Evaluatie van de implementatie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines en Z-drugs van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekeringen (RIZIV) vanuit patiëntenperspectief - een interviewstudie

Laura Luykx, KU Leuven

Marie Mortelé, UGent

Anouck Poelman, KU Leuven

Jules Schelfhout, KU Leuven

Promotor: Kristien Coteur, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

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

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

Abstract

Auteurs: L. Luykx, KU Leuven. M. Mortelé, UGent. A. Poelman, KU Leuven. J. Schelfhout, KU Leuven.

Promotor: K. Coteur, KU Leuven.

Titel: Evaluatie van de implementatie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines en Z-drugs van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekeringen (RIZIV) vanuit patiëntenperspectief - een interviewstudie

Onderzoeksvraag: Hoe ervaren patiënten de implementatie van het multidisciplinaire zorgpad 'Afbouwprogramma voor benzodiazepines en aanverwante producten (Z-drugs)' vergoed door het RIZIV in de dagelijkse praktijk?

Methode: Het betreft een kwalitatief onderzoeksopzet met semi-gestructureerde interviews bij veertien deelnemers. De dataverzameling en -analyse werden uitgevoerd volgens de principes van grounded theory, waarbij de ervaringen van patiënten systematisch werden gecodeerd en geanalyseerd om terugkerende patronen en thema's te identificeren. De QUAGOL-analysemethode en NVivo-software werden gebruikt om de interviews diepgaand te verwerken en te structureren.

Resultaten: Uit de interviews bleek dat patiënten over het algemeen goed geïnformeerd waren en het afbouwprogramma met vertrouwen startten. Zowel intrinsieke als extrinsieke motivatie speelden een cruciale rol in het doorzettingsvermogen van deelnemers. De gestructureerde, stapsgewijze afbouw werd als een van de grootste troeven van het programma ervaren, evenals de ondersteuning door de huisarts en apotheker. Niettemin kwamen er ook uitdagingen naar voren, zoals angst voor slapeloosheid, het gebrek aan privacy in de apotheek en de beperkte ruimte voor opvolggesprekken. Sommige deelnemers ondervonden moeilijkheden bij de laatste afbouwstap of hervielen in hun oude medicatie patroon. Suggesties ter verbetering van het afbouwplan omvatten onder meer een meer toegankelijke contractprocedure, betere patiënteneducatie, extra psychologische begeleiding en een sterkere sensibilisering over de risico's van langdurig benzodiazepinegebruik.

Conclusie: Deze studie benadrukt de noodzaak van een gepersonaliseerde en multidisciplinaire aanpak bij medicatieafbouw trajecten. De inzichten uit dit onderzoek kunnen bijdragen aan verdere optimalisatie van het RIZIV-afbouwprogramma, met als doel een effectievere en duurzamere reductie van benzodiazepinegebruik in België.

Inhoudstafel

INLEIDING **6**

METHODE **8**

Onderzoeksvraag en -doel **8**

Studie ontwerp **8**

Datacollectie **8**

Rekrutering **9**

Data-analyse en -beheer **9**

RESULTATEN **11**

Steekproefbeschrijving **11**

Medicatiegebruik **13**

Introductie van het afbouwproject **13**
1. Kennismaking 13
2. Verwachtingen 14
3. Verstrekte informatie 14
4. Concrete invulling 14

Motivationele factoren **15**
1. Intrinsieke motivatie 15
2. Extrinsieke motivatie 16

Beleving tijdens het afbouwen **17**

Ondersteuning tijdens het project **17**

Resultaten na het afbouwplan **19**
1. Actueel benzodiazepine gebruik 19
2. Dagelijkse veranderingen 19
3. Ervaring 19

Toekomstvisie **20**

Stress hantering **20**

Opinie **21**

DISCUSSIE **23**

Samenvatting bevindingen **23**

Vergelijking met de literatuur **24**

Sterktes en limitaties **26**

BESLUIT **28**

REFERENTIES **29**

APPENDIX 1. REKRUTERINGSFLYER **33**

APPENDIX 2. INFORMED CONSENT FORMULIER **34**

APPENDIX 3. ENQUÊTE **42**

APPENDIX 4. INTERVIEW LEIDRAAD **48**

APPENDIX 5. CODEBOOM **50**

Inleiding

Benzodiazepines en de verwante Z-drugs zijn beide positieve allosterische modulatoren van de gamma-aminoboterzuur (GABA) receptoren. Zij hebben hierdoor, in functie van de farmacokinetische en farmacodynamische eigenschappen van de desbetreffende molecule, verscheidene klinische indicaties, gaande van sedatieve, hypnotische, anxiolytische tot spierrelaxerende effecten. Benzodiazepines worden toegepast bij de behandeling van onder andere slapeloosheid, angststoornissen, agitatie, alcoholontwenning, agitatie, epilepsie, spasticiteit en dystonie (1). Bij het gebruik van benzodiazepines en Z-drugs treden echter ook bijwerkingen op, waaronder duizeligheid, verwardheid, geheugen- en concentratiestoornissen, alsook residuele slaperigheid en sufheid overdag (1,2). Dit leidt tevens tot een verhoogd valrisico en frequenter optreden van heupfracturen bij ouderen (3). Daarnaast kan zowel fysieke als psychische afhankelijkheid optreden, met dervingsverschijnselen bij (plots) stopzetten van de inname (4). Een belangrijke factor daarbij is het optreden van 'tolerantie', waarbij een steeds hogere dosis aangewend dient te worden om hetzelfde klinisch effect te bereiken, dit reeds na één tot twee weken inname (1). Omwille van deze nevenwerkingen en gewenning, wordt het gebruik van benzodiazepines of Z-drugs voor slapeloosheid in recente richtlijnen vaak afgeraden, behoudens een weloverwogen kortdurend gebruik in een acute crisissituatie (5,6). Er wordt dan ook voornamelijk aangeraden in te zetten op niet-medicamenteuze maatregelen zoals voorlichting en slaaphygiëne adviezen, relaxatietechnieken en cognitieve therapie (5–7). Andere medicamenteuze opties (bijvoorbeeld trazodon, antipsychotica of antihistaminica) bieden slechts weinig wetenschappelijke evidentie, doch wel potentieel ernstige bijwerkingen en worden dan ook afgeraden. Daarnaast wordt ook het gebruik van fytotherapie niet aangeraden (5,6). Tot slot lijkt bij andere mogelijke indicaties van benzodiazepines een zekere terughoudendheid wenselijk, zo wordt bijvoorbeeld in een richtlijn rond angststoornissen gewezen op het optreden van afhankelijkheid, tolerantie (en het bijgevolg ontbreken van een lange termijn oplossing) en nevenwerkingen (8).

Uit de gezondheidsenquête van Sciensano in 2018 blijkt dat het benzodiazepinegebruik in België het tweede hoogste is van Europa. De IQVIA studie toont aan dat in 2022 ongeveer één op de vijf Belgen een slaap- of kalmeringsmiddel neemt (9–13). Dit komt overeen met 420 miljoen dagelijkse dagdosissen (defined daily doses) (13). Voornamelijk 65-plussers vormen de grootste groep gebruikers (54%) (11,13). Bij de jongeren (15 tot 24 jaar) is de laatste jaren het benzodiazepinegebruik fors toegenomen. Tussen 2020 en 2022 steeg de categorie 'ooit gebruikers' in die groep met 55%. Langdurig gebruik (langer dan zes maanden) van benzodiazepines is verantwoordelijk voor 30% van de voorschriften. De meeste benzodiazepines (83%) worden voorgeschreven door huisartsen. Psychiaters zijn slechts voor 6% van de afgeleverde voorschriften verantwoordelijk. De resterende voorschriften worden geleverd door vooral neurologen en andere specialisaties (11,13). Wel kan er een dalende trend in het benzodiazepinegebruik opgemerkt worden de laatste jaren. Ondanks een continue daling van het dagelijks gebruik tussen 2014 en 2021 van jaarlijks 3% is er in 2022 opnieuw een stagnering van het aantal unieke patiënten. Vanaf 2023 kan weer een dalende trend in het aantal unieke gebruikers waargenomen worden (13).

Het benzodiazepine afbouwplan van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) is een initiatief van de Belgische overheid om het langdurige en veelvuldige gebruik van benzodiazepines en Z-drugs af te bouwen (14). Het programma richt zich enkel op meerderjarige (ouder dan achttien jaar) patiënten in de ambulante sector. Patiënten die langdurig (langer dan

drie maanden) benzodiazepines gebruiken, kunnen onder begeleiding van huisartsen en apothekers de medicatie afbouwen via een stapsgewijze aanpak over een periode van zes tot twaalf maanden. Hierbij wordt de medicatie afgebouwd in kleine stappen (10-25%) via magistrale bereidingen. Het afbouwplan voorziet ook de mogelijkheid tot tweemaal een stabilisatie stap van maximaal 30 dagen.

Ter vergelijking: in Nederland werd het Benzoredux model gecreëerd om langdurig benzodiazepine en Z-druggebruik in de huisartsenpraktijk te helpen afbouwen via een tweestapsinterventie (15). Eerst ontvangen patiënten een stopbrief van hun huisarts. Wie niet stopt, krijgt na drie tot zes maanden een begeleid afbouwprogramma aangeboden. Dit programma omvat zes consulten bij de huisarts om de dosis geleidelijk te verlagen.

Het Belgische pilootproject wordt gefinancierd door het RIZIV, dat de kosten voor zowel de zorgverleners als de patiënten vergoedt. Alhoewel het exacte budget elk jaar kan variëren, is er een structurele financiering voorzien. De vergoedingen zijn onder andere bedoeld om het afbouwplan toegankelijk te maken voor de patiënten. Zij betalen enkel nog de verpakkingen van de specialiteit die gebruikt wordt voor de magistrale bereidingen. Patiënten hebben recht op één afbouwprogramma per jaar (14).

De huisarts speelt een ondersteunende rol, onder meer door voorlichting te geven over het project, alsook de afbouwstappen, de eventuele bijwerkingen en ontwenningsverschijnselen (1). Bij het verlenen van de voorschriften mag de huisarts maximaal per twee afbouwstappen een voorschrift afleveren. De apotheker ondersteunt de deelnemers niet alleen met het verstrekken van de juiste medicatie, maar biedt ook begeleiding door middel van twee gesprekken (het initiatiegesprek en het opvolggesprek). Hij is beperkt tot het afleveren van één bereiding per afbouwstap, hetgeen een gecontroleerde en stapsgewijze afbouw bevordert (14).

Interessant is dan ook om te kijken naar hoe de implementatie van dit afbouwplan in de praktijk van de eerstelijnszorg wordt ervaren. Deze thesis focust zich op de ervaringen van patiënten.

Methode

Onderzoeksvraag en -doel

Hoe ervaren patiënten de implementatie van het multidisciplinaire zorgpad 'Afbouwprogramma voor benzodiazepines en aanverwante producten (Z-drugs)' vergoed door het RIZIV in de dagelijkse praktijk?

Het doel van het onderzoek was om de facilitators en hindernissen van het pilootproject te achterhalen volgens het perspectief van de gekozen doelgroep.

De resultaten van de studie zullen worden gedeeld met het RIZIV zodat de ervaring van patiënten kan helpen om het afbouwprogramma te optimaliseren. Het onderzoek was exploratief van aard zonder contractuele verbindingen aan het RIZIV. Dit thesisonderzoek biedt de kans om zonder contractueel engagement de maatschappij en zorginstanties te informeren over de werking en ervaring van patiënten met betrekking tot het Belgische pilootproject omtrent afbouwen en beëindigen van benzodiazepinegebruik.

Studie ontwerp

Dit thesisonderzoek betreft een kwalitatief project gericht op het verkennen van de standpunten van patiënten over het Belgische pilootproject met betrekking tot de stopzetting van benzodiazepines en Z-drugs, dat in februari 2023 door de federale overheid en het RIZIV werd gelanceerd. De interviews waren semi-gestructureerde gesprekken tussen de onderzoekers en veertien deelnemers, met behulp van een interviewleidraad (cf. appendix 4) en de mogelijkheid tot diepgaande verkenning van de door de deelnemers besproken onderwerpen. Na goedkeuring van de Onderwijs-Begeleidingscommissie (OBC) op 03/01/2024, werden alle interviews afgenomen tussen januari 2024 en juli 2024.

De onderzoekers maakten gebruik van de SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research) om hun data te rapporteren (16).

Datacollectie

Om de steekproef in het onderzoeksrapport te beschrijven, legden de onderzoekers via een schriftelijke enquête een sociaal-demografisch en patiëntenprofiel van de deelnemer vast, inclusief gender, leeftijd, beroep, het huidige benzodiazepinegebruik, benzodiazepine afhankelijkheid, alcoholgebruik en gezondheidsvaardigheden (cf. appendix 3). Er werd hiervoor gebruikgemaakt van de gevalideerde vragenlijsten BENDEP-SRQ (17), AUDIT-C (18) en HLS-EU16 (19), die respectievelijk peilen naar de mate van benzodiazepine verslaving, alcoholafhankelijkheid en zelf-ingeschatte gezondheidsvaardigheden. Ook relevante medische gegevens zoals chronische (geestelijke) diagnoses en gebruik van andere (psychotrope) medicijnen werden bevraagd. Verder werden de deelnemers in de schriftelijke enquête gevraagd zich te identificeren, zodat de onderzoekers eventuele significante citaten of bijdragen uit de interviews konden koppelen aan hun profiel. Expliciete toestemming hiertoe werd bekomen via het informed consent formulier (cf. appendix 2).

Tijdens het interview werd bevraagd hoe de patiënt in contact kwam met het afbouwplan, wat de eerste indrukken waren, wat meespeelde in de beslissing tot deelname aan het programma en hoe de patiënt het afbouwen ervaren heeft. Daarnaast werd er gepoogd de emotionele beleving

van de patiënt te achterhalen door na te gaan wat de patiënt aanzette om het plan vol te houden, of juist wat ervoor zorgde dat ze hun deelname aan het afbouwplan stopzetten.

Rekrutering

De veertien deelnemers werden gerekruteerd uit het professionele netwerk van vier huisartsen in opleiding: een willekeurige steekproef werd bekomen via convenience sampling. Patiënten werden benaderd tijdens reguliere spreekuren in de huisartsenpraktijk, waarna bij interesse contactgegevens werden uitgewisseld. Alternatief werden ze via collega zorgverleners of middels een flyer (cf. appendix 1) geïnformeerd over het onderzoek, waarbij gevraagd werd contact op te nemen via mail. Alle patiënten ontvingen een informed consent formulier en informatiebrief minimaal drie dagen vóór het interview, zodat ze deze konden lezen en bekijken zoals zij dat nodig achtten.

