Onderzoek naar factoren die het gebruik van het afbouwprogramma voor benzodiazepinegebruik bevorderen of belemmeren bij huisartsen

Elise Poisson, KU Leuven

Cedric De Clercq, UGent

Jitse Raes, UGent

Olivier Heyndrickx, UGent

Promotor: Dr. Ellen Van Leeuwen, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

©Copyright by KU Leuven

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

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

Abstract

Inleiding

Benzodiazepine- en Z-druggebruik in België is hoog. Deze overconsumptie gaat vaak gepaard met afhankelijkheid, bijwerkingen en ontwenningsverschijnselen. Sinds 1 februari 2023 bestaat er in België een benzodiazepine afbouwprogramma. Via dit programma kan de patiënt in samenwerking met de huisarts en apotheker het benzodiazepine of z-drug stapsgewijs afbouwen.

Methodologie

Een kwantitatieve studie werd opgesteld waar barrières en facilitatoren voor het afbouwen werden bevraagd aan huisartsen. Gebaseerd op de verkregen barrières en faciliterende factoren uit literatuuronderzoek, werd een online vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijsten werden verspreid onder Vlaamse artsen op lokale kwaliteitsgroepen (LOK's).

Objectieven

Het doel was om barrières en facilitatoren te kwantificeren in kader van het starten met het benzodiazepine afbouwprogramma bij Vlaamse huisartsen. Zodoende kan een evaluatie van het afbouwprogramma plaatsvinden en verbeterpunten gevonden worden. Dit met als uiteindelijk doel om andere huisartsen die het afbouwprogramma nog niet gebruiken alsnog te stimuleren tot deelname.

Resultaten

In totaal waren 158 artsen op de bezochte LOK's aanwezig, waarvan 157 de vragenlijst gestart hadden. Uit de gestarte vragenlijsten, werden 119 vragenlijsten volledig ingevuld. De belangrijkste facilitatoren, met het aantal personen die het belangrijk tot extreem belangrijk vonden: mogelijkheid tot zeer traag afbouwen met behulp van magistrale bereidingen (92,5%), het actief betrekken van de patiënt bij het beslissen (89,9%), de patiënt wenst zelf graag af te bouwen (84,1%) en regelmatige follow up en ondersteuning van de patiënt tijdens het afbouwproces (81,5%).

De belangrijkste barrière, met het aantal personen die het belangrijk tot extreem belangrijk vonden: geen vraag of interesse bij de afbouw van benzodiazepines (81,5%). De artsen vinden het voornamelijk belangrijk om de patiënt te informeren over de mogelijke nadelige en verslavende effecten van langdurig gebruik.

Discussie

De belangrijkste barrières voor artsen om af te bouwen zijn patiëntgerelateerd en zouden kunnen overbrugd worden via gerichte sensibiliseringscampagnes voor patiënten. Daarnaast zouden verdere inspanningen moeten gemaakt worden om ook bij huisartsen het gebruik van het afbouwprogramma te verhogen. Dit kan door bijvoorbeeld de facilitatoren die naar voor komen, zoals het actief betrekken van de patiënt bij het beslissingsproces, in de verf te zetten.

Dankwoord

Wij zouden graag onze promotor Dr. Ellen Van Leeuwen willen bedanken voor de gestructureerde, vlotte en aangename begeleiding tijdens het maken van onze masterthesis. Dankzij haar werden we telkens gemotiveerd om verder te werken aan onze thesis waardoor we mooi op tijd zonder veel stress onze thesis konden afwerken. We willen haar verder bedanken voor het meermaals nalezen van onze thesis en de gegeven feedback.

Daarnaast willen we graag de LOK-verantwoordelijken bedanken voor de flexibiliteit om ons te verwelkomen op hun LOK vergaderingen zodat we onze vragenlijsten konden verspreiden.

We willen verder ook onze praktijkopleiders bedanken voor het evalueren van de inhoud en de steun tijdens het gehele proces.

Ten slotte willen we onze familie en vrienden bedanken voor de steun tijdens de soms stressvolle periodes.

Inhoudstafel

1. Inleiding 1
   1.1 Benzodiazepinegebruik in België 1
   1.2 Benzodiazepines 2
      1.2.1 Indicaties 2
      1.2.2 Bijwerkingen 4
   1.3 Afbouwen en stoppen van benzodiazepines 4
      1.3.1 Ontwenningsverschijnselen 5
      1.3.2 Afbouwen chronisch gebruik benzodiazepine 5
   1.4 Het benzodiazepine afbouwprogramma in België 8
2. Objectieven 10
3. Methodologie 11
   3.1 Literatuurstudie 11
   3.2 Eigen onderzoek met vragenlijst 13
      3.2.1 Opbouw van de vragenlijst 13
      3.2.2 Distributie van de vragenlijst 14
      3.2.3 Data-analyse 14
   3.3 Gebruik van artificiële intelligentie (A.I.) 16
4. Resultaten 17
   4.1 Literatuurstudie 17
   4.2 Eigen onderzoek met vragenlijst 20
      4.2.1 Studiepopulatie 21
      4.2.2 Facilitatoren van artsen voor de afbouw van benzodiazepines 23
      4.2.3 Barrières van artsen voor de afbouw van benzodiazepines 27
      4.2.4 Stellingen en visie t.a.v. chronisch gebruik van benzodiazepines 31
      4.2.5 Subpopulatieanalyse 33
5. Discussie 34
   5.1 Samenvatting van de bevindingen 34
   5.2 Vergelijking met de literatuur 34
      5.2.1 Facilitatoren 35
      5.2.2 Barrières 36
      5.2.3 Stellingen en visie 37
      5.2.4 Subpopulatieanalyse 37
   5.3 Sterktes en beperkingen studie 38

5.4 Toekomstperspectief 39
5.4.1 Aanbevelingen 39
6. Conclusie 41
7. Bijlagen 42

1. Inleiding

1.1 Benzodiazepinegebruik in België

Het gebruik van benzodiazepines in België is hoog. Cijfers van de verenigde naties uit 2021 plaatsen België op de vierde plaats ter wereld in de consumptie van benzodiazepines met 77 DDD (gedefinieerde dagelijkse dosis (DDD) per 1.000 inwoners per dag), en op de tweede plaats in de consumptie van zolpidem met 15 DDD (vergeleken met een gemiddelde consumptie van 6.1 DDD in 58 landen met beschikbare data)(1). Een enquête van het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG) uit 2020 omtrent benzodiazepine receptor agonisten (BZRA; i.e. benzodiazepines en Z-drugs) noemt zolpidem als het frequentst gebruikte BZRA (2).

Recente verkoopgegevens van IQVIA uit 2022 toont dat in dat jaar aan 1 op de 5 Belgen een benzodiazepine werd voorgeschreven. Meer dan de helft van deze voorschriften ging naar 65-plussers. De huisarts blijft de meest prominente rol innemen als voorschrijver, met 86% van de voorschriften geschreven door huisartsen en 7% door psychiaters (3,4).

Elke 4 à 5 jaar onderzoekt Sciensano middels de Gezondheidsenquête de evolutie van de voornaamste gezondheidsproblemen bij de Belgische bevolking. Dit betreft steeds zelf-gerapporteerde data, wat een aanvulling is op parameters zoals het aantal voorgeschreven verpakkingen. De gezondheidsenquête uit 2018 toonde aan dat 5,3% van de bevolking in de afgelopen 24 uur een benzodiazepine of Z-drug had gebruikt. Dit is een licht dalende trend ten opzichte van de voorgaande edities uit 2013 (5,9%) en 2008 (7,2%). De grote meerderheid geeft echter aan regelmatig gebruik te maken van het voorgeschreven benzodiazepine (93,4%) of Z-drug (90,7%). Bij de oudere bevolking ligt dit cijfer hoger. Zodoende geeft 14,9% bij de bevolking ouder dan 65 jaar aan in de voorbije 24 uur een benzodiazepine of Z-drug gebruikt te hebben. Ook hier geeft de meerderheid aan regelmatig gebruik te maken van het voorgeschreven benzodiazepine (94,2%) of Z-drug (95,1%). De meest recente data uit 2023-2024 geeft een licht dalende trend aan bij de bevolking ouder dan 65 jaar. Zo gaf 13,6% van de 65-plussers aan een benzodiazepine of Z-drug gebruikt te hebben in de afgelopen 24 uur (5,6).

Hoewel benzodiazepines zo kort mogelijk gebruikt dienen te worden, wat verder in deze thesis wordt toegelicht, werd aan veel Belgen langdurig of in hoge dosissen benzodiazepines voorgeschreven. Slechts bij 31% van de patiënten aan wie benzodiazepines werd voorgeschreven, werd 1 unieke verpakking voorgeschreven. Dit wil dus zeggen dat aan 69% van de patiënten meer dan 1 verpakking werd voorgeschreven. Aan 36% van de patiënten werd zelfs meer dan 5 verpakkingen voorgeschreven

(4). Hoewel er ook kleine verpakkingen bestaan (van 7 of 10 tabletten), betrof dit minder dan 1% van alle verkochte verpakkingen (3).

