# Afbouw van benzodiazepines en Z-producten in de huisartsenpraktijk aan de hand van een stopbrief en korte interventie. Kwaliteitsverbetering project

Lauren-Emma Boen en Eliah Borms, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof dr Sibyl Anthierens, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: prof dr Giannoula Tsakitzidis, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor als de auteur 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 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

Dit kwaliteitsverbetring project is in het kader van onze masterproef tot het behalen van de master-na-master in de huisartsgeneeskunde. We wilden dan ook graag enkele mensen bedanken die mee bijdroegen tot het resultaat van dit project. Eerst en vooral bedanken we graag onze promotor Sibyl Anthierens en onze co-promotor Gianonula Tsakitzidis. Hun feedback, ondersteuning en begeleiding doorheen de afgelopen drie jaar hielpen ons te geraken waar we nu staan.
Daarnaast willen we graag alle artsen en paramedici die meehielpen aan dit project bedanken, alsook de patiënten die wensten deel te nemen aan dit project. Zonder hen konden we dit niet waarmaken.
We bedanken ook graag onze ouders, vrienden en partners voor hun steun en motiverende woorden.
Tot slot bedanken we graag elkaar voor de samenwerking en wederzijds respect gedurende dit project.

Eliah Borms en Lauren-Emma Boen  Antwerpen, 23 april 2024

## Abstract

***Context***: Volgens de huidige literatuur kampt zo'n 10-30% van de volwassenen met slaapproblemen. Volgens de richtlijnen wordt aangeraden benzodiazepines en aanverwante producten kortdurend voor te schrijven en enkel bij een hoge lijdensdruk en/of ernstig disfunctioneren overdag. Na een acute periode moeten ze afgebouwd en gestopt worden. Toch zien we in de praktijk dat het afbouwen en stoppen maar zelden gebeurt. De bijwerkingen op lange termijn zijn nochtans gekend: gewenning, afhankelijkheid en sufheid overdag, met valaccidenten en verkeersongevallen mogelijks tot gevolg. Bovendien is er al uitvoerig onderzoek gedaan naar de beste methode voor afbouw/stop. Huisartsen zijn hier echter weinig mee vertrouwd en de methoden of interventies worden weinig toegepast in de praktijk.

***Doelstelling***: Met dit kwaliteitsverbetering project willen we op basis van de huidige literatuur een goed onderbouwd protocol integreren in onze huisartsenpraktijken om zo het chronisch gebruik van benzodiazepine- en Z-producten bij patiënten ouder dan 18 jaar te verminderen. Concreet willen we na 3- 6 maanden na het uitvoeren van het protocol nagaan welk percentage patiënten hun chronisch gebruik heeft kunnen verminderen of stoppen.

***Methode***: Een kwaliteitsverbetering project werd opgezet in onze respectievelijke huisartsenpraktijken waar we als HAIO onze opleiding voltooien. Eerst werd er aan de hand van een literatuurstudie gekeken wat de beste methode is om benzodiazepines en Z-producten af te bouwen bij patiënten die chronisch deze medicatie gebruiken. Op basis hiervan werd vervolgens een protocol opgesteld. In de periode van februari 2023 tot juli 2023 werd dit protocol uitgevoerd.

***Resultaten***: Uit de literatuurstudie bleek dat een stopbrief, gevolgd door een stoptraject, de meest effectieve methode is voor de afbouw van benzodiazepines in de huisartsenpraktijk. Van de 157 aangeschreven patiënten uit de twee huisartsenpraktijken, deden uiteindelijk 44 patiënten mee aan het onderzoek (30%). Een totaal van 43% (n=19) van de definitief geïncludeerde patiënten stopten met het gebruik van benzodiazepines of z-producten door dit praktijkverbetering project. Veel van de gestopte patiënten hoorden bij de groep 70- of 80-plussers.

***Conclusie***: Uit ons kwaliteitsverbetering project lijkt een stopbrief een eenvoudige en bruikbare interventie te zijn voor afbouw van chronische gebruik van benzodiazepines en Z-producten.

# Inhoudsopgave

**Voorwoord** ... **III**

**Abstract** ... **IV**

**Inhoudsopgave** ... **VI**

**Lijst met afkortingen** ... **VII**

**1. Inleiding** ... **1**

**2. Methodologie** ... **2**

*2.1 Methode literatuurstudie* ... *2*

*2.2 Doel kwaliteitsverbetering project* ... *2*

*2.3 Verloop en methode kwaliteitsverbetering project* ... *2*

**3. Resultaten** ... **5**

*3.1 Resultaten literatuurstudie* ... *5*

*3.2 Resultaten kwaliteitsverbetering project* ... *5*

3.2.1 Inclusie ... 5

3.2.2 Algemene informatie ... 6

3.2.3 Eerste contact na stopbrief ... 6

3.2.4 Controle na 3 tot 6 maanden ... 8

3.2.5 Beleving ... 11

*3.3 Resultaten zijproject* ... *12*

**4. Discussie** ... **13**

*4.1 Reflectie* ... *15*

**5. Conclusie** ... **16**

**6. Reflectie** ... **17**

*6.1 Reflectie Eliah* ... *17*

*6.2 Reflectie Lauren-Emma* ... *18*

**7. Bijlagen** ... **20**

*Bijlage 1: Lijst MeSH-termen* ... *20*

*Bijlage 2: Pubmed search MeSH termen* ... *21*

*Bijlage 3: Literatuurstudie* ... *22*

*Bijlage 4: Goedgekeurd protocol* ... *23*

*Bijlage 5: Goedkeuring Ethisch Comité* ... *39*

*Bijlage 6: Plagiaatscreening* ... *41*

**8. Referenties** ... **42**

## Lijst met afkortingen

| | |
|---|---|
| GMD | Globaal Medisch Dossier |
| EMD | Elektronisch Medisch Dossier |
| ICPC | International Classification of Primary Care |
| ICD10 | International Classification of Diseases 10th Revision |
| ICHO | Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding |
| NHG | Nederlandse Huisartsen Genootschap |
| MeSH | Medical Subject Headings |

## 1. Inleiding

In onze huisartsenpraktijken merkten we op dat er nog steeds een groot aantal patiënten chronisch benzodiazepines of Z-producten gebruikt zonder dat hier een goede indicatie voor is. Slapeloosheid is de belangrijkste reden om die medicatie initieel op te starten. Volgens de huidige literatuur kampt zo'n 10-30% van de volwassenen met slaapproblemen (1, 2). Benzodiazepines en aanverwante producten mogen alleen kortdurend (5-10 tabletten) worden voorgeschreven bij een hoge lijdensdruk en/of ernstig disfunctioneren overdag. Na deze acute periode dienen ze echter afgebouwd en gestopt te worden (1, 3). In onze opleiding leren we ook om op deze manier met benzodiazepines en Z-producten aan de slag te gaan en ze niet voor chronisch gebruik voor te schrijven. Toch zien we in onze praktijken dat het afbouwen en stoppen zelden gebeurt en dat is niet zonder gevaren. We weten uit de literatuur dat de bijwerkingen op lange termijn zeer goed gekend zijn: gewenning, afhankelijkheid en sufheid overdag, met valaccidenten en verkeersongevallen mogelijks tot gevolg (1, 3). Ze hebben vaak een grote invloed op het dagelijks functioneren van de patiënt en diens bijdrage in de maatschappij. Bovendien is er al uitvoerig onderzoek gedaan naar de beste methode van afbouw. Deze is echter te weinig gekend onder huisartsen en wordt te weinig toegepast in de praktijk. Dat bleek opnieuw uit een recent artikel van Huisarts Nu (4). Ook in onze huisartsenpraktijken is er momenteel te weinig intrinsieke motivatie vanuit de artsen en ontbreekt er een uniform plan om patiënten te begeleiden bij het afbouwen. Met deze masterproef willen we op basis van een kwaliteitsverbetering project, een plan van aanpak (protocol) opstellen en dit uittesten. In samenwerking met de praktijkverpleegkundige, collega-artsen en eventuele andere betrokken paramedici en praktijkmedewerkers willen we zo een vooropgesteld traject aangaan met de patiënten, waarbij alle neuzen in dezelfde richting staan. Op die manier ambiëren we het benzodiazepine- en Z-productengebruik in onze praktijken drastisch te verminderen. Wij zijn ervan overtuigd dat met deze kleine inspanning een groot verschil in benzodiazepine- en Z-productengebruik kan worden bereikt en hopen zo ook andere praktijken te inspireren om hetzelfde te doen en zo in het algemeen het gebruik te kunnen verminderen. Concreet willen we 3 tot 6 maanden na het uitvoeren van het protocol nagaan welk percentage patiënten hun chronisch gebruik heeft kunnen verminderen of stoppen.

# 2. Methodologie

## 2.1 Methode literatuurstudie

Aan de hand van de literatuurstudie werd geprobeerd een antwoord te formuleren op de vraag wat de beste methode is om benzodiazepines en Z-producten af te bouwen bij patiënten uit de huisartsenpraktijk van 18 jaar of ouder die chronisch benzodiazepines gebruiken.

Allereerst werden in maart 2022 de vorige masterproeven rond benzodiazepines bekeken via de ICHO-databank. Er werd gezocht op 'benzodiazepinen'. In juli 2022 werd vervolgens een exploratie uitgevoerd via Google Scholar om breed te kijken welke informatie er zoal beschikbaar was. Hiervoor werden de zoektermen 'benzodiazepine verslaving afbouw' en 'benzodiazepine afbouwen' gebruikt. Deze zoekstrategie bleek te breed te zijn. Daarom werd besloten om volgens het piramidesysteem eerst de richtlijnen door te nemen. De NHG-standaard 'Slaapproblemen en slaapmiddelen'(1) werd doorgenomen evenals de Domus Medicarichtlijn 'Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn'(5). Van beide richtlijnen werd de referentielijst doorgenomen. Er werd gezocht op 'Gui*' om andere richtlijnen te vinden. De Domus Medicarichtlijn bleek gebaseerd op de NHG-standaard en Prodigy guideline. Een uitgebreide zoekstrategie zoals bij de NHG-standaard was niet beschikbaar. Ook de Prodigy richtlijn was niet voor ons beschikbaar. Er werd daarom beslist om de NHG-standaard als basis te gebruiken. In augustus 2022 werden de artikels van de referentielijst van de NHG-standaard geblindeerd van elkaar beoordeeld op titel. Nadien werden twijfelgevallen of verschilpunten besproken. Een finale lijst van artikels werd opgesteld. Hiervan werden de abstracts ook geblindeerd van elkaar beoordeeld op dezelfde manier. Zo werd er een finale lijst van artikels opgesteld die geïncludeerd werden.

Ten slotte werd er gezocht naar de meest recente literatuur via Pudmed. Omdat in de NHG-standaard artikels werden geïncludeerd tot en met januari 2013, werd besloten om op zoek te gaan naar literatuur vanaf februari 2013. Er werd een lijst van MeSH termen opgesteld op basis de MeSH database enerzijds en de zoekstrategie van de NHG-standaard anderzijds (zie bijlage 1 en 2). Er werd een selectie gemaakt uit de lijst MeSH termen van de NHG-standaard gezien de richtlijn breder gaat dan onze onderzoeksvraag.

## 2.2 Doel kwaliteitsverbetering project

Het doel van dit praktijkverbetering project was het ontwikkelen en toepassen van een eenvoudig en bruikbaar protocol om het gebruik van benzodiazepines en Z-producten in de huisartsenpraktijk te verminderen.

## 2.3 Verloop en methode kwaliteitsverbetering project

Op basis van de resultaten van de literatuurstudie werd gekozen voor een stopbrief met stoptraject. (zie 3.1) Er werd een protocol opgesteld als hulpmiddel voor de praktijk. (zie bijlage 4) Het bevat zowel informatie om mee te geven aan de patiënt, een folder, als een praktische handleiding om het project uit te rollen. Het protocol werd voorgesteld aan de collega-artsen en paramedici van de praktijk op een vergadering aan de hand van een PowerPointpresentatie. Door deze presentatie, die het belang en de eenvoud van een stopbrief en stoptraject uitlegde, werden de collega-artsen en paramedici

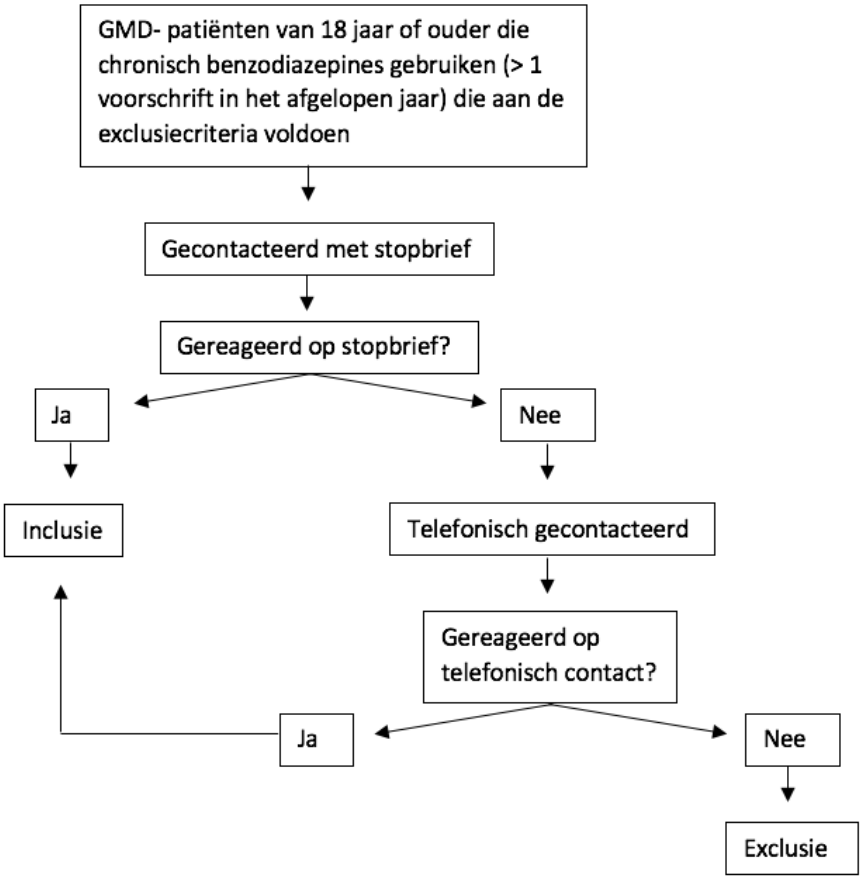
overtuigd om deel te nemen. Daarnaast werd feedback gevraagd en verwerkt in het definitieve protocol.

Het protocol werd in de periode van februari 2023 tot juli 2023 toegepast in huisartsenpraktijken Huisartsen De Korte Nieuwstraat (Centrum Antwerpen) en Huisartsen Het Laar (Reet). Uit het elektronisch medisch dossier werd een lijst getrokken van alle GMD-patiënten van 18 jaar of ouder die chronisch benzodiazepines of Z-producten gebruiken. Deze chronische gebruikers definieerden we als patiënten die in de periode van januari 2022 tot en met januari 2023, één of meer voorschriften benzodiazepines of Z-producten gekregen hadden. Uit deze lijst werden handmatig de patiënten geëxcludeerd die benzodiazepines of Z-producten innemen omwille van een status epilepticus, acute alcoholontwenning, spasticiteit, dystonie en myoclonieën. Ook rusthuispatiënten en patiënten met ernstige fysieke/psychiatrische aandoeningen werden geëxcludeerd. Deze exclusiecriteria bekwamen we op basis van de literatuur(6-8).

Per soort elektronisch medisch dossier diende een andere methode gebruikt te worden om de lijst van patiënten te trekken. Daarvoor verwijzen we graag naar het protocol (zie bijlage 4). Deze lijst bevatte de naam, het adres, geslacht, telefoonnummer en mailadres van de patiënten. Per patiënt werd er achteraf handmatig genoteerd hoeveel voorschriften die het afgelopen jaar had gekregen. Hun gegevens werden bewaard op Onedrive in een map waar alleen de auteurs van dit artikel (Lauren-Emma Boen en Eliah Borms) en hun promotoren (Giannoula Tsakitzidis en Sibyl Anthierens) toegang tot hebben. De gegevens zullen na het beëindigen van de masterproef 10 jaar bewaard worden in deze map, waarna de map als geheel verwijderd zal worden.

De geselecteerde patiënten werden gecontacteerd per mail of per post. Patiënten werden geïncludeerd wanneer ze reageerden op de stopbrief door een afspraak in te plannen met de arts/ verpleegkundige in de praktijk. Tijdens deze afspraak kregen ze meer informatie over de nevenwerkingen van afbouw, hoe deze te counteren en een afbouwschema. Er werd een vervolgconsultatie ter opvolging ingepland wanneer de patiënt graag nauw opgevolgd werd. Patiënten die niet uit eigen initiatief reeds een afspraak maakten, werden na 1 maand opgebeld en gevraagd of ze geïnteresseerd waren om deel te nemen aan het project. Zo werden patiënten die op eigen initiatief stopten of afbouwden ook geïncludeerd. Patiënten die na het telefonisch contact nog niet geïnteresseerd waren, werden niet geïncludeerd. Ook patiënten die na herhaaldelijk telefonisch contact (3 verschillende pogingen) niet bereikbaar waren, werden niet geïncludeerd. (zie figuur 1)

*Figuur 1: Flowchart inclusie en informeren van patiënten*




Bij een controle na 3 tot 6 maanden werd nagegaan hoeveel van de geïncludeerde patiënten erin slaagden af te bouwen of te stoppen. Dit aan de hand van het aantal voorschriften in het medisch dossier en een telefonisch contact met de patiënt.

In praktijk Voorland (Sint-Katelijne-Waver) en praktijk Ter Linde (Edegem) werd een zijproject opgestart. In Voorland werd er onderling overlegd en werden een twintigtal patiënten geselecteerd om deel te nemen. In Ter Linde werd gekozen om de patiënten van de praktijkopleider als steekproef te nemen.