Bij de rekrutering werden volgende criteria gehanteerd:

- Inclusiecriteria:
    - Volwassen (ouder dan achttien 18 jaar) eerste lijn patiënten,
    - die deelnamen of deelgenomen hadden aan het pilootproject van het RIZIV in België, met als doel de reductie van benzodiazepinegebruik.
    - Deze patiënten gebruikten een benzodiazepine of Z-drug
        - chronisch, gedefinieerd als minimaal drie maanden,
        - als hypnotiserende medicatie, dat wil zeggen één dosis per dag van maximaal één product,
        - en woonden zelfstandig in een thuisomgeving.
- Exclusiecriteria:
    - Patiënten die op het moment van het interview in een residentiële setting behandeld werden.
    - Patiënten die geen Nederlands spraken.

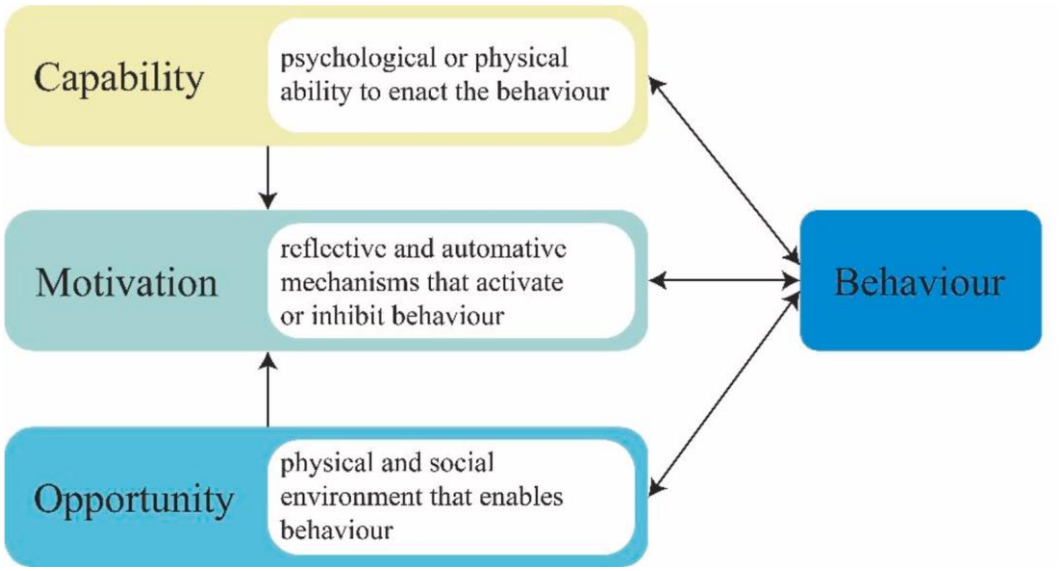
Data-analyse en -beheer

Het verzamelen en analyseren van data gebeurde in een model van grounded theory. Via deze inductieve kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikten de onderzoekers de verzamelde data om geleidelijk een bredere theorie op te bouwen over het succes van het pilootproject vanuit het perspectief van de patiënt. De onderzoekers verzamelden data aan de hand van semi-gestructureerde interviews gestuurd door een interviewleidraad, in een iteratieve cyclus. Ze vergeleken regelmatig nieuwe data met eerder verzamelde data om overeenkomsten, verschillen en opkomende patronen te identificeren. Op basis van deze vergelijking werkten de onderzoekers de interviewleidraad regelmatig bij totdat ze dataverzadiging bereikten, dit wil zeggen het punt waarop bijkomende interviews geen nieuwe informatie meer toevoegden.

De onderzoekers namen de interviews audiologisch op en maakten nadien woordelijke transcripties. Ze maakten gebruik van de QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven) (20) en NVivo om het proces van data analyse te faciliteren. Interview transcripties werden onafhankelijk gecodeerd door twee onderzoekers. Op basis van de codes vormden de onderzoekers categorieën waarin ze gerelateerde concepten samen brachten (cf. appendix 5). Ook deze coderingssleutel werd gaandeweg regelmatig bijgewerkt tot het punt van verzadiging, waarbij bijkomende interview transcripties geen nieuwe aanpassingen meer induceerden.

Alle verzamelde gegevens werden strikt vertrouwelijk behandeld, gepseudonimiseerd, alsook beveiligd bewaard volgens strikte KU Leuven protocollen.

Centraal in de evaluatie van het benzodiazepine afbouwplan staan de motivationele factoren die de deelnemers ervaren hebben. Recent evidence-based onderzoek hanteert het COM-B model (respectievelijk 'capabilities', 'opportunities', 'motivation' en 'behaviour'; figuur 1) en TDF model (Theoretical Domains Framework; tabel 1) om gedragsverandering te operationaliseren (21,22). Het COM-B model onderscheidt individuele en sociale factoren op vlak van bekwaamheid, motivatie en mogelijkheid om een bepaalde gedragsverandering mogelijk te maken. Binnen het motivationele luik wordt een onderscheid gemaakt tussen automatische en reflectieve motivatie. Het TDF model specificeert binnen deze categorieën nog verschillende domeinen. De door de deelnemers benoemde motivationele factoren werden gestructureerd binnen dit framework.



Figuur 1. Het COM-B model, overgenomen uit Coteur et al., 2023 (21).

COM-B	TDF domain	Definition	Constructs
Automatic motivation	Reinforcement	Increasing the probability of a response by arranging a dependent relationship, or contingency, between the response and a given stimulus	Rewards (proximal/distal, valued/not valued, probable/improbable), Incentives, Punishment, Consequents, Reinforcement, Contingencies, Sanctions
	Emotion	A complex reaction pattern, involving experiential, behavioural, and physiological elements, by which the individual attempts to deal with a personally significant matter or event	Fear, Anxiety, Affect, Stress, Depression, Positive/negative affect, Burn-out
Reflective motivation	Social/professional role and identity	A coherent set of behaviours and displayed personal qualities of an individual in a social or work setting	Professional identity, Professional role, Social identity, Identity, Professional boundaries, Professional confidence, Group identity, Leadership, Organisational commitment
	Beliefs about capabilities	Acceptance of the truth, reality or validity about an ability, talent or facility that a person can put to constructive use	Self-confidence, Perceived competence, Self-efficacy, Perceived behavioural control, Beliefs, Self-esteem, Empowerment, Professional confidence
	Optimism	The confidence that things will happen for the best or that desired goals will be attained	Optimism, Pessimism, Unrealistic optimism, Identity
	Intentions	A conscious decision to perform a behaviour or a resolve to act in a certain way	Stability of intentions, Stages of change model, Transtheoretical model and stages of change
	Goals	Mental representations of outcomes or end states that an individual wants to achieve	Goals (distal/proximal), Goal priority, Goal/target setting, Goals (autonomous/controlled), Action planning, Implementation intention
	Beliefs about consequences	Acceptance of the truth, reality, or validity about outcomes of a behaviour in a given situation	Beliefs, Outcome expectancies, Characteristics of outcome expectancies, Anticipated regret, Consequents

Tabel 1. Motivatie zoals beschreven in het COM-B model en geassocieerde TDF domeinen, overgenomen uit Coteur et al., 2023 (21).

Resultaten

Steekproefbeschrijving

In totaal werden veertien personen geïnterviewd. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 62 jaar. Er werden negen vrouwen en zes mannen geïnterviewd. De helft van de deelnemers was reeds gepensioneerd. Twee deelnemers woonden in een stad, de anderen in een gemeente. Negen deelnemers gaven aan een chronische lichamelijke aandoening te hebben, twee hadden ook een chronische psychische aandoening. De deelnemers namen gemiddeld drie chronische medicijnen in. Gemiddeld namen de deelnemers reeds 6,5 jaar slaapmedicatie. In tabel 2 worden de demografische en medische gegevens van de deelnemers samengevat. Tevens wordt vermeld welke slaapmedicatie ze namen voor de start van hun traject, alsook de duur van inname. Gegevens die de deelnemers niet invulden staan aangeduid met een "/".

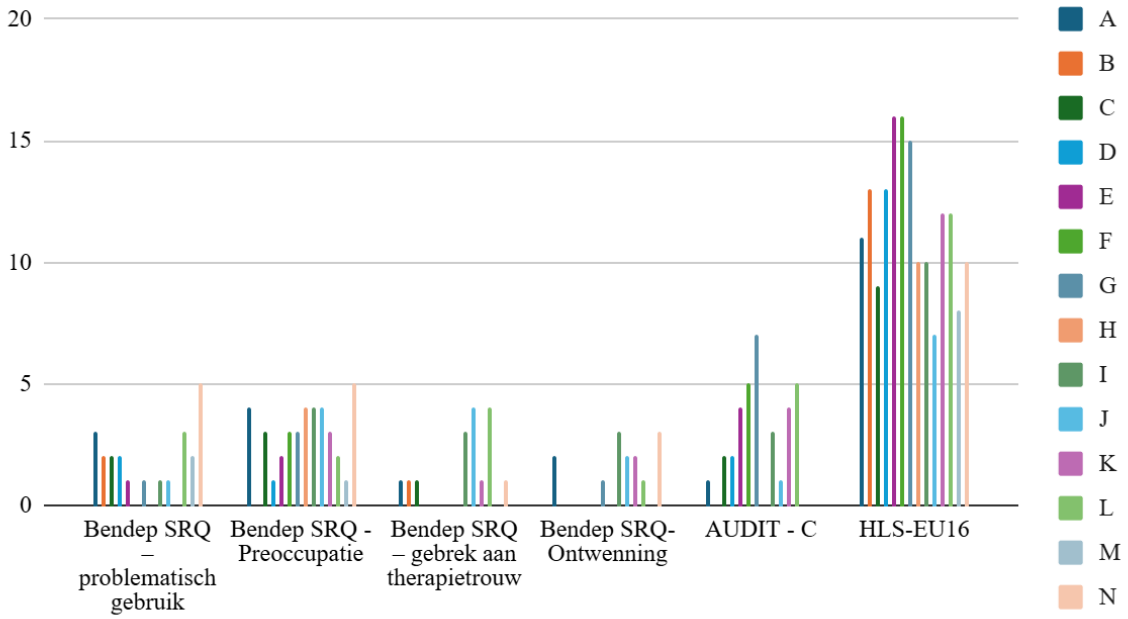
Deelnemer	Leeftijd	Geslacht	Beroep	Ligging HAP	Chronische lichamelijke aandoening	Chronische psychische aandoening	# Chronische medicatie	Slaapmedicatie	Duur inname
A	74	Vrouw	Gepensioneerd	Stad	Ja	Nee	7	Temesta 1.5 mg	5 jaar
B	51	Vrouw	Psychiatrisch verpleegkundige (invaliditeit)	Gemeente	Ja	Ja	4	Stilnoct 0.5 mg	5 jaar
C	58	Vrouw	Gepensioneerd	Gemeente	Ja	Nee	5	Lormetazepam 1 mg	3 jaar
D	74	Vrouw	Huishoudster	/	/	/	3	Calmday 5 mg	/
E	64	Vrouw	Gepensioneerd	Gemeente	Ja	Nee	1	Lormetazepam 1 mg	/
F	65	Man	Gepensioneerd	Gemeente	Ja	Nee	3	Lormetazepam 1 mg	/
G	50	Vrouw	Directeur	Gemeente	Nee	Nee	4	Lormetazepam 0.1 mg	4 jaar
H	86	Vrouw	Gepensioneerd	Gemeente	Ja	Nee	4	Lormetazepam 1 mg	5 jaar
I	58	Vrouw	Leerkracht	Gemeente	Ja	Ja	5	Zolpidem 1,5 mg	2,5 jaar
J	84	Vrouw	Gepensioneerd	Gemeente	Ja	Nee	4	Lormetazepam 1 mg	10 jaar
K	55	Man	/	Stad	Nee	Nee	1	Zolpidem 20 mg	3 jaar
L	48	Man	Buschauffeur	/	Nee	Nee	1	Zolpidem 10 mg	10 jaar
M	31	Man	Zelfstandige	Stad	Nee	Nee	2	Bromazepam 2mg	7 maanden
N	76	Man	Gepensioneerd	/	Ja	Nee	1	Lormetazepam 20 mg	24 jaar

Tabel 2. Demografische en medische gegevens van de deelnemers.

Tabel 3 en figuur 2 geven de scores van de individuele deelnemers op de gevalideerde BENDEP-SRQ, AUDIT-C en HLS-EU16 vragenlijsten weer. De BENDEP-SRQ maakt een opdeling in volgende subsecties: problematisch gebruik, preoccupatie, gebrek aan therapietrouw en ontwenning. De score ligt tussen 0-5 (cf. appendix 3). De gemiddelde score van de deelnemers was 1,6/5 (matig) voor problematisch benzodiazepine gebruik, 2,8/5 (hoog) voor preoccupatie, 1,1/5 (hoog) voor gebrek aan therapietrouw en 1/5 (laag) voor ontwenning. Een hoge score is gelinkt aan een moeilijkere afbouw van benzodiazepines. De AUDIT-C score ligt tussen 0-12, waarbij een score ≥ 5 bij een man en ≥4 bij een vrouw een reden is voor een korte interventie in kader van alcoholgebruik. De gemiddelde score op de AUDIT-C vragenlijst was 2,4/12. Vier deelnemers scoorden zo hoog op de vragenlijst dat een interventie in kader van alcoholgebruik geïndiceerd zou zijn. De HLS-EU16 score ligt tussen 0-16, waarbij een hogere score wijst op betere zelf-gerapporteerde gezondheidsvaardigheden. De gemiddelde score op de HLS-EU16 vragenlijst was 11,6/16, wijzend op relatief goede zelf-gerapporteerde gezondheidsvaardigheden.

Deelnemer	# Bendep SRQ - problematisch gebruik	# Bendep SRQ - preoccupatie	# Bendep SRQ - gebrek aan therapietrouw	# Bendep SRQ - Ontwenning	# AUDIT-C	# HLS-EU16
A	3	4	1	2	1	11
B	2	0	1	0	0	13
C	2	3	1	0	2	9
D	2	1	0	0	2	13
E	1	2	0	0	4	16
F	0	3	0	0	5	16
G	1	3	0	1	7	15
H	0	4	0	0	0	10
I	1	4	3	3	3	10
J	1	4	4	2	1	7
K	0	3	1	2	4	12
L	3	2	4	1	5	12
M	2	1	0	0	0	8
N	5	5	1	3	0	10

Tabel 3. Scores van de deelnemers op de vragenlijsten. De BENDEP-SRQ maakt een opdeling in problematisch benzodiazepine gebruik, preoccupatie, gebrek aan therapietrouw en ontwenning. De score ligt tussen 0-5 (cf. appendix 3). De AUDIT-C score ligt tussen 0-12, waarbij een score ≥ 5 bij een man en ≥4 bij een vrouw een reden is voor een korte interventie in kader van alcoholgebruik. De HLS-EU16 score ligt tussen 0-16, waarbij een hogere score wijst op betere zelf-gerapporteerde gezondheidsvaardigheden.



Figuur 2. Scores van de deelnemers op de vragenlijsten.