Een studie uit 2020 vond dat 52% van de bewoners in Belgische woonzorgcentra minstens 1 benzodiazepine innam. Hierbij werd in 98% van de gevallen het product reeds langer dan 4 weken ingenomen, en in 77% van de gevallen langer dan een jaar. In ruim 70% van de rusthuisbewoners die minstens 1 benzodiazepine gebruikte was er een drug-disease interaction. Dit betekent dat er een benzodiazepine gegeven werd bij een persoon met delirium, dementie, cognitieve achteruitgang of een voorgeschiedenis van vallen met of zonder fracturen. In 72% was er tevens een drug-drug interactie, i.e. simultaan gebruik van opioïden of van ≥ 2 medicijnen werkend op het centraal zenuwstelsel. Een laatste opvallend gegeven uit deze studie is dat bij 42% van de gebruikers geen insomnie of angststoornis door de huisarts was beschreven (7).

1.2 Benzodiazepines

Benzodiazepines zijn psychotrope medicatie met sederende en anxiolytische effecten. Het eerste benzodiazepine, chloordiazepoxide (Librium), werd door Hoffmann-La Roche op de markt gebracht in 1960 gevolgd door diazepam (Valium) in 1963 (8). Als veiliger alternatief van eerder gebruikte sedativa, de barbituraten, nam het gebruik van benzodiazepines snel toe. In 1971 was $200 miljoen van Roche's $280 miljoen opbrengsten in de Verenigde Staten te wijten aan de verkoop van Librium en Valium en werden deze twee benzodiazepines door Fortune magazine beschreven als "het grootste commerciële succes in de geschiedenis van voorgeschreven medicatie" (8–10).

Een recentere ontwikkeling binnen deze klasse van medicatie is die van de Z-drugs, refererend naar namen die vaak starten met de letter "z" e.g., zolpidem gelanceerd in Europa in 1988. De Z-drugs werden initieel geadverteerd als een veiliger alternatief voor benzodiazepines met potentieel minder misbruik doch nieuwere studies wijzen ondertussen echter op een gelijkaardig bijwerkingenprofiel, inclusief een potentieel euforisch effect (9,11).

Verder in de tekst worden benzodiazepines en z-drugs als groep van medicatie verder besproken onder de gelijknamige noemer 'benzodiazepine'. Verschillen tussen beide worden waar relevant uitgelicht.

1.2.1 Indicaties

De huidige indicaties voor benzodiazepines volgens BCFI vanuit het SKP zijn beperkt. De meest voorkomende indicatie is het gebruik van benzodiazepines als sedativum bij slapeloosheid. Als anxiolytica bij angst- en paniekstoornissen worden ze op heden vooral voorgesteld als overbrugging bij opstart van trager werkende medicatie, of als acute behandeling bij een paniekaanval. Andere

indicaties zijn de behandeling van o.a., katatonie, ontwenningsverschijnselen van alcohol en bij palliatieve sedatie. Daarenboven kiest men dan best voor een benzodiazepine met een halflange werkingsduur. Verder worden benzodiazepines gebruikt bij epileptische aanvallen zoals status epilepticus. Tenslotte worden langwerkende benzodiazepines ook gebruikt voor de afbouw van (kortwerkende) benzodiazepines (10,12).

Volgens de richtlijn van Domus Medica over de aanpak van slaapklachten en insomnia bij volwassenen wordt slaapmedicatie voor klachten van insomnie slechts aanbevolen bij patiënten met ernstige, kortdurende slapeloosheid of een opflakkering van chronische slapeloosheid, gepaard gaande met een hoge lijdensdruk (13). De richtlijn raadt aan om bij acute, ernstige insomnia klachten een benzodiazepine met een halflange halfwaardetijd slechts kortdurend op te starten. Dit maximaal gedurende één week en in de laagste mogelijke dosis. Dit mede vanwege het risico op bijwerkingen en verslavingsproblematiek bij langer gebruik. Indien een patiënt langdurig op regelmatige basis gebruikmaakt van het benzodiazepine, ontstaat binnen enkele weken tolerantie. Het hypnotische effect is met andere woorden van korte duur. De patiënt zal voor eenzelfde effect een hogere dosis van het middel moeten innemen. NHG raadt in hun richtlijn van slaapproblemen aan om bij langdurig gebruik van een benzodiazepine via een gereguleerde dosisreductie methode de medicatie af te bouwen (14).

Volgens de richtlijn van NHG rond angst kan een benzodiazepine overwogen worden bij hevige angst als overbruggingsperiode wanneer een antidepressivum wordt opgestart. Dit voor een periode van maximaal twee weken. Dit kortdurend gebruik kan de initiële angsttoename bij de start van het antidepressivum opvangen (15).

1.2.2 Bijwerkingen

Het bijwerkingenprofiel van benzodiazepines en de nieuwere Z-drugs is over de laatste decennia uitgebreid gedocumenteerd. De voornaamste bijwerkingen worden samengevat in tabel 1.2. Bij gebruik langer dan een maand ontwikkelt ongeveer de helft een afhankelijkheid (21). Uit verschillende studies blijkt dat om het risico op afhankelijkheid te vermijden, een behandeling met benzodiazepines beperkt moet worden in de tijd tot een gebruik van maximaal 2-4 weken (19). Indien de medicatie langer gebruikt wordt, kan het stoppen ervan gepaard gaan met ontwenningsverschijnselen zoals angst en slapeloosheid (17).

Deze ontwenningssymptomen kunnen al na enkele weken regelmatig gebruik voorkomen en zijn abrupter bij kortwerkende benzodiazepines (9).

Tabel 1.2: Bijwerkingen van benzodiazepinegebruik (9,10,12,16–20)
Moeheid, sedatie, verwardheid, afname REM en/of diepe slaap
Spierzwakte, ataxie
Concentratiestoornissen
Residueel effect overdag (“hangover”)
Verhoogd valrisico
Verhoogd risico op verkeersongevallen
Paradoxale reacties: slapeloosheid, angst, agitatie, agressiviteit
Afhankelijkheid en tolerantie
Ontwenningsverschijnselen (zie infra)
Bij gebruik tijdens perinatale periode: risico op respiratoire depressie, floppy-infant syndroom en ontwenningsverschijnselen bij de pasgeborene.

Gezien de toegenomen sensitiviteit aan benzodiazepines bij ouderen en een tragere metabolisatie van langwerkende benzodiazepines, geeft het gebruik van benzodiazepines bij ouderen een nog groter risico op bijwerkingen (19). Toch is de oudere populatie (> 65 jaar) de grootste vertegenwoordiger van het gebruik van benzodiazepines met een prevalentie van benzodiazepinegebruik van 18% binnen deze leeftijdsgroep (22). Verder gebruiken ouderen verblijvend in een woonzorgcentrum gemiddeld gezien meer benzodiazepines in vergelijking met ouderen in de thuissetting. Klachten zoals insomnia of agitatie worden regelmatig gemedicaliseerd, waarvoor vervolgens medicatie als behandeling wordt opgestart (20).

1.3 Afbouwen en stoppen van benzodiazepines

Benzodiazepines vertonen op langere termijn geen effect maar gaan wel gepaard met bijwerkingen op korte en lange termijn. Daarnaast gaat benzodiazepinegebruik gepaard met een (indirecte) kost voor patiënt en maatschappij. Met andere woorden, er zijn zowel sociale, medische als maatschappelijke redenen om benzodiazepines te stoppen.

1.3.1 Ontwenningsverschijnselen

Het stoppen van benzodiazepinen kan leiden tot allerlei symptomen, samengevat in tabel 1.3. Onder de meest frequente ontwenningsverschijnselen vallen onder meer rebound angst en slapeloosheid (9). Verschillende factoren bepalen hoe ernstig en hoe vaak ontwenningsverschijnselen voorkomen. Dit omvat de gebruiksduur, het halfleven van het benzodiazepine (waarbij een korter halfleven zorgt voor meer uitgesproken ontwenningsverschijnselen), dosering, potentie van benzodiazepine en snelheid van het afbouwen (10). Deze ontwenningsverschijnselen kunnen voorkomen worden door het benzodiazepine traag af te bouwen (cfr. infra).

Tabel 1.3: Klinische symptomen en complicaties van benzodiazepine ontwenning (16)

Psychologische symptomen	Vegetatieve symptomen
- Angst - Nerveusheid - Slaapstoornissen - Rusteloosheid - Depressieve symptomen - Prikkelbaarheid - Psychose, delirium - Depersonalisatie en derealisatie - Verwardheid	- Beven - Zweten - Misselijkheid en overgeven - Motore agitatie - Dyspneu - Tachycardie - Hypertensie - Hoofdpijn - Spierspanning
Neurologische en fysieke symptomen	
- Risico op epileptische aanvallen - Beperking van vrijwillige bewegingen - Cognitieve beperking - Geheugenstoornissen - Perceptiestoornissen - Hyperacusis - Photofobie - Hypersomnie - Dysesthesie, kinetische stoornissen, fasciculaties	

1.3.2 Afbouwen chronisch gebruik benzodiazepine

Wanneer een patiënt 1 standaarddagdosering of minder gebruikt, adviseert NHG om een stopbrief te sturen waarin de nadelen van chronisch benzodiazepinegebruik worden aangehaald. Hierin worden tevens adviezen tot stop beschreven (14).