# 3. Resultaten

## 3.1 Resultaten literatuurstudie

Via de ICHO-databank werden 31 masterproeven gevonden met de zoekterm 'benzodiazepine'. Daarvan werden er 22 behouden om het abstract te lezen en daarna 15 geïncludeerd (9-23). Via Google Scholar werden er 12 resultaten gevonden met de zoektermen 'benzodiazepine verslaving afbouw' en 454 resultaten met de zoektermen 'benzodiazepine afbouwen'. Dit was een oriënterende search en hiervan werden 0 resultaten geïncludeerd. Na doornemen van de referentielijst van de NHG-standaard werden uiteindelijk 10 resultaten geïncludeerd (2, 3, 6-8, 24-28). Ten slotte werden nog 8 resultaten geïncludeerd na het zoeken naar de meest recente literatuur op Pubmed (29-36). (zie bijlage 3)

In de literatuur werden al verschillende methodes voor het afbouwen van benzodiazepines al uitgebreid onderzocht. De onderzochte methodes lopen van het uitsturen van een stopbrief tot het aangaan van een traject met afbouwschema en zelfs het toevoegen van psychotherapie of andere begeleidende therapieën.

Uit de literatuurstudie bleek dat een stopbrief, gevolgd door een stoptraject, de meest effectieve methode is voor de afbouw van benzodiazepines in de huisartsenpraktijk (1, 6, 8, 25-28, 31-35). Deze methode kent een hoog slaagpercentage, weinig nevenwerkingen en is bovendien ook erg haalbaar voor de huisarts om te implementeren in de dagelijkse praktijk. Verder bleek dat de stopbrief best gepersonaliseerd wordt (naam van de patiënt en specifiek benzodiazepine of Z-product benoemen). Zo toonde een studie aan dat een gepersonaliseerde brief op basis van vooraf ingegeven patiëntenkarakteristieken voor een nog hoger succespercentage zorgde bij patiënten die gemotiveerd waren om te stoppen (3). Ook bleek dat een langere stopbrief, multiple stopbrieven of veel extra informatie niet per se effectiever zijn(3, 6, 26). De meerwaarde van toegevoegde psychotherapie aan de interventie bleek wisselend (25, 27). Het toevoegen van psychotherapie aan de behandeling bleek vaak wel helpend, maar daarom niet kosteneffectief. Psychotherapie kan dus overwogen worden in specifieke casussen zoals bij primair psychisch lijden dat tot insomnie leidt (29, 32). In de Big Bird trial werd het toevoegen van computer-assisted patient education onderzocht. Echter bleek dit geen meerwaarde te hebben (30).

## 3.2 Resultaten kwaliteitsverbetering project

### *3.2.1 Inclusie*

Er werden 157 patiënten uit twee praktijken een stopbrief toegestuurd die voldeden aan de inclusiecriteria, waarvan 81 patiënten in de periferie en 76 in de stad. Daarvan bleken er 25 fout geïncludeerd te zijn volgens de hiervoor beschreven criteria. De reden hiervoor was onduidelijkheid over de indicatie van het gebruik in het dossier. Achteraf bleken deze patiënten de medicatie te gebruiken voor indicaties zoals psychiatrische opvolging, gebruik in kader van spierspasmen, gebruik als noodmedicatie bij angsten, zonder duidelijke vermelding hiervan in het dossier. 6 patiënten waren niet langer patiënt in de praktijk. 35 patiënten namen niet op na herhaaldelijk telefonisch contact en werden daarom ook geëxcludeerd. Tot slot wensten 47 patiënten niet deel te nemen aan de studie. Dit omdat ze geen interesse hebben in het afbouwen van de slaapmedicatie, het nut er niet van inzien of het niet het juiste moment vonden omwille van persoonlijke redenen. Dit brengt ons op een totaal van **44 definitief geïncludeerde patiënten** (=30%). (Tabel 1)

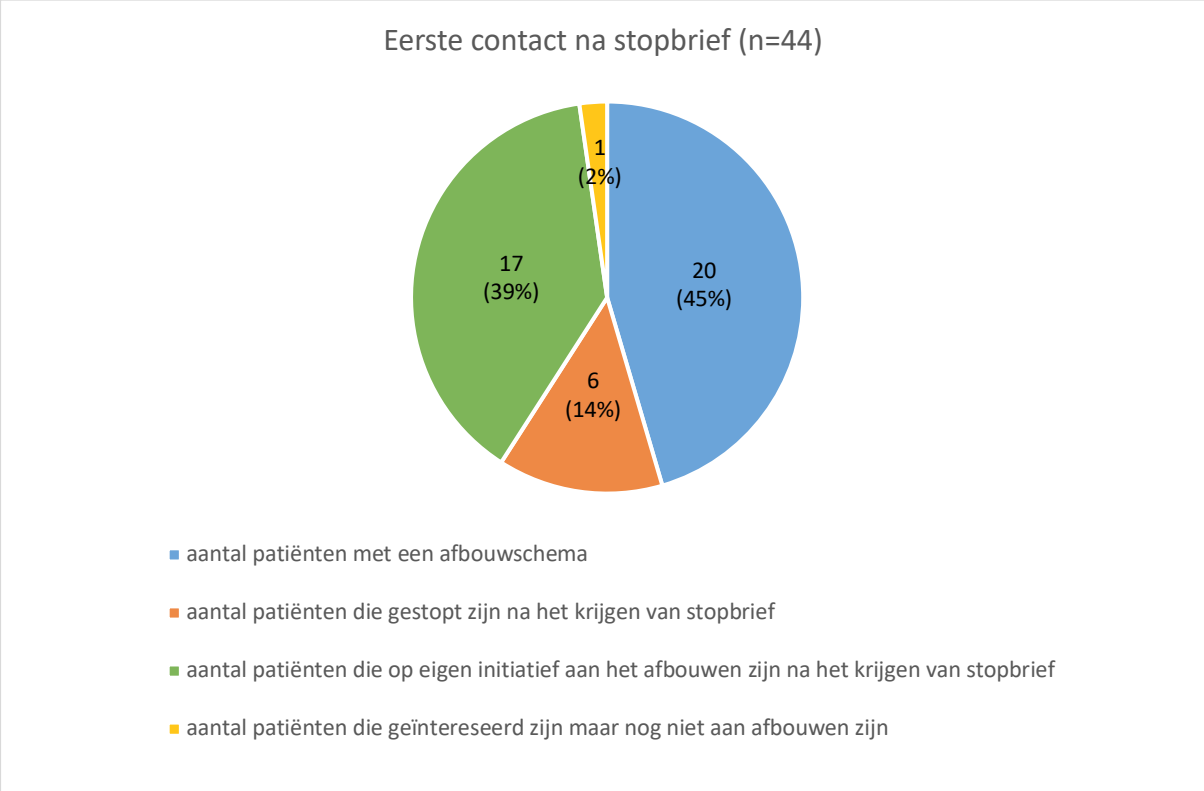
*3.2.2 Algemene informatie*

De gemiddelde leeftijd bedraagt 71 jaar (63 jaar in de stad en 75 jaar in de periferie). We merken op dat er drie keer zoveel vrouwen dan mannen geïncludeerd werden (12 mannen en 32 vrouwen). We merken op dat er opvallend meer patiënten uit de periferie wensten deel te nemen dan uit de stad (20% (n=15) uit de stad en 40% (n=29) uit de periferie). De verdeling tussen benzodiazepine- en Z-productengebruikers was ongeveer gelijk (benzodiazepines 43% (n=19) en Z-producten 57% (n=25)).

*3.2.3 Eerste contact na stopbrief*

Het aantal patiënten dat na het krijgen van de stopbrief op eigen initiatief **gestopt** is, is 6 (14%). (Figuur 2) Het aantal patiënten dat na het krijgen van de stopbrief op eigen initiatief **afgebouwd** is, is 17 (39%). Het aantal patiënten dat een begeleide afbouw met **afbouwschema** via de huisarts kreeg, bedroeg 20 (45%). Er was 1 patiënte die wel wenste deel te nemen aan de studie, maar nog niet bereid was tot afbouw na het eerste contact. We merken op dat er in de periferie opvallend meer patiënten direct zonder afbouwschema op eigen initiatief gestopt zijn na het krijgen van de stopbrief (20% in de periferie en 0% in de stad). Verder lag de verdeling ongeveer gelijk in de stad en de periferie. (Tabel 1)

*Figuur 2: Resultaten bij eerste contact na het sturen van een stopbrief*



*Tabel 1: Samenvatting resultaten*

| **Algemene informatie** | **Totaal** | | **Stad** | | **Periferie** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Definitief aantal geïncludeerde patiënten | 44 | 100,00% | 15 | 34,09% | 29 | 65,91% |
| Gemiddelde leeftijd | 70,75 | | 63 | | 75 | |
| Aantal mannen | 12 | 27,27% | 5 | 33,33% | 7 | 24,14% |
| Aantal vrouwen | 32 | 72,73% | 10 | 66,67% | 22 | 75,86% |
| Aantal benzodiazepine gebruikers | 19 | 43% | 5 | 33,33% | 14 | 48,28% |
| Aantal Z-product gebruikers | 25 | 57% | 10 | 66,67% | 15 | 51,72% |

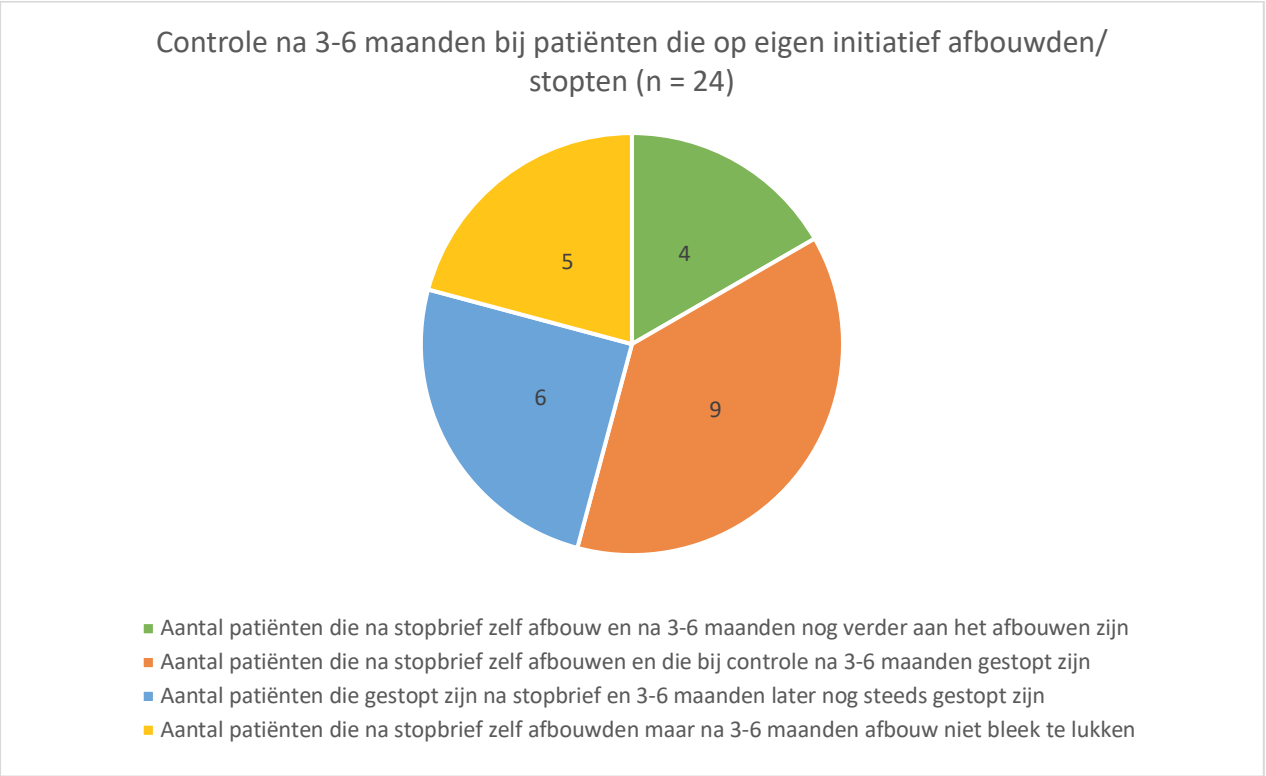
| **Eerste contact na stopbrief (1 maand)** | **Totaal** | | **Stad** | | **Periferie** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Aantal patiënten met een afbouwschema | 20 | 45,45% | 9 | 60,00% | 11 | 37,93% |
| Aantal patiënten die gestopt zijn na het krijgen van stopbrief | 6 | 13,64% | 0 | 0,00% | 6 | 20,69% |
| Aantal patiënten die op eigen initiatief aan het afbouwen zijn na het krijgen van stopbrief | 17 | 38,64% | 6 | 40,00% | 11 | 37,93% |
| Aantal patiënten die geïntereseerd zijn in het project maar nog niet aan afbouwen zijn | 1 | 2,27% | 0 | 0,00% | 1 | 3,45% |

| **Controle na 3-6 maanden** | **Totaal** | | **Stad** | | **Periferie** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Aantal patiënten die na stopbrief zelf afbouw en na 3-6 maanden nog verder aan het afbouwen zijn | 4 | 22% | 2 | 33,33% | 2 | 18,18% |
| Aantal patiënten die na stopbrief zelf afbouwen en die bij controle na 3-6 maanden gestopt zijn | 9 | 50% | 0 | 0,00% | 9 | 81,82% |
| Aantal patiënten die gestopt zijn na stopbrief en 3-6 maanden later nog steeds gestopt zijn | 6 | 100% | 0 | 0,00% | 6 | 100,00% |
| Aantal patiënten die na stopbrief zelf afbouwden maar na 3-6 maanden afbouw niet bleek te lukken | 5 | 28% | 4 | 66,67% | 1 | 9,09% |
| Aantal patiënten dat na starten afbouwschema bij controle na 3-6 maanden nog verder aan het afbouwen zijn | 9 | 45,00% | 6 | 66,67% | 3 | 27,27% |
| Aantal patiënten dat na starten afbouwschema bij controle na 3-6 maanden gestopt zijn | 4 | 20,00% | 1 | 11,11% | 3 | 27,27% |
| Aantal patiënten waarbij afbouwen middels schema mislukte | 7 | 35,00% | 2 | 22,22% | 5 | 45,45% |
| Totaal aantal patiënten die stopten na 3-6 maanden | 19 | 43,18% | 1 | 6,67% | 18 | 62,07% |

*3.2.4 Controle na 3 tot 6 maanden*

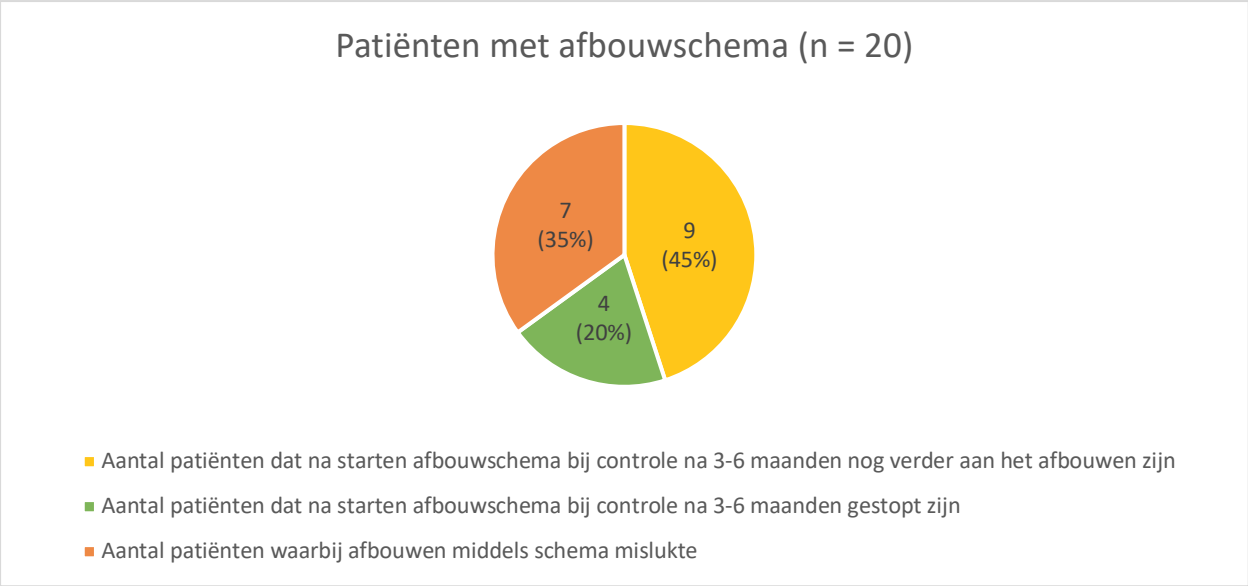
Van de patiënten die op **eigen initiatief** gestopt waren na het krijgen van de stopbrief, was 100% (n=6) nog steeds gestopt na 3 tot 6 maanden. Van de patiënten die na de stopbrief op eigen initiatief aan het afbouwen waren, was 22% (n=4) nog steeds aan het afbouwen na 3 tot 6 maanden en was 50% (n=9) gestopt na 3 tot 6 maanden. Bij de overige 28% (n=5) bleek de afbouw toch niet te lukken na 3 tot 6 maanden. (Figuur 3) Hier zagen we opnieuw een opvallend verschil tussen de stad en de periferie: het aantal patiënten bij wie de afbouw toch niet gelukt bleek na 3 tot 6 maanden, lag opvallend hoger in de stad (66%, n=4) dan in de periferie (9%, n=1).