Medicatiegebruik

Uit de interviews bleek dat het voor bepaalde deelnemers een concrete gebeurtenis was die aanleiding gaf tot de opstart van een benzodiazepine of Z-drug. Bij deelnemers C en G speelde de diagnose van borstkanker een rol, deelnemer L startte na een scheiding, deelnemers A en M kregen slaapmedicatie tijdens een ziekenhuisopname en deelnemer N brak een wervel en had twee maanden bedrust. Enkele deelnemers vermeldden de rol van pijn in de opstart van hun slaapmedicatie. “Ik had altijd zo veel pijn. Ik had het nodig om beter te kunnen slapen.” (A) Piekergedachten en stress ‘s avonds waren ook een drijfveer voor de opstart van benzodiazepines. “Beiden hebben in het begin gespeeld he. Zowel het piekeren als de bijwerkingen, de klachten, de pijnklachten, ja.” (G)

Tijdens de interviews vertelden de deelnemers over hun ideeën rond benzodiazepinegebruik. Vijf deelnemers (C, D, E, F, I) gaven aan dat het gebruik van slaapmedicatie verslavend is, dat ze het gevoel hadden de slaapmedicatie nodig te hebben. “Je bent afhankelijk ervan he. Ja, zowel lichamelijk als eigenlijk ook geestelijk he.” (E) Deelnemer B vond eerder dat hij niet verslaafd was. Daarnaast gaven vier deelnemers (D, G, I, L) aan dat benzodiazepines negatieve effecten hebben op de gezondheid. “Bijwerkingen in de zin van: dat ge zeker niet fris opstaat, naar evenwicht en naar stabiliteit wel wat bijwerkingen hebt, en dat het eventjes duurt voordat ge totaal helder van geest zijt.” (G) Deelnemer B was hier sceptisch over. “Mijn grootmoeder was zelfstandig, aan 95 jaar ging ze nog wandelen. Ze ging nog alle dagen naar stad te voet. Dus, enfin, wat betreft het geheugen, misschien dat dat bij bepaalde mensen zo is, bij haar had dat geen invloed.” (B) Deelnemers E en F merkten op dat steeds een hogere dosis nodig was voor hetzelfde effect. Enkele deelnemers gaven aan dat ze vonden dat ze moesten stoppen met hun benzodiazepine. “En vond u dat een probleem?” “Ja, want zo kan het niet verder.” (N) Tot slot achtten deelnemers A en C een geleidelijke afbouw van benzodiazepines nodig.

Er werd gevraagd aan de deelnemers of ze een eerdere afbouwpoging achter de rug hadden. Deelnemers D en N stopten hun medicatie al eens, maar startten snel terug op omwille van de bijwerkingen. Deelnemers A en G probeerden af te bouwen zonder resultaat. Deelnemers A en B gaven aan dat hun motivatie voor een eerdere afbouw voortkwam uit het feit dat ze liever niet zo veel medicatie innamen. “Ik ben geen medicatie madam.” (A) Deelnemers H en M gaven expliciet aan nooit eerder een afbouwpoging ondernomen te hebben.

Introductie van het afbouwproject

1. **Kennismaking**

Uit de interviews bleek dat negen van de veertien deelnemers in contact kwamen met het afbouwproject via de huisarts. Zo bleek de huisarts vaak een proactieve rol te spelen in het introduceren van het project alsook de start van het afbouwen. “Het is mijn huisarts die mij gevraagd heeft om dat te bespreken. Ze zei tegen mij: ‘Je valt makkelijk als je Temesta neemt.’” (A) Daarnaast merkten we dat ook de inspanningen van de overheid tot sensibilisering via verschillende mediakanalen een positieve impact hebben gehad. “Ik had er sowieso wel al van gehoord, maar mijn huisarts heeft daar toch de voorzet gegeven.” (F); “Ik heb ook gehoord, ik weet niet meer waar, dat er in België te veel mensen slaappillen nemen.” (A) Eén deelnemer gaf aan dat zij door een sensibiliseringscampagne op televisie in contact werd gebracht met het afbouwproject. “Ik had dat op de TV gehoord.” (J) Verder gaven sommige deelnemers aan dat de apotheker bij het afleveren van de voorschriften voor benzodiazepines en Z-drugs het

afbouwproject vernoemde en verwees naar de huisarts bij interesse tot deelname. “Dat was de apotheek. Zij heeft gezegd: kijk, we kunnen dat zo doen. Jij moet akkoord gaan en de huisdokter moet akkoord gaan.” (D)

2. Verwachtingen

Bij de start van het afbouwplan bleken er duidelijk verschillende verwachtingen en gevoelens te spelen onder de deelnemers. De meeste deelnemers gaven aan vertrouwen in het project te hebben en dit met zeker optimisme aan te vangen. “Ik was dan direct heel optimistisch.” (I); “Ja, ik wilde er zo graag vanaf dat ik hen volledig vertrouwde en erin volgde.” (M); “Goede verwachtingen. Echt wel, ik ga er hier vanaf geraken en ik ga proberen.” (C)

Een andere deelnemer vertelde eerder angstig te zijn voor het niet kunnen inslapen. “Ik zei tegen m'n eigen, ik geraak van m'n leven niet in slaap?” (H) Nog een deelnemer sprak over angstgevoelens bij de aanvang van het project omwille van de snelheid van afbouwen, maar kreeg uiteindelijk toch ook vertrouwen in het project.

Ik had er eerst wel schrik van, waarschijnlijk zal dat zo zijn omdat ik niet alles wist, dat ik dacht dat het te abrupt ging verlopen, het moeten stoppen. En dan pas door de details te horen, waarschijnlijk ook meer vertrouwen gekregen in het concept ervan. (K)

3. Verstrekte informatie

De deelnemers gaven aan dat zowel de apotheker als de huisarts steeds de nodige informatie gaven bij de start van het afbouwproject. “Wel, onze apotheker heeft een hele inspanning gedaan, maar eigenlijk wisten we het allemaal al. We hebben dat mens haar preek laten doen. En je krijgt er dan een foldertje bij en je leest dat eens.” (F) Telkens werden ook de nodige administratieve stappen ondernomen, zoals het ondertekenen van het contract. “Hij heeft alles uitgelegd, ik heb de vier vellen papier dan ingevuld.” (N)

Uit de afgenomen interviews werd duidelijk dat de huisarts de nodige contactmomenten benutte voor het verstrekken van informatie en beantwoorden van gerelateerde vragen. “Ze hebben wel gezegd van kijk, ge moet zo gaan, altijd een grammetje af en ge hebt twee jokers die ge kunt inzetten om uw periode te verlengen.” (C) In het afbouwproject konden apothekers een consultatiemoment inlassen één op één met de deelnemende patiënten, echter uit de interviews bleek dat dit meer over the counter bij het afhalen van de voorschriften werd gedaan. Deelnemers gaven wel aan dat dit voldoende was. “En dan ben ik om de medicatie bij onze apotheker geweest. Die madam heeft dan ook nog eens een uitleg gegeven. Het schijnt dat ze dat moeten doen want ze krijgen daar ook iets voor he.” (E)

De deelnemers gaven aan dat zowel de stapsgewijze aanpak als de mogelijkheid tot een stabilisatiestap werden besproken met hen. “Ze zeiden: ‘Je kan het niet in één keer doen maar in stapjes, zo goed mogelijk.’” (M); “Ze hebben wel gezegd van kijk, ge moet zo gaan, altijd een grammetje af en ge hebt twee jokers die ge kunt inzetten om uw periode te verlengen.” (C)

4. Concrete invulling

De deelnemers leken niet per se zelf mee te beslissen in de grootte van de afbouwstappen en/of het aantal afbouwstappen, maar daar eerder de hulpverleners in te volgen. “Ja, hij had dat eigenlijk zo in een schemaatje gestoken.” (F) Het gebruik van een stabilisatiestap werd door sommigen

toegepast tijdens het project om zo de haalbaarheid van het afbouwen te vergroten. “Deze dosis neem ik nu twee maanden, omdat ik een joker ingezet heb omdat ik op een halfje zit nu.” (C)

Motivationele factoren

1. Intrinsieke motivatie

Intrinsieke motivatie is cruciaal voor het geslaagd doorvoeren van gedragsveranderingen: motivatie die van binnenuit komt. “Het zelf willen is zeer belangrijk.” (B); “Ge moet er achter staan.” (C); “Ik was overtuigd, ik wil ermee stoppen.” (D)

a. Automatische motivatie

Automatische motivatie treedt op zonder bewuste cognitieve verwerking en omvat gewoontes, impulsen en emotionele reacties. Deelnemers beschreven hierbij het belang van persoonlijkheidsfactoren, meer specifiek zelfinzicht en doorzettingsvermogen als relevante motivationele impulsen. “Je moet wel realistisch zijn met uzelf he. Als je weinig zelfinzicht hebt, dat je denkt ja ja dat kan ik hier wel… Ik denk dat je toch eerst jezelf een beetje moet inschatten.” (B); “Pas op, ge moet wel een beetje karakter hebben hoor, onderschat het niet.” (D); “Eigenlijk is dat typisch ons karakter, eens wij een beslissing gemaakt hebben dan is het zo, dan gaan we ervoor. Het heeft ook te maken met zelfdiscipline he.” (E) Eén deelnemer benoemde zijn lege doosjes als bekrachtiger. “Ieder doosje dat afgewerkt is, hou ik. Dat is voor mij motivatie.” (N)

b. Reflectieve motivatie

Op vlak van reflectieve motivatie sturen bewuste planning, besluitvorming en overweging van consequenties het gedrag. Verschillende deelnemers benoemden hun expliciete doel als motivator, namelijk onafhankelijk worden van hun slaapmedicatie. “Maar mijn doel is wel, ik ben niet voor medicatie… Je neemt uw medicatie als het niet anders kan. Ik zal mijn best doen om ervan af te geraken.” (A); “Omdat ge daar anders nooit vanaf geraakt.” (D); “Allez, ik wou daar echt vanaf!” (M) Waar sommige deelnemers erg optimistisch waren, twijfelden anderen nog aan hun capaciteiten. “Ik was echt gedreven om ervan af te komen.” (M); “Ik denk dat de drang soms nog te groot is.” (N)

Direct akkoord is veel gezegd, omdat dat daar toch een stukje angst bij zat. … Ja, een aarzeling om af te bouwen omdat ik mentaal schrik had dat ik terug elke nacht zou wakker liggen en wakker worden van de pijn. Ik heb een behoorlijk drukke job en dan niet kunnen functioneren tijdens de job, dat was mijn grote angst. Dus ik heb dat wel met enige aarzeling gedaan. (G)

Overtuigingen over de consequenties van benzodiazepines waren voor verschillende deelnemers een belangrijke motivationele factor. Bezorgdheid rond bijwerkingen werd verscheidene malen genoemd. “Mijn man had die bijsluiter eens gelezen. Zegt hij ‘Weet ge goed wat dat onschuldig pilletje allemaal inhoudt? Dat, dat en dat.’ Ik zei: ik ga ermee stoppen, direct.” (D); “We pakken hier altijd maar iets en is dat niet goed voor onze hersenen. Wij hebben dikwijls er nog bij gestaan gelijk een schoteldoek.” (E); “Overdag liep ik moe rond.” (K); “Het ging fataal aflopen anders.” (N) Daarnaast was het verslavend profiel met de geassocieerde tolerantie ontwikkeling van de medicatie voor verschillende mensen een afknapper. “Op het laatst sliep ik daar ook al niet meer van. Dat was ook al niet meer ‘wauw’.” (C); “Wij hebben al gehad dat we slaapmiddelen pakten en niet konden slapen he. … Dat helpt niet meer he: je zal altijd meer en meer moeten pakken.” (E); “Maar het was vooral van - waar eindigt het?” (K); “Ik had toch wel zoiets van, ik moet zien dat ik

niet in dat straatje terecht kom dat ik er niet meer vanaf geraak he." (D) Eén deelnemer benoemde het financiële voordeel van afbouwen/stoppen. "Eigenlijk is dat ook een stimulans: je gaat geen slaapmiddelen meer moeten kopen." (E)

Verder haalden de deelnemers aan dat de juiste context/omstandigheden cruciaal zijn ter ondersteuning van een geslaagde afbouw. Belangrijk hierbij was dat de afbouw plaatsvond in een situatie van lichamelijke en contextuele rust.

Ik ben redelijk goed, ik heb geen druk, misschien is het nu een periode om dat te proberen. Ik zit nu denk ik aan mijn maximum het laatste jaar. En misschien is dat inderdaad wel een belangrijke factor om te kunnen afbouwen. Moest ik dat geprobeerd hebben toen ik echt nog ziek was, dan zou dat een angst zijn die erbij kwam. En angst bestrijden met een benzo afbouwen, dat klopt niet he." (B)

Daarnaast benoemde een deelnemer ook het persoonlijke belang van gezonde levensstijlfactoren, alsook het motiverende aspect van succesvolle voorgangers. "Ik ben zo geweldig bezig met gezonde voeding, niet te veel brol, geen kleurstoffen en zo van die dingen, ook voor de kleinkinderen. … Er zijn al zo veel mensen voor u geweest die het gekund hebben." (E) Ook de sociale en/of professionele rol van de deelnemers speelden voor sommigen mee als drijfveer. "Ik heb vier kinderen en zes kleinkinderen, en over twee maanden zijn we overgrootouders geworden. Dus het is wel de moeite om nog te blijven." (N)

Tot slot had het ondertekenen van het contract voor sommige deelnemers een psychologisch effect: het creëerde een gevoel van engagement en verplichting, wat de motivatie versterkte om het afbouwtraject vol te houden. "Voor mij persoonlijk he, als je ergens uw handtekening onder zet, dan betekent dat voor mij een engagement. Stel dat je geen handtekening zou zetten, dan zou ik misschien al een keer rapper het gevoel gehad hebben van 'pfff, ik ga het zo laten.'" (G)

2. Extrinsieke motivatie

Extrinsieke motivationele factoren zijn externe impulsen die eveneens een belangrijke rol spelen in de ondersteuning van gedragsveranderingen.