Een meta-analyse van 2020 m.b.t. minimale interventie, zoals zelfhulp informatie of korte consultaties specifiek voor het afbouwen of stoppen van slaapmedicatie, bij chronisch benzodiazepinegebruik

toonde een significante reductie in benzodiazepinegebruik. Dit zowel op 6 (RR van 2,73) als op 12 maanden (RR van 3,41) (23). De auteurs benadrukken de opportuniteit voor niet-artsen, zoals apothekers, om minimale interventies uit te voeren. Het aanbrengen van informatie naar de patiënt kan bijvoorbeeld middels een informatieve brochure. De onderzoekers beschrijven ook onderzoek uit 2014. Hier wordt aangetoond dat middels uitdelen van brochures (in dit onderzoek bij de apotheek) er een grotere bereidwilligheid tot afbouw ontstond. Na 6 maanden was 27% van de chronische benzodiazepinegebruikers gestopt. Daarbovenop was er 11% die een lagere dosis innam na 6 maanden (24).

Indien de patiënt wenst het benzodiazepine te stoppen, wordt aangeraden traag en geleidelijk in stappen van weken of maanden af te bouwen. Dit zou het risico op ontstaan van ontwenningsverschijnselen verminderen en daarenboven ook de kans op succesvol stoppen vergroten. Er werd vroeger aangeraden een benzodiazepine met een korte halfwaardetijd over te schakelen naar een BZD met een lange halfwaardetijd. Echter kon niet worden aangetoond dat dit effectiever zou zijn dan traag af te bouwen bij een BZD met korte halfwaardetijd (25).

“Martin & Tannenbaum” stelde dat de afbouw van medicatie onderverdeeld kan worden in 3 fases. De eerste fase betreft motiveren van de patiënt om de medicatie af te bouwen (26). Dit kan door de patiënt meer kennis aan te reiken rond de medicatie en diens werking en bijwerkingen. In de 2e fase volgt het verhogen van de zelfredzaamheid van de patiënt om de medicatie af te bouwen. Tenslotte dient de mogelijkheid geboden worden om onder supervisie een medicijn af te bouwen (26).

Wanneer een patiënt meer dan 1 standaarddagdosering gebruikt of de minimale interventie geen effect heeft, adviseert NHG ook een gelijkaardige volgorde om chronisch gebruik van benzodiazepines aan te pakken (14).
Allereerst dient een gesprek plaats te vinden waarin geluisterd dient te worden naar de ideeën en opvattingen van de patiënt en diens benzodiazepinegebruik. De arts dient dan uit te leggen waarom chronisch benzodiazepinegebruik tegenaangewezen is. Hierbij komen dan de ongewenste effecten op korte en lange termijn, maar ook het afwezige effect van benzodiazepines op lange termijn aan bod (14).
In een tweede fase dient de zelfredzaamheid van de patiënt verhoogd te worden, dit kan middels gedragsmatige behandeling. Hieronder vallen remedies zoals ontspanningsoefeningen, stimuluscontrole en/of slaaprestrictie. Deze kunnen alleen of met behulp van de huisarts of psycholoog uitgeoefend worden. Hiernaast bestaat er nog de mogelijkheid tot cognitieve

gedragstherapie, groepscursussen en/of online behandelprogramma's. Verder kan voor de patiënt psychologische opvolging tijdens het afbouwen nuttig zijn wanneer er ontwenningsverschijnselen aanwezig zijn. Daarnaast is het belangrijk ook de onderliggende oorzaak van insomnia of de angst aan te pakken zodat de kans op herval kleiner wordt en dient er gefocust te worden op psychosociale risicofactoren zoals zelfvertrouwen in afbouw en zelfwaargenomen sociale omkadering (14).
Een systematische review van 2019 beschreef, op basis van 11 RCT's, strategieën om de afbouw van benzodiazepines in ouderen aan te pakken. Patiënteneducatie leidde tot een significant hogere slaagkans in het afbouwen. Voorts waren er twijfelachtige resultaten rond het incorporeren van cognitieve gedragstherapie (CBT). De onderzoekers vonden in studies waar meer sessies CBT (8-10 sessies) werden gevolgd wel een significant voordeel. Een studie met slechts 5 CBT sessies kon geen significant verschil tonen. Tenslotte kon het gebruik van melatonine tijdens de afbouw een voordeel tonen in 1 van de 3 onderzoeken. We kunnen stellen dat het afbouwen van benzodiazepines met behulp van CBT mogelijk zinvol kan zijn, maar de resultaten hierover zijn twijfelachtig (27).

Tenslotte kan volgens NHG gestart worden met het afbouwen van het benzodiazepine. NHG geeft de optie tussen het eigen product of omzetting naar een equivalente dosis diazepam als startproduct. Dit heeft het voordeel van mogelijks minder ontwenningsverschijnselen, maar geeft ook mogelijks meer slaperigheid overdag (waardoor verkeersdeelname actief moet ontraden worden). Afbouwen is steeds op maat van de patiënt maar als advies wordt gegeven om elke week met 25% ten opzichte van de uitgangsdosis te verminderen. In de laatste 2 weken kan er trager afgebouwd worden met 12,5% dosisverlaging per week (14).

Wanneer voorgaande interventies geen baat hadden, dient bij ouderen een aanpassing van dosering te gebeuren, in overeenstemming met het doseeradvies bij ouderen. Dit bedraagt meestal de helft van de laagst aanbevolen dosering (12,14).

1.4 Het benzodiazepine afbouwprogramma in België

Het benzodiazepine afbouwprogramma werd op 1 februari 2023 gelanceerd in België (28). In dit project staat de samenwerking tussen de huisarts en de apotheker centraal. Via een overeenkomstformulier tussen patiënt, huisarts en apotheker kan de medicatie stapsgewijs afgebouwd worden over een periode van 50 tot 360 dagen. Dit overeenkomstformulier met concrete afbouwschema's is te vinden in onderstaande bijlagen. Er is geen meerkost verbonden aan dit programma. De patiënt betaalt enkel de medische consultaties en de verpakkingen van de specialiteit die gebruikt worden om de magistrale bereiding te maken. Om aan het programma te mogen deelnemen moet aan enkele criteria worden voldaan (zie tabel 1.4).

Tabel 1.4: Voorwaarden om te mogen deelnemen aan het afbouwprogramma (12)

- >18 jaar
- Informed consent
- Ambulante opvolging bij 1 apotheker
- Chronisch gebruik (>3 maanden) van 1 soort benzodiazepine of z-drug waarvan de dosis in 1 keer wordt ingenomen en niet hoger is dan 3x DDD (defined daily dose)
- Iedere persoon heeft recht op terugbetaling van 1 afbouwprogramma per jaar

De arts, apotheker en patiënt moeten alle drie een overeenkomstformulier ondertekenen (bijlage 1). Vervolgens dient dit document ingediend te worden bij de apotheker naar keuze. De duur van het afbouwprogramma kan variëren van 50 tot 360 dagen afhankelijk van de gekozen opbouw van het afbouwprogramma. Deze opbouw bestaat uit het aantal afbouw stappen, de duur van elke stap en de naam van het molecule. Bijkomend dient de arts per afbouw stap een voorschrift te voorzien. De arts mag per consultatie maximaal twee voorschriften meegeven. De patiënt heeft tijdens de duur van het afbouwprogramma recht op twee keer een stabilisatie stap van maximum 30 dagen. De patiënt moet het afbouwprogramma volgen bij één apotheker. Deze voert na het ondertekenen van het overeenkomstformulier een intakegesprek met de patiënt, maakt de magistrale bereidingen van de medicatie en plant opvolggesprekken(28).

In juni 2024 verschenen de eerste resultaten van het afbouwprogramma. Gedurende de eerste 61 weken van het (destijds nog) proefproject namen 6.527 mensen deel. Bij de onderverdeling op basis van leeftijd viel de grootte van het aantal ouderen op: 69% van de patiënten was 60 jaar of ouder. Bij de mensen die deelnamen had 35% van de patiënten alle vooraf besproken magistrale bereidingen gekregen. Op het geheel van de patiënten is er een slaagpercentage van 42%.

Opvallend was een hoger aantal stappen in de afbouw gerelateerd aan een lager slaagpercentage. Zodoende namen 75 tot 80% van de patiënten in het 5-staps-programma geen benzodiazepines meer 6 maanden na het afwerken van de laatste stap. Bij de patiënten die het 10-staps-programma volgden, gebruikte 55% geen benzodiazepines meer na 6 maanden (30).