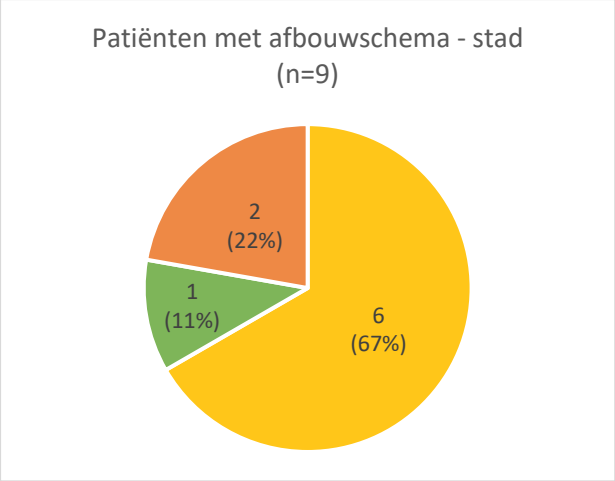
*Figuur 3: Resultaten afbouwen/stoppen op eigen initiatief*

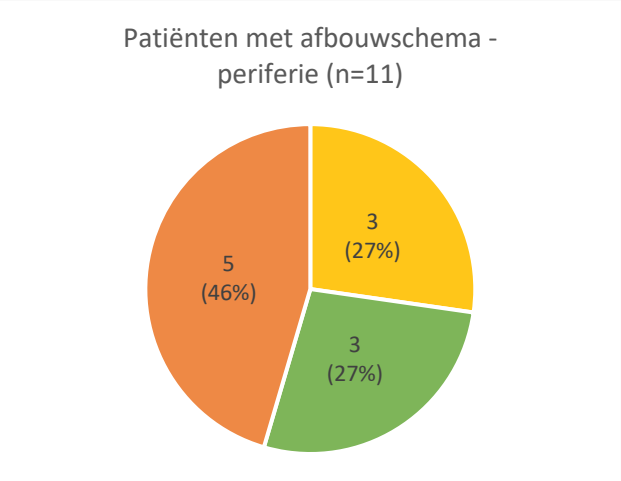



Van de patiënten die een **begeleid afbouwschema** (figuur 4) kregen, was 45% (n=9) nog steeds onder begeleiding van hun huisarts aan het afbouwen na 3 tot 6 maanden. 20% (n=4) van de patiënten met een begeleid afbouwschema bleken na 3 tot 6 maanden gestopt te zijn. Bij de overige 35% (n=7) is de afbouw toch niet gelukt na 3 tot 6 maanden en gebruiken de patiënten opnieuw hun initiële dosis. Ook hier was er weer een verschil tussen de stad en de periferie: in de stad was een groot percentage nog verder aan het afbouwen (66%, n=6) en slechts een klein deel al gestopt (11%, n=1). In de periferie waren ongeveer evenveel patiënten nog aan het afbouwen als dat er gestopt waren (telkens 27%, n=3). Het aantal patiënten bij wie de afbouw niet gelukt was na 3 tot 6 maanden bleek hier wel hoger te liggen in de periferie (45%, n=5) dan in de stad (22%, n=2). De patiënte die na het eerste contact nog niet bereid was tot afbouw was jammer genoeg na 3 tot 6 maanden ook nog niet bereid tot afbouwen of stoppen van de medicatie. Deze patiënte werd daarom ingedeeld in de categorie waarbij de afbouw niet bleek te lukken.

*Figuur 4: Resultaten afbouwen met afbouwschema*

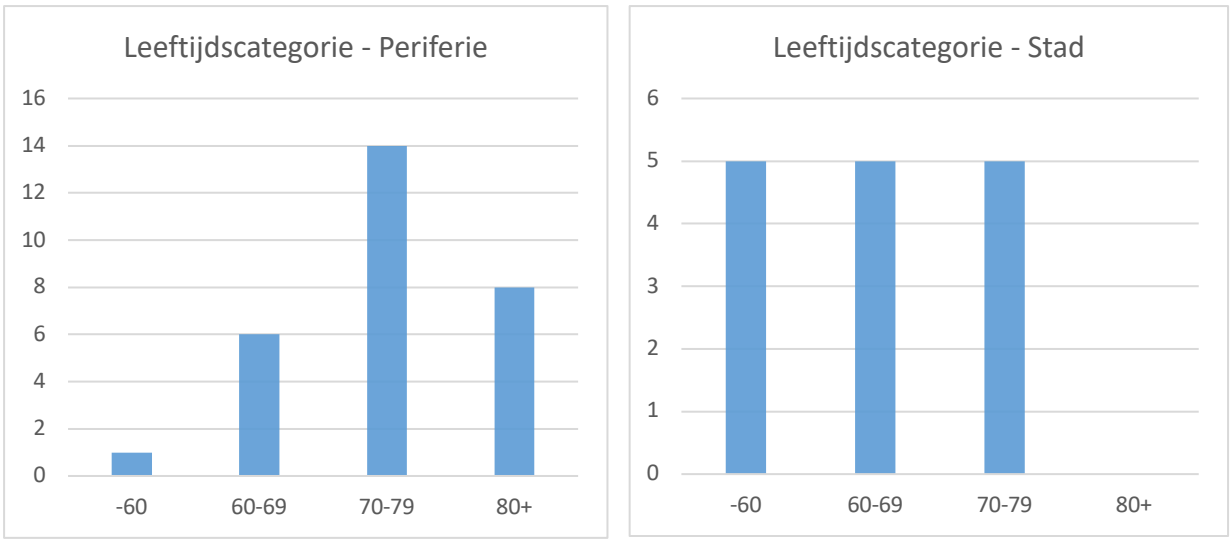


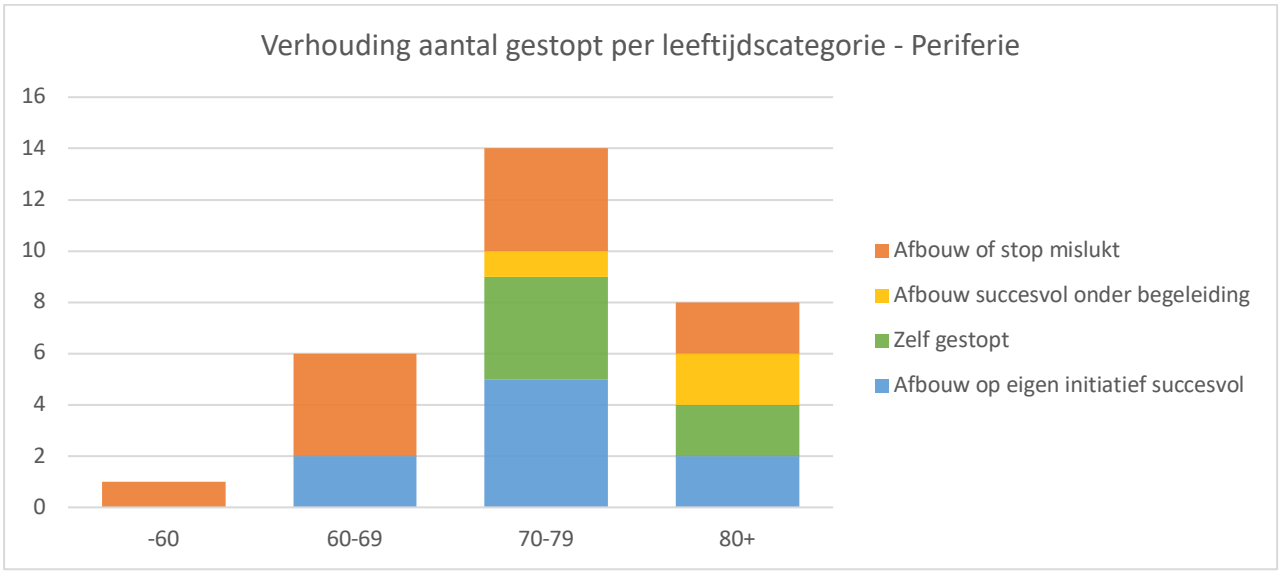



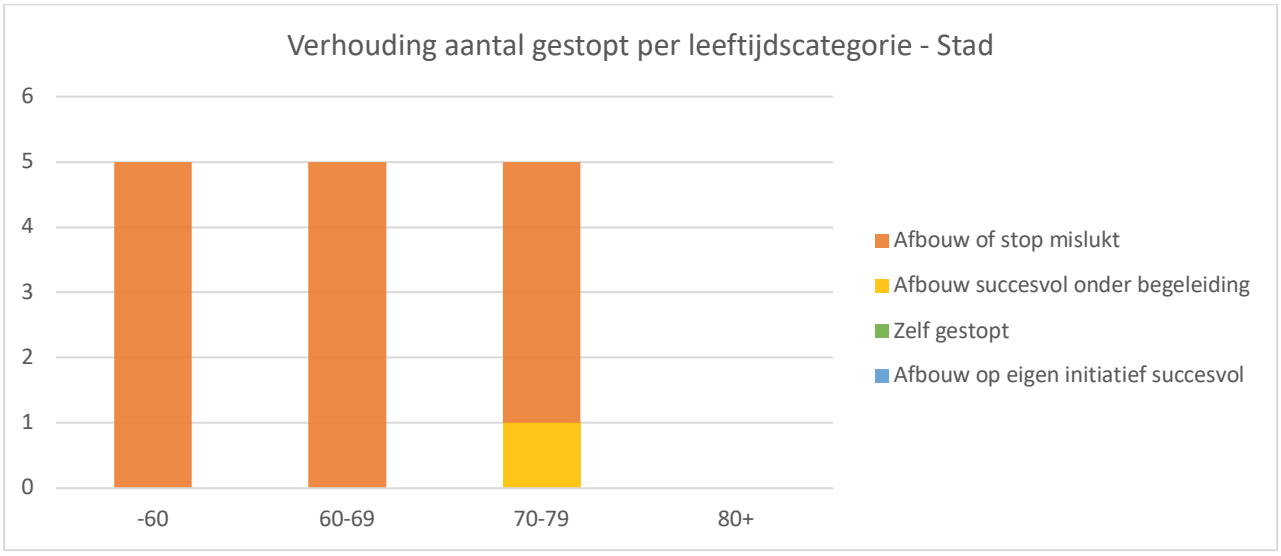

Per leeftijdscategorie kan geconcludeerd worden dat er in de periferie 75% van de 80-plussers kon stoppen met de medicatie. Ook in de groep 70- tot 79-jarigen lukte de afbouw aardig met zo'n 71% (n= 10/14) die kon stoppen. Ook in de stad valt de enige gestopte in de leeftijdscategorie 70- tot 79-jarigen (figuur 5, 6 en 7).

*Figuur 5: Patiënten ingedeeld per leeftijdscategorie – periferie en stad*



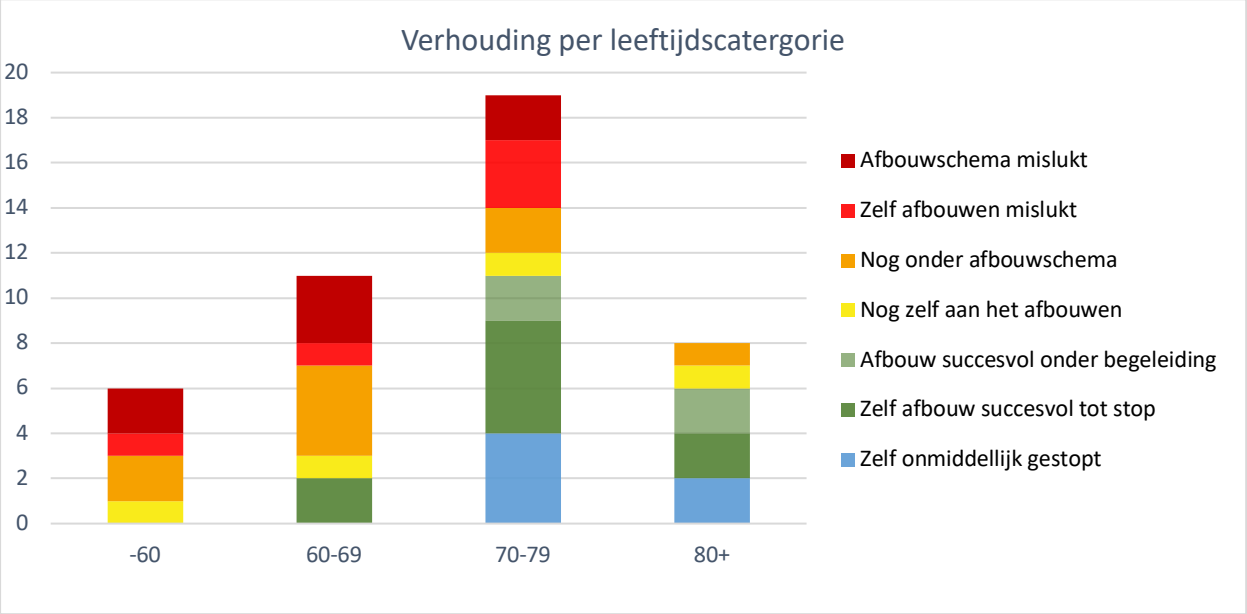

*Figuur 6: Verhouding aantal patiënten gestopt per leeftijdscategorie – periferie en stad*



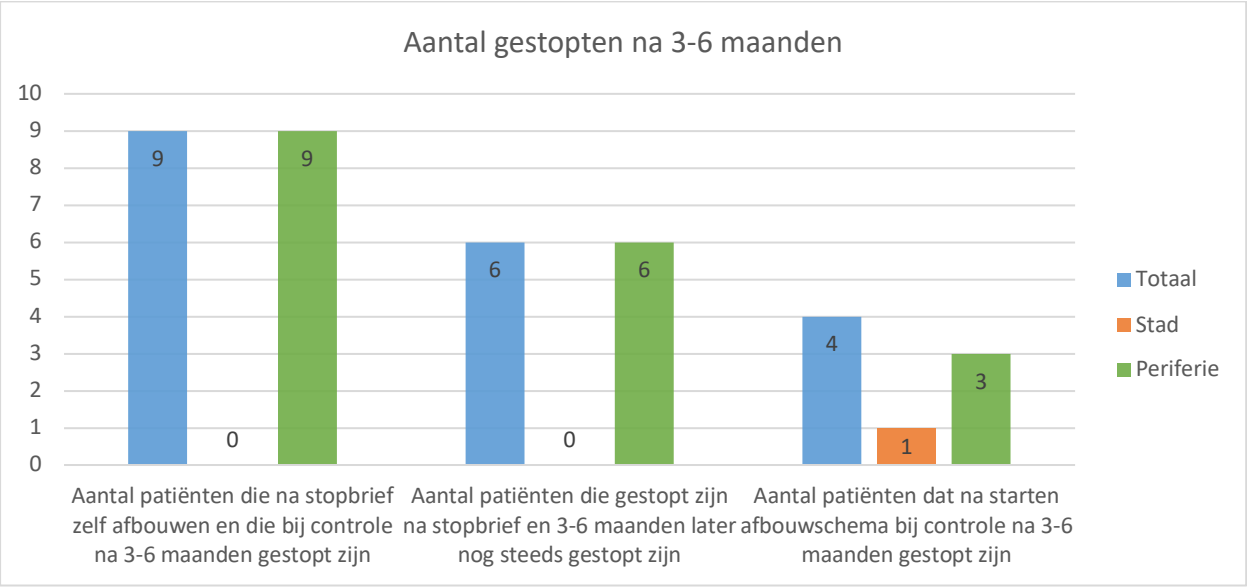



Er kan dus geconcludeerd worden dat een **totaal van 43% (n=19)** van de definitief geïncludeerde patiënten **stopten** met het gebruik van benzodiazepines of Z-producten door dit praktijkverbetering project (figuur 8).

*Figuur 7: Totaalresultaat project per leeftijdscategorie*




*Figuur 8: Resultaten totaal aantal patiënten dat stopte bij controle na 3-6 maanden*




### *3.2.5 Beleving*

Er werden geen officiële feedbackgesprekken gedaan met artsen of patiënten, dit gebeurde wel informeel. De collega-artsen namen het belang van het project ten harten. Alle collega-artsen waren dan ook **geëngageerd** om hun naam mee onder de stopbrief te zetten. Er was veel **enthousiasme** van collega-artsen wanneer het project lopende was omdat ze meteen ook zagen dat er toch wel wat patiënten positief reageerden en interesse toonden in het project.

Er werd een **meeting** gehouden met collega-artsen, paramedici en secretariaatmedewerkers om middels een PowerPointpresentatie de werking van het project te duiden (zie ook Protocol). Deze presentatie werd ook ter beschikking gesteld van de collega-artsen, paramedici en secretariaatmedewerkers waardoor de toepassing ervan makkelijk verliep.
De beperkte mogelijkheden van het **EMD** maken het nog moeilijk om de juiste patiënten te includeren op een vlotte manier. Hier kruipt jammer genoeg nog wel wat handmatig werk in. Om het zo vlot mogelijk te doen verlopen, is het in de eerste plaats **belangrijk** dat alle patiënten de **juiste ICPC/ICD10-code** krijgen (benzodiazepine afhankelijkheid P18, F13.2) zodat hier in de toekomst op geselecteerd kan worden. Bij het trekken van de patiëntenlijst gaven de artsen ook aan geen accuraat beeld te hebben van het benzodiazepine en Z-productengebruik in hun praktijk. De deelnemende artsen vonden het een meerwaarde hiervan een overzicht te krijgen.
Patiënten kozen bijna altijd voor hun vaste arts voor de consultaties om een afbouwschema te volgen, niet voor de HAIO of paramedici.
De collega-artsen gaven aan dat het makkelijk was dat de afbouwschema's reeds als sjabloon in het EMD verwerkt waren.
Patiënten die op raadpleging het afbouwen aanhaalden, waren vaak de gemotiveerde patiënten om af te bouwen. Echter merkten patiënten die reeds jaar en dag de medicatie namen of patiënten van oudere leeftijd op dat het afbouwen toch niet zo eenvoudig verliep. Dit zijn dan ook de patiënten waarbij de afbouw vaker mislukte.
Wanneer we na afloop met onze collega-artsen informeel terugblikten op het project was er een **algemeen positieve indruk** over de resultaten die behaald werden. Er werd opgemerkt dat patiënten bijzonder **weinig kennis** hadden over de **neveneffecten** van de medicatie. Ook gaven patiënten vaak aan dat ze de medicatie vooral innemen omdat hun arts deze voor hen voorschrijft. Door het project werden onze collegahuisartsen herinnerd aan het belang van het kortstondig voorschrijven van de medicatie en het duiden hiervan naar de patiënt toe. De deelnemende artsen zijn dan ook zeker enthousiast om ook in de toekomst opnieuw een stopbrief uit te sturen om het **bewustzijn** onder de patiëntenpopulatie te **bevorderen**.

### 3.3 Resultaten zijproject

In praktijk Ter Linden in Edegem werden de GMD-patiënten van de praktijkopleider als populatie gekozen. Dit leverde een selectie van 8 patiënten op. Deze 8 patiënten kregen een stopbrief toegestuurd. Bij contact na 3 maanden bleek 1 patiënt foutief geïncludeerd. Een totaal van **7 geïncludeerde patiënten** werd overgehouden, waarvan 2 mannen en 5 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 77 jaar. Van deze 7 patiënten wou **slechts 1 patiënt deelnemen** aan het project **(= 14%)**. Deze patiënte (85 jaar) gebruikte een Z-product. Ze koos voor een afbouwschema. Bij contact na 3 maanden is ze het **afbouwschema nog aan het volgen**.