Voor verschillende deelnemers was de arts een cruciale partner in het aanbrengen en onderbouwen van het afbouwplan. "Het was de huisdokter die op een zeker moment zei van, allez, werkt dat nog? Als jullie dat al zo lang pakken? Zou je misschien niet overwegen van dat af te bouwen?" (E)

De motivatie van de huisarts was dat je na verloop van tijd toch een hogere dosis nodig hebt om hetzelfde effect te bereiken. En dat ik nog vrij jong ben. … Ik denk dat ik een zeer goede huisarts heb die mij ondersteund heeft en moed gegeven heeft om het toch te proberen. (G)

Andere deelnemers vonden ondersteuning en motivatie bij hun apotheker. "Ge moet een apotheek hebben die u begeleidt en verder en helpt, en die zegt van 'ge zijt goed bezig.'" (C)

Naast zorgverleners waren familieleden voor verschillende deelnemers ook een bron van extrinsieke motivatie. Zowel partners als kinderen werden vernoemd. "In opdracht van mijn vriendin omdat ze zei dat het zo niet meer kon. Zij en de kinderen ondervonden daar meer last van dan ik." (L); "Dan zei mijn dochter: 'Mama luister naar de dokter, eer dat ge valt. Probeer dat toch mama.'" (H)

Beleving tijdens het afbouwen

Op vlak van beleving haalden de deelnemers zowel een aantal positieve factoren als bemoeilijkende/uitdagende factoren aan. In het bijzonder bleek de stapsgewijze aanpak relevant. Zo werd het gebruik van de vooraf bestaande dosis als 'startdosis' alsook de inspraak in de tijdsduur van de verschillende afbouwstappen als positief gepercipieerd. "Het feit dat ik mee beslis hoeveel tijd er telkens genomen wordt." (B) De beleving van de afbouw snelheid bleek wat te verschillen tussen de patiënten onderling. Zo haalden zes deelnemers aan dat ze de snelheid van afbouw goed vonden, de 'trage' aanpak bleek hierbij een belangrijk aspect. "Ja het gaat heel traag en als je er in mee gaat, is het wel goed he." (C) Eén deelnemer vond de afbouw achteraf gezien te snel zijn gegaan. "Ik vind persoonlijk dat ik daar een beetje te vlug ben gegaan. Ik zal je zeggen waarom: ik slaap minder goed en minder. Dat komt ook omdat ik moet opstaan om te plassen, twee, drie, soms vier maal." (A)

In het afbouwplan is ook de mogelijkheid tot een stabilisatiestap voorzien, door de deelnemers vaak benoemd als 'joker'. De patiënt mag de dosis van de huidige stap hierbij nog een stap langer aanhouden. Meerdere deelnemers gaven aan van deze stabilisatiestap gebruik te hebben gemaakt (bijvoorbeeld omwille van slaapproblemen), wat hen vooral controle, ruimte en het gevoel van een gepersonaliseerde aanpak leek te bieden. "Ja, ruimte in mentale zekerheid, een beetje zelfzekerder voelen. Maar ook omdat er in mijn job heel drukke periodes en minder drukke periodes zijn…" (G)

Gewoon dat psychologisch idee dat de dokter ergens tegemoet komt aan- ik snap dat ge het moeilijk hebt, we gaan dat een beetje langer laten duren. Dat gaat voor sommige mensen weer in hun hoofd het gevoel geven van- ik kan dat, dat gaat lukken. (E)

Ook naar de manier waarop deelnemers de laatste afbouwstap in het traject ervoeren, werd gepolst. Eén deelnemer vertelde dat die stap eigenlijk niet moeilijker aanvoelde/verliep dan de voorgaande stappen (B), drie deelnemers bleken de laatste stap niet meer (volledig) ingenomen te hebben (K, L, M) en één deelnemer gaf aan dat het volledig stoppen van de medicatie moeizaam verliep (D).

Als negatieve ervaringen tijdens het afbouwplan benoemden de deelnemers (angst voor) slapeloosheid en eventuele gevolgen daarvan, alsook vermoeidheid en prikkelbaarheid. "Ik viel 's morgens precies in slaap als ik met de auto naar het werk moest rijden, omdat ik te weinig geslapen had." (I) Eén deelnemer ondervond een overmatige preoccupatie met het afbouwen. "Heel mijn sociaal leven, of ja heel mijn leven draaide rond die pilletjes." (I) Een andere deelnemer gaf dan weer aan negatieve reacties uit haar sociale kring te ervaren. "Ja ze lachten met mij, dat ik dat wou omdat dat op TV was." (J) Sommige deelnemers gaven tevens aan gebruik te hebben gemaakt van niet-constructieve copingsmechanismen tijdens de afbouw, meer bepaald het drinken van alcohol alvorens naar bed te gaan of het nuttigen van nachtelijke tussendoortjes. "Twee uur wakker, dan sta ik op, dan kijk ik in de frigo en ik ben al aan het eten." (N) Dit naast eventuele andere vormen van ondersteuning (bijvoorbeeld medicamenteus), cf. infra.

Ondersteuning tijdens het project

In het benzodiazepine afbouwproject zijn twee zorgactoren centraal betrokken: de huisarts en de apotheker. Beide professionals spelen een cruciale rol in het informeren en ondersteunen van de patiënt gedurende het volledige afbouwtraject.

Deelnemers A, B, J, L, M en N gaven aan dat hun huisarts bij elke consultatie voor het verlenen van een voorschrift actief informeerde naar de voortgang van het afbouwen en kort stilstond bij het proces. “Hij vroeg ook hoe het ging en zei dat ik het moest proberen vol te houden.” (L); “Iedere twee tot drie weken ging ik langs om te checken en de voorschriften. Hij vroeg telkens hoe het ging.” (M) Dit werd ervaren als een ondersteunende factor. Anderzijds gaven deelnemers E, F en G aan hier geen behoefte aan te hebben gehad, of dat dit niet concreet werd nagevraagd. “Was dat dan ook een moment waarop er wat afgetoetst werd hoe het verliep? Eigenlijk niet zo veel. Hij vroeg er wel naar, maar wij hadden er op dat moment geen problemen mee dus ja.” (F); “Ik kan zeker ook bij mijn huisarts terecht mocht ik vragen hebben en dat zou ik ook doen, maar op zich heb ik daar geen behoefte aan.” (G)

Uit de interviews bleek dat de deelnemers niet altijd gebruik maakten van de consultmomenten bij de apotheker, ondanks dat ze wel geïnformeerd werden over het bestaan ervan. “En volgens mij stond in dat dinges dat je dan een gesprek kreeg met iemand, volgens mij was dat met de apotheek. Ook weer, ik heb daar niet naar gevraagd bij de apotheek.” (I)

Tijdens het afbouwen speelden ook andere ondersteunende factoren een rol. Zo bleek educatie over slaaphygiëne, zoals het volgen van een cursus, waardevol te zijn om inzicht te verkrijgen in gezonde slaapgewoonten en alternatieven voor medicatie. “Ik heb een cursus gevolgd over slaaphygiëne.” (M) Daarnaast kon het gebruik van natuurlijke of homeopathische producten, zoals Sedistress, Sediplus of andere plantaardige middelen, een belangrijke psychologische houvast bieden. Voor veel deelnemers (C, D, E, F en K) werkte dit als mentale ondersteuning: het innemen van een natuurlijk middel creëerde vaak een placebo-effect dat hielp bij het omgaan met de angst en onzekerheid rond het stoppen met medicatie. Sommige deelnemers gaven aan dergelijke producten specifiek te gebruiken in de eerste maanden van het afbouwproces of bij momenten van nervositeit, met de overtuiging dat deze niet verslavend waren en hen emotioneel ondersteunden. “Ik pak wel Sediplus nu ook bij de eerste drie maand, het ondersteunt mij." (C); “Wat ik wel durf nemen is iets van homeopathie. Als ik nerveus ben zou ik wel eens eentje durven nemen, of twee. Ik denk niet dat verslavend is he.” (D)

Ook sociale ondersteuning, in het bijzonder van een partner, bleek voor twee deelnemers essentieel. Partners konden niet alleen motiverende en psychologische steun bieden, maar ook een controlerende rol opnemen, bijvoorbeeld door de medicatie fysiek te beheren. “Nu, het was zo afgesproken met mijn echtgenote dat ik de doosjes aan haar gaf. Dat vond ik ook belangrijk, omdat ik niet zeker was dat ik me daar kon aanhouden als ik het zelf had moeten nemen.” (K); “Ik gaf mijn doosje af aan mijn vrouw. Zij legde het klaar omdat ik er niet te veel zou van gebruiken.” (L) In sommige gevallen werd deze controlerende rol overgedragen aan een professionele zorgverlener, zoals een thuisverpleegkundige, die verantwoordelijk was voor het veilige beheer van de medicatie. “De medicatie die ik dagelijks gebruik ligt wel hier, maar in een kluis. Wie kan er daaraan? Kotee (thuisverplegingsdienst).” (N)

Tot slot kon psychologische begeleiding een waardevolle ondersteuning bieden. Zo gaf deelnemer M aan dat regelmatige sessies met een psycholoog hielpen om het afbouwproces beter te doorstaan. De psycholoog fungeerde niet alleen als emotionele steun, maar hield ook de vinger aan de pols wat betreft het welzijn van de deelnemer en onderhield indien nodig contact met de behandelende arts, wat zorgde voor extra veiligheid en structuur.

Ik ging, denk ik, dan nog iedere twee weken. Ik wist dat zij heel rap door kon hebben hoe het ging met mij en kon zeggen ‘Ik denk dat het zo of zo is’ en dan contact met mijn dokter opnam. Het was

in mijn geval iemand die me een beetje tegenhield. Van ja, het gaat goed, maar stapje per stapje. (M)

Resultaten na het afbouwplan

1. **Actueel benzodiazepine gebruik**

Vijf deelnemers (D, E, F, K, M) konden volledig stoppen met hun benzodiazepines dankzij het afbouwplan. “Ongelofelijk blij dat ik er vanaf ben.” (M) Drie deelnemers (C, G, H) konden hun medicatie afbouwen tot een lagere dosis. Twee deelnemers (I, L) bleken te hervallen en namen terug hun originele dosis. “Maar dan ben ik hervallen door de problemen die mij overkomen zijn. De epilepsie, slaapapneu.” (L)

2. **Dagelijkse veranderingen**

Deelnemer C merkte dat er minder negatieve gevoelens rond het slapengaan hingen na het afbouwproject. Deelnemer D daarentegen had meer last van zenuwen. Ook deelnemer E merkte meer stress rond het slapengaan. “Maar als mijn molentje zo draait en ik geraak niet direct in slaap, ja, dan heb ik niets om op terug te vallen he.” (E)

Deelnemer G was meer tevreden met haar slaapritme. “Ik heb het gevoel dat mijn slaapritme zich wel heeft kunnen herstellen he, dat dat terug een systeem is dat mijn lichaam overgenomen heeft, waardoor ik inderdaad niet suf opsta.” (G) Deelnemer E merkte een gelijkaardig effect op en gaf aan een betere slaap en ander soort moeheid te ervaren. “Ik heb een andere soort slaap, een gezondere slaap. … Ik ervaar een ander soort, een gezonder soort moe zijn. Mijn lijf is moe en het kan slapen.” (E) Deelnemer B had het gevoel dat er een diepere slaap optrad na de afbouw, terwijl deelnemer A een lichtere slaap opmerkte sinds het afbouwproject. “Allez, zou dat kunnen dat ik nu beter slaap zonder die pillen dan met die pillen?” (B) Deelnemers A en E merkten dat ze meer droomden.

Deelnemer K voelde zich actiever, deelnemer M was energieker en deelnemer L was minder vermoeid overdag. Deelnemer B gaf aan geen verschil te merken op vlak van vermoeidheid overdag na het afbouwproject. Deelnemers L, M en N voelden zich alerter en hadden meer concentratie na het afbouwproject. “Ik voel me beter in mijn hoofd.” (M) Deelnemer H stond steviger op de voeten sinds de afbouw en ook deelnemer G vond meer stabiliteit. “Zeker voldoende stabiliteit, dat ik niet duizelig ben, niet het gevoel heb dat ik er moet in komen.” (G)

Deelnemer I kon geen verschillen benoemen na de afbouw.

3. **Ervaring**

We vroegen een aantal deelnemers om een score te geven tussen één en tien om hun tevredenheid over het programma weer te geven. De meeste deelnemers gaven een hoge score van gemiddeld acht op tien. Deelnemer J gaf een nul, omdat ze andere verwachtingen had van het programma. “Ja, ik was teleurgesteld, ik dacht dat het meer ging zijn.” (J)

Deelnemer A gaf aan blij te zijn en zich reeds beter te voelen. “Ik ben blij dat ik het doe en ik zie hoe het evolueert.” (A) Deelnemer B was vooral trots op wat ze bereikt had. “Ja, trots. De wereld moet dat niet weten, maar voor mezelf ja… Trots. Het is toch een overwinning.” (B) Deelnemers C, G en H waren tevreden. “Gewoon ook dat ik content ben en eigenlijk op mijn eigen terug ben.” (C) Deelnemers D en F waren vooral blij in hun afbouw geslaagd te zijn. Deelnemer J daarentegen

was eerder teleurgesteld in het afbouwprogramma. “Ja ik was teleurgesteld, ik dacht dat het meer ging zijn.” (J)

Toekomstvisie

Verder werd er tijdens de interviews gepeild naar het toekomstig gebruik van benzodiazepines en Z-drugs. Bij de deelnemers die op dat moment nog aan het afbouwen waren, vernamen we bij één persoon wat twijfel rond de verdere afbouwstappen. “Ik weet niet of dat het gaat bij mij tot het einde, ik hoop het en ik ga er voor.” (C) Een andere deelnemer gaf aan dat ze overwoog niet volledig af te bouwen maar een lage dosis te blijven aanhouden. “Zij zei wel dat ik bijvoorbeeld de dosis die voor mij nu comfortabel is zou kunnen aanhouden, mits het idee dan dat ik wel de bereiding telkens moet betalen he, omdat je dan een aanpassing doet in uw milligram.” (G) Bij de patiënten die voortijdig gestopt waren met het afbouwplan, gaf één deelnemer (J) expliciet aan niet meer open te staan voor een nieuwe afbouwpoging. Deelnemer I gaf aan het in de toekomst toch opnieuw te willen proberen, maar dan op een moment met wat meer mentale ruimte. “Dat het misschien al beter is in een vakantieperiode of een periode dat je sowieso toch ontspannender bent.” (I)

Er werd aan de deelnemers ook gevraagd of zij in de toekomst al dan niet opnieuw de inname/opstart van een benzodiazepine zouden overwegen. Bij een aantal deelnemers kwam hierbij toch een zekere ambiguïteit naar boven. “Pas op, als er niets in mijn leven komt of zo dan ga ik daar zeker afblijven, maar het moet wel draaglijk zijn he. Als er iets gebeurt in uw leven van ja…” (C) Slechts één deelnemer (D) sloot een toekomstig gebruik ondubbelzinnig uit. “Ik zou er zeker niet meer mee herbeginnen. Ik zou nog liever naar mijn TV komen kijken ’s nachts.” (D)

Op vlak van hervalpreventie kwamen verschillende elementen naar boven. Zo gaven sommige deelnemers aan te willen inzetten op een betere slaaphygiëne. “Veel meer structuur en ook gewoon zeker geen suiker en koffie in de namiddag.” (M) Ook onbeschikbaarheid van de slaapmedicatie werd als beschermende factor aangehaald. “Sowieso zal het moeten blijven achter slot en grendel zitten.” (N); “Nu heb ik niets meer van die doosjes. Ik heb ze aan de apotheker gegeven.” (D) Enkele deelnemers gaven ook aan door het gebruik van vitaminesupplementen of homeopathische middelen de kans tot herval te willen verkleinen. “Er staan hier doodgewone pilletjes. En waarschijnlijk werkt dat niet, maar het staat hier. Die dokter Vogel bijvoorbeeld. Da’s genoeg. Nee, dat moet niet meer zijn.” (E)

Stress hantering

Tijdens de interviews werd bij de deelnemers gepolst of hun methode van stresshantering veranderd was na hun deelname aan het afbouwprogramma.