Sinds 21 maart 2025 wordt het proefproject na een beslissing van de Ministerraad definitief voortgezet (29).

2. Objectieven

In de voorgaande introductie werden benzodiazepines, hun bijwerkingen en het belang van afbouw besproken. Gegevens uit België tonen dat benzodiazepines te frequent langdurig worden gebruikt. Initiatieven zoals het benzodiazepine afbouwprogramma hebben als doel dit gebruik te verminderen.

Deze masterproef focust op barrières en facilitatoren bij artsen waarvan is aangetoond dat deze ervoor kunnen zorgen dat er niet of net wel gestart wordt met het afbouwen van benzodiazepines en Z-drugs. In eerder kwalitatief onderzoek zijn al heel wat van deze barrières en facilitatoren geïdentificeerd. Deze studie wil deze barrières en facilitatoren kwantificeren in kader van het benzodiazepine afbouwprogramma. Dit is belangrijk om verbeterpunten te vinden om andere huisartsen die het afbouwprogramma nog niet gebruiken alsnog te stimuleren tot deelname. Aan de hand van literatuuronderzoek werd een vragenlijst opgesteld om na te gaan hoe belangrijk Vlaamse huisartsen deze drempels vinden of in welke mate zij deze ervaren, door deze te laten scoren van 1 'Helemaal niet belangrijk' tot 7 'Extreem belangrijk'. Deze vragenlijst werd verspreid via lokale kwaliteitsgroepen (LOK's). Op deze manier werd er gepeild naar de ervaring van huisartsen met het benzodiazepine afbouwprogramma.

3. Methodologie

3.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie zoekt een antwoord op de onderzoeksvragen omtrent de ervaring van huisartsen met betrekking tot het afbouwen van langdurig benzodiazepinegebruik bij hun patiënten. Meer specifiek werd er gezocht naar studies die de attitudes, barrières en facilitatoren onderzoeken bij huisartsen.

Aan de hand van de resultaten van de literatuurstudie werd de vragenlijst van ons eigen onderzoek opgesteld (zie infra, vanaf 4.2).

De literatuurstudie bestond uit een zoekquery in de online databanken 'PubMed' en 'Embase'. Voor de opbouw van de zoekquery (tabel 3.1.1 en 3.1.2) werd de onderzoeksvraag in 3 zoektermen opgesplitst: "benzodiazepines", "afbouw" en "huisartsen". Voor elke zoekterm werden steeds relevante synoniemen of afkortingen geïncludeerd. Er werd gezocht naar overeenstemmende MeSH of Emtree termen. Wanneer er geen MeSH of Emtree termen beschikbaar waren, werd er gezocht via titel en/of abstract.

Artikels die gepubliceerd zijn voor 2010 of die niet geschreven zijn in het Engels of Nederlands werden geëxcludeerd.

Voor het selecteren van relevante artikels werd er voornamelijk aandacht besteed aan review artikels, en werd systematisch eenzelfde selectieproces gehanteerd. De eerste zoekopdracht werd uitgevoerd op 9 april 2024 en resulteerde in 1.628 hits in PubMed en 4.766 hits in Embase. Bij selectie op (narrative of systematic) reviews en meta-analyses, vernauwde dit nummer naar 270 hits in PubMed en 227 hits in Embase. Allereerst werden 38 artikels geselecteerd op basis van de relevantie van de titel. Vervolgens resteerden nog 15 artikels na het doornemen van het abstract. Eén bijkomend artikel werd verkregen via de promotor (31).

Als basis voor verder onderzoek naar barrières en facilitatoren werden 2 reviews gebruikt uit de initiële zoekquery (32,33). Om beter inzicht te krijgen in de gebruikte methodologie, studiepopulatie en resultaten werden de relevante onderzoeken uit de reviews verder nagelezen. Exclusie van onderzoeken gebeurde op basis van transparantie naar studieresultaten. Daarnaast werd via cross-referentie nogmaals 2 studies gevonden. Er werd op deze manier 14 bijkomende publicaties gebruikt

voor de identificatie van de voornaamste barrières en faciliterende factoren voor de afbouw van benzodiazepines (24,26,34–45).

De identificatie van studies volgens het PRISMA-principe werd in de bijlagen toegevoegd. Voor onderzoek naar specifieke richtlijnen en Belgische cijfers, werden de websites van BCFI, domus medica, NHG, sciensano en FOD volksgezondheid geconsulteerd.

Tabel 3.1.1: Zoektermen in PubMed

Concept	Zoekstrategie
1) Benzodiazepines	"benzodiazepines"[Mesh] OR "benzodiazepines"[TIAB] OR "benzodiazepine"[TIAB] OR “benzodiazepine receptor agonist”[TIAB] OR “Z-drugs”[TIAB]
2) Huisartsen	"general practitioners"[Mesh] OR "general practitioner"[TIAB] OR “primary health care”[Mesh] OR “primary healthcare”[TIAB] OR “primary health care”[TIAB] OR “primary care”[TIAB]
3) Afbouw	"deprescriptions"[Mesh] OR "deprescribing"[TIAB] OR “discontinuation”[TIAB] OR “tapering”[TIAB]
Combinatie	(1) AND [(2) OR (3)]

Tabel 3.1.2: Zoektermen in Embase

Concept	Zoekstrategie
1) Benzodiazepines	‘benzodiazepine derivative’/exp OR ‘benzodiazepine’:ti,ab,kw OR ‘benzodiazepines’:ti,ab,kw OR ‘benzodiazepine stimulating agent’/exp OR ‘benzodiazepine receptor agonist’:ti,ab,kw OR ‘Z-drugs’:ti,ab,kw
2) Huisartsen	‘general practitioner’/exp OR ‘general practitioner’:ti,ab,kw OR ‘primary health care’/exp OR ‘primary health care’:ti,ab,kw OR ‘primary healthcare’:ti,ab,kw OR ‘primary care’:ti,ab,kw
3) Afbouw	‘deprescription’/exp OR ‘deprescription’:ti,ab,kw OR ‘deprescribing’:ti,ab,kw OR ‘tapering’:ti,ab,kw
Combinatie	(1) AND [(2) OR (3)]

3.2 Eigen onderzoek met vragenlijst

3.2.1 Opbouw van de vragenlijst

Een kwantitatieve studie werd opgesteld waar barrières en facilitatoren werden bevraagd aan huisartsen. Gebaseerd op de verkregen barrières en faciliterende factoren uit het literatuuronderzoek werd een online vragenlijst opgesteld (zie bijlage 3). Gezien het groot aantal barrières en facilitatoren die beschreven zijn in de literatuur, werden de voornaamste geselecteerd. Voor het opstellen, beheren en analyseren van de vragenlijst werd gekozen voor REDCap. REDCap is een beveiligde webapplicatie voor het ontwerp en beheren van vragenlijsten (46).

In het eerste deel van de vragenlijst werd nagevraagd naar gebruik van het benzodiazepine afbouwprogramma. Indien de respondent het afbouwprogramma al gebruikte, werd gevraagd naar hoeveel keren het programma reeds werd gebruikt, welk slaagpercentage ze hiermee bereikten (<50%, 50% en >50%) en werd gepeild naar de algemene tevredenheid van het afbouwprogramma.

De vragenlijst zelf (bijlage 3) bestaat uit 53 vragen gestructureerd als stellingen waarbij gevraagd werd in welke mate de arts akkoord is:

- 28 vragen omtrent barrières
- 16 vragen omtrent facilitatoren
- 9 stellingen omtrent zaken die niet zuiver als barrière of facilitator te beschouwen zijn

Voor elk van deze werd gevraagd hoe belangrijk de arts de barrière of facilitator beschouwt met betrekking tot de afbouw van benzodiazepines. De antwoordmogelijkheden werden weergegeven als een Likertschaal met 7 antwoorden: 1 helemaal niet belangrijk, 2 niet belangrijk, 3 weinig belangrijk, 4 matig belangrijk (neutraal), 5 belangrijk, 6 zeer belangrijk, en 7 extreem belangrijk. Een voorbeeld hiervan is weergegeven in figuur 3.1.

	1 Helemaal niet belangrijk	2 Niet belangrijk	3 Weinig belangrijk	4 Matig belangrijk (neutraal)	5 Belangrijk	6 Zeer belangrijk	7 Extreem belangrijk
Het gebrek aan duidelijke richtlijnen of hulpmiddelen voor het stoppen van benzodiazepines	○	○	○	○	○	○	○

Figuur 3.1: Voorbeeld van een vraag met bijbehorende antwoordmogelijkheden

Op het einde van de vragenlijst werd geïnformeerd naar zaken zoals het aantal jaren ervaring en de werkomgeving van de arts. Dit had als doel om verdere analyses uit te kunnen voeren op de bekomen resultaten.

