regelmatig op?
- Probeert u deze ook terug af te bouwen?
- Slaagt u erin deze terug af te bouwen?
- Bereikt u met het voorschrijven van de benzodiazepine uw therapeutisch doel?
- Neemt u in deze casus contact op met de 2e/3e-lijn?
- …

Voorbeelden casus specifieke vragen:

1. Slapeloosheid
    a. Geeft u benzodiazepines enkel bij inslaapproblematiek of ook bij doorslaapproblemen?
2. Herhalingsvoorschriften
    a. Probeert u patiënten attent te maken op het feit dat ze chronisch een benzodiazepine gebruiken?
    b. Voelt u spanning wanneer u vragen stelt over het afbouwen/stoppen van hun medicatie?
    c. Zijn er bepaalde patiënten ontvankelijker/weerspanniger voor deze vraag?
3. Verslavingsproblematiek
    a. Heeft u schrik voor het al dan niet verslaafd maken van uw patiënt aan benzodiazepines
4. Afbouw van benzodiazepine
5. Angstproblematiek
6. Shoppinggedrag
    a. Schrijft u benzodiazepines voor aan patiënten die nog nooit bij u geweest zijn of hun GMD niet bij u hebben?
7. …

Gegevensverwerking en rapportering

Zoals al eerder aangegeven zal gegevensverwerking en rapportering reeds starten na het beëindigen van het gesprek. De geschreven nota's van de observator maken integraal deel uit van de analyse en worden opgenomen in het eindrapport.

De gesprekken zelf zullen worden uitgetypt aan de hand van de audio-opname zodat deze aan verdere analyse kunnen onderworpen worden. Hierbij zullen ook non-verbale zaken zoals door elkaar praten, opvallende zaken die gebeuren zoals lachen of stiltes.

Deze resultaten zullen nadien vergeleken worden met gegevens uit andere onderzoekingen rond benzodiazepinegebruik in de eerste lijn.

Scenario focusgroepgesprek

Aankomst onderzoeker/moderator (+/- 30 min. op voorhand) checklist:

- Opstarten laptop en recording programma
- Inpluggen oplader
- Aankoppelen microfoon
- Testen microfoon
- Opstelling in zaal maken (stoelen in kring)
- Informed consent klaarleggen

Aankomst deelnemers onderzoek

- Invullen gegevens
- Informed consent laten tekenen
- Plaats laten nemen

Mondelinge introductie:

- Inleiding van het thema
- Omschrijving doel van het onderzoek
- Uitleg structuur van het gesprek
- Overlopen afspraken
    - Geen foute of goede afspraken
    - Telkens één persoon aan het woord
    - Respect voor elkaar
    - Argumenteren mag, afbreken niet
    - Melden dat gesprek opgenomen wordt

Onderzoeksvraag: “Wat zijn patiënt specifieke elementen die huisartsen triggeren om al dan niet een benzodiazepine voor te schrijven?”

Start van het gesprek:

1ste casus

Luc, een 70-jarige man die bij u gekend is in de praktijk, komt bij u op consultatie voor zijn jaarlijkse bloedafname en zijn **chronische medicatie**. Hij vraagt hierbij naar enkele voorschriften zolpidem 10mg voor zijn slaap aangezien hij deze reeds jaren neemt.

- Zou u een voorschrift voor een benzodiazepine geven aan deze patiënt?
- Wat als Luc jonger of van middelbare leeftijd zou zijn?
- Moest Luc geen gekende patiënt zijn bij u in de praktijk, zou u hem dan ook een voorschrift geven?

    - Dieper
        - Wat als deze patiënt is bij een collega uit de buurt?
        - Wat als deze patiënt niet uit de buurt komt?
        - Zou u hem dit voorschrift ook na telefonisch contact overhandigen?
        - Wat als u deze patiënt tijdens uw wacht zou zien?
        - Wat als u deze patiënt op de huisartsenwachtpost ziet?
- Wat als Luc nog nooit een benzo heeft genomen voor zijn slaapproblematiek?
- Indien reeds conservatieve therapie gehad?
- Indien tekens van middelenmisbruik? (veel gebruik opioïden...)

2de Casus

Julie, een 24-jarige jongedame gekend bij u in de praktijk, komt op consultatie met de vraag naar slaapmedicatie. Zij heeft de laatste tijd veel **stress** wegens haar examens en kan hierdoor niet slapen. Hierdoor is ze zeer vermoeid en heeft ze moeite met studeren.

- Zou u een benzodiazepine voorschrijven in deze casus?
- Moest Julie ouder geweest zijn, zou u het dan wel/niet voorschrijven?
- Indien zij reeds andere conservatieve therapie gehad heeft (slaapethiek, studiebegeleiding, psychologische begeleiding...) zou u het dan overwegen?
- Indien de ouders/familie van Julie hiernaar vragen?
- Wat als Julie niet gekend zou zijn bij u in de praktijk?
    - Vraag telefonisch
    - Vraag op de wachtpost
- Indien haar slapeloosheid niet door studiestress, maar door werkstress zou zijn?
- Indien zij reeds eerder hiervoor een benzodiazepine heeft voorgeschreven gekregen?

3de Casus

Het secretariaat van de praktijk zet het volgende op uw to-do lijstje over een gekende patiënt: “Jan Peters (°08/02/1962) heeft vanmorgen gebeld met de vraag of je a.u.b. nog eens Xanax 1mg elektronisch kan voorschrijven voor zijn **angst**aanvallen.”

- Zou u een benzodiazepine voorschrijven in deze casus?
- Moest Jan hiervoor op consultatie komen zou u het dan sneller voorschrijven?
- Wat als Jan jonger/ouder zou zijn?
- Zou er een verschil zijn indien Jan hiervoor persoonlijk telefonisch contact met u opneemt?
- Wat als Jan geen gekende patiënt is bij u?
- Wat als Jan een voorgeschiedenis heeft van middelenmisbruik?
- Wat als Jan nog nooit eerder een benzodiazepine heeft genomen voor zijn angstprobleem?

4de casus

Tijdens uw chronische huisbezoeken in het rusthuis vraagt de verpleging u om voor Alfred, een 87-jarige man door u gekend, iets van slaapmedicatie voor te schrijven. Hij is de laatste tijd zeer

onrustig ‘s avonds voor het slapengaan en valt hierdoor de verpleging en andere bewoners lastig. Alfred lijdt aan beginnende dementie, maar stelt verder geen ander probleemgedrag.

- Zou u een benzodiazepine voorschrijven in deze casus?
- Wat als Alfred geen dementie had?
- Wat als Alfred hier zelf naar vroeg?
- Wat als de familie van Alfred hiernaar vroeg?
- Indien Alfred angstig zou zijn?
- Wat als deze vraag telefonisch komt?
- Wat als u bij deze patiënt komt tijdens uw wacht?

Algemene discussie (+/- 15 à 30 minuten)

- Zijn er nog andere elementen die u triggeren om al dan niet een benzo voor te schrijven?
- Zijn er nog casussen waar u dieper op in zou willen gaan?

Afsluit

- Deelnemers van het gesprek bedanken
- Wanneer deelnemers de zaal verlaten hebben:
    - Korte evaluatie gesprek
    - Checken van de opname
    - Back-up maken van de opname
    - Informed consent bundelen