Deelnemers B, C, G, H en I gaven aan dat de manier waarop ze omgaan met stress dezelfde bleef. Deelnemer G doet ademhalingsoefeningen, drinkt alcohol en probeert zijn gedachten te verzetten. “Door het echt in mijn hoofd weg te duwen en te blokkeren. Door echt aan iets anders te denken.” (G) Deelnemer H gaat neerliggen en rookt een sigaret. “Dan leg ik mij neer, dan zeg ik ‘H, wees kalm.’ Dan leg ik mij gewoon neer en dan trek ik aan mijn sigaret.” (H) Deelnemer I vindt rust in het lezen van boeken. Ook voor deelnemer C bleven de copingmechanismen, namelijk het opzoeken van sociale contacten en buiten wandelen, onveranderd. “Sociaal contact, ook al is het maar een uurtje. Of uitstapjes doen, of eens een keer pannenkoeken eten. Kleine dingen he.” (C)

Deelnemers K en N gaven aan hun emoties meer in de hand te kunnen houden sinds de afbouw. “Maar ik heb wel geleerd om niet te panikeren.” (K) Deelnemer L gaf aan nu te mediteren, alsook net als deelnemers D en N meer te wandelen ter stresshantering. Deelnemer E zei sinds het afbouwprogramma geen koffie meer te drinken na 16u en stresserende zaken te vermijden in de avond.

Opinie

De inzichten van de deelnemers over het verloop van het afbouwplan werden bevraagd en gebundeld rond drie centrale thema’s: bemoeilijkende factoren, faciliterende factoren en suggesties voor verbetering.

Een bemoeilijkende factor die naar voren kwam, was het gebrek aan tijd en ruimte voor opvolggesprekken in de apotheek. Dit beperkte de mogelijkheid om dieper in te gaan op het afbouwproces, aangezien de gesprekken vaak en passant plaatsvonden, bijvoorbeeld tijdens het afrekenen, zonder voldoende privacy of aandacht.

De onze heeft daar ook weleens naar gevraagd ze, gaat dat? Maar dat was en passant he, terwijl ze de rekening aan het maken was. Maar ja… Dat is een grote apotheek he, er waren er daar drie. Er staat ook altijd volk. Dus dat leent er hem niet toe om er dieper op in te gaan. (F)

Tegenover de uitdagingen stonden verschillende factoren die het afbouwproces ondersteunden. Zo werd een stapsgewijze aanpak als bijzonder helpend ervaren, omdat dit de deelnemers de kans gaf om het proces in hun eigen tempo te doorlopen en zich mentaal voor te bereiden op elke stap. “En dat is voor mij het belangrijkste geweest, dat er zo veel tijd over ging. Dat dat niet per week was, dat ging niet gelukt zijn, dat weet ik op voorhand.” (B); “Altijd minder en minder milligram, dat was op den duur niets meer. Dat was goed.” (D); “Afbouwen over geleidelijke tijd.” (K) Andere deelnemers (D en N) konden de ondersteuning vanuit de apotheek erg appreciëren, vooral wanneer er wel ruimte was voor constructieve gesprekken. Daarnaast bood het inlassen van stabilisatiestappen bijkomende rust en zekerheid tijdens het afbouwen (deelnemers E & F).

De deelnemers formuleerden ook verschillende suggesties voor verbetering van het afbouwproces. Op administratief vlak werd opgemerkt dat de procedures bij zowel de apotheek als de huisarts niet altijd vlot verliepen, mede door een gebrek aan ervaring met dergelijke trajecten. Contracten werden als complex ervaren, met taal die niet altijd gebruiksvriendelijk was, en er ontbrak vaak een duidelijke brochure die naast het contract meer uitleg kon geven.

En ik zag hen daar elke keer eigenlijk mee sukkelen. Ja, waardoor het ook wel eens verkeerd aangerekend geweest is, en dan moest dat teruggezet worden, dus daar denk ik dat er technisch gezien nog wel wat verbetering in kan zijn. Ik denk dat de documenten die je ondertekent, dat zijn nogal statische documenten, nogal talig. Als je met mensen werkt die minder talig zijn ingesteld of anderstalig zijn, denk ik dat het qua taal zou moeten kunnen vereenvoudigd worden. Maar persoonlijk zou ik dat ja, compacter, gebruiksvriendelijker maken en zo, meer gelijk een brochure he. (G)

Wat de invulling van het afbouwprogramma betreft, stelde een deelnemer voor om minder vaak op consultatie te moeten gaan enkel voor het verkrijgen van een voorschrift, zodat het afbouwen indien gewenst sneller kan verlopen.

Wat kan verbeteren volgens mij… Ja, je moet eigenlijk altijd op consult gaan bij uw huisarts, dat wil zeggen dat je an sich bij elke verlaging van de dosis op consult moet gaan, wat ik denk dat niet

elke keer hoeft. Ik was aan het nadenken over de frequentie, mocht je nu zeggen van een keer wel, een keer niet, een keer wel, een keer niet, zodanig dat je twee stappen ineens zelfstandig kunt nemen, maar ik denk dat dat ook vrij patiënt afhankelijk is. (G)

Ook werd gesuggereerd om bij de start van een afbouwtraject duidelijk uitleg te geven over het nut van stabilisatiestappen. “Misschien dat ze duidelijk maken dat er gespreksmomenten zijn en dat je een aantal weken op dezelfde dosis kan blijven staan.” (L)

Op het vlak van patiënteneducatie werd geopperd dat patiënten over het algemeen beter geïnformeerd moeten worden over de werking en de gevaren van benzodiazepines. Huisartsen zouden zich bewust moeten zijn van het belang van een terughoudend voorschrijfbeleid, bijvoorbeeld door nooit grote hoeveelheden voor te schrijven en altijd een tijdelijke noodzaak te benadrukken. “Het voorschrijven, dat wordt te rap gedaan, en er zou daaraan gekoppeld moeten worden- het is tijdelijk en we gaan het zo aanpakken." (C) Er werd ook gepleit voor een meer proactieve rol van de huisarts in het tijdig bespreekbaar maken van het afbouwen van benzodiazepines. Daarnaast werd er gesuggereerd om meer gespreksmomenten en specifieke consultaties in te plannen voor patiënten die benzodiazepines gebruiken, zodat er ruimte is om dieper in te gaan op hun ervaringen en behoeften. “Of kosteloze consultaties he, desnoods elke week, bij risicopatiënten he. De dokter kan ook wel inschatten hoe goed iemand dat gaat doen he.” (E) Ook media zouden meer aandacht moeten besteden aan succesverhalen van geslaagde afbouwprojecten, aangezien het belichten van positieve ervaringen motiverender kan werken dan te focussen op de gevaren (deelnemers B, C, E, F, G, L).

Verder werd het belang van privacy in de apotheek benadrukt. Gesprekken over medicatiegebruik zouden idealiter plaatsvinden in een aparte ruimte, zodat patiënten zich vrij voelen om hun zorgen te uiten zonder angst voor sociale stigmatisering. “De mensen die binnenkomen en horen-ge zijt verslaafd, maar die weten niet waaraan. Die denken ook allez, en dat loopt hier rond… En ik zie die regelmatig enzovoort. Versta je? Naar privacy toe kon dat beter anders zijn.” (F) Er werd ook gepleit voor meer psychologische begeleiding tijdens het afbouwtraject. Dit zowel om de huisarts te ontlasten, als om patiënten te ondersteunen bij de angstproblematiek die vaak gepaard gaat met het afbouwen van medicatie. “Ja, het werk dat een psycholoog zou doen eigenlijk he. Dat de arts een soort ondersteuning heeft.” (F); “Dat bijvoorbeeld een eerstelijnspsycholoog of zo bij het afbouwprogramma van de slaapmedicatie betrokken is, om ja, problemen rond angst over niet in slaap kunnen vallen te kunnen aanpakken, zonder dat dit een verplichting moet zijn.” (G)

Ja, ik vind dat eigenlijk ongelooflijk dat dat er dan niet in zit, persoonlijk. Ik heb een goede relatie met mijn huisarts. Maar het is een dokter die iedere vijftien minuten een patiënt heeft. Dat, ja, het is anders. Voor mij is het belangrijkste in zo'n proces toch hoe je je daarbij voelt. (M)

Niet alle deelnemers deelden deze nood: deelnemers H, I en K vonden extra psychologische begeleiding overbodig.

Tot slot werd er gesuggereerd om medicatie niet thuis te bewaren, maar deze telkens af te halen bij de apotheek of te laten beheren door een extern persoon. Dit kan helpen om impulsief gebruik te vermijden en de controle over het afbouwproces te versterken (K).

Discussie

Samenvatting bevindingen

In dit kwalitatief thesisonderzoek werd de ervaring van patiënten met betrekking tot hun deelname aan het Belgische pilootproject voor de stopzetting van benzodiazepines en Z-drugs via semi-gestructureerde interviews verkend. De volgende bevindingen kwamen naar voren.

De meeste deelnemers ervoeren het gebruik van hun slaapmedicatie als negatief, vooral het verslavende aspect en de ongunstige bijwerkingen werden benoemd. De meeste deelnemers kwamen in aanraking met het afbouwproject via de huisarts, enkelen ook via de media en de apotheker. Zij vonden zelf goed geïnformeerd te zijn, er werd door het merendeel dan ook met vertrouwen eerder dan met scepsis aan het afbouwplan begonnen.

De deelnemers hadden als doel voor ogen om onafhankelijk te worden van hun slaapmedicatie, en waren hiertoe intrinsiek gemotiveerd. Overtuigingen over de consequenties van slaapmedicatie, specifiek over de bijwerkingen, het verslavend karakter en de financiële kostprijs, waren belangrijke motivationele factoren. Er werd aangegeven dat de juiste omstandigheden voor afbouw belangrijk waren, namelijk lichamelijke en contextuele rust. Ook waren gezonde levensstijl factoren, aspecten met betrekking tot sociale rol en eerdere succesvolle ervaringen van anderen behulpzaam in het afbouwproces. Tot slot creëerde het tekenen van het contract een gevoel van engagement en verplichting. Deelnemers werden ook extrinsiek gemotiveerd door de betrokken huisarts, apotheek en familieleden.

De stapsgewijze aanpak, flexibiliteit van de afbouwstappen, en de stabilisatiestap werden aangehaald als positieve punten van het afbouwplan. Over de beleving van de afbouwsnelheid waren de meningen verdeeld. De stabilisatiestap gaf een gevoel van controle en gepersonaliseerde aanpak. De laatste stap werd meestal niet als moeilijker ervaren. Als negatieve belevingen gaven de deelnemers de angst voor slapeloosheid en de gevolgen hiervan aan, zoals vermoeidheid en prikkelbaarheid. Bij sommige deelnemers werden alcohol of tussendoortjes aangewend als copingmechanisme.

De deelnemers werden ondersteund door de huisarts en de apotheker tijdens hun afbouw. Sommige deelnemers gaven echter aan dat er weinig tijd, ruimte en privacy was voor opvolgingsgesprekken in de apotheek, hoewel deze, wanneer aanwezig, wel als steunend ervaren werden. Enkele deelnemers gaven aan niet echt de behoefte te hebben gehad aan deze ondersteuning, en maakten dan ook geen gebruik van de consultatiemomenten bij de apotheker. Sociale steun van de partner was voor enkele deelnemers essentieel. Er werd in enkele gevallen een controlerende rol uitgevoerd door een derde, zoals de partner of de thuisverpleging. Enkele deelnemers vonden ook steun via psychologische begeleiding. Andere ondersteunende factoren waren educatie over gezonde slaapgewoonten en alternatieve medicatie op natuurlijke basis.

De resultaten van het afbouwprogramma varieerden van volledige, gedeeltelijke tot geen afbouw. Eén deelnemer ervoer minder negatieve gevoelens bij het slapengaan, andere deelnemers ervoeren juist meer stress na het afbouwplan. Er werd een variatie aan veranderingen in slaap waargenomen: verbetering in het slaapritme, gevoel van diepere slaap, gevoel van lichtere slaap en meer dromen. Ook een energieker gevoel, meer alertheid en betere stabiliteit werden benoemd.

De deelnemers gaven een gemiddelde score van acht op tien voor het afbouwplan, de meesten waren dus tevreden. Over het toekomstig gebruik van benzodiazepines waren de ideeën uiteenlopend. Ter hervalpreventie werden aandacht voor betere slaaphygiëne, niet beschikbaar zijn van medicatie, en gebruik van vitaminesupplementen en homeopathische middelen ingezet. Sommige deelnemers gaven aan dat hun manier van stresshantering was veranderd sinds de afbouw, meer bepaald naar meer wandelen, mediteren en stresserende zaken vermijden.

De deelnemers brachten ook enkele suggesties ter optimalisatie van het afbouwplan aan. Zo is er in hun opinie verbetering mogelijk door de complexiteit van het contract te verminderen, alsook door een duidelijke brochure met meer uitleg te voorzien. De verstrekking van duidelijke inhoudelijke informatie over het afbouwplan door de betrokken zorgverleners is dus primordiaal. Ook was er vraag naar meer patiënteneducatie over de bijwerkingen van slaapmedicatie en een strenger voorschrijfbeleid ter preventie van verslaving aan benzodiazepines. Er werd gesuggereerd dat de media meer aandacht zouden moeten besteden aan positieve afbouw ervaringen. Ook psychologische begeleiding zou een meerwaarde kunnen zijn volgens sommigen.

Al deze bevindingen benadrukken de complexiteit van het afbouwproces en de nood aan een flexibele, patiëntgerichte aanpak, waarbij medische, psychologische en sociale ondersteuning op maat worden aangeboden.

Vergelijking met de literatuur

Naast een begeleid dosisreductie programma zoals het Belgische benzodiazepine afbouwproject, zijn in de literatuur volgende alternatieve methoden met betrekking tot het afbouwen van benzodiazepines beschreven: het gebruik van een stopbrief en cognitieve gedragstherapie voor insomnie (cognitive behavioral therapy for insomnia - CBT-I).