3.2.2 Distributie van de vragenlijst

De vragenlijst werd vervolgens verspreid onder Vlaamse (exclusief Brusselse) artsen. Om de responsgraad te optimaliseren werd het onderzoek voorgesteld op lokale kwaliteitsgroepen (LOK's). Tussen 27 februari 2025 en 22 oktober 2025 werden 13 LOK's bezocht met vraag aan artsen om de vragenlijst direct in te vullen. De vragenlijst werd digitaal (via smartphone) beschikbaar gesteld aan de hand van een gepresenteerde QR code.

3.2.3 Data-analyse

De resulterende data werd uit REDCap getrokken in .csv formaat met verdere dataverwerking aan de hand van een script geschreven in Python.
De data werd eerst opgekuist door alle onvolledige antwoorden te verwijderen en aldus enkel respondenten te includeren die de volledige vragenlijst ingevuld hebben. De antwoordmogelijkheden van de Likertschaal werden hierna gecodeerd tot integers van 1 ("Helemaal niet belangrijk") tot 7 ("Extreem belangrijk") om verdere statistische analyse toe te laten. De antwoordmogelijkheden met bijhorende beschrijving worden weergegeven in figuur 3.1.

Een barrière of facilitator werd als belangrijk beschouwd wanneer de cumulatief waarde van 5 ('Belangrijk'), 6 ('Zeer belangrijk') en 7 ('Extreem belangrijk') op de likertschaal meer dan 60% van de antwoorden bedroeg. Wanneer de cumulatieve waarde van 5, 6 en 7 op de likertschaal meer dan 80% van de antwoorden bedroeg, werd die barrière of facilitator als zeer belangrijk beschouwd.

Om de verschillende barrières en facilitatoren te vergelijken werden een aantal numerieke waarden gegenereerd voor elke vraag:

- *Het gemiddelde*

  De 28 barrières, 16 facilitatoren en 9 varia vragen werden in groep gerangschikt volgens het gemiddelde antwoord van meest belangrijk naar minst belangrijk.

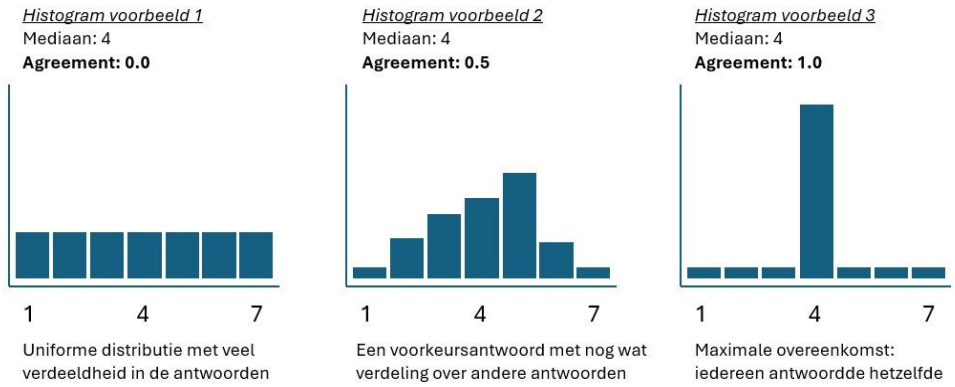
- *De mediaan*

  Voor de presentatie van het belang van de barrières en facilitatoren werd ook met het mediane antwoord gewerkt. Deze keuze werd gemaakt omdat de antwoordmogelijkheden

een categorische variabele zijn (de Likertschaal antwoordmogelijkheden gerepresenteerd door integers van 1 tot en met 7) en de gemiddelde waarde (een kommagetal) niet opnieuw tot een Likertschaal antwoord kan hervormd worden.

- *De inter-rater agreement*

  Om de mate van overeenstemming van respondenten voor een specifieke vraag te kwantificeren (de zogenaamde *inter-rater agreement*) werd de r_{wg}-waarde gebruikt zoals beschreven in (47). Deze r_{wg} waarde geeft een getal tussen 0 en 1 waarbij lagere waarden (i.e., dichter bij 0) meer verdeeldheid tussen de antwoorden impliceert, en hogere waarden (i.e., dichter bij 1) meer consistentie tussen de antwoorden impliceert. Dit wordt voorgesteld in figuur 3.2.



Figuur 3.2: schematische voorstelling van de inter-rater agreement

De r_{wg} waarde werd bepaald met eerst de berekening van een tussenwaarde σ_{eu}^2, de variantie in antwoorden als deze willekeurig zouden zijn (i.e., de nuldistributie, voor Likert scale data aldus een uniforme distributie) met A de hoeveelheid mogelijke Likert antwoorden (in dit onderzoek A = 7).

$\sigma_{eu}^2 = (A^2 - 1) / 12$

waarbij dan de r_{wg} -waarde deze variantie vergelijkt met de werkelijke variantie S_X^2 van de antwoorden voor een bepaalde vraag.

$r_{wg} = 1 - (S_X^2 / \sigma_{eu}^2)$

Vervolgens werd voor elke vraag (elke barrière en facilitator) een histogram gegenereerd van de antwoordmogelijkheden (hoeveelheid antwoorden voor elke antwoordmogelijkheid van “Helemaal niet belangrijk” tot “Extreem belangrijk”).

Ten slotte werd een beperkte subpopulatieanalyse uitgevoerd om significante verschillen in respons tussen de demografische groepen te identificeren.
De demografische groepen werden verdeeld op basis van responspercentage om voldoende grote groepen te behouden met ons beperkt responspercentage:

- Geslacht: mannen versus vrouwen
- Werkomgeving: stad versus dorp
- Werkervaring: HAIO's en artsen tot 15 jaar ervaring versus artsen met 16 of meer jaar ervaring
- Praktijkopleiders versus niet-praktijkopleiders
- Praktijktype: solopraktijk versus duo- en groepspraktijken
- Ervaring met het afbouwprogramma: reeds gebruik gemaakt van het afbouwprogramma versus geen gebruik van het afbouwprogramma

Voor de subpopulatieanalyse werd de Mann-Whitney U test gebruikt, gezien we werken met een dataset van ordinale data die niet noodzakelijk normaal gedistribueerd is (48). Resultaten met een p-waarde onder 0,05 werden als statistisch significant beschouwd.

3.3 Gebruik van artificiële intelligentie (A.I.)

AI werd gedurende deze thesis beperkt gebruikt om grammaticale fouten uit de tekst te halen. Dit gebeurde aan de hand van ChatGPT en werd enkel in de eerst geschreven versie van de introductie toegepast.
Voor de dataverwerking werd een initiële codestructuur voor Python geschreven met behulp van ChatGPT 4.0 (49). Deze code werd vervolgens manueel gecontroleerd en uitgebreid.

4. Resultaten

4.1 Literatuurstudie

Bij het onderzoek naar barrières en facilitatoren bij huisartsen werden 14 studies gebruikt. Deze 14 studies staan vermeld in tabel 4.1. Er werd specifiek voor onderstaande studies gekozen omdat er specifiek naar belemmerende en/of bevorderende factoren werd gevraagd.

Het merendeel van de studies betrof semi-gestructureerde interviews met huisartsen en/of patiënten. Hierin werd gepeild naar barrières en facilitatoren voor het stoppen van benzodiazepines.
Een aantal studies onderzochten een interventie. Bijvoorbeeld Martin & Tannenbaum onderzochten het effect van een korte interventie (brochures bij apothekers), maar bij elk van de studies met een interventie werd ook navraag gedaan omtrent barrières en facilitatoren.

Tabel 4.1: Overzicht van studies met onderzoek naar barrières en facilitatoren bij huisartsen met vermelding van aantal participanten en gebruikt studiedesign

Auteur	Jaar	Aantal participanten	Studiedesign
Allary et al.	2020	60 patiënten van 60+	Questionnaire tijdens en na BZD afbouwprogramma
Bourgeois et al.	2014	109 bewoners van woonzorgcentra	Vragenlijsten aan huisartsen en verpleegkundigen
Bourgeois et al.	2014	38 bewoners van woonzorgcentra	Afbouwprogramma met questionnaires (start, na 2 maand, na 8 maand)
Canham et al.	2014	15 patiënten van minstens 65 jaar oud	Semi gestructureerde interviews met patiënten
Cook et al.	2007	33 huisartsen	Semi-gestructureerde interviews
Cook et al.	2007	50 patiënten van 61-95 jaar oud	Semi-gestructureerde interviews
Dyas et al.	2010	30 patiënten (25-70 jaar) en 15 huisartsen	Focus interviews met artsen en patiënten
Heser et al.	2018	52 patiënten tussen 86 en 96 jaar oud	Semi gestructureerde interviews met patiënten
Martin & Tannenbaum	2017	261 patiënten	Deprescribing brochure
Mestres Gonzalvo et al.	2018	808 bewoners van woonzorgcentra	Clinical decision rule voor BZD af te bouwen. Motiveren wanneer

			afbouw niet werd uitgevoerd
Parr et al.	2006	28 artsen en 23 patiënten	Semi gestructureerde interviews
Subelj et al.	2010	10 huisartsen	Semi gestructureerde interviews met artsen
Tannenbaum et al.	2014	261 patiënten van minstens 65 jaar oud	Opvolging met patiënten na poging tot afbouw
Williams et al.	2016	17 ouderen	Semi gestructureerde interviews met patiënten

In onderstaande tabellen werden de verschillende barrières en facilitatoren van artsen voor de afbouw van benzodiazepines opgelijst. De lijst werd opgesteld op basis van verschillende onderzoeken. De bijbehorende onderzoeken werden aangegeven.