In praktijk Voorland in Sint-Katelijne-Waver werden alle GMD-patiënten uit het programma getrokken die 1 of meer voorschriften benzodiazepines of Z-producten hadden gekregen het afgelopen jaar. Deze patiënten werden tijdens de vergadering verdeeld onder de 4 vaste artsen. De **artsen maakten** een **selectie** van de **patiënten die zij wilden includeren in het project**. Zo bleven er **14 patiënten** over waarvan 10 vrouwen en 4 mannen met een gemiddelde leeftijd van 62 jaar. Deze patiënten kregen een stopbrief toegestuurd. Na 3 maanden bleken 9 (= 64%) patiënten niet te hebben kunnen stoppen of afbouwen. **2 patiënten (=14%)** waren **volledig** kunnen **stoppen** en **3 patiënten (=21%)** waren nog met een **afbouw** bezig.

## 4. Discussie

Met dit praktijk verbetering project werd beoogd na te gaan of patiënten het gebruik van benzodiazepines en Z-producten kunnen afbouwen of stoppen middels een kleine interventie in de huisartsenpraktijk. Deze interventie hield in dat er een stopbrief werd gestuurd die informatie verschaft over de medicatie en de gevaren ervan. Daarnaast nodigde de stopbrief de patiënt uit om samen met zijn/haar arts de medicatie af te bouwen of te stoppen.

Van de **157 aangeschreven patiënten** uit de twee huisartsenpraktijken, deden uiteindelijk **44** patiënten mee aan het onderzoek (**30%**). Een **totaal van 43%** (n=19) van de definitief geïncludeerde patiënten **stopte** met **het gebruik van benzodiazepines of Z-producten** door dit praktijkverbetering project.

Dit komt ongeveer overeen met de cijfers uit de NHG-standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Volgens de richtlijn doet een stopbrief zo'n 30-50% van de patiënten stoppen, een afbouwschema is effectief in ongeveer de helft van de gevallen(1).

Eén praktijk bevond zich in de periferie, de andere praktijk in de stad. Opvallend was het **verschil** tussen de **periferie en de stadspraktijk**. Zo werd gezien dat de participatiegraad in de periferie hoger lag dan in de stad. Daarnaast stopten er meer patiënten zelfstandig na het toesturen van de stopbrief, terwijl er in de stad geen enkele patiënt uit zichzelf stopte na het toesturen van de stopbrief. Ook werd gezien dat er in de **periferie** bij controle na 3 tot 6 maanden een **hoger percentage kon stoppen middels afbouw**, terwijl er in de stad nog velen verder aan het afbouwen waren. De afbouw ging dus moeizamer in de stad dan in de periferie. Vermoedelijk komt dit omdat er in de periferie er een **meer persoonlijke band en vertrouwensrelatie** is met de artsen. Hierdoor was de bewustmaking middels een stopbrief soms al voldoende om te stoppen met de medicatie. Daarnaast zien we dat de **leeftijd** van de stadspopulatie ook lager ligt, zo zijn er geen patiënten boven de 80 jaar en wel wat gebruikers onder de 60 jaar in de stad. **Ouderen** lijken meer geneigd de **visie van hun arts** te **volgen** en lijken zich over het algemeen **meer zorgen** te maken **over** de **nevenwerkingen** zoals vallen en toenemende dementie.

De **betrokkenheid** van de **collega-artsen** in het project lag ook hoger in de periferie dan in de stad. Aangezien er in de stadspraktijk nog veel patiënten bezig zijn aan een afbouw na 3 tot 6 maanden zou het kunnen dat er bij een later contact (bijvoorbeeld na 12 maanden) ook veel patiënten zijn gestopt en zo het verschil ten opzichte van de periferie minder groot is.

Gesteld kan worden dat bij patiënten die een afbouwschema volgen, het slagen tot stoppen steeds moeizamer gaat dan bij patiënten die door de bewustmaking vanzelf stoppen.

Uit de masterthesis van Van Den Eynde P. (2019-2020) (10) bleek dat patiënten van hun huisarts vooral **informatie en sensibilisering** verwachten. Dit valt wel mooi samen met wat er in onze stopbrief gezegd wordt en verklaart voor een stuk waarom juist die informatieve en sensibiliserende stopbrief goed blijkt te werken. Uit de masterthesis van De Walsche B. (2019-2020) (12) bleek dat patiënten over het algemeen slecht geïnformeerd zijn over het gebruik van hun slaapmedicatie. Ook Hens A. (2019-2020) (16) en Andries N. (2018-2019) (15) concluderen in hun beide masterthesissen dat patiënten nood hebben aan informatie, maar deze meestal niet krijgen. Niet bij de opstart van de medicatie, maar ook niet bij het herhaalvoorschrift. Ze merken beiden ook op dat patiënten de **nevenwerkingen** van de medicatie **niet kennen**, maar **vaak** wel **bewust** zijn **van** het **verslavende effect**. Van Der Paal L. (2013-2014) (23) keek in zijn masterthesis naar wat de patiënt helpt en motiveert om te stoppen. Ook hij onderstreept het belang van informatie te geven en te blijven herhalen. Daarnaast onderstreept hij het **belang van de preventieve ingesteldheid om slaapmiddelen**

**enkel voor te schrijven in uitzonderlijke omstandigheden** en steeds vanaf het begin te benadrukken dat dit gebruik occasioneel is en voor korte termijn. Dit alles komt overeen met de beleving van de artsen uit dit praktijkverbeterend project: patiënten vanaf moment één informeren over alle bijwerkingen, benadrukken dat het gebruik voor korte termijn alleen is en bij chronische gebruikers telkens informeren over de nadelen, blijft het voornaamste werkpunt. De Ryck N. (2020-2021) (14) concludeert uit zijn masterthesis ook het positief effect van een informerend gesprek tussen patiënt en huisarts. Gijsen C. (2017) (13) werkte in haar thesis met een stopbrief gericht aan de huisartsen van de regio, gevolgd door een educatief moment. Dit bleek niet effectief te zijn voor het stoppen van benzodiazepines en Z-producten bij haar populatie (65-plussers in regio Bilzen die >3 maanden slaapmedicatie gebruikten).

**Informeren van de patiënten blijft dus de nummer één prioriteit**. Door de informatieve folder die werd uitgewerkt in dit project mee te geven aan de patiënt kan dit knelpunt hopelijk verholpen worden.

De masterthesis van Domen J. (2018-2020) (11) was een gelijkaardig project. Het ging om een stedelijke praktijk en er werd gebruik gemaakt van een stopbrief, maar deze werd meegegeven tijdens de consultatie. Haar percentage van gestopte patiënten lag hoger dan bij ons in de stad (3 van de 18 patiënten, 16,6%). Ook Vansteenkiste K. (2020-2021) (18) gaf als tip vanuit de artsen mee om de patiënten persoonlijk aan te spreken en initiatief te tonen om de afbouw te doen lukken. Het zou voor de **toekomst** interessant kunnen zijn om te kijken of het **persoonlijk meegeven van de stopbrief een beter effect heeft dan het opsturen/mailen ervan**.

Overeenstemmend met de algemene tendens in Vlaanderen, zoals beschreven in de masterthesis van Katooni A. (2019-2020) (17) met betrekking tot de Integodatabase, wordt ook in dit project opgemerkt dat er meer vrouwen dan mannen chronische gebruikers zijn van benzodiazepines en Z-producten.

In de masterthesis van Van den Keybus T. (2018-2019) (21) werd er gekeken naar belemmerende en faciliterende factoren van arts en patiënt in kader van afbouw middels focusgroepgesprekken met verschillende artsen en HAIO's. **Hogere patiëntenleeftijd**, nader gespecifieerd als 70- of 80-plussers, bleek hier een **belemmerende factor voor artsen** te zijn om een afbouw voor te stellen. De artsen in de interviews zijn van mening dat er in deze leeftijdsgroepen weinig gezondheidswinst te halen valt, behoudens het verminderen van het valrisico. Ze streven daarom een gecontroleerd gebruik na. **Echter** staat dit in schril contrast met wat werd aangetoond in dit praktijkverbeterend project. In deze leeftijdscategorie werden **veel successen** geboekt.
Ook Vansteenkiste K. (2020-2021) (18) deed een gelijkaardig project. In tegenstelling tot de populatie in haar masterthesis (ongeveer 20%), is in dit project de groep **70- tot 79-jarigen** de grootste geïncludeerde patiëntengroep (43%). Overeenstemmend met haar masterthesis wordt ook in dit project gezien dat deze groep toch aardig kan afbouwen met de medicatie. Dit project versterkt dus de vraag die oprees bij deze resultaten of er meer ingezet moet worden op een afbouw bij de patiëntengroep van 70- tot 79-jarigen.
De Nyn Y. (2020-2021) (9) heeft het in haar masterthesis over een positief effect van psychotherapie op de afbouw van benzodiazepines en Z-producten. Dit was niet van toepassing op ons project, maar is wel interessant om mee te nemen naar de toekomst, bijvoorbeeld om te kijken naar de combinatie tussen het uitsturen van een stopbrief en starten van een afbouwtraject, zoals wij gedaan hebben en het toevoegen van psychotherapie zoals in haar masterproef werd gedaan.
Als advies voor toekomstige onderzoeken lijkt het relevant om patiënten goed te informeren en te sensibiliseren om te stoppen met benzodiazepines of Z-producten. Het persoonlijk aanspreken van de patiënt over de situatie zou nog meer effect kunnen hebben dan enkel het toesturen van een stopbrief. Daarnaast staat er geen leeftijdsgrens op succesvol afbouwen en mogen zeker ook hoogbejaarde patiënten meegenomen worden in de inclusie. Het toevoegen van psychotherapie is een traject dat zeker ook nog uitgewerkt kan worden en vergeleken kan worden ten opzichte van het

effect van informeren en sensibiliseren. Tot slot is het minstens even belangrijk om artsen bewust te maken van het gebruik van benzodiazepines en Z-producten onder de patiëntenpopulatie en hen te sensibiliseren bij elk herhaalvoorschrift toch een afbouw bespreekbaar te maken.

## 4.1 Reflectie

Zelf leren we uit dit project dat het uitsturen van een stopbrief en het begeleiden van patiënten bij de afbouw wel degelijk een gunstig effect heeft. Dit kwam ook telkens terug uit de bestaande literatuur. Het lijkt ons dus nuttig om in de toekomst **jaarlijks** een **praktijkcampagne** te voeren. Dit houdt dan een sensibilisering in middels het versturen of meegeven van een **stopbrief** aangezien we merken dat deze brief het meest efficiënt is. Natuurlijk blijft het bespreekbaar maken van het chronisch gebruik tijdens de consultatie voor herhaalvoorschriften nog steeds de beste aanpak voor een goede praktijkvoering. Dit willen we zeker in onze toekomstige praktijk inbouwen.
Dit project onderstreept ook nog maar eens het belang van bewustwording bij het **opstarten** van benzodiazepines of Z-producten in de huisartsenpraktijk. Het is niet eenvoudig om het chronische gebruik te stoppen. Daarom is het steeds belangrijk om patiënten uit te leggen dat gebruik enkel voor een acute periode gestaafd kan worden, en hen verder op te volgen en te begeleiden in hun weg naar een betere slaaphygiëne. Deze **ingesteldheid** is zeer belangrijk als **arts** en is ook onze visie om in de toekomst slaapproblematiek aan te pakken. Zo merkten we op tijdens het zijproject in praktijk Ter Linden dat de arts waarvan de patiënten geselecteerd werden zelf nooit chronisch slaapmedicatie opstart. Hierdoor waren de mogelijke inclusiepatiënten beperkt. Echter werden onlangs veel nieuwe patiënten overgenomen van een arts die op pensioen is gegaan, hierdoor waren er nieuwe patiënten met chronische slaapmedicatie om te includeren maar ontbrak het **vertrouwen** in de arts-patiënten relatie nog.
Ook in praktijk Voorland zien we mooie resultaten. Deze praktijk is ook een praktijk in de periferie en benadrukt nogmaals het verschil in resultaat met de stadspraktijk.
Naar ons gevoel is het ook vooral belangrijk dat het **hele praktijkteam** achter het project staat en **gemotiveerd en goed geïnformeerd** is om de patiënten te helpen stoppen. Als dat het geval is, dan lijkt zo'n project opvallend meer op te leveren dan wanneer dit niet het geval is. Ook lijkt het op te leveren wanneer de **vaste arts** nagaat wie een **goede kandidaat** zou zijn voor het project.
Tot slot merken we op dat een project opzetten in een huisartsenpraktijk heel wat te weeg kan brengen en **positieve effecten** kan hebben **op lange termijn** voor zowel de gezondheid van de patiënt als de praktijkvoering van de arts. Het stimuleert ons dan ook om in onze toekomstige praktijken ook kwaliteitsverbetering projecten op poten te zetten. Echter merkten we tijdens het verzamelen van de patiënten op dat codering van problematiek volgens **ICPC-codes** zeer belangrijk is om projecten als dit te kunnen opzetten. Dit geldt voor alle verschillende aandoeningen en problemen aangezien je deze nodig hebt voor het verzamelen van de geschikte patiënten via de statistiek van de medische programma's. Als je een project wil opzetten in kader van bijvoorbeeld diabetes is het belangrijk dat bij elke patiënt de diagnose juist gecodeerd staat. Ook dat is iets wat we zeker meenemen naar de toekomst!

## 5. Conclusie

Uit ons kwaliteitsverbetering project lijkt een stopbrief een eenvoudige en bruikbare interventie te zijn voor afbouw van chronische gebruik van benzodiazepines en Z-producten ook bij de oudere populatie.
Daarnaast lijkt het naar de toekomst toe nuttig om jaarlijks een stopbrief uit te sturen naar alle patiënten van 18 jaar of ouder die chronisch benzodiazepines of Z-producten gebruiken. Zo wordt de patiënt bewust gemaakt van de gevaren en kan er steeds een nieuw gesprek geopend worden.

# 6. Reflectie

## 6.1 Reflectie Eliah

Drie jaar terug ben ik aan deze masterproef begonnen vanuit een sterke motivatie dat het gebruik van benzodiazepines beter kan en dat dit een grote impact kan hebben op patiënten hun welzijn. Die motivatie is gedurende het project steeds aanwezig gebleven, mede door wat ik zelf heb meegemaakt, en ga ik ook blijven meenemen in mijn carrière als huisarts.
In mijn eerste praktijk was er ook bij de artsen zeker een bereidheid om zich mee achter dit project te zetten. Door strubbelingen tussen de collega's onderling was dat echter niet altijd even gemakkelijk. Daarbovenop kwam dat ik zelf een periode ziek ben geweest waardoor ik een tijd niet aanwezig was in de praktijk om het project te trekken. Ik heb wel geprobeerd van thuis uit zoveel mogelijk te doen en ben wel blijven werken aan onze thesis tijdens mijn ziekte. Het feit dat ik niet aanwezig was en erna een tijdje maar halftijds aanwezig was, kan misschien echter wel verklaren waarom het praktijkverbetering project in de eerste praktijk geen super goede resultaten opleverde. Dat neemt niet weg dat ik vind dat iedereen echt z'n best heeft gedaan. Sommige dingen kan je nu eenmaal niet voorspellen in het leven en ik ben blij dat het project toch is kunnen blijven lopen, mede door de hulp van mijn jaargenoot en goede vriendin Lauren. Ik ben ervan overtuigd dat we toch een aantal patiënten hebben kunnen helpen en dat is wat telt.
In mijn tweede praktijk nu zit ik echt op een goede plek. Dat maakt dat het klein projectje dat we daar nog hebben opgestart wel heel vlot is verlopen. Ik merkte dat er bij de artsen ruimte was om mee na te denken over de masterproef en dat ze de energie hadden om zich er mee achter te zetten. Er zijn ook geen strubbelingen binnen het team. Iedereen heeft dezelfde visie, echt 'de neuzen in dezelfde richting' zoals we aan het begin van onze masterproef hadden gehoopt. Mijn eigen behandeling staat ook volledig op punt intussen, dus ik kon me zelf ook volledig smijten voor dit tweede projectje. Dat zie je toch ook wel in de resultaten (al kan je niet zomaar zeggen dat er een rechtstreeks verband is natuurlijk)
Ik ben super dankbaar voor de inzet van de collega's uit de eerste praktijk, die ondanks een moeilijke periode toch hun best hebben gedaan. Ik ben langs de andere kant ook echt dankbaar dat ik in de tweede praktijk heb kunnen ervaren hoe fijn en vlot zo'n initiatief kan lopen. Ik ben Lauren ook heel dankbaar voor haar steun en vriendschap. Ik ben super goed omringd geweest door mijn vrienden, lief en familie en dat heeft gemaakt dat we dit project toch tot een goed einde hebben kunnen brengen.
De samenwerking met Lauren, mijn collega-HAIO en vriendin sinds lange tijd, verliep steeds vlot. Door mijn ziekteperiode heeft zij vaak meer de leiding genomen en aan management gedaan, terwijl ik van thuis uit wel een heel aantal uitvoerende taken heb gedaan. Ze hield steeds rekening met hoe het met mij ging, was geduldig en begripvol. Dat waardeer ik enorm. We hebben steeds erg open gecommuniceerd. Dat heeft ook geholpen om het project tot een goed einde te brengen. Het feit dat we elkaar ervoor al lang kenden en dat we samen al eens een masterproef tot een goed einde hadden gebracht, heeft echt in ons voordeel gespeeld.

De literatuurstudie hebben we eerlijk verdeeld. Ook het protocol hebben we allebei deels geschreven. Tijdens mijn ziekteperiode heb ik best wat geschreven aan de volledige versie van de masterproef aangezien ik best goed ben in het schrijven. We hebben onze projecten afzonderlijk uitgevoerd in de beide praktijken, de gegevens verzameld in Excel en daarna samengelegd. Lauren heeft daarbij veel tijd gestoken in het opmaken van de grafieken en figuren.