Wanneer het Belgische benzodiazepine afbouwproject vergeleken wordt met het Nederlandse Benzoredux model, bemerken we dat beide een schriftelijke interventie en gestructureerde dosisreductie hanteren om langdurig gebruik van benzodiazepines te verminderen. Het Benzoredux model werkt volgens een tweestapsinterventie met eerst een stopbrief en nadien een begeleid afbouwprogramma, met een succespercentage van respectievelijk 24% en 60% (23). Het Belgische benzodiazepine afbouwproject combineert het gebruik van een schriftelijke interventie, zijnde het contract, en de geleidelijke dosisafbouw onmiddellijk, met een gedragsverandering, namelijk stoppen of afbouw tot de laagst mogelijke dosis, bij 58,5% van de deelnemers na zes maanden (14,23–25). Ook andere studies, zoals die van Chae et al., bevestigen de impact van een schriftelijke interventie (26). In dit onderzoek werden patiënten geïnformeerd over de risico's van benzodiazepinegebruik via gepersonaliseerde brieven – een variant op de Nederlandse stopbrief. Binnen 90 dagen leidde dit bij 26% van de patiënten tot een gesprek over afbouw met een zorgverlener, waarna 64% van deze groep binnen het jaar hun gebruik had verminderd of gestopt. Dit onderstreept de waarde van een schriftelijke aanzet tot gedragsverandering, zoals ook toegepast in het Benzoredux model.

Volgens de ervaring van onze deelnemers is de impact van het contract afsluiten eerder gering, terwijl vooral de gestructureerde dosisreductie effectief is. Dit suggereert dat een geïntegreerde aanpak, zoals in het Belgische benzodiazepine afbouwproject, mogelijk sneller en effectiever is dan een gefaseerde methode. Beide modellen bevestigen echter dat begeleiding door de huisarts en een stapsgewijze reductie cruciaal zijn voor succes.

Daarnaast toont onderzoek aan dat CBT-I in combinatie met gecontroleerde medicatieafbouw de kans op succes significant vergroot (27–29). Een mogelijke aanpassing van het benzodiazepine pilootproject is dan ook de structurele integratie van CBT-I als aanvulling op de bestaande afbouwstrategieën. Hoewel de stopbrief en het begeleidde dosisreductie programma effectief zijn, blijft het risico op terugval hoog, vooral bij patiënten met onderliggende slaapproblemen (30). Door CBT-I standaard op te nemen in het traject kunnen patiënten leren om hun slaapgedrag te verbeteren en afhankelijkheid van medicatie te verminderen. Studies tonen aan dat een stabielere "opsta-tijd" na CBT-I de kans op hergebruik van sedativa met 69,5% verlaagt (27). Uit ons onderzoek bleek eveneens dat sommige deelnemers psychologische begeleiding als een zinvolle toegevoegde waarde beschouwden tijdens hun afbouwtraject. Dit suggereert dat een geïntegreerde aanpak, inclusief CBT-I, niet alleen helpt bij medicatieafbouw, maar ook terugval vermindert en duurzame slaappatronen bevordert. Ook de BENZOCARE studie, die de ervaring van patiënten en zorgverleners met de behandeling van benzodiazepine afhankelijkheid onderzocht, onderstreept het belang van samenwerking tussen verschillende zorgverleners, zoals artsen, apothekers en psychologen, om patiënten effectief te begeleiden bij het afbouwen van medicatie (30). Deze geïntegreerde aanpak kan het vertrouwen van patiënten vergroten en het afbouwproces ondersteunen.

Uit onze studie bleek dat sommige deelnemers een gebrek aan duidelijke schriftelijke informatie omtrent het afbouwplan ervoeren, bijvoorbeeld aan de hand van brochures of pamfletten. Ook het afbouwcontract werd soms als te ingewikkeld ervaren. Daarentegen kwam in de BENZONET studie, die de ervaringen en perspectieven van langdurige benzodiazepine en Z-drug gebruikers in kaart bracht, naar voren dat er wel veel schriftelijke informatie werd gegeven, maar dat deze vaak te complex en moeilijk verstaanbaar was (31). Patiënten gaven aan dat er te weinig mondelinge toelichting werd geboden, waardoor de overwegend schriftelijke communicatie onvoldoende houvast gaf. Beide studies tonen dus aan dat het schriftelijke luik in de begeleiding tekortschiet, hetzij door een gebrek eraan, hetzij door de complexiteit ervan. Verder bleek uit de BENZONET studie dat patiënten zelden opvolging kregen van zorgverleners tijdens het afbouwproces. Door dit gebrek aan voortdurende ondersteuning voelden velen zich geïsoleerd en wisten ze niet hoe om te gaan met ontwenningsverschijnselen of terugkerende slapeloosheid (31). Hoewel onze deelnemers de hulp van zorgverleners wisten te appreciëren, vonden ook zij deze ondersteuning vaak niet grondig of gestructureerd genoeg.

Voorts leert een review van de Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ) ons dat patiënten een sterke behoefte hebben aan gepersonaliseerde afbouwschema's, afgestemd op hun individuele situatie, zoals de duur van het medicatiegebruik en aanwezige comorbiditeiten (32). Ook in onze interviewstudie kwam het belang van een persoonlijke aanpak naar voren: patiënten gaven aan dat een stapsgewijze afbouw met voldoende tijd voor stabilisatie cruciaal was voor het succes van het proces. Daarnaast werd benadrukt dat de juiste omstandigheden noodzakelijk zijn om op een veilige manier te kunnen afbouwen, meer bepaald lichamelijke en contextuele rust. Deze nood aan gepersonaliseerde begeleiding en een ondersteunende omgeving werd eveneens bevestigd in de BENZONET studie (31).

Zowel uit onze interviewstudie als de BENZONET studie en de Akwa GGZ review bleek dat deelnemers extrinsiek gemotiveerd werden in hun afbouwproces door hun huisarts, apotheker en familieleden (31,32). Onze deelnemers ervoeren emotionele ondersteuning als cruciaal, gezien het bestaande stigma rond langdurig gebruik van slaap- en kalmerende medicatie, dat mogelijk een barrière vormt om beroep te doen op zorgverlening. Eén deelnemer onderstreepte het

belemmerende gevoel om openlijk het follow-up gesprek aan te gaan bij apotheker, wegens gebrek aan een private ruimte.

Verder leggen zowel de literatuur als onze bevindingen verschillende omgevingsfactoren bloot die het afbouwen van benzodiazepines bemoeilijken. Zo bleek uit onze studie dat apothekers tijdens het afbouwproces weliswaar peilden naar de ervaringen van patiënten, maar dat deze gesprekken vaak oppervlakkig en pro forma verliepen. De toonbank werd daarbij meestal als gesprekslocatie gebruikt, wat door sommige deelnemers als onaangepast werd ervaren. Ook tijdsgebrek werd vaak genoemd als belemmering voor diepgaand contact. In de literatuur worden onder andere het gebrek aan duidelijke richtlijnen voor het afbouwen, beperkte samenwerking tussen apothekers en artsen, en tijdsgebrek bij zorgverleners benoemd als barrières - factoren die ook in onze studie bevestigd werden (33,34).

Tot slot gaven patiënten in zowel onze studie als in de BENZONET studie en de Akwa GGZ review aan dat angst voor een verslechterde nachtrust, met name rebound insomnia, een belangrijke drempel vormt om af te bouwen (31,32). De ervaringen na het stoppen waren uiteenlopend: sommige patiënten rapporteerden een verbeterde slaap, terwijl anderen net een achteruitgang ervoeren. Uit een studie van Lätheenmäki et al. bleek dat het stoppen met langdurig gebruik van bepaalde slaapmiddelen kan leiden tot verbeteringen in de ervaren slaapkwaliteit en algemene levenskwaliteit bij oudere volwassenen met primaire slapeloosheid (35). Ook sommige van onze deelnemers gaven aan een energieker gevoel, meer alertheid en meer stabiliteit te ervaren na het afbouwen van hun slaapmedicatie.

Sterktes en limitaties

In dit onderzoek werden semi-gestructureerde interviews uitgevoerd naar de ervaring van patiënten met betrekking tot hun deelname aan het benzodiazepine afbouwplan. Sterke punten van het onderzoek lijken ons vooral het diepgaande karakter van de interviews waarbij diverse aspecten van de ervaringen van patiënten met het afbouwplan belicht werden. Hierdoor kwamen niet louter medische aspecten doch ook relevante psychosociale, motivationele, praktische en maatschappelijke elementen aan bod. Door het opzet van voortdurend onderling overleg tussen de interviewers op basis van de grounded theory konden nieuwe inzichten op basis van een aangepaste interviewleidraad bij volgende deelnemers verder geëxploreerd worden. Zowel sterkere als zwakkere punten van het afbouwplan konden op deze manier in extenso onder de aandacht gebracht worden, welke in tweede tijd door het RIZIV gebruikt kunnen worden ter optimalisatie van het afbouwprogramma.

Een limitatie van de studie is de selecte doelgroep, waarbij enkel de ervaringen van patiënten bevraagd werden en niet die van zorgverleners zoals bijvoorbeeld de huisarts of de apotheker. Door het eerder beperkte aantal deelnemers aan de studie is het ook, hoewel tijdens de interviews over een aantal onderwerpen informatieverzadiging werd vastgesteld, niet stricto sensu uitgesloten dat bij aanvullende deelnemers toch nog nieuwe informatie aan bod had kunnen komen of bepaalde elementen zoals de rol van een psycholoog nog verder uitgediept hadden kunnen worden. Verder dienen we te bemerken dat door niet-Nederlandstalige patiënten te excluderen evenals door gebruik te hebben gemaakt van convenience sampling er in enige mate selectiebias kan opgetreden zijn.

Qua klinische impact biedt de studie naar onze mening waardevolle inzichten over de ervaringen van patiënten met het benzodiazepine en Z-drug afbouwplan, die gebruikt kunnen worden om dit

afbouwplan (na communicatie aan het RIZIV, cf. supra) verder te verfijnen of nuttig kunnen zijn bij eventuele toekomstige gelijkaardige projecten, bijvoorbeeld afbouw van opioïden.

Evenwel lijken toekomstige studies naar de ervaringen van zorgverleners met het afbouwplan aangewezen. Zo zou tevens geëvalueerd kunnen worden of het afbouwplan al dan niet een antwoord biedt op belemmeringen die zorgverleners in het verleden (voor de lancering van het RIZIV afbouwproject) aanhaalden, zoals onder andere een gebrek aan overheidsondersteuning en de benodigde tijdsinvestering (36). Ook kwantitatieve studies omtrent onder andere de succesratio van het afbouwplan lijken ons zinvol.

Besluit

Dit thesisonderzoek heeft de ervaringen van patiënten met het Belgische benzodiazepine-afbouwprogramma van het RIZIV in kaart gebracht. De studie hanteerde een kwalitatief onderzoeksopzet met semi-gestructureerde interviews bij veertien deelnemers. De dataverzameling en -analyse werden uitgevoerd volgens de principes van grounded theory, waarbij de ervaringen van patiënten systematisch werden gecodeerd en geanalyseerd om terugkerende patronen en thema's te identificeren. De QUAGOL-analysemethode en NVivo-software werden gebruikt om de interviews diepgaand te verwerken en te structureren. Door deze aanpak konden multipele aspecten van het afbouwprogramma gedetailleerd in kaart worden gebracht.

Uit de interviews bleek dat patiënten over het algemeen goed geïnformeerd waren en het afbouwprogramma met vertrouwen startten. Zowel intrinsieke als extrinsieke motivatie speelden een cruciale rol in het doorzettingsvermogen van deelnemers. De gestructureerde, stapsgewijze afbouw werd als een van de grootste troeven van het programma ervaren, evenals de ondersteuning door de huisarts en apotheker. Niettemin kwamen er ook uitdagingen naar voren, zoals angst voor slapeloosheid, het gebrek aan privacy in de apotheek en de beperkte ruimte voor opvolggesprekken. Sommige deelnemers ondervonden moeilijkheden bij de laatste afbouwstap of hervielen in hun oude medicatiepatroon. Suggesties ter verbetering van het afbouwplan omvatten onder meer een toegankelijkere contractprocedure, meer patiënteneducatie, extra psychologische begeleiding en een sterkere sensibilisering over de risico's van langdurig benzodiazepinegebruik.

Deze studie benadrukt de noodzaak van een gepersonaliseerde en multidisciplinaire aanpak bij medicatieafbouw trajecten. De inzichten uit dit onderzoek kunnen bijdragen aan verdere optimalisatie van het RIZIV-afbouwprogramma, met als doel een effectievere en duurzamere reductie van benzodiazepinegebruik in België.

Referenties

1. BCFI | Hypnotica, sedativa, anxiolytica [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7468

2. Farmacotherapeutisch kompas | Benzodiazepine-agonisten [Internet]. [cited 2025 Apr 2]. Available from: https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/groepsteksten/benzodiazepine_agonisten#benzodiazepine_agonisten_typerende_bijwerkingen

3. Donnelly K, Bracchi R, Hewitt J, Routledge PA, Carter B. Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: A systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2025 Apr 2];12(4). Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5407557/

4. Soyka M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. New England Journal of Medicine [Internet]. 2017 Mar 23 [cited 2025 Apr 2];376(12). Available from: https://www-nejm-org.kuleuven.e-bronnen.be/doi/full/10.1056/NEJMra1611832

5. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. EBPracticeNet. 2018 [cited 2025 Apr 2]. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. Available from: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/WOREL RL Aanpak insomnie NL 10102018.pdf

6. Bhogal-Statham M, Damen Z, Greving J, Lucassen P, Van Beek C, Warmerdam M, et al. NHG-Richtlijnen. 2024 [cited 2025 Apr 2]. Slaapproblemen | NHG-Richtlijnen. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen

7. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J Sleep Res [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 2];32(6). Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.14035

8. NHG-Richtlijnen [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 2]. Angst | NHG-Richtlijnen. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst

9. FOD Volksgezondheid [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 2]. 1 Belg op 4 nam psychofarmaca in 2022 | FOD Volksgezondheid. Available from: https://www.health.belgium.be/nl/news/1-belg-op-4-nam-psychofarmaca-2022

10. Brems P. VRT NWS. 2023 [cited 2025 Apr 2]. 2,3 miljoen Belgen kregen vorig jaar verslavende slaap- en kalmeermiddelen, gebruik bij jongeren stijgt | VRT NWS: nieuws. Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/04/26/2-3-miljoen-belgen-kregen-vorig-jaar-verslavende-benzodiazepines/

11. FOD Volksgezondheid [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 2]. Benzodiazepines en Z-drugs: cijfers en tendensen 2022 | FOD Volksgezondheid. Available from: https://www.gebruikvanpsychofarmaca.be/benzodiazepinen-en-z-medicijnen-cijfers-en-trends-2022

12. FOD Volksgezondheid [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 2]. Psychofarmacabeleid in België: wat met slaap-en kalmeermiddelen? | FOD Volksgezondheid. Available from:

https://www.afmps.be/sites/default/files/content/psychofarmacabeleid_in_belgie_wat_met_slaap-en_kalmeermiddelen.pdf