Ter evaluatie van het afbouwprogramma werden nog enkele barrières en facilitatoren toegevoegd. Gezien het afbouwprogramma nog niet lang bestaat, zijn er nog geen onderzoeken rond specifieke barrières en facilitatoren voor het afbouwprogramma. Volgende stellingen komen dus vooralsnog niet terug uit de literatuur.

Tabel 4.2: Facilitatoren voor de afbouw van benzodiazepines

Facilitator op niveau van de patiënt	**Referenties**
Druk/ondersteuning van de familie	(40, 44)
Het verminderen van BZD-gebruik zien als de verantwoordelijkheid van de voorschrijvende arts	(43)
Facilitator op niveau van de arts	**Referenties**
Kennis omtrent de risico's van langdurig benzodiazepinegebruik	(50)
Verbetering van omstandigheden sinds opstart benzodiazepines	(44)
Geloof in alternatieve (niet-medicamenteuze) therapieën	(40)
Facilitator rond het afbouwprogramma	
Mogelijkheid tot zeer traag afbouwen met behulp van magistrale bereidingen	
Mogelijkheid tot pauzeren bij het afbouwprogramma	
Keuzemogelijkheid tussen 3 verschillende afbouwsnelheden	

Samenwerking met apotheker binnen afbouwprogramma
Terugbetaling voor apothekers in het creëren van de magistrale bereidingen en begeleiding
Mogelijkheid tot omschakeling naar diazepam
De specifieke rol van de apotheker in dit project
Vergoeding voor apothekers in het afbouwproces
Vertrouwen van patiënt in meerwaarde apotheker

Tabel 4.3: Barrières voor de afbouw van benzodiazepines

Barrière op niveau van de patiënt	**Referenties**
Verwachte weerstand bij de patiënt	(20, 35-36, 40-41, 43)
Afhankelijkheid of gevoel van nood aan de BZD bij patiënt	(35)
Weinig vertrouwen in alternatieve (niet-medicamenteuze) therapieën bij patiënten	(39)
Langere duur van inname	(35, 44)
Falen van eerdere afbouw pogingen	(36, 43)
Psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt	(36)
Patiënt heeft andere behandel oorzaak dan slaapproblematiek	(36)
Weerstand familie van de patiënt	(41, 43)
Veeleisendheid bij de patiënt	(43, 45)
Barrière op niveau van de arts	**Referenties**
De arts ziet afbouwen van medicatie als onnodig gezien oudere leeftijd (Ageism)	(35, 41, 44)
De arts heeft weinig kennis rond afbouw	(43, 45)
De arts ervaart afbouwen van BZD als een tijds innemend proces/tijdsgebrek	(20, 39-40, 43, 45)
Afbouw van benzodiazepines wordt als niet-prioritair beschouwd	(33, 43)
De arts vindt de patiënt functionerend onder BZD	(43)
De arts verwacht geen winst bij de afbouw van BZD	(38, 43)

De arts heeft het gevoel dat patiënten voorschrift verwachten	(20, 40)
Niet continu gebruik van benzodiazepines	(41, 43)
Indicatie voor opstart benzodiazepine is nog steeds aanwezig	(43-44)
Het proces van afbouw benzodiazepines wordt gezien als een ondankbaar proces	(44)
Het proces van afbouw benzodiazepines wordt gezien als een complex proces	(43, 45)
Weinig kennis rond alternatieve (niet-medicamenteuze) behandelmethoden	(20, 38, 43)
De arts ervaart een gebrek aan gespreksvoeringstechnieken	(43, 45)
Angst voor negatieve impact op de arts-patiëntrelatie	(43)
Barrière op structureel niveau	
De arts heeft weinig hulpmiddelen/handvaten rond afbouw	(33, 43)
Verderzetten van medicatie die door vorige arts of specialist werd opgestart	(41, 44-45)
Langdurig voorschrijven zonder contact met de patiënt	(41)
Barrière rond het afbouwprogramma	
Tijd nodig tot het invullen van het contract	
Onvoldoende kennis rond het afbouwprogramma	
Onduidelijkheid rond de rol van apothekers in het afbouwproces	
Onvoldoende financiële vergoeding voor het begeleiden van patiënten	
Het afbouwprogramma is energie- en tijdsintensief voor de patiënt	

4.2 Eigen onderzoek met vragenlijst

In de volgende onderdelen worden de resultaten van het eigen onderzoek uitgelicht. De resultaten worden steeds eerst beschreven en daaropvolgend voorgesteld in een tabel. Facilitatoren, barrières en stellingen worden in de tabellen gerangschikt naar mate van belang. Binnen eenzelfde belangrijkheid worden de items in dalende volgorde gerangschikt. Dit wil zeggen dat procentueel minder 5 (‘belanrijk’) tot en met 7 (‘extreem belangrijk’) werd geantwoord op de likertschaal. De factoren kenmerkend voor het afbouwprogramma staan cursief gedrukt.

Tenslotte worden verschillende subgroepanalyses uitgevoerd.

In de bijlagen worden de resultaten visueel voorgesteld met behulp van staafdiagrammen.

4.2.1 Studiepopulatie

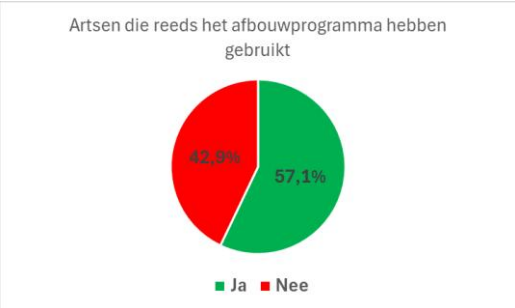
In onderstaande tabel staan de karakteristieken van de participanten weergegeven. Tussen 27 februari 2025 en 22 oktober 2025 werden 13 LOK's bezocht. In totaal waren 158 artsen op de bezochte LOK's aanwezig, waarvan 157 de vragenlijst gestart waren. Uit de gestarte vragenlijsten, werden 119 vragenlijsten volledig ingevuld. Dit wil zeggen dat er een responsgraad van 75% is. Hoewel er bijna een evenwicht is tussen vrouwelijke en mannelijke deelnemers, zien we een licht overwicht aan vrouwelijke deelnemers (resp. 56% en 43%). De meeste huisartsen waren werkzaam in Oost-Vlaanderen (54%). Daarenboven was er een mooie verdeling tussen artsen werkzaam in een stad of dorp, dit bedroeg respectievelijk 46% en 54%. De meeste artsen waren werkzaam in een groepspraktijk (72%).

Tabel 4.4: Karakteristieken van de participanten binnen het onderzoek

Karakteristiek	**Aantal (%)**
Aantal	119
Geslacht	
Man	51 (43%)
Vrouw	67 (56%)
Andere	1 (1%)
Provincie	
Oost-Vlaanderen	64 (54%)
Vlaams-Brabant	24 (20%)
West-Vlaanderen	16 (13%)
Antwerpen	15 (13%)
Limburg	0 (0%)
Werkomgeving	
Stad	55 (46%)
Dorp	64 (54%)
Werkervaring	

HAIO	1 (1%)
≤5 jaar	24 (20%)
6-10 jaar	24 (20%)
11-15 jaar	16 (13%)
16-20 jaar	8 (7%)
21-25 jaar	8 (7%)
26-30 jaar	10 (8%)
≥30 jaar	28 (24%)
Praktijkopleider	
Ja	32 (27%)
Nee	87 (73%)
Praktijktype	
Solopraktijk	21 (18%)
Duopraktijk	10 (8%)
Groepspraktijk	86 (72%)
Forfaitaire praktijk	2 (2%)

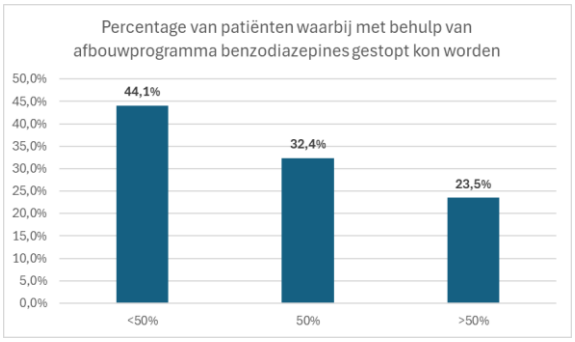
Wanneer specifiek gekeken werd naar gebruik van het afbouwprogramma, bleek dat 57,1% van de artsen reeds gebruikgemaakt had van het afbouwprogramma. Daartegenover had 42,9% het afbouwprogramma nog niet gebruikt.