Naar de toekomst toe neem ik mee hoe nuttig een kleine interventie kan zijn voor de gezondheid van de patiënten. Ik vind het mooi dat we dat met ons project hebben kunnen aantonen en ik hoop dat het ook collega's in de toekomst kan motiveren. Ik merkte dat ik in mijn laatste praktijk ook zelf gemotiveerd was om bijvoorbeeld een klein onderzoekje te doen over de griepvaccinatiestatistieken

en dat ik goed wist hoe dit moest. Ik heb het nut van een goed georganiseerd EMD kunnen ervaren en wil daar later ook op focussen en gebruik van maken voor praktijkverbetering projecten.

Ik neem voor mezelf persoonlijk ook mee dat het voor mij belangrijk is om in een praktijk te werken later waar collega's steunend zijn voor elkaar. Ik heb kunnen voelen hoe dit me een betere en sterkere arts maakt, die geëngageerd is om wetenschappelijk te werk te gaan en tijd te maken voor onderzoek. Een hecht team dat goed voor elkaar zorgt, gaat mijn nummer één prioriteit zijn bij het vinden naar een praktijk om te werken later.

### 6.2 Reflectie Lauren-Emma

Na de drie masterjaren aan de vorige masterproef te werken, vond ik het een opgave om onmiddellijk in het eerste jaar van de huisartsenopleiding opnieuw te beginnen aan een nieuwe masterproef. Ik was blij dat er verschillende mogelijkheden waren om de masterproef opdracht in te vullen. Zo koos ik voor een praktijkverbetering project. Dit omdat het mij de grootste meerwaarde voor mezelf en de patiënten leek. Ik had niet het gevoel dat ik veel kon bijdrage aan nieuwe kennis in de huisartsgeneeskunde maar had het gevoel dat een praktijkverbetering project daarentegen zeker wel nuttig kon zijn en een verschil kon maken in het dagdagelijkse leven van de patiënt. Toen ik samen met mijn vriendin, Eliah Borms, nadacht over welke aspecten we zagen in de huisartsenpraktijk die niet strookten met hoe we zelf praktijk zouden willen voeren kwamen we snel op het voorschrijfgedrag en gebruik van benzodiazepines en Z-producten uit. We besloten dan ook samen dit als werkpunt te kiezen en een project uit te werken zodat we in welke praktijk dan ook het gebruik kunnen verminderen en de gezondheid van de patiënt kunnen verbeteren. Zo'n project om je schouders onder te zetten gaf me veel energie en zo werd de masterproef geen opgave meer.

Het was leuk dat onze promotor een krak in het vak is. Ze is gekend in de onderzoeken rond benzodiazepinegebruik en kon ons dan ook veel extra inzichten geven. Spijtig genoeg viel onze promotor snel uit, maar hadden we het geluk dat onze co-promotor het nadeloos overnam. Ik was blij dat we steeds met onze vragen bij hen terecht konden en we steeds vlot een antwoord kregen. Je hoort soms dat het contact met de (co-)promotor niet goed verloopt, maar dat was bij ons gelukkig niet het geval. Ik had steeds een veilig gevoel om vragen te stellen en ook meer gevoelige punten te bespreken.

Eliah en ik spraken vaak samen af, online of fysiek, om aan de masterproef te werken. Zo konden we delen samen afwerken of ieder aan zijn deel werken, maar kon je toch makkelijk feedback vragen aan elkaar. Zowel voor de literatuurstudie, opzet van een protocol, als het indienen van de documenten voor het Ethisch Comité zaten we graag even samen. De verwerking van de resultaten van ieders project deden we apart, in een vooropgesteld gezamenlijk Exceldocument zodat hetzelfde stramien behouden werd. Wanneer ieders gegevens genoteerd waren, maakte ik ook een gemeenschappelijke lijst op om de gegevens te kunnen verwerken. Ik maakte de grafieken en tabel om de gegevens te kunnen interpreteren. Eliah is sterker op taalvaardig vlak dus zij nam vaak de pen op om de gegevens in een tekst om te vormen. Voor de discussie bekeken we elks onze samenvatting van de literatuurstudie en beschreven we elks onze bevindingen. Samen maakten we er één geheel van. De lay-out nam ik graag voor mijn rekening en we schakelden externe hulp in om de tekst nog eens grondig na te lezen. Tijdens het tweede jaar viel mijn vriendin en collega in de masterproef uit. Dit zorgde ervoor dat het takenpakket automatisch wat verschoven werd en ik meer taken van het project opnam. Ik vind het belangrijk om moreel met elkaar om te gaan. We kennen elkaar nu al negen jaar en hebben elkaar steeds gesteund en geholpen in beide richtingen. Ook nu diende dat dus niet anders te verlopen.

Ook in de toekomst wil ik graag in een groepspraktijk werken. Ik sta er soms dan ook bij stil dat samenwerken niet altijd een vanzelfsprekendheid is. Gezondheid dien je steeds voorop te zetten, dat weten we allemaal als zorgmedewerker. Je eigen noden vooropstellen is niet altijd makkelijk als individu. Ik respecteer het dan ook graag en met heel mijn hart als iemand dat doet. Daar zal ik steeds proberen rekening mee te houden. Zolang er goede afspraken gemaakt kunnen worden en er met elkaar gepraat kan worden, kom je ver.

Tot slot neem ik graag de tools die ik leerde mee naar mijn toekomstige job. Ik leerde hoe je een literatuurstudie kan doen als eerstelijnsarts, hoe ik een plan en onderzoeksvraag moet opstellen en hoe een protocol uit te werken. Wat zeker nuttig is voor de toekomst is hoe je statistiek kan uitvoeren middels het EMD. Hieruit neem ik voornamelijk mee dat coderen heel belangrijk is. Zonder goed te coderen is het veel moeilijker een goede patiëntenselectie uit te voeren. Ik leerde ook het project te bespreken met collega's, feedback te verwerken en het project uit te leggen aan alle medewerkers van de praktijk en hen te motiveren het project mede tot een goed einde te brengen. Ik leerde ook het taboe van slaapmedicatie bespreekbaar te maken met de patiënten. De mooie resultaten die we behaalden motiveren me zeker ook om in de toekomst nog eens dergelijk project op poten te zetten!

## 7. Bijlagen

Bijlage 1: Lijst MeSH-termen

- Via MeSH database
    - Primary health care
    - Benzodiazepines
    - General practitioners
    - Sleep initiation and maintenance disorders
- Oriënterende MeSH termen NHG
    - Guideline
    - Practice guideline
    - Health planning guidelines
    - Family practice
    - Family medicine
    - General practice
- Specifieke MeSH termen NHG
    - Benzodiazepines/Adverse effects
    - Psychotherapy
    - Dose reduction
    - Discontinuation
    - Tapering
    - Tapered
    - Supervised withdrawal
    - Withdrawal program
    - Sleep disorder
    - Life style advice
    - Life style change
    - Life style modification
    - Cognitive therapy
    - Behavior therapy
    - Internet therapy
    - Internet intervention
    - Sleep hygiene
    - Health promotion
    - Minimal intervention
- Exclusie MeSH termen NHG
    - Child
    - Schizophrenia
    - Antipsychotic agents
    - Analgesia
    - Sedation

Bijlage 2: Pubmed search MeSH termen

((family practice[MeSH Terms]) OR (general practice[MeSH Terms]) OR (primary care[MeSH Terms])) AND (benzodiazepine[MeSH Terms]) AND ((Adverse Effects[MeSH Subheading]) OR ("psychotherapy"[MeSH Terms]) OR ("dose reduction"[Title/Abstract]) OR ("discontinuation"[Title/Abstract]) OR ("tapering"[Title/Abstract]) OR ("tapered"[Title/Abstract]) OR ("supervised withdrawal"[Title/Abstract]) OR ("withdrawal program*"[Title/Abstract]) OR ("sleep disorder*"[Other Term]) OR ("life style advice*"[Title/Abstract]) OR ("life style change*"[Title/Abstract]) OR ("life style modification"[Title/Abstract]) OR ("cognitive therapy"[Title/Abstract]) OR ("behavior therapy"[Title/Abstract]) OR ("internet therapy"[Title/Abstract]) OR ("internet intervention"[Title/Abstract]) OR ("sleep hygiene"[MeSH Terms]) OR ("health promotion"[MeSH Terms]) OR ("minimal intervention"[Title/Abstract])) NOT (("child"[MeSH Terms]) OR ("schizophrenia"[MeSH Terms]) OR ("antipsychotic agents"[MeSH Terms]) OR (analgesia[MeSH Terms]) OR ("sedation"[Title/Abstract]))

Bijlage 3: Literatuurstudie

| Bron | Aantal hits | Screening op titel | Screening op abstract | Screening op full tekst | Geïncludeerd |
|---|---|---|---|---|---|
| Orienterend | | | | | |
| Google scholar (19/07/2022) | | | | | |
| Trefwoord | | | | | |
| 1. Benzodiazepineverslaving afbouw | 12 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| 2. Benzodiazepine afbouwen | 454 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pubmed (19/07/2022) | | | | | |
| In en exclusie: SR vanaf februari 2013 | | | | | |
| Trefwoord | | | | | |
| 1. Benzodiazepine and willingness and motivation and addiction and primary care | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. Benzodiazepine and addiction and Primary care | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. Sleep problems and benzodiazepine | 46 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. Motivation and benzodiazepine | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. Benzodiazepine and addiction and general practioner | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. General practitioner and chronic benzodiazepine use | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. Benzodiazepine and discontinuation and withdrawal | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DM: Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn (16/08/2022) | | | | | |
| 1. Referentielijst | 12 | 12 | 5 | 0 | 0 |
| Inclusie | | | | | |
| ICHO thesislijst (1/03/2022) | | | | | |
| Trefwoord | | | | | |
| 1. Benzodiazepine | 31 | 31 | 22 | 15 | 15 |
| NHG standaard slaapproblemen en slaapmiddelen (16/08/2022) | | | | | |
| 1. Referentielijst | 192 | 192 | 73 | 10 | 10 |
| Pubmed search (20/09/2022) | | | | | |
| 1. MeSH termen - februari 2013 tot nu (zie bijlage) | 51 | 51 | 15 | 8 | 8 |

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol

# Draaiboek afbouw van benzodiazepines

## Inhoudsopgave


**1. Inclusie van patiënten 2**

*A. Aanmaak zoekopdracht in CareConnect: ... 2*

*B. Runnen van bestaande zoekopdracht in CareConnect ... 8*

*C. Zoekopdracht in HealthOne ... 10*

**2. Aanschrijven van patiënten 10**

*A. Stopbrief ... 10*

**3. Informeren van patiënten tijdens consultatie 12**

*A. Informed consent form (ICF) ... 12*

*B. Reden waarom in eerste instantie een benzodiazepine werd opgestart ... 13*

*C. Nadelen van benzodiazepinegebruik ... 13*

*D. Voorstel om te medicatie af te bouwen ... 13*

*Stap 1: Omzetten naar juiste dosis diazepam met conversietabel ... 13*

*Stap 2: Stabilisatie ... 14*

*Stap 3: Tijd – en afbouwschema ... 15*

*E. Folder ... 15*

*F. Opvolging ... 16*

**4. Dataverwerking en bewaring 17**

## 1. Inclusie van patiënten

Om te weten welke patiënten benzodiazepines gebruiken binnen jouw huisartsenpraktijk kan gebruik gemaakt worden van het **elektronisch medisch dossier**. Hieronder beschrijven we voor **CareConnect** hoe je hiermee aan de slag kan. De eerste keer zal je echter een nieuwe zoekopdracht moeten opstellen en opslaan. Wanneer er al eerder een search werd gedaan kan je deze gewoon opnieuw runnen.

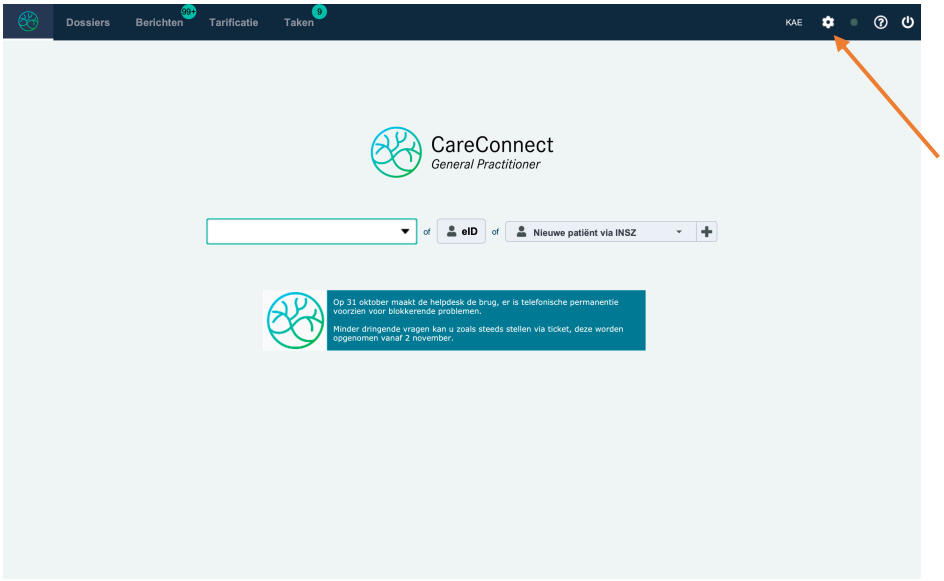
Om de juiste patiëntenpopulatie aan te spreken wordt er best gebruik gemaakt van een aantal **in– en exclusiecriteria**:

- Inclusiecriteria
    - De patiënt moet een **GMD** in de praktijk hebben
    - De patiënt moet **langdurig** benzodiazepines (slaapmedicatie) gebruiken, dat wil zeggen **> 1 voorschrift in het afgelopen jaar**
    - De patiënt moet **18 jaar of ouder** zijn
- Exclusiecriteria:
    - GEEN rusthuispatiënten
    - GEEN patiënten die benzodiazepines gebruiken omwille van een aantal specifieke aandoeningen (een status epilepticus, acute alcoholontwenning, spasticiteit, dystonie en myoclonieën)
    - GEEN patiënten met ernstige fysieke of psychiatrische aandoeningen

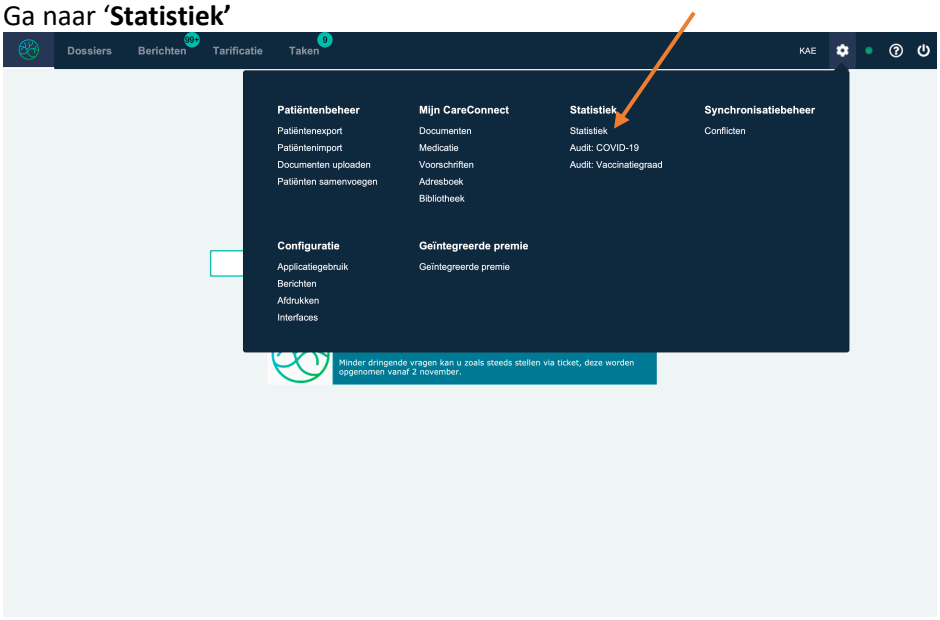
Hierna vind je hoe je zo een zoekopdracht kan opstellen, en hoe je één opnieuw kan runnen.