13. Wauters K. VRT NWS. 2024 [cited 2025 Apr 25]. Gebruik van verslavende slaap- en kalmeringsmiddelen (zoals Xanax en Valium) met 10 procent gedaald | VRT NWS: nieuws. Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/06/25/minder-jongeren-slikken-verslavende-benzodiazepines-maar-de-dal/

14. BCFI [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 2]. Lancering van een afbouwprogramma voor benzodiazepines en verwante middelen – BCFI. Available from: https://www.bcfi.be/nl/lancering-van-een-afbouwprogramma-voor-benzodiazepines-en-verwante-middelen/

15. Ceuterick M. BELSPO. [cited 2025 Apr 3]. BENZONET: Perceptie, chronisch gebruik en afbouw van BENZOdiazepines: een multi-method NETnografie | BELSPO. Available from: https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/BENZONET_PolicyBrief_nl.pdf

16. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. Academic Medicine [Internet]. 2014 [cited 2025 Apr 3];89(9). Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/09000/standards_for_reporting_qualitative_research__a.21.aspx

17. Kan CC, Breteler MHM, Timmermans EAY, Van Der Ven AHGS, Zitman FG. Scalability, reliability, and validity of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in outpatient benzodiazepine users. Compr Psychiatry [Internet]. 1999 Jul 1 [cited 2025 Apr 7];40(4). Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X99901293

18. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Arch Intern Med [Internet]. 1998 Sep 14 [cited 2025 Apr 7];158(16). Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/208954

19. Pelikan JM, Ganahl K, Van den Broucke S, Sørensen K. Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). International Handbook of Health Literacy [Internet]. 2022 May 6 [cited 2025 Apr 7]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/368782998_Measuring_health_literacy_in_Europe_Introducing_the_European_Health_Literacy_Survey_Questionnaire_HLS-EU-Q

20. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2025 Apr 23];49(3). Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911003671?via=ihub

21. Coteur K, Van Nuland M, Schoenmakers B, Van den Broeck K, Anthierens S. "At the time I only wanted to relieve stress": Exploring motivation for behaviour change in long-term hypnotic users. Heliyon [Internet]. 2023 May 1 [cited 2025 Apr 3];9(5). Available from: https://www.cell.com/action/showFullText?pii=S2405844023034229

22. Pilat D, Krastev S. The Decision Lab. [cited 2025 Apr 3]. The COM-B Model for Behavior Change | The Decision Lab. Available from: https://thedecisionlab.com/reference-guide/organizational-behavior/the-com-b-model-for-behavior-change

23. Gorgels W. Huisarts en Wetenschap. 2009 [cited 2025 Apr 3]. Stoppen met benzodiazepinen | H&W. Available from: https://www.henw.org/artikelen/stoppen-met-benzodiazepinen

24. Standaard Uitgeverij [Internet]. 2009 [cited 2025 Apr 3]. Uitgeslapen wakker worden, informatie over slaap. Available from: https://blog.seniorennet.be/aanpak_slapeloosheid/archief.php?ID=263281

25. Haaren PCF van, Gaalen JM van, Kupka RW, Penninx BWJH, Ruhé HG, A.F.A. Schellekens, et al. Discontinuation of psychotropic medication: A critical review of the evidence. Tijdschr Psychiatr [Internet]. 2024 Dec 3 [cited 2025 Apr 22]; Available from: https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl

26. Chae S, Lee E, Lindenberg J, Shen K, Anderson TS. Evaluation of a benzodiazepine deprescribing quality improvement initiative for older adults in primary care. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2024 Apr 1 [cited 2025 Apr 9];72(4). Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18728

27. Edinger JD, Wamboldt FS, Johnson RL, Simmons B, Tsai S, Morin CM, et al. Adherence to behavioral recommendations of cognitive behavioral therapy for insomnia predicts medication use after a structured medication taper. Journal of Clinical Sleep Medicine [Internet]. 2023 Aug 1 [cited 2025 Apr 3];19(8). Available from: https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.10616

28. Vinkers CH, Kupka RW, Penninx BW, Ruhé HG, van Gaalen JM, van Haaren PCF, et al. Discontinuation of psychotropic medication: A synthesis of evidence across medication classes. Mol Psychiatry [Internet]. 2024 Aug 1 [cited 2025 Apr 3];29(8). Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11412909/

29. Watson NF, Benca RM, Krystal AD, McCall W V., Neubauer DN. Alliance for sleep clinical practice guideline on switching or deprescribing hypnotic medications for insomnia. J Clin Med [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2025 Apr 25];12(7). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37048577/

30. Ceuterick M. VAD. 2025 [cited 2025 Apr 9]. BENZOCARE: Uitdagingen bij afbouw slaap- en kalmeermiddelen | VAD. Available from: https://vad.be/artikels/benzocare-uitdagingen-bij-afbouw-van-slaap-en-kalmeermiddelen/

31. Ceuterick M. VAD. 2020 [cited 2025 Apr 9]. BENZONET: Een studie over langdurig gebruik en afbouw van benzodiazepines en Z-producten | VAD. Available from: https://vad.be/artikels/benzonet-een-studie-over-langdurig-gebruik-en-afbouw-van-benzodiazepines-en-z-producten/

32. Akwa GGZ [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 9]. Eindrapportage multidisciplinaire verkenning stoppen met psychofarmaca | Akwa GGZ. Available from: https://akwaggz.nl/wp-content/uploads/2023/12/Eindrapportage-Multidisciplinaire-Verkenning-Stoppen-met-Psychofarmaca.pdf

33. Ashkanani FZ, Rathbone AP, Lindsey L. The role of pharmacists in deprescribing benzodiazepines: A scoping review. Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Apr 25]; Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10511800/

34. Gregorian T, Bradley K, Campbell S, Mashburn R, Beuttler R, Keller MS. Design, implementation, and evaluation of a pharmacist-led outpatient benzodiazepine-tapering clinic. Journal of the American Pharmacists Association [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2025 Apr 25];63(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36564330/

35. Lähteenmäki R, Neuvonen PJ, Puustinen J, Vahlberg T, Partinen M, Räihä I, et al. Withdrawal from long-term use of zopiclone, zolpidem and temazepam may improve perceived sleep and quality of life in older adults with primary insomnia. Basic Clin Pharmacol Toxicol [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2025 Apr 9];124(3). Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bcpt.13144

36. van den Keybus T, Coteur K, Van Nuland M. Visie van huisartsen op de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs in de huisartsenpraktijk [Internet]. Universiteit Antwerpen; 2019 [cited 2025 Apr 9]. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/downloadthesis/id/1886

Appendix 1. Rekruteringsflyer

DOE JIJ MEE?

Ben jij gestart met het afbouwen van je slaapmedicatie? Dan ben je misschien geïnteresseerd in het bespreken van jouw ervaringen tijdens een interview met een huisarts in opleiding (HAIO)!



WAT?

Het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekeringen (RIZIV) lanceerde in februari 2023 een benzodiazepine afbouwplan. Het programma heeft als doel de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs (Zolpidem, Zopiclon) in samenwerking met de huisarts en apotheek.

WAAROM?

België is in Europa een van de koplopers in het gebruik van benzodiazepines en Z-drugs. Benzodiazepines en Z-drugs veroorzaken tolerantie, fysieke afhankelijkheid en verhogen het risico op vallen, geheugenproblemen, concentratiestoornissen, slaperigheid overdag en ongevallen.

In kader van een **thesisonderzoek** gaan 4 HAIO's via een **interview** na wat de **ervaringen** van **patiënten** zijn die deelnemen aan het **benzodiazepine afbouwplan**. Zodoende wordt er geprobeerd om eventuele positieve en/of negatieve bekrachtigende maatregelen binnen dit afbouwplan te achterhalen. De resultaten van de studie zullen gedeeld worden met het RIZIV zodat de ervaring van patiënten kan helpen om het **afbouwprogramma** te **optimaliseren**.

DEEL JOUW ERVARING!

Tijdens het interview (30-60 min) tussen jou en de HAIO worden jouw ervaringen besproken om zo de kwaliteit en haalbaarheid van het afbouwplan te evalueren.

VOOR WIE?

VOORWAARDEN

- Je neemt deel of hebt deelgenomen aan het benzodiazepine afbouwplan van het RIZIV.
- Je hebt interesse om je ervaringen met het afbouwplan te delen via een interview.

Bij interesse in de afbouw van je slaapmedicatie en instap in het afbouwplan, contacteer je eerst je huisarts. Ben je reeds gestart met het afbouwplan of heb je dit afgerond, en ben je geïnteresseerd je ervaringen hierover te delen? Neem dan contact op via volgende e-mailadressen: jules.schelfhout@student.kuleuven.be ; laura.luykx@student.kuleuven.be ; anouck.poelman@student.kuleuven.be ; mariemortele@UGent.be
Thesisonderzoek in opdracht van de KU Leuven en ICHO vzw.

Goedgekeurd door het EC. MP nummer: 028344

KU LEUVEN

ICHO vzw
Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding

Appendix 2. Informed consent formulier

Evaluatie van de implementatie van het afbouwprogramma voor slaapmedicatie (benzodiazepines en Z-drugs) van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekeringen (RIZIV), dat op 1/2/2023 van start ging.

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: Onderwijs-Begeleidingscommissie voor Medische Ethiek (OBC) in delegatie van het Ethisch Comité Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers:

- Laura Luykx laura.luykx@student.kuleuven.be
- Marie Mortelé marie.mortele@student.kuleuven.be
- Anouck Poelman anouck.poelman@student.kuleuven.be
- Jules Schelfhout jules.schelfhout@student.kuleuven.be
- Kristien Coteur (co-promotor) kristien.coteur@kuleuven.be tel 016/19.42.65
- Prof. dr. Marc Van Nuland (promotor) marc.vannuland@kuleuven.be tel 016/37/72.91
- Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde, KU Leuven, Kapucijnenvoer 7, blok H, 3000 Leuven

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de ervaringen van patiënten met het afbouwprogramma van het RIZIV voor benzodiazepines en aanverwante producten (z-drugs). Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

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

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

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

Ø Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Onderwijs-Begeleidingscommissie voor Medische Ethiek (OBC) van de KU Leuven.

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

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

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

Doelstellingen en verloop van de studie

België is in Europa één van de koplopers in het gebruik van benzodiazepines en z-drugs (slaapmedicatie). Benzodiazepines en z-drugs veroorzaken echter tolerantie, fysieke afhankelijkheid en verhogen het risico op vallen, geheugenproblemen, concentratiestoornissen, slaperigheid overdag en ongevallen. Het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) lanceerde dan ook in februari 2023 een benzodiazepine afbouwplan. Het programma heeft als doel de afbouw van benzodiazepines en z-drugs in samenwerking met de huisarts en apotheek.

Deze studie beoogt via individuele interviews in kaart te brengen wat de ervaringen van patiënten zijn die deelnemen aan dat benzodiazepine afbouwplan van het RIZIV. Op basis van de gedeelde ervaringen kunnen de onderzoekers een theorie opbouwen over twee aspecten van onze gezondheidszorg: enerzijds wat patiënten al dan niet motiveert om het gebruik van dit type medicatie stop te zetten, anderzijds welke tools en materialen ondersteunend kunnen werken in dit proces. Zodoende wordt er geprobeerd om eventuele positieve en/of negatieve bekrachtigende maatregelen binnen het RIZIV afbouwplan te achterhalen. De resultaten van de studie zullen daarbij met louter informerende doelstelling gedeeld worden met het RIZIV met oog op verdere verbetering van dit afbouwprogramma.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat de ervaring van u als patiënt kan helpen om dit afbouwprogramma te optimaliseren.

Aan deze studie zullen ongeveer 20 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen participeren, moet u deelnemen of deelgenomen hebben aan het benzodiazepine afbouwplan van het RIZIV.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar uw ervaringen bij de afbouw van de door u gebruikte benzodiazepine of z-drug aan de hand van het RIZIV afbouwplan. Deelname aan het interview zal 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en in samenspraak met u zal beslist worden of dit interview in persoon, via telefoon of via beeldbellen zal doorgaan. Tijdens het interview worden audio-opnamen gemaakt. Na transcriptie zullen alle audio-opnamen vernietigd worden. Alle interviews zullen afgenomen worden tussen januari 2024 en december 2024.

In de studie worden de volgende socio-demografische gegevens bevraagd om de steekproef te kunnen beschrijven in het studierapport: gender, leeftijd en beroep. Daarnaast zal u gevraagd worden een schriftelijke vragenlijst in te vullen met betrekking tot uw benzodiazepine gebruik, gebruik van alcohol, relevante medische gegevens en gezondheidsvaardigheden.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek. U kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan een betere gezondheidszorg voor mensen die hun slaapmedicatie willen afbouwen.

Intrekking van uw toestemming

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

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

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

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

Ø De onderzoekers de toelating te bieden tot contact met uw huisarts voor het verzamelen van aanvullende relevante informatie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met één of meerdere van de onderzoekers: Laura Luykx (laura.luykx@student.kuleuven.be), Marie Mortelé (marie.mortele@student.kuleuven.be), Anouck Poelman (anouck.poelman@student.kuleuven.be) of Jules Schelfhout (jules.schelfhout@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoekers Prof. dr. Marc Van Nuland (marc.vannuland@kuleuven.be; 016/37/72.91) en Kristien Coteur (kristien.coteur@kuleuven.be; 016/19.42.65).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Onderwijs-Begeleidingscommissie (OBC) van KU Leuven: obc@kuleuven.be.

Evaluatie van de implementatie van het afbouwprogramma voor slaapmedicatie (benzodiazepines en Z-drugs) van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekeringen (RIZIV), dat op 1/2/2023 van start ging.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

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

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

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

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

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

Ik ga ermee akkoord / Ik ga er niet mee akkoord (doorhalen wat niet van toepassing is) dat mijn huisarts indien nodig kan worden gecontacteerd om aanvullende informatie over mijn gezondheid te verkrijgen.

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden (doorhalen wat niet van toepassing is) over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

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

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

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

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

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Evaluatie van de implementatie van het afbouwprogramma voor slaapmedicatie (benzodiazepines en z-drugs) van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekeringen (RIZIV), dat op 1/2/2023 van start ging.

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de organisatie van de studie

Bij deelname aan de studie zal u gevraagd worden een vragenlijst in te vullen met betrekking tot uw socio-demografische gegevens (gender, leeftijd, beroep), benzodiazepine gebruik, alcohol gebruik, relevante medische gegevens en gezondheidsvaardigheden. Daarnaast zal u deelnemen aan een interview.

Deze gegevens worden gecodeerd, verzameld, beheerd en geactualiseerd door de onderzoekers. We coderen uw gegevens door een pseudoniem te hanteren tijdens de dataverzameling. In geen enkel verslag zal uw waarachtige naam of andere informatie die kan leiden tot de identificatie van uw persoon worden gebruikt. Tevens wordt er geen link voorzien tussen uw pseudoniem en uw naam.

Indien u uw deelname aan de studie wenst stop te zetten, zullen geen verdere nieuwe gegevens worden verzameld. De tot dan toe verzamelde gegevens zullen wel in het onderzoek gebruikt worden.