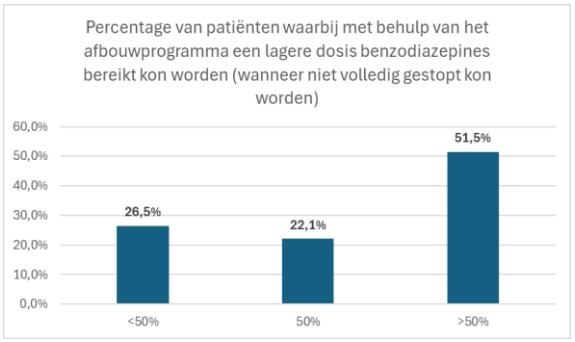
Figuur 4.1: verdeling van artsen die wel of niet met het afbouwprogramma hebben gewerkt

Van de artsen die van het afbouwprogramma reeds gebruik hebben gemaakt, heeft 31% het afbouwprogramma al 3 keer of meer gebruikt.

Bij minstens de helft van de patiënten hielp het afbouwprogramma om benzodiazepines volledig stop te zetten. Toen volledige stopzetting niet mogelijk bleek, slaagde 52% van de artsen erin om bij meer dan de helft van hun patiënten de dosis te verlagen. Dit wordt visueel voorgesteld in figuur 4.2 en 4.3.

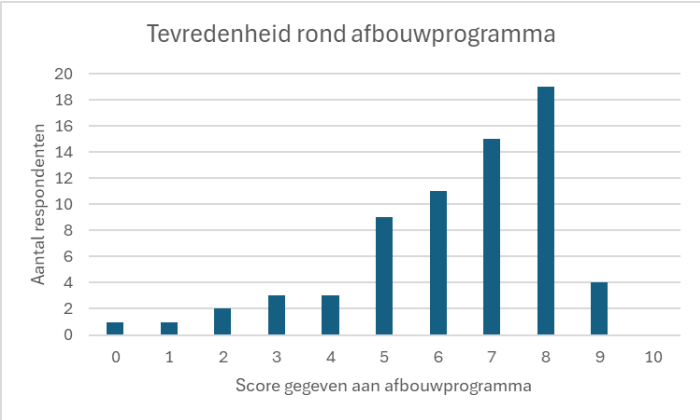


Figuur 4.2: Verdeling van aantal patiënten waarbij met behulp van het afbouwprogramma benzodiazepines gestopt konden worden



Figuur 4.3: Verdeling van aantal patiënten waarbij met behulp van het afbouwprogramma een lagere dosis kon bereikt worden, wanneer een volledige stop onmogelijk was

Bij het vragen naar een globale tevredenheid rond het benzodiazepine afbouwprogramma werd een mediane score van 7 op 10 gegeven. De gemiddelde score bedroeg 6,32 op 10, met een standaarddeviatie van 1,97. Geen enkele arts gaf verder een perfecte score van 10 aan het afbouwprogramma.



Figuur 4.4: Tevredenheid van artsen omtrent het afbouwprogramma

4.2.2 Facilitatoren van artsen voor de afbouw van benzodiazepines

Uit de 16 facilitatoren werden er 4 als zeer belangrijk (i.e. meer dan 80% van de artsen antwoordde met 5 (belangrijk), 6 (zeer belangrijk) of 7 (extreem belangrijk) op de likertschaal) beschouwd. Hieronder vielen de mogelijkheid tot traag afbouwen van de medicatie (92,5%), het actief betrekken

van de patiënt in het beslissingsproces (89,9%), de wens van de patiënt om traag af te bouwen (84,1%) en regelmatige follow up en ondersteuning van de patiënt tijdens het afbouwproces (81,5%).
Zodoende vond 39,5% van de respondenten het een extreem belangrijke facilitator wanneer de patiënt zelf graag wenste af te bouwen. Dit was de facilitator waarop het hoogst aantal personen 'extreem belangrijk' antwoordde.

Daarnaast werden 6 facilitatoren als belangrijk (i.e. 60% tot 80% van de artsen antwoordde met 5 (belangrijk), 6 (zeer belangrijk) of 7 (extreem belangrijk) op de likertschaal) beschouwd. Deze zijn, naar gelang van dalende hoeveelheid personen dit belangrijk tot extreem belangrijk vinden: aanbieden van patiënteneducatie en materiaal over slapeloosheid (76,5%), goede vertrouwensrelatie tussen arts/patiënt/apotheker (76,4%), mogelijkheid tot pauzeren bij afbouwproces (75,6%), keuzemogelijkheid tussen 3 verschillende afbouwstappen (67,2%), samenwerking met de apotheker (64,7%) en het evalueren van noodzaak tot benzodiazepines (63%).

De overige 6 facilitatoren werden als minder belangrijk (i.e. minder dan 60% van de artsen antwoordde met 5 (belangrijk), 6 (zeer belangrijk) of 7 (extreem belangrijk) op de likertschaal) beschouwd. Naar gelang van dalende hoeveelheid personen dit belangrijk tot extreem belangrijk vinden: de terugbetaling voor apothekers in het creëren van de magistrale bereidingen en begeleiding (52,9%), vertrouwen van patiënt in meerwaarde apotheker (48,7%), de specifieke rol van de apotheker in dit project (48,7%), de mogelijkheid tot omschakeling naar diazepam (37,8%), vergoeding voor apothekers in het afbouwproces (36,9%), stabiele situatie onder huidige benzodiazepines (33,6%).

De vergoeding voor de apothekers werd als minst belangrijke facilitator beoordeeld. Zodoende werd op de vraag rond 'belang van vergoeding bij apothekers in het afbouwproces' het grootste aantal keer 'helemaal niet belangrijk' geantwoord. Dit maar liefst 24 keer (20,2%). Bovendien antwoordde 42% dat ze dit 'helemaal niet belangrijk' tot 'weinig belangrijk' vonden.

In onderstaande tabel worden de facilitatoren gerangschikt naar mate van belang. Zodoende staan de waarden gerangschikt naar dalende hoeveelheid personen belangrijk tot extreem belangrijk antwoordden. In cursief staan de facilitatoren die specifiek gelinkt zijn aan het afbouwprogramma.

Tabel 4.5: Facilitatoren vanuit het onderzoek en diens belang

Facilitator	Mediaan*	Agreement**	Aantal antwoorden per antwoordmogelijkheid* (in %)						
			1	2	3	4	5	6	7
Zeer belangrijke facilitatoren (i.e. >80% van de artsen antwoordde met 5 t.e.m. 7 op de Likertschaal)									
Mogelijkheid tot zeer traag afbouwen met behulp van magistrale bereidingen	6	0,72	0,8	0,8	1,7	4,2	24,4	42,9	25,2
Actief betrekken van patiënt bij beslissen (shared-decision making)	6	0,76	0,0	0,0	0,8	9,2	31,9	31,9	26,1
Patiënt wenst zelf graag af te bouwen	6	0,46	3,4	0,8	4,2	7,6	18,5	26,1	39,5
Regelmatige follow up en ondersteuning van patiënt tijdens afbouwproces	5	0,72	0,8	0,8	3,4	13,4	45,4	25,2	10,9
Belangrijke facilitatoren (i.e. 60%-80% van de artsen antwoordde met 5 t.e.m. 7 op de Likertschaal)									
Aanbieden van patiënteneducatie en materiaal over slapeloosheid	5	0,58	0,8	3,4	7,6	11,8	35,3	26,1	15,1
Goede vertrouwensrelatie tussen arts/patiënt/apotheker	5	0,66	0,8	0,8	6,7	15,1	36,1	27,7	12,6
Mogelijkheid tot pauzeren bij afbouwproces	5	0,60	0,0	4,2	7,6	12,6	37,0	25,2	13,4
Keuzemogelijkheid tussen 3 verschillende afbouwstappen	5	0,56	1,7	4,2	11,8	15,1	42,0	16,0	9,2
Samenwerking met apotheker	5	0,35	5,0	8,4	10,1	11,8	32,8	21,8	10,1
Evalueren van noodzaak tot benzodiazepines	5	0,65	0,8	2,5	5,9	27,7	33,6	21,0	8,4
Minder belangrijke facilitatoren (i.e. <60% van de artsen antwoordde met 5 t.e.m. 7 op de Likertschaal)									
Terugbetaling voor apothekers in het creëren van de magistrale bereidingen en begeleiding	5	0,17	10,1	10,9	9,2	16,8	25,2	15,1	12,6
Vertrouwen van patiënt in meerwaarde apotheker	4	0,38	4,2	11,8	15,1	20,2	24,4	17,6	6,7

De specifieke rol van de apotheker in dit project	4	0,32	7,6	10,9	13,4	19,3	25,2	16,8	6,7
Mogelijkheid tot omschakeling naar diazepam	4	0,47	8,4	9,2	26,1	18,5	26,9	9,2	1,7
Vergoeding voor apothekers in het afbouwproces	4	0,14	20,2	9,2	12,6	21,0	19,3	10,9	6,7
Stabiele situatie onder huidige benzodiazepines	4	0,49	5,0	10,1	16,0	35,3	17,6	11,8	4,2

* Legende waardes: 1: helemaal niet belangrijk; 2: niet belangrijk; 3: weinig belangrijk; 4: matig belangrijk (neutraal); 5: belangrijk; 6: zeer belangrijk; 7: extreem belangrijk

** Agreement tussen 0 en 1 waarbij een lagere waarde meer verdeeldheid impliceert

4.2.3 Barrières van artsen voor de afbouw van benzodiazepines

Van de 26 bevraagde barrières, werd één als een zeer belangrijke barrière (i.e. meer dan 80% van de artsen antwoordde met 5 (belangrijk), 6 (zeer belangrijk) of 7 (extreem belangrijk) op de likertschaal) beschouwd. De barrière 'Geen vraag of interesse bij de afbouw van benzodiazepines' werd door 81,5% van de artsen als belangrijk tot extreem belangrijk gescoord.