A. <u>Aanmaak zoekopdracht in CareConnect:</u>

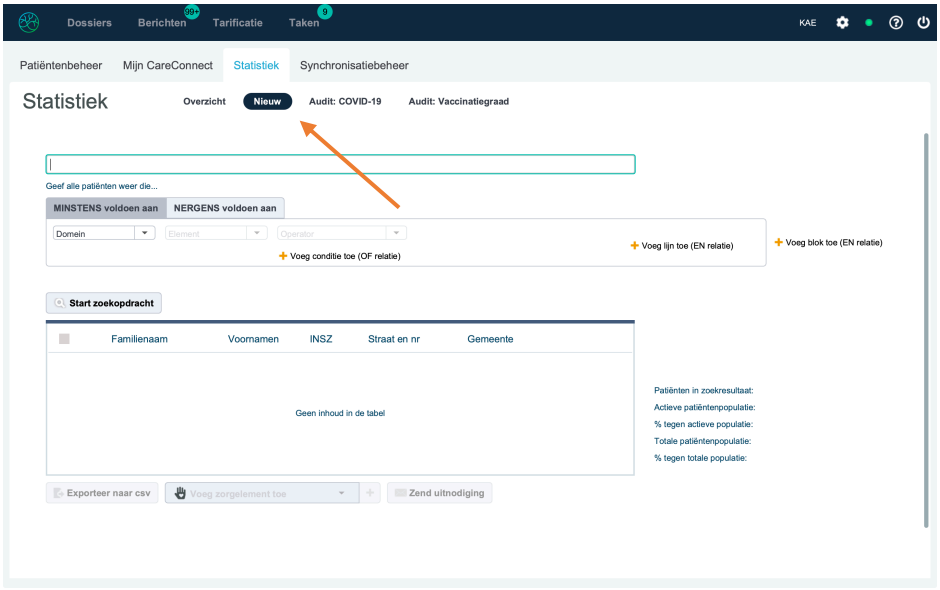
- Ga rechts bovenaan in het startscherm naar het **tandwiel**



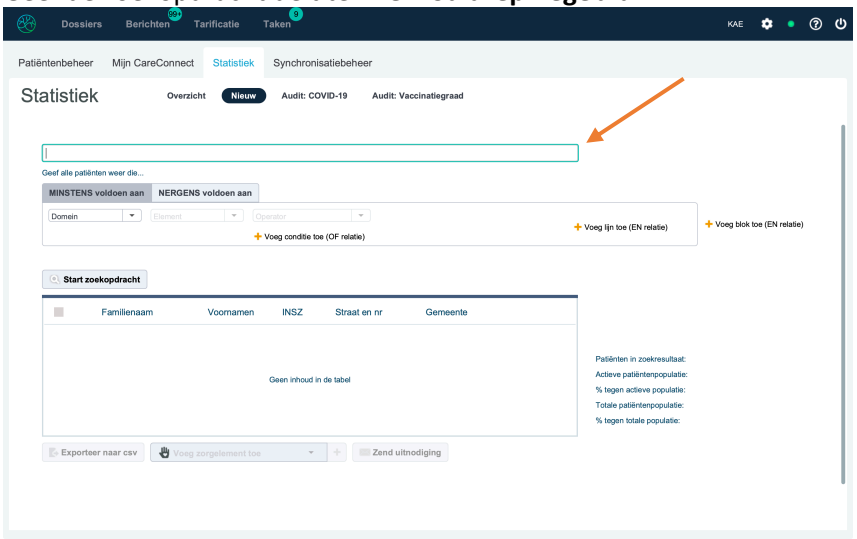
- Ga naar ‘**Statistiek**’



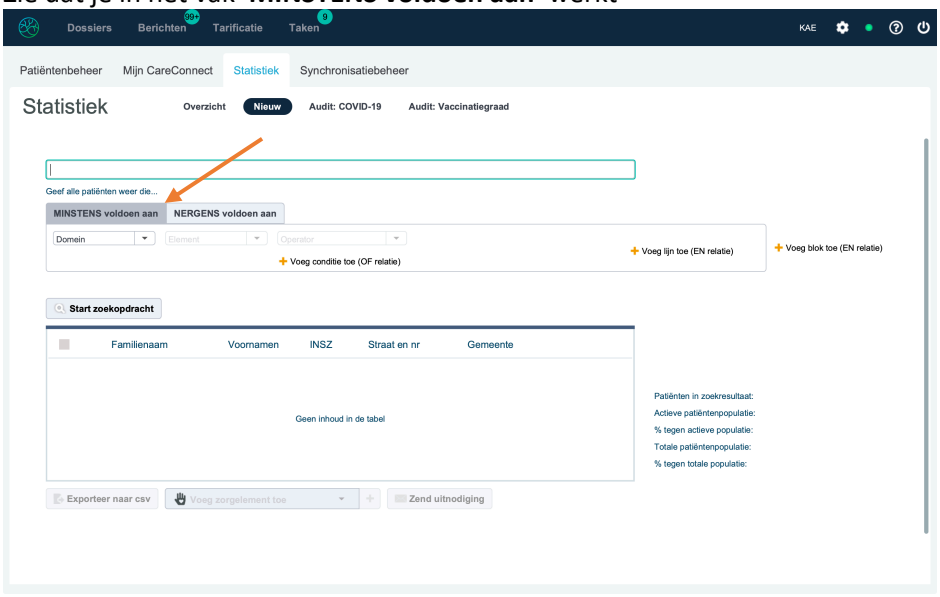

- Ga naar ‘**Nieuw**’



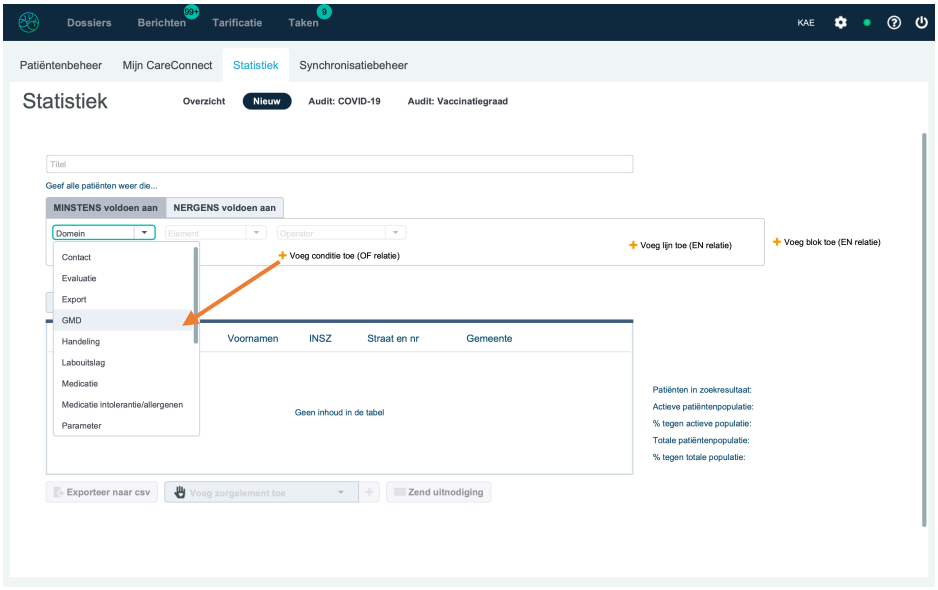

- Geef de zoekopdracht de titel ‘**Benzodiazepinegebruik**’



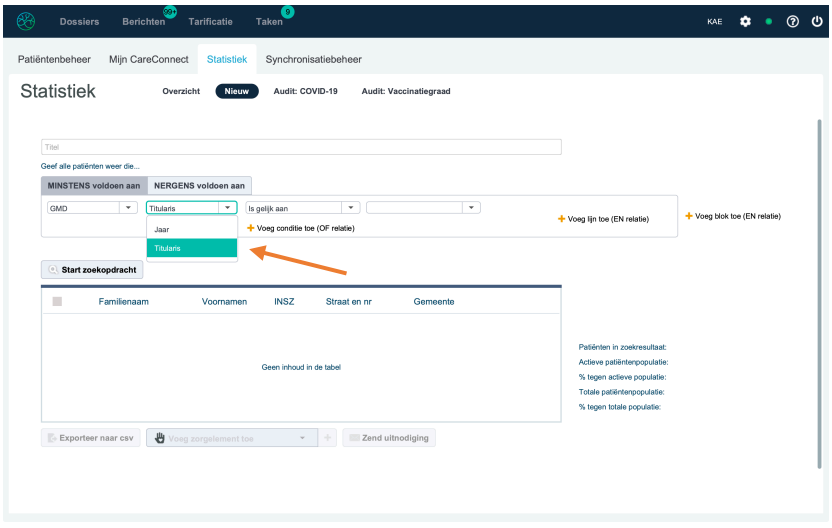
- Zie dat je in het vak ‘**MINSTENS voldoen aan**’ werkt



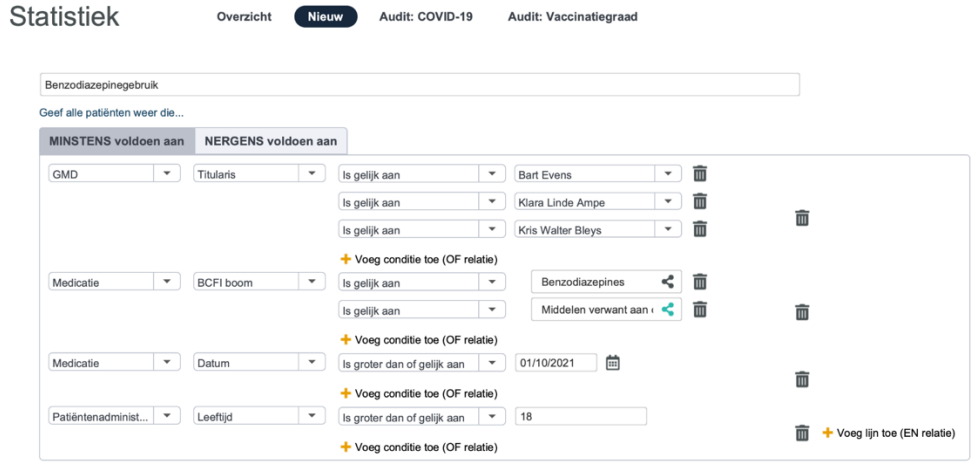

- Kies het domein ‘**GMD**’



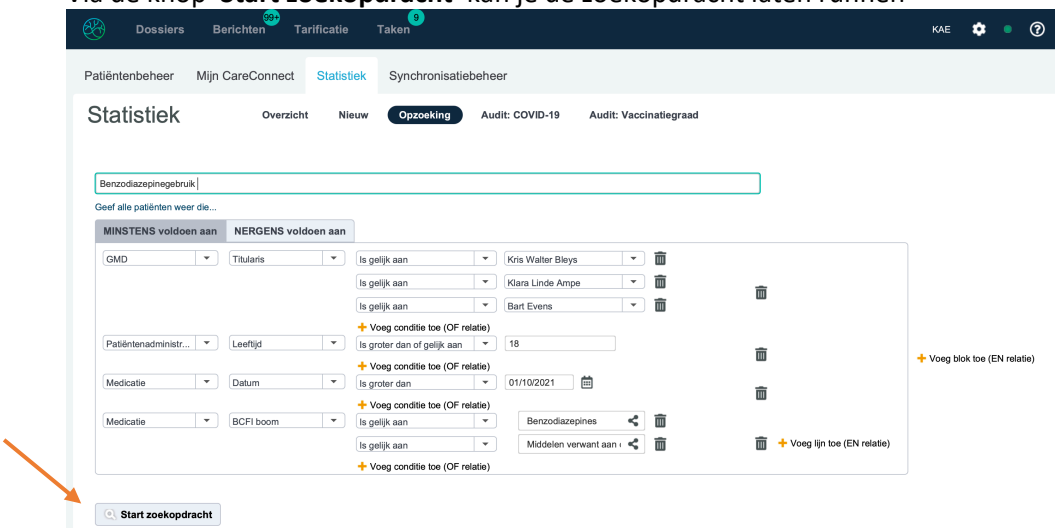

- Kies het element ‘**Titularis**’



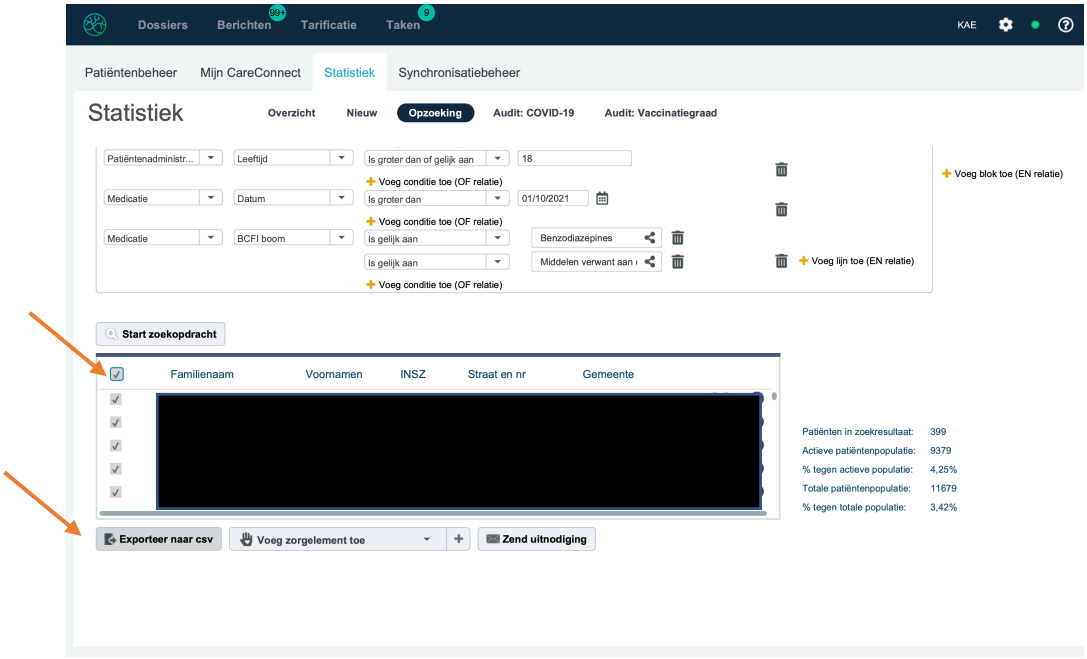
- Kies nu de artsen voor wie je de zoekopdracht wil uitvoeren. Je kan steeds een nieuwe arts toevoegen door op 'Voeg conditie toe (OF relatie)'. Zo verschijnt er een extra venster voor een extra arts.
- Doe nadien hetzelfde voor volgende domeinen en elementen
    - **Medicatie** → BCFI boom → benzodiazepines OF middelen verwant aan benzodiazepines
    - Medicatie → **datum** → is groter of gelijk aan de dag vanaf waar je de zoektocht wil laten starten (bijvoorbeeld 1 jaar voor de datum van vandaag)
    - Patiëntenadministratie → **leeftijd** → is groter of gelijk aan 18
- Zo krijg je volgende zoekstrategie:




- Via de knop '**Start zoekopdracht**' kan je de zoekopdracht laten runnen




- Er wordt nu een lijst gemaakt van alle patiënten die minimaal 1 voorschrift voor een benzodiazepine of z-product hebben gekregen in het aangeduide tijdsinterval (bijvoorbeeld afgelopen jaar). Deze gevonden resultaten kan je vervolgens selecteren en exporteren naar **csv**.




- Selecteer vooraf '**contactpersoon**' en '**actief**'. Klik daarna op '**exporteer naar csv**'. Sla het csv bestand vervolgens op als een **Excel map**. In deze Excel map kunnen de resultaten verwerkt worden.



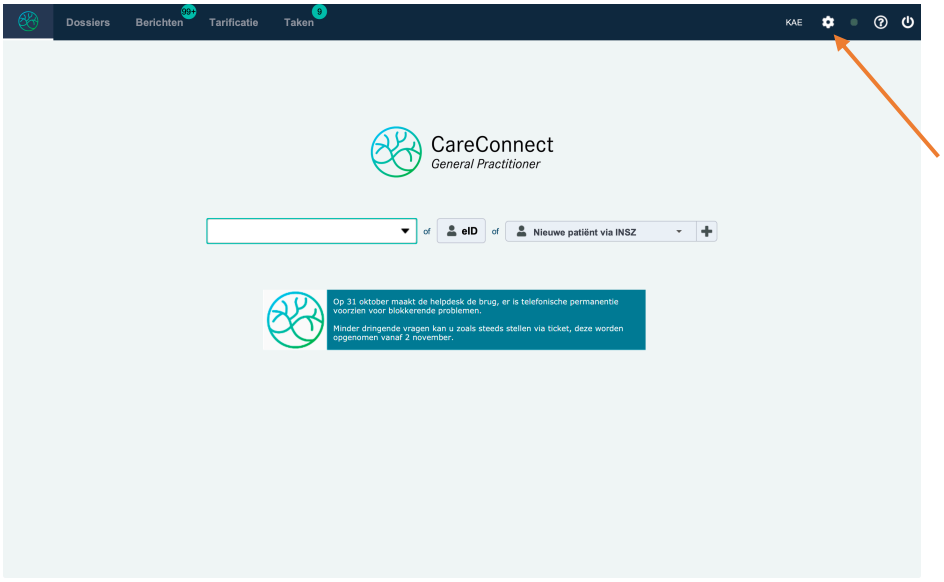

A. Wanneer alle resultaten en patiëntengegevens in het Exceldocument bewaard zijn moeten er nog twee dingen gebeuren:
   - **Selecteren van de patiënten die > 1 voorschrift gekregen hebben** in het afgelopen jaar (dus de patiënten eruit halen die maar 1 voorschrift hebben gekregen in het afgelopen jaar of minder). Dit moet handmatig gebeuren door in het dossier op te zoeken hoeveel voorschriften er het afgelopen jaar zijn gemaakt. Alle patiënten die slechts 1 voorschrift of minder kregen in het afgelopen jaar, worden best handmatig uit de Excel lijst gehaald.

- De **exclusiecriteria** (zie hierboven) moeten nog toegepast worden. Dit doe je best ook handmatig gebeuren door in het dossier te gaan kijken en deze uit de lijst te schrappen.

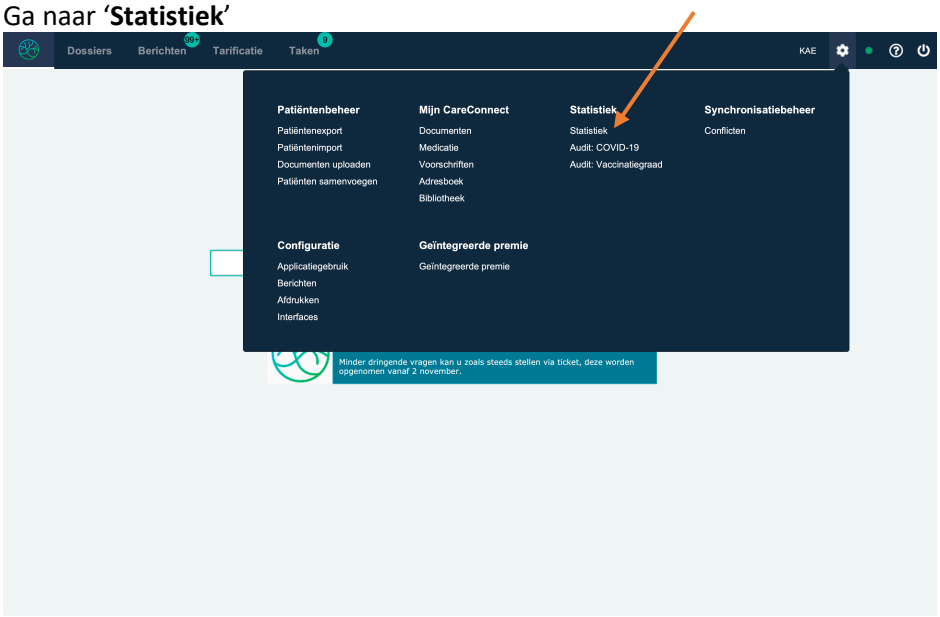
B. Hierna heb je een Excel lijst om de juiste patiënten aan te schrijven. De inclusie van patiënten is klaar!