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

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk Onderwijs-Begeleidingscommissie voor Medische Ethiek (OBC) in delegatie van het Ethisch Comité Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.

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

Vrijwillige deelname

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

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

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

Kosten in verband met uw deelname

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

Vertrouwelijkheidsgarantie

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

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

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

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

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

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

Om de kwaliteit van de studie te controleren, kan uw medisch dossier worden ingekeken door personen die gebonden zijn aan het beroepsgeheim zoals vertegenwoordigers van de ethische comités, van de opdrachtgever van de studie of een extern auditbureau. Dit kan enkel gebeuren onder strikte voorwaarden, onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker en onder zijn/haar toezicht (of van een van zijn/haar onderzoeksmedewerkers).

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wilt uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker: Laura Luykx (laura.luykx@student.kuleuven.be), Marie Mortelé (marie.mortele@student.kuleuven.be), Anouck Poelman (anouck.poelman@student.kuleuven.be) of Jules Schelfhout (jules.schelfhout@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoekers Prof. dr. Marc Van Nuland (marc.vannuland@kuleuven.be; 016/37/72.91) en Kristien Coteur (kristien.coteur@kuleuven.be; 016/19.42.65).

Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be.

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

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

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

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

---

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

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

Appendix 3. Enquête

Beste deelnemer

Welkom bij het eerste deel van deze studie!

Op de eerste bladzijde van deze vragenlijst wordt gevraagd u te identificeren, zodat wij uw profiel kunnen verifiëren. Hierbij krijgt u ook de kans om uw contactgegevens achter te laten, als u op de hoogte wenst gehouden te worden van de onderzoeksresultaten. Omdat dit persoon-identificeerbare gegevens zijn, worden deze apart bevraagd en bewaard. Op geen enkel moment wordt een koppeling gemaakt tussen deze gegevens en uw antwoorden in het verdere onderzoek. Doorheen de verdere enquête en het interview wordt namelijk een pseudoniem gehanteerd, zodat uw identiteit niet achterhaald kan worden. Er wordt geen link voorzien tussen uw pseudoniem en uw naam.

Vragen kan u gerust richten tot de onderzoeker die u begeleidt.

Hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek!

Dr. Kristien Coteur
kristien.coteur@kuleuven.be

Tel: 016/194265

Prof. dr. Marc Van Nuland
marc.vannuland@kuleuven.be

Tel: 016/377291

Dr. Laura Luykx

laura.luykx@student.kuleuven.be

Dr. Marie Mortelé

marie.mortele@student.kuleuven.be

Dr. Anouck Poelman

anouck.poelman@student.kuleuven.be

Dr. Jules Schelfhout

jules.schelfhout@student.kuleuven.be

Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Kapucijnenvoer 7, blok H, 3000 Leuven

- Wat is uw naam? _____
- Wat is uw geboortedatum? _____
- Wenst u op de hoogte gehouden te worden van de onderzoeksresultaten? Omcirkel wat past:
    - Ja, op volgend e-mailadres: _____
    - Dat hoeft niet

Enquête

Socio-demografische gegevens

- Hoe oud bent u? _____
- Omcirkel wat past, bent u:
    - Man
    - Vrouw
    - Andere
    - Dat zeg ik liever niet
- Wat is uw huidig beroep? _____
- In welke dokterspraktijk bent u patiënt? _____

Medische gegevens

- Met welke chronische lichamelijke aandoeningen bent u (ooit) gediagnosticeerd?

_____

- Met welke chronische psychische aandoeningen bent u (ooit) gediagnosticeerd?

_____

- Welke medicatie neemt u?

_____

Huidig gebruik

Benzodiazepines (BENDEP-SRQ)

- Welke benzodiazepines (slaapmedicatie) neemt u momenteel in? _____
- Welke dosis gebruikt u momenteel? _____
- Hoe lang gebruikt u deze medicatie reeds? _____

Beoordeel de onderstaande beweringen zoals ze voor u persoonlijk de laatste 6 maanden van toepassing zijn geweest. Kies in welke mate elke bewering voor u geldt door het meest juiste antwoord te omcirkelen.

	helemaal niet	niet	deels wel, deels niet	wel	helemaal wel
1. Ik neem op tijd weer medicatie omdat ik anders klachten krijg	1	2	3	4	5
2. Zonder medicatie bij de hand word ik nerveus	1	2	3	4	5
3. Anderen dringen erop aan dat ik minder medicatie ga gebruiken	1	2	3	4	5
4. Ik neem meer medicatie dan op het voorschrift staat aangegeven	1	2	3	4	5
5. Met mijn medicatie bij me voel ik me gerust	1	2	3	4	5
6. De medicatie werkt tegenwoordig minder goed dan vroeger	1	2	3	4	5
7. Mijn medicatie is te vroeg op	1	2	3	4	5
8. De medicatie brengt me in de problemen	1	2	3	4	5
9. Ik verander een voorschrift	1	2	3	4	5
10. Ik denk erover om te stoppen met de medicatie	1	2	3	4	5
11. Vlak voordat ik mijn medicatie neem is dat het enige waar ik nog aan kan denken	1	2	3	4	5
12. Ik ben in gedachten veel met medicatie bezig	1	2	3	4	5
13. Ik geloof dat de medicatie mijn leven kapot maakt	1	2	3	4	5
14. Ik haal eerder dan afgesproken een nieuw voorschrift	1	2	3	4	5
15. Ik neem veel medicatie in één keer	1	2	3	4	5

U neemt momenteel deel aan het benzodiazepine afbouwplan, of u heeft dit reeds afgerond. Minder slaap- of kalmeringsmiddelen gebruiken of stoppen kan leiden tot klachten. Hieronder wordt een aantal van dit soort klachten genoemd. Geef door het omcirkelen van het juiste antwoord voor iedere klacht aan hoeveel last u er van kreeg toen u minder gebruikte of stopte.

	Geen of nauwelijks last	een beetje last	Nogal wat last	Veel last	Heel veel last
1. Neerslachtig gevoel	1	2	3	4	5
2. Vermoeidheid	1	2	3	4	5
3. Trillen	1	2	3	4	5
4. Prikkelbaarheid	1	2	3	4	5
5. Rusteloosheid	1	2	3	4	5

Alcohol (AUDIT-C)

- Hoe vaak gebruikte u het afgelopen jaar een alcoholhoudende drank? Omcirkel wat past:
  - 0 = nooit
  - 1 = maandelijks of minder
  - 2 = 2-4 maal per maand
  - 3 = 2-3 maal per week
  - 4 = 4 of meer maal per week

- Hoeveel glazen alcoholhoudende drank gebruikte u op een doorsnee dag in het afgelopen jaar? Omcirkel wat past:
  - 0 = 1 of 2
  - 1 = 3 of 4
  - 2 = 5 of 6
  - 3 = 7, 8 of 9
  - 4 = 10 of meer

- Hoe vaak gebruikte u zes of meer glazen alcoholhoudende drank tijdens een bepaalde gelegenheid in het afgelopen jaar?
  - 0 = nooit
  - 1 = minder dan eens per maand

- 2 = maandelijks
- 3 = wekelijks
- 4 = dagelijks of bijna iedere dag

Gezondheidsvaardigheden (HLS-EU16)

Op een schaal van 'erg makkelijk' tot 'erg moeilijk', hoe makkelijk zou je zeggen dat het is om…

	erg moeilijk	redelijk moeilijk	redelijk makkelijk	erg makkelijk
1. info te vinden over de behandeling van ziekten die je ongerust maken?	1	2	3	4
2. uit te zoeken waar je professionele hulp kan vinden wanneer je ziek bent?	1	2	3	4
3. te begrijpen wat je dokter tegen je zegt?	1	2	3	4
4. de instructies van je dokter of apotheker te begrijpen hoe je een voorgeschreven geneesmiddel moet nemen?	1	2	3	4
5. te oordelen wanneer je de tweede opinie van een andere dokter nodig zou hebben?	1	2	3	4
6. informatie te gebruiken die de dokter je geeft om beslissingen te maken over je ziekte?	1	2	3	4
7. instructies van je dokter of apotheker te volgen?	1	2	3	4
8. informatie te vinden over hoe om te gaan met mentale gezondheidsproblemen zoals stress of depressie?	1	2	3	4

9. waarschuwingen over gezondheidsgedrag te begrijpen zoals roken, weinig lichaamsbeweging en te veel alcoholgebruik?	1	2	3	4
10. te begrijpen waarom je gezondheidsscreening nodig hebt?	1	2	3	4
11. te oordelen of informatie over gezondheidsrisico's in de media betrouwbaar is?	1	2	3	4
12. te beslissen hoe je jezelf kan beschermen voor ziektes o.b.v. informatie in de media?	1	2	3	4
13. informatie te vinden over activiteiten die goed zijn voor je mentaal welzijn?	1	2	3	4
14. gezondheidsadvies van familieleden of vrienden te begrijpen?	1	2	3	4
15. informatie in de media te begrijpen over hoe je gezonder kan worden?	1	2	3	4
16. te oordelen welk alledaags gedrag gerelateerd is aan je gezondheid?	1	2	3	4

Appendix 4. Interview leidraad

- Ervaring met benzodiazepines
    - Hoe lang gebruikt u al benzodiazepines?
    - Welk type gebruikt u? Welke dosering?
    - Heeft u eerder geprobeerd te stoppen?
        - Zo ja, waarom? Wat waren de resultaten?
        - Zo nee, waarom niet?
    - Wat heeft u doen besluiten de afbouw te starten?
    - Wat waren uw verwachtingen hierbij?
- Kennismaking project
    - Via welke weg maakte u kennis met het afbouwproject?
    - Welke informatie werd verstrekt?
    - Welke stappen werden ondernomen?
    - Wat waren uw gedachten/gevoelens hierbij?
- Implementatie van het afbouwschema
    - Wat was bijzonder gemakkelijk tijdens het afbouwproces?
    - Wat was bijzonder moeilijk tijdens het afbouwproces?
        - Welke uitdagingen/bijwerkingen merkte u op? Hoe ging u daarmee om?
    - Hoe heeft u het stapsgewijs proces van stoppen ervaren?
        - Wat vond u van de snelheid van afbouwen? Te snel/te langzaam?
        - Hoe ervoer u de laatste afbouwstap? Was deze haalbaar?
        - Is hierin maatwerk mogelijk?
    - Welke ondersteuning heeft u gekregen tijdens het afbouwproces?
        - Welke zorgverleners waren voor u bereikbaar?
        - Welke andere bronnen van ondersteuning zocht u op? Vb. Familie, vrienden, online…
        - Ervoer u deze ondersteuning als voldoende?
        - In welke mate zou het een meerwaarde voor u zijn (geweest) om door een psycholoog of eerstelijnsverpleegkundige opgevolgd te worden?
    - Wat is voor u het belangrijkste resultaat van uw deelname?
        - Welke verbeteringen merkte u op?
            - Zijn die verbeteringen een gevolg van het verminderen van uw inname?
            - Is er een (externe) factor die u heeft geholpen uw inname te verminderen?
        - Is uw benzodiazepinegebruik verminderd of stopgezet?
        - Welke andere significante resultaten merkt u op?
    - Hoe tevreden bent u met uw resultaat op een schaal van 1 tot 10, waarbij 1 helemaal niet tevreden is en 10 zeer tevreden?
        - Wat zijn uw redenen om al dan niet tevreden te zijn?
    - Hoe ziet u de toekomst met betrekking tot uw medicatiegebruik?
        - Op welke manier wilt u het resultaat behouden?
        - Op welke manier wilt u herval voorkomen?
    - Hoe heeft u het afbouwprogramma in het algemeen ervaren?
    - Wat zou u veranderen aan het project?
- Hoe gaat u om met dagelijkse stressfactoren?

- Is er iets veranderd sinds het project?
    - Hoe ging u twee jaar geleden om met dagelijkse stressfactoren?
    - Was dit uw standaard manier om ermee om te gaan?
    - Hoe gaat u nu om met dagelijkse stressfactoren?
    - Is dit uw nieuwe normaal geworden?
    - Ziet u uzelf ooit teruggaan naar uw 'oude manieren'?
- Is er nog iets dat je wilt delen?

Appendix 5. Codeboom

1. Medicatiegebruik
    a. Type benzo + dosis
    b. Context benzo gebruik
    c. Duur
    d. Ideeën rond benzo gebruik
    e. Eerdere afbouw pogingen
        i. Motivatie
        ii. Resultaat & reden
        iii. Geen eerdere afbouw poging
2. Introductie afbouwproject
    a. Kennismaking project
    b. Verwachtingen/gedachten project
    c. Verstrekte informatie rond project
    d. Concrete invulling afbouwproject
3. Motivatie
    a. Intrinsiek
        i. Automatische motivatie
            1. Bekrachtiging
            2. Persoonlijkheidsfactoren
        ii. Reflectieve motivatie
            1. Sociale/professionele rol en identiteit
            2. Overtuigingen over capaciteiten
            3. Optimisme
            4. Intenties
            5. Doelen
            6. Overtuigingen over consequenties
            7. Context/omstandigheden
    b. Extrinsiek
        i. Arts
        ii. Apotheek
        iii. Familie
4. Beleving
    a. Uitdagingen tijdens afbouwen
    b. Gemakken tijdens afbouwen
        i. Inspraak
        ii. Afgebakend plan
    c. Stapsgewijze aanpak
        i. Afbouw Moment
        ii. Snelheid afbouw
        iii. Laatste afbouw stap
        iv. Stabilisatie stap
    d. Copingsmechanismen (medicatie/alcohol)
5. Ondersteuning
    a. Zorgverleners
        i. Apotheek

        ii. Huisarts
        iii. Psycholoog
        iv. (Thuis)verpleging
    b. Andere
        i. Medicatie
        ii. Partner
        iii. Educatie over slaap (slaapcursus/boek)
6. Resultaten
    a. Actueel benzo gebruik
    b. Veranderingen
        i. Positief
            1. Betere slaap
            2. Betere concentratie
            3. Beter evenwicht
            4. Meer energie
        ii. Negatief
        iii. Neutraal
    c. Beleving
        i. Kwantitatief: score tevredenheid
        ii. Kwalitatief
            1. Positief
            2. Negatief
7. Toekomst
    a. Benzo gebruik
    b. Hervalpreventie
    c. Nieuwe afbouwpoging
8. Stress hantering
    a. Voor afbouwplan
    b. Na afbouwplan
9. Opinie
    a. Kwaliteiten/faciliterende factoren afbouwplan
    b. Bemoeilijkende factoren afbouwplan
    c. Suggesties
        i. Invulling programma
        ii. Begeleiding
            1. Huisarts
            2. Apotheek
            3. Andere
            4. Psycholoog
        iii. Gepersonaliseerde aanpak
        iv. Patiënt educatie
        v. Administratie/formaliteiten