Daarnaast werden nog 6 barrières als belangrijk (i.e. 60% tot 80% van de artsen antwoordde met 5 (belangrijk), 6 (zeer belangrijk) of 7 (extreem belangrijk) op de likertschaal) beschouwd. Naargelang de dalende hoeveelheid personen dit belangrijk tot extreem belangrijk vinden: de te verwachten weerstand van de patiënt (79,9%), de patiënt ervaart geen bijwerkingen van chronisch benzodiazepinegebruik (78,2%), de patiënt vindt het afbouwen geen prioriteit (78,1%), langdurig gebruik vormt voor de patiënt geen probleem (74%), hulpeloosheid bij aanhoudende slaapproblemen waarbij alternatieve interventies reeds geprobeerd zijn (70,6%) en gebrek aan duidelijke richtlijnen of hulpmiddelen voor het stoppen van benzodiazepines (60,4%).

De overige 21 barrières werden als minder belangrijk (i.e. minder dan 60% van de artsen antwoordde met 5 (belangrijk), 6 (zeer belangrijk) of 7 (extreem belangrijk) op de likertschaal) beschouwd. Naar gelang van dalende hoeveelheid personen dit belangrijk tot extreem belangrijk vinden: gebrek aan educatie over benzodiazepines bij de arts (59,7%), tijdsgebrek als arts (55,4%), eerdere mislukte pogingen tot afbouw (52,9%), tijd nodig tot invullen contract (51,3%), druk die gezet wordt door patiënten tijdens bespreken van afbouw benzodiazepines (46,3%), onvoldoende financiële vergoeding voor het begeleiden van patiënten (46,2%), onduidelijkheid rond de rol van apothekers in afbouwproces (42,8%), onvoldoende kennis rond het afbouwprogramma (36,9%), risico op terugval tijdens of na het stoppen (36,1%), onvoldoende kennis rond niet-medicamenteuze alternatieven (31,9%), oudere patiënt (31,9%), moeilijk bespreekbaar maken van gebruik benzodiazepines (31,1%), het afbouwprogramma is energie- en tijdsintensief voor de patiënt (29,5%), risico op negatieve impact arts-patiëntrelatie (29,4%), risico op ontwenningsverschijnselen tijdens of na het stoppen (28,5%), het benzodiazepine werd opgestart door een andere arts buiten de praktijk (26,8%), het benzodiazepine werd opgestart door een andere arts binnen dezelfde praktijk (25,2%), onvoldoende kennis rond risico's langdurig gebruik benzodiazepines (25,2%), ongekende indicatie opstart benzodiazepine (22,6%), het niet zien als verantwoordelijkheid van de arts (16,9%) en het afbouwen niet als prioritair zien (14,3%).

In onderstaande tabel worden de barrières gerangschikt naar mate van belang. Zodoende staan de waarden gerangschikt naar dalende hoeveelheid personen belangrijk tot extreem belangrijk antwoordden. In cursief staan de barrières die specifiek gelinkt zijn aan het afbouwprogramma.

Tabel 4.6: Barrières vanuit het onderzoek en diens belang

Barrière	Mediaan*	Agreement**	Aantal antwoorden per antwoordmogelijkheid* (in %)						
			1	2	3	4	5	6	7
Zeer belangrijke barrière (i.e. >80% van de artsen antwoordde met 5 t.e.m. 7 op de Likertschaal)									
Geen vraag of interesse bij de afbouw van benzodiazepines	6	0,66	0,8	0,8	5,0	11,8	30,3	36,1	15,1
Belangrijke barrières (i.e. 60%-80% van de artsen antwoordde met 5 t.e.m. 7 op de Likertschaal)									
Te verwachten weerstand van de patiënt	5	0,71	0,8	1,7	2,5	15,1	38,7	32,8	8,4
De patiënt ervaart geen bijwerkingen van chronisch benzodiazepinegebruik	5	0,57	1,7	2,5	6,7	10,9	28,6	35,3	14,3
De patiënt vindt het afbouwen geen prioriteit	6	0,67	0,0	0,8	7,6	13,4	27,7	37,0	13,4
Langdurig gebruik vormt voor de patiënt geen probleem	5	0,34	5,0	5,9	7,6	7,6	30,3	27,7	16,0
Hulpeloosheid bij aanhoudende slaapproblemen waarbij alternatieve interventies reeds geprobeerd zijn	5	0,66	0,0	4,2	7,6	17,6	38,7	25,2	6,7
Gebrek aan duidelijke richtlijnen of hulpmiddelen voor het stoppen van benzodiazepines	5	0,54	3,4	6,7	13,4	16,0	40,3	17,6	2,5
Minder belangrijke barrières (i.e. <60% van de artsen antwoordde met 5 t.e.m. 7 op de Likertschaal)									
Gebrek aan educatie over benzodiazepines bij de arts	5	0,53	1,7	11,8	11,8	15,1	43,7	11,8	4,2
Tijdsgebrek als arts	5	0,30	5,9	11,8	13,4	13,4	25,2	23,5	6,7
Eerdere mislukte pogingen tot afbouw	5	0,47	4,2	8,4	21,0	13,4	32,8	17,6	2,5
Tijd nodig tot invullen contract	5	0,26	6,7	15,1	15,1	11,8	26,9	16,8	7,6
Druk die gezet wordt door patiënten tijdens bespreken van afbouw benzodiazepines	4	0,56	3,4	10,1	16,8	23,5	34,5	10,1	1,7

Onvoldoende financiële vergoeding voor het begeleiden van patiënten	4	0,23	6,7	18,5	9,2	19,3	19,3	19,3	7,6
Onduidelijkheid rond rol apothekers in afbouwproces	4	0,32	5,0	15,1	14,3	22,7	17,6	18,5	6,7
Onvoldoende kennis rond afbouwprogramma	4	0,45	7,6	10,9	19,3	25,2	21,0	15,1	0,8
Risico op terugval tijdens of na stoppen	4	0,40	10,9	12,6	16,0	24,4	25,2	8,4	2,5
Onvoldoende kennis rond niet-medicamenteuze alternatieven	4	0,47	10,1	14,3	20,2	23,5	22,7	9,2	0,0
Oudere patiënt	4	0,40	8,4	20,2	19,3	20,2	20,2	9,2	2,5
Moeilijk bespreekbaar maken van gebruik benzodiazepines	4	0,44	5,9	21,0	15,1	26,9	18,5	10,1	2,5
Afbouwprogramma is energie- en tijdsintensief voor de patiënt	3	0,40	6,7	25,2	21,0	17,6	18,5	7,6	3,4
Risico op negatieve impact arts-patiëntrelatie	4	0,45	7,6	24,4	19,3	19,3	21,0	6,7	1,7
Risico op ontwenningsverschijnselen tijdens of na het stoppen	4	0,46	10,1	19,3	19,3	22,7	21,0	6,7	0,8
Benzodiazepine werd opgestart door andere arts buiten de praktijk	3	0,26	21,8	23,5	14,3	13,4	17,6	6,7	2,5
Benzodiazepine werd opgestart door een andere arts binnen dezelfde praktijk	3	0,39	16,8	20,2	21,0	16,8	18,5	5,0	1,7
Onvoldoende kennis rond risico's langdurig gebruik benzodiazepines	3	0,32	18,5	21,8	20,2	14,3	16,0	6,7	2,5
Ongekende indicatie opstart benzodiazepine	3	0,43	14,3	22,7	21,0	19,3	15,1	6,7	0,8
Het niet zien als de verantwoordelijkheid van de arts	2	0,34	40,3	30,3	4,2	8,4	11,8	3,4	1,7
Afbouwen