B. <u>Runnen van bestaande zoekopdracht in CareConnect</u>

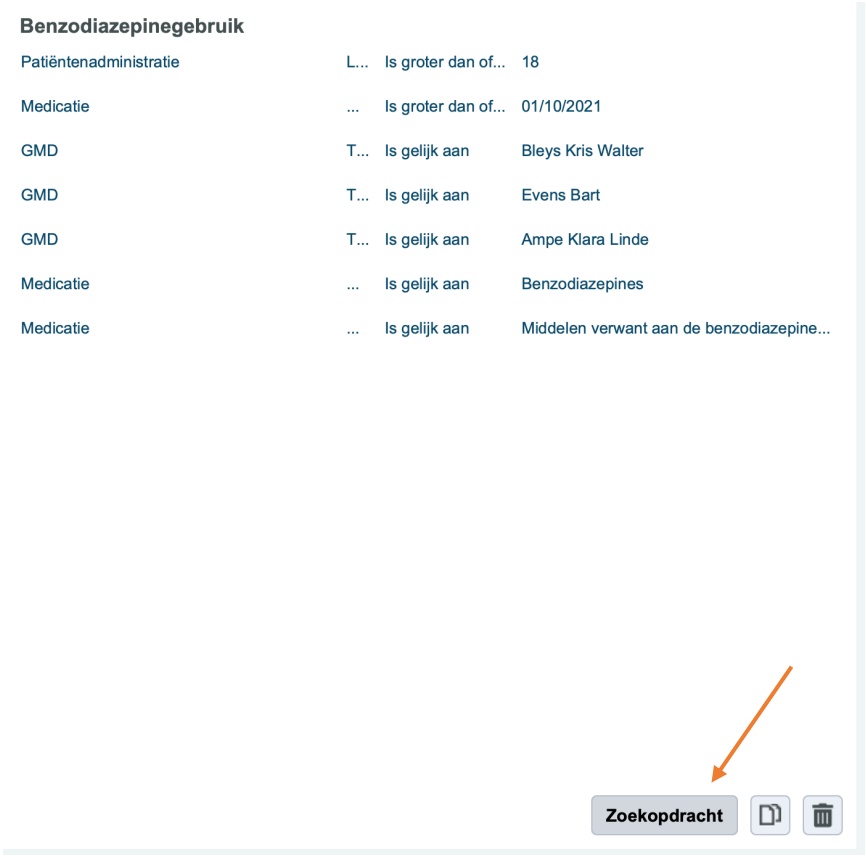
- Ga rechts bovenaan in het startscherm naar het **tandwiel**



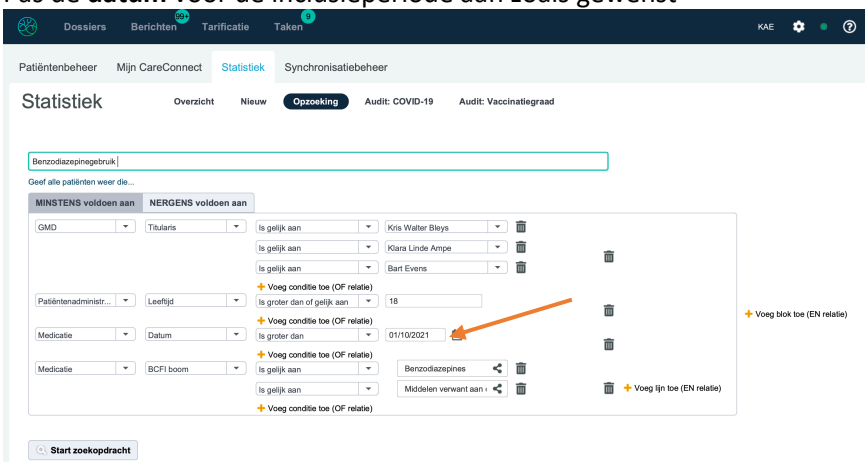

- Ga naar '**Statistiek**'




- Zoek in het overzicht naar de zoekopdracht '**Benzodiazepinegebruik**' en open ze rechts onderaan op het scherm




- Pas de **datum** voor de inclusieperiode aan zoals gewenst



C. Zoekopdracht in HealthOne

In het programma HealthOne was het minder vanzelfsprekend om een zoekopdracht aan te maken. Er werd uiteindelijk dan ook gekozen voor overleg met de helpdesk: 02 724 00 92. Na intern overleg kon de gevraagde zoekopdracht aangemaakt worden en een excelbestand met de patiëntengegevens gedownload worden.

## 2. Aanschrijven van patiënten

A. Stopbrief

Met het Excelbestand kan je nu verder aan de slag. De patiënten die hierin staan, moeten gecontacteerd worden met een **stopbrief**. Met deze brief worden de patiënten **geïnformeerd** over de **negatieve effecten** van de slaapmedicatie die ze gebruiken en wordt er **voorgesteld** een **afspraak** te maken om samen de medicatie af te bouwen.

Je vindt de tekst voor de stopbrief hieronder:

*Betreft: Begeleid stoppen met slaapmedicatie*

*Beste @{Voornamen} @{Naam} ,*

*Je gebruikt al geruime tijd (naam benzodiazepine) op ons voorschrift. Dit is een geneesmiddel uit de groep van de rustgevende middelen en slaapmiddelen.* ***Veel huisartsen maken zich zorgen over het langdurig gebruik van deze middelen,*** *omdat het lichaam eraan went en de werking vermindert. Deze tabletten of capsules kunnen zelfs verslavend zijn. Ze vergroten de kans op vallen en verkeersongevallen, en ze kunnen een nadelige invloed op het geheugen hebben.*

*Mensen die hun tabletten vergeten innemen of plots stoppen, kunnen last krijgen van* ***ontwenningsverschijnselen*** *zoals angst of slapeloosheid. Daarom wordt aangeraden het gebruik van deze slaapmedicatie geleidelijk te verminderen en uiteindelijk helemaal te stoppen.*

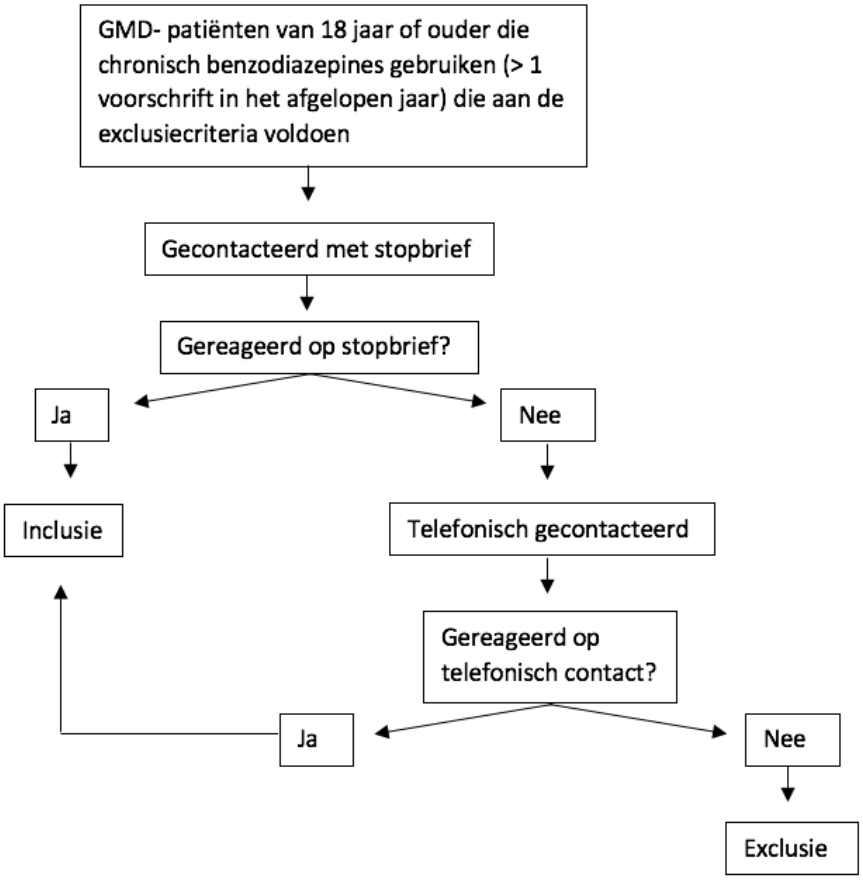
*Je ontvangt deze brief omdat wij ook aan jou willen voorstellen* ***deze medicatie af te bouwen onder begeleiding van jouw arts****. Wanneer je eenmaal begonnen bent met minderen, dan ben je misschien wel in staat om helemaal te stoppen. Uit onderzoek is gebleken dat mensen die daarin slaagden, zich prettiger voelen dan toen zij de medicatie nog gebruikten.*

*We hopen dat deze brief een stimulans voor je kan zijn. We willen je dan ook voorstellen om een* ***afspraak in te plannen*** *bij je vaste arts. Neem contact op* ***via www.XXX.be of 03 XXX XX XX.***

*Met vriendelijke groeten,*

Na de stopbrief zijn er 2 opties (zie flowchart):

1) De patiënt maakt een afspraak → aanduiden in het Excel bestand.
2) Wanneer patiënten 30 dagen na het versturen van de brief nog geen afspraak gemaakt hebben, dan dienen ze **opgebeld** te worden.
    a. Patiënt wenst afspraak te maken → aanduiden in Excel bestand
    b. Patiënt wenst geen afspraak te maken → patiënt wordt uit Excel bestand verwijderd.




*Flowchart inclusie en informeren van patiënten*

## 3. Informeren van patiënten tijdens consultatie

Hier vind je meer informatie terug over wat er besproken moet worden tijdens de afspraak die de patiënt maakt.

### A. Informed consent form (ICF)

Voordat patiënten geïncludeerd worden wordt eerst een ICF overlopen en getekend door de patiënt. Een voorbeeld van het ICF voegen we hieronder toe:

**TITEL: Kwaliteitsverbeterend project over het gebruik van benzodiazepines in de huisartsenpraktijk: afbouw van benzodiazepines aan de hand van een stopbrief en korte interventie**

**TOESTEMMINGSFORMULIER**

Naam patiënt: .....

1. Ik bevestig dat .....(naam informerende arts/verpleegkundige in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en volgens de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de Universiteit Antwerpen toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek

**Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren**

**Datum .....** **Handtekening .....**

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

"Ik, ondergetekende, .....(naam) bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen."

Datum..... Handtekening en stempel informerende arts .....

*Voorbeeld toestemmingsformulier van ICF*

Wanneer een patiënt niet reageert op de stopbrief maar bij telefonisch contact wel geïnteresseerd is om mee te werken aan het project kan er automatisch een telefonische consultatie volgen door de arts in kwestie. Hierbij is een geschreven ICF niet mogelijk en wordt er geopteerd voor een mondeling informed consent. Ook mondeling wordt alle informatie van het Informed Consent overlopen: het doel van het project, de duur van het project, vrijwillige deelname, voordelen, nadelen, afwezigheid van vergoeding, bescherming persoonlijke levenssfeer en opdrachtgever. Het is duidelijk dat de keuze bij de patiënt ligt om al dan niet deel te nemen, dat er hij/zij op elke moment kan stoppen zonder enig vooroordeel en zonder reden hiervoor te moeten opgeven.

B. Reden waarom in eerste instantie een benzodiazepine werd opgestart

Meestal wordt de medicatie opgestart in een voor de patiënt heel **stressvolle periode**. Bijvoorbeeld na het overlijden van een naaste, bij stress op het werk,… allemaal redenen die leiden tot slecht slapen of angst, waarvoor dan (slaap)medicatie werd opgestart. Meestal werd op dat moment echter niet afgesproken met de patiënt dat de medicatie ook terug afgebouwd moet worden. Dat is wel belangrijk omwille van de vele nadelen op lange termijn. Probeer daarom ook steeds bij het opstarten van een benzodiazepine een einddatum op te stellen.

C. Nadelen van benzodiazepinegebruik

- Slaapmedicatie **zorgt niet voor een kwalitatieve slaap**. Het verstoort de normale slaapcyclus en maakt u daardoor net minder uitgerust.
- Slaapmedicatie werkt **verslavend**. Je geraakt eraan gewend en hebt op de duur hogere dosissen nodig voor hetzelfde effect
- Slaapmedicatie leidt tot **sufheid overdag**. Dat leidt tot meer verkeersongevallen, valaccidenten enzovoort.
- Slaapmedicatie kan een **nadelig effect** hebben op het **geheugen**.

D. Voorstel om te medicatie af te bouwen

Geef eerst voldoende **uitleg** over de methode

- **Geleidelijk** afbouwen om ontwenningsverschijnselen zoveel mogelijk te voorkomen.
- Ontwenningsverschijnselen kunnen steeds optreden en lijken bovendien op de klachten waarvoor de medicatie initiëelgestart werd! Dit kan de patiënt het idee geven dat de klachten teruggekomen zijn. Het gaat hier echter om ontwenningsverschijnselen, niet om het terugkeren van de oorspronkelijke klachten.
- Een aantal van de **meest voorkomende ontwenningsverschijnselen** zijn:
    - Onrust
    - Slecht slapen
    - Gespannenheid
- Aan het einde van de afbouwperiode zijn de ontwennings- verschijnselen vaak het heftigst, maar deze zijn ook meestal binnen één tot vier weken voorbij.

Stel vervolgens samen met de patiënt een **gepersonaliseerd afbouwschema** op:

*Stap 1: Omzetten naar juiste dosis diazepam met conversietabel*

Bij het gebruik van een kortwerkende benzodiazepine zet je dit middel eerst om naar een equivalente dosering van het **langwerkende diazepam**. Hiervoor gebruik je de **omrekenfactoren** van **tabel 1**.

De omzetting naar diazepam heeft verschillende **voordelen**:

- **Minder ontwenningsverschijnselen** vanwege de langere halfwaardetijd
- Diazepam is in een **lage tabletsterkte beschikbaar** (2 mg tablet met breukgleuf) waardoor een geleidelijke dosisreductie makkelijk uitvoerbaar is
- **De patiënt ziet het succes van het afbouwen** terug in een afname van het aantal diazepamtabletten

Een belangrijk **nadeel** van diazepam is **slaperigheid** overdag. Verkeersdeelname bij dagelijks gebruik wordt - ongeacht de dosering - nadrukkelijk ontraden (zie www.rijveiligmetmedicijnen.nl). Indien dit leidt tot onoverkomelijke bezwaren, dan is een gereguleerdedosisreductiemethode zonder omzetting naar diazepam mogelijk.

***Tabel 1: Werkingsduur en omschakelingstabel benzodiazepines en Z-drugs***

| Stofnaam | Werkingsduur | Voorbeelddosis | Equivalente dosis diazepam | Omrekenfactor |
|---|---|---|---|---|
| alprazolam | ML | 0,5 mg | 5 mg | x 10 |
| bromazepam | ML | 3 mg | 3 mg | x 1 |
| brotizolam | UK | 0,25 mg | 10 mg | x 40 |
| clobazam | L | 10 mg | 5 mg | x 0,5 |
| clorazepaat | L | 10 mg | 7,5 mg | x 0,75 |
| clotiazepam | ML | 5 mg | 10 mg | x 2 |
| diazepam | L | 10 mg | 10 mg | x 1 |
| ethylloflazepaat | L | 2 mg | 10 mg | x 5 |
| flunitrazepam | K | 1 mg | 10 mg | x 10 |
| flurazepam | L | 27 mg | 9 mg | x 0,33 |
| loprazolam | K | 1 mg | 10 mg | x 10 |
| lorazepam | ML | 1 mg | 5 mg | x 5 |
| lormetazepam | K | 1 mg | 10 mg | x 10 |
| nitrazepam | L | 5 mg | 5 mg | x 1 |
| nordazepam | L | 5 mg | 5 mg | x 1 |
| oxazepam | K | 15 mg | 4,5 mg | x 0,3 |
| prazepam | L | 10 mg | 5 mg | x 0,5 |
| triazolam | UK | 0,125 mg | 10 mg | x 80 |
| zolpidem | K | 10 mg | 10 mg | x 1 |
| zopiclon | K | 7,5 mg | 10 mg | x 1,33 |

*Je krijgt een equivalente dosering diazepam door de dosering van de gebruikte benzodiazepine te vermenigvuldigen met de omrekenfactor.*
*Bijvoorbeeld: 1 mg alprazolam komt overeen met 10 mg diazepam*

*Bron: BCFI (https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7476)*

*Stap 2: Stabilisatie*

Na omzetting naar diazepam is het belangrijk dat de patiënt een voldoende plasmaconcentratie van de metabolieten van diazepam opbouwt. Laat de patiënt daarom de **equivalente dosering diazepam gedurende twee weken** gebruiken. Let op dat de patiënt de oorspronkelijke benzodiazepine ook daadwerkelijk staakt en er dus geen pseudodubbelgebruik optreedt.

*Stap 3: Tijd – en afbouwschema*

Stel samen met de patiënt een realistisch tijdschema op voor het afbouwen. Hierdoor krijgt de patiënt eigen verantwoordelijkheid over de controle van het afbouwschema. Bij het opstellen van het tijdschema houd je rekening met de duur van het gebruik en de hoogte van de dosering.

Ga uit van een verlaging van de dosiering met **10-20% per week.** Dit kan **aangepast** worden **aan** de **kliniek** van de patiënt tijdens de afbouw. Vermindering tot een kwart van de oorspronkelijke dosering is op korte termijn vaak gemakkelijk te realiseren. Voor het **laatste kwart** is meestal een **meer geleidelijke afbouw** noodzakelijk. Realiseer je wel dat de ontwenningsverschijnselen langer aanhouden naarmate de afbouwperiode langer is. Een voorbeeld van een afbouwschema vind je terug in **tabel 2**. Afbouwen van **meerdaagse doseringen** is mogelijk door eerst de middagdosering te staken, daarna de ochtenddosering en als laatste de avonddosering.

***Tabel 2: Voorbeeld afbouwschema***

| | |
|---|---|
| Week 1 | 100% in diazepam |
| Week 2 | 100% in diazepam |
| Week 3 | 80% |
| Week 4 | 60% |
| Week 5 | 40% |
| Week 6 | 20% |
| Week 7 | 15% |
| Week 8 | 10% |
| Week 9 | 5 % |
| Week 10 | 2,5% |
| Week 11 | 1% |
| Week 12 | 0,5% |
| Week 13 | STOP |

E. <u>Folder</u>

Op het einde van de consultatie geef je de patiënt een folder mee met een **korte samenvatting** van de **informatie**, enkele **tips** voor slaapproblemen en een plaats voor **notities** om mee te nemen naar de volgende afspraak.



## Tips & tricks

Zowel activiteiten overdag als 's nachts beïnvloeden je slaapkwaliteit. Enkele tips & tricks:

- Let op met **cafeïne, roken en alcohol**
- Ga **niet** met **honger** slapen: eet iets lichts, vermijd veel suiker
- Drink niet te veel voor je naar bed gaat

- **Beweeg** voldoende **overdag**
- **Vermijd zware inspanning** voor het slapengaan
- Bereid je elke dag voor op het slapengaan met een **ontspannend slaapritueel**

- Maak de ideale slaapomgeving:
  - Aangename **temperatuur** (min 17°C)
  - Zet je wekker uit het zicht
  - **Beperk licht en geluid** (ook geen tv)
- Ga enkel naar bed als je slaperig bent, maar **sta rond hetzelfde uur op**
- **Sta op als je na 20 minuten niet slaapt**
- Gebruik 's avonds **geen schermen** (tv, laptop, gsm,...)
- Maak een **anti-piekerplan**

## Wat merk jij? Laat het ons weten!

Meer informatie? Contacteer ons!
Eliah Borms en Lauren-Emma Boen - info@hetlaarhuisartsen.be

## Hoe goed slaapt u?

Zo'n **10-30%** van de volwassenen kampt met slaapproblemen.

In deze folder vind je

- Informatie over **stress en slaap**
- **Tips en tricks** voor een betere slaap
- **Behandelopties** bij slaapproblemen



## Stress en slaap

Door stress maak je hormonen aan. Die zorgen voor **spanning in je lichaam**. Bij lang of veel stress, kan je daardoor slechter slapen.

Stress kan je het gevoel geven dat je geen rust vindt. Daardoor val je moeilijker in slaap of word je 's nachts wakker. Omgekeerd zorgen slaapproblemen voor meer stress. Dit is een **vicieuze cirkel**.

Pieker jij ook vaak in bed? Dan kan je overdag een **piekermoment** inlassen. Je maakt dan even tijd om na te denken over problemen en ervaringen van die dag. Dat kan helpen om er in je bed minder mee bezig te zijn.

Het helpt ook om de grote lijnen van je gedachten en gevoelens **op te schrijven**. Dan kan je het beter **loslaten.**

## Behandeling

Je kampt met slapeloosheid en wenst dit aan te pakken?

- Samen kunnen we op zoek gaan naar de **oorzaak**. Indien nodig kunnen we je doorverwijzen naar meer **specifieke hulpverleners**.
- Geef je lichaam de kans om te **ontspannen.** Dit kan met heel wat technieken zoals oefeningen om je spieren te ontspannen en efficiënt te ademen. Een **kinesist** kan je hier bijvoorbeeld bij helpen. Maar ook **mindfulness**, rustige muziek en **meditatie** kunnen je helpen ontspannen.
- Verschillende psychologen zijn in **slaaptherapie** gespecialiseerd. Je pakt samen je **angsten** en **piekergedachten** aan. In je hersenen ontstaat er een link tussen je bed en 'slecht slapen'. Daar kan je samen met de psycholoog aan werken. Je krijgt ook informatie over **slaaphygiëne**.

## Slaapmedicatie

Waarom slaapmedicatie **geen goede oplossing** is voor slaapproblemen:

- Slaapmedicatie zorgt niet voor een kwalitatieve slaap. Het verstoort de normale slaapcyclus en maakt je daardoor net minder uitgerust.
- Slaapmedicatie werkt **verslavend**. Je geraakt eraan gewend en hebt op de duur hogere dosissen nodig voor hetzelfde effect.
- Slaapmedicatie leidt tot sufheid overdag. Dat leidt tot meer **verkeersongevallen en valaccidenten**.
- Slaapmedicatie kan een nadelig effect hebben op het **geheugen.**

**Bronnen**
NHG. NHG Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. 2014.
Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde KU Leuven.
SSSSSSST Hoe slaap jij 's nachts.

F. <u>Opvolging</u>

Op het einde van de consultatie plan je ook **één of meerdere vervolgafspraken** in, afhankelijk van de **nood van de patiënt**. Plan in elk geval bij iedereen na **6 maanden** een controle afspraak in om te kijken of het afbouwen (in meer of mindere mate) gelukt is.

## 4. Dataverwerking en bewaring

Na zes maanden wordt er tijdens de opvolgconsultatie bekeken welke patiënten er geminderd zijn in het gebruik en welke patiënten er gestopt zijn. Er wordt ook gekeken hoeveel consultaties er in het kader van benzodiazepineafbouw hebben plaatsgevonden. Deze gegevens worden opnieuw in de Excel toegevoegd.

Wanneer alle gegevens in de Excel zijn toegevoegd worden ze geanonimiseerd. Elke persoon krijgt een random nummer en alle persoonlijke gegevens worden gewist. Enkel de resultaten van afbouw worden behouden. Er wordt **nieuw document** aangemaakt, waarin de gegevens van de verschillende praktijken worden gebundeld. Dit document krijgt dan de naam 'Resultaten afbouw benzodiazepines' en wordt bewaard op Onedrive in een map waar alleen de auteurs van dit artikel (Lauren-Emma Boen en Eliah Borms) en hun promotoren (Giannoula Tsakitzidis en Sibyl Anthierens) toegang tot hebben. De gegevens zullen na het beëindigen van de masterproef 20 jaar bewaard worden in deze map, waarna de map als geheel verwijderd zal worden.

Uit dit document kunnen we dan informatie halen en statistiek op toepassen. Zo zal er gekeken worden naar het percentage patiënten die volledig is gestopt, het percentage patiënten die is geminderd, van de patiënten die zijn geminderd wat de gemiddelde vermindering was, hoeveel consultaties er gemiddeld nodig waren om een afbouw tot een goed einde te brengen.

Bijlage 5: Goedkeuring Ethisch Comité

ETHISCH COMITE

Prof. Dr Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Dr Giannoula Tsakitzidis

Ms Eliah Borms

Primary and interdisciplinary care - UAntwerp

**Project titel: Masterproef afbouw van benzodiazepines in de huisartsenpraktijk**

Project ID 4986 - Edge n/a - BUN B3002023000033

Datum: 20/02/2023

**DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES**

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen werd aangesteld als Centraal Ethisch Comité voor het uitbrengen van het enkel advies voor bovenvermelde studie wat betreft de punten 3, 4, 6 en 7 van §4, art. 11 van de wet van 7 mei 2004.

De antwoorden op de brief van dd. 06/02/2023 werden besproken op de vergadering van 20/02/2023

Het Ethisch Comité is van oordeel dat er voldoende rekening gehouden werd met de gemaakte opmerkingen.

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

| Document Type | File Name | Date | Version |
|---|---|---|---|
| CV | Curriculum Vitae 2022 - ondertekend G. Tsakitzidis | 02/11/2022 | 1 |
| GCP | Attest GCP-G. sakitzidis | 02/11/2022 | 1 |
| Other | Folder-voorbeeld | 02/11/2022 | 1 |
| Accompanying letter | Begeleidende brief | 02/11/2022 | 1 |
| Insurance | Verzekering UAntwerpen 2022 | 13/11/2022 | 2 |
| CV | CV-Lauren-Emma-Boen | 13/11/2022 | 2 |
| CV | CV-Eliah-Borms | 13/11/2022 | 2 |
| GCP | GCP-Eliah-Borms | 13/11/2022 | 2 |
| GCP | GCP-Lauren-Emma-Boen | 13/11/2022 | 2 |
| Protocol | Protocol 2.0 | 12/02/2023 | 2 |
| ICF | Informed Consent 2.0 | 12/02/2023 | 2 |

| Document Type | File Name | Date | Version |
|---|---|---|---|
| Protocol | Projectvoorstel 2.0 | 16/02/2023 | 2 |

Het Ethisch Comité heeft nog de volgende opmerking m.b.t. het informatie- en toestemmingsformulier:

Gelieve in het ICF ook nog te verwijzen naar de GDPR en de contactgegevens van de DPO te vermelden.

Het centraal Ethisch Comité UZA/UA geeft een gunstig advies over de bekwaamheid van de onderzoeker en medewerkers en over de geschiktheid van de faciliteiten:

Huisartsenpraktijk Het Laar

Huisartsenpraktijk De Korte Nieuwstraat

Huisartsenpraktijk Voorland

Huisartsenpraktijk Ter Linde

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

cc. FAGG - Research & development departement, Galileelaan 5/03, 1210 Brussel

| Meeting Attendee Full Name | Meeting Attendee Qualifications |
|---|---|
| Prof. Dr. Bettina Blaumeiser | Physician |
| Emeritus Professor Hilde Bortier | MD, PhD |
| Mrs Sarah Claes | Staffmember Research Dept. UAntwerpen |
| Prof. Dr. Patrick Cras | Vice-Chair, Physician |
| dr Elyne De Baetselier | Nurse |
| Ms Ingrid De Meester | Pharmacologist |
| Professor Francois Eyskens | Physician |
| Ms Lina Fierens | Nurse |
| Ms Kristien Hens | Philosopher |
| Mr Kris Ides | Physiotherapist |
| Prof. Dr. Greet Ieven | Vice-Chair, Physician |
| Mr. Daan Kenis | Pharmacist |
| Dr Leon Luyten | Physician |
| Ms Barbara Michiels | General Practitioner |
| Mr Peter Michielsen | Chair, Physician |
| Ms Inge Michielsens | Legal |
| Mr Pieter Moons | Coordinator Bio- and Human Tissue bank |
| Mr Bernard Paelinck | Physician |
| Mr. Michaël Pössel | Healthy volunteer phase 1 |
| Ms Veerle Schoeters | Nurse |
| Mr. Kris Smulders | Nurse |
| Mr Jan Van den Brande | Physician |
| Mr Filip Van den Eede | Physician |
| Mr Pieter Van Dyck | Physician |
| Mr Guy Van Honste | Patient Representative |
| Ms Dominique Van Praag | Psychologist |
| Mr. Yves Vandermotten | Healthy volunteer phase 1 |
| Mr Thierry Vansweevelt | Legal |
| Dr Michiel Voeten | Physician |
| Ms Griet Wyers | Pharmacist |

Bijlage 6: Plagiaatscreening



SafeAssign-originaliteitsrapport • Verzonden op za 27 apr. 2024 11:53

Volledig vrijblijvende controle op plagiaat via SafeAssign

ICT

Lauren-Emma Boen

Totale score: 8 % Laag risico

Inzendings-UUID: fcfe4b51-6efe-d17c-f4a7-2930cc42ec85

| Totaalaantal rapporten | Hoogste overeenkomst | Gemiddelde overeenkomst | Verzonden op | Gemiddeld woordaantal |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 % | 8 % | 27-04-24 | 12.432 |
| | Masterproef Eliah Borms en Lauren-E... | | 11:53 CEST | Hoogst: Masterproef Eliah Borms en ... |

Bijlage 1 8 %

**Woordaantal:** 12.432

**Bron:** Masterproef Eliah Borms en Lauren-Emma Boen - Kwaliteitsverbetering project afbouwen b enzodiazepines.docx

## 8. Referenties


1. Gorgels W KNA, Lucassen PLBJ, Smelt A, Damen-van Beek Z, Bouma M, Verduijn MM, Van Venrooij M. NHG Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. 2014.
2. Susanna Jernelöv ML, Kerstin Blom, Sara Rydh, Brjánn Ljótsson, John Axelsson & Viktor Kaldo Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance for co-morbid and primary insomnia -a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2012;12(5).
3. Geeske Brecht Ten Wolde 1 AD, Pepijn van Empelen, Wilbert van den Hout, Arie Knuistingh Neven, Frans Zitman. Long-term effectiveness of computer-generated tailored patient education on benzodiazepines: a randomized controlled trial. 2008.
4. Coteur K VNM, Schoenmakers B. Instrumenten voor benzomanagement: te weinig bekend en gebruikt? Huisarts Nu. 2022;51(230).
5. Hanne Cloetens TD, Hilde Habraken, Jan Callens, Ann Van Gastel. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. Domus Medica. 2018.
6. Cormack MA SK, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. Br J Gen Pract. 1994;44(378):5-8.
7. VR J. An approach to reduce benzodiazepine and cyclopyrrolone use in general practice : a study based on a Danish population. CNS Drugs. 2007;21(11):947-55.
8. Vicens C FF, Llobera J, Campoamor F, Mateu C, Alegret S, Socías I. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. Br J Gen Pract. 2006;56(533):958-63.
9. Yentl DN. A systematic review examining the effect of psychotherapy on the success rate of discontinuing benzodiazepines in patients with chronic insomnia or anxiety problems. 2020.
10. Jan VDEP. Afbouw van benzodiazepines voor slaapproblemen in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar de achterliggende gedachten bij benzodiazepine- of Z-druggebruik bij insomnia. 2019.
11. Julie D. Begeleiding van de afbouw van chronisch benzodiazepine- en Z- drugsgebruik voor slaapproblemen in een huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project. 2018.
12. Bram DW. Benzodiazepines en z-drugs als hypnoticum, wat loopt er mis? Een fenomenologisch kwalitatief onderzoek naar de perceptie van chronische gebruikers. 2019.
13. Charlotte G. Chronisch benzodiazepinegebruik bij ouderen stoppen: interventie bij huisartsen. 2017.
14. Nick DR. De educatie rondom benzodiazepines en verwante middelen in de huisartsenpraktijk bij patiënten die langdurig deze medicatie gebruiken in het kader van slapeloosheid. 2020.
15. Nathalie A. Een kwalitatief onderzoek naar de kennis, weerstanden en verwachtingen bij het afbouwen of stoppen van benzodiazepines of Z-producten bij chronische gebruikers in een huisartsenpraktijk te Eeklo, door middel van semi- gestructureerde interviews. 2018.
16. Arne H. Ervaringen van volwassen patiënten betreffende het chronisch gebruik van benzodiazepines en z-drugs als hypnoticum. 2019.
17. Aezam KZ. Evolutie van het voorschrijven van de benzodiazepinen door huisartsen in Vlaanderen: een register-gebaseerde studie. 2019.
18. Karen V. Hoe ziet een interventie eruit om ambulante patiënten te laten afbouwen in hun chronisch benzodiazepine of z-product-gebruik tijdens een kwaliteitsverbeterproject? 2020.
19. Valerie H. Polyfarmacie bij ouderen: nemen onze 75-plussers nog te veel preventieve medicatie? En hoe is het gesteld met het gebruik van benzodiazepines in deze groep? 2015.
20. Rani P. Systematisch literatuuronderzoek betreffende gecontroleerde studies naar de afbouw van benzodiazepines en van Z- producten. 2019.
21. Tinne VDK. Visie van huisartsen op de afbouw van benzodiazepines en Z- drugs in de huisartsenpraktijk. 2018.
22. Charlotte VDE. Waar bevinden de chronische gebruikers van benzodiazepines en Z-producten uit een praktijk in Lede zich in de cirkel van Prochaska en Di Clemente? Wat verhindert hen om deel te nemen aan een geplande afbouwstudie van benzodiazepines? 2015.

23. Lieve VDP. Wat helpt en motiveert patiënten met chronisch benzodiazepinegebruik om te stoppen? 2013.
24. D. Waterman WFH. De niet–medicamenteuze behandeling van slapeloosheid, een overzicht en een gevalsbeschrijving. DTH. 1996;16(4):350-64.
25. Janette M. Parr DJK LC, Geoffrey Mitchell & Ross McD Young. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. Addiction. 2008;104(1):13-24.
26. Marjorie Nelissen-Vrancken ME EV. Minimale interventiestrategie voor stoppen met benzodiazepinen. Huisarts en Wetenschap. 2006:92-5.
27. Oude Voshaar RC GW, Mol AJ, van Balkom AJ, Mulder J, van de Lisdonk EH, Breteler MH, Zitman FG. Long-term outcome of two forms of randomised benzodiazepine discontinuation. Br J Psychiatry. 2006:188-89.
28. W.J.M. Niessen RES, J. Broer en F.M. Haaijer-Ruskamp. Vermindering van gebruik van benzodiazepinen door een brief van de eigen huisarts aan chronische gebruikers. Ned Tijdschr Geneeskd. 2005;149:356-61.
29. Aguiluz J ÁM, Pimentel E, Abarca C, Moore P. How to face a patient with benzodiazepine dependence in primary health care? Strategies for withdrawal. Medwave. 2018;18(1).
30. Coteur K VNM, Vanmeerbeek M, Henrard G, Anthierens S, Van den Broeck K, De Sutter A, Creupelandt H, Devroey D, Van Overmeire R, Offermans AM, Kacenelenbogen N, Laenen A, Mathei C. Effectiveness of a blended care programme for the discontinuation of benzodiazepine use for sleeping problems in primary care: study protocol of a cluster randomised trial, the Big Bird trial. BMJ Open. 2020;10(2).
31. Lynch T RC, Hughes CM, Presseau J, van Allen ZM, Bradley CP, Cadogan CA. Brief interventions targeting long-term benzodiazepine and Z-drug use in primary care: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2020;115(9).
32. Hinrichsen GA LR. Long-term benzodiazepine users, primary care-based, structured, tapering interventions reduced use. 2014;161(6).
33. Vicens C SE, Bejarano F, Socias I, Mateu C, Fiol F, Palop V, Mengual M, Folch S, Lera G, Basora J, Leiva A. Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care. Br J Gen Pract. 2016;66(643).
34. Vicens C BF, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socias I, Aragonès E, Palop V, Beltran JL, Piñol JL, Lera G, Folch S, Mengual M, Basora J, Esteva M, Llobera J, Roca M, Gili M, Leiva A. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. Br J Psychiatry. 2014;204(6).
35. Fernandes M NI, Oliveira J, Santos O, Aguiar P, Atalaia P, Matos F, Freitas MC, Alvim A, Maria V. Discontinuation of chronic benzodiazepine use in primary care: a nonrandomized intervention. Fam Pract. 2022;39(2).
36. C. T. Time efficient interventions by general practitioners curb benzodiazepine consumption among long-term users. Evid Based Ment Health. 2015;18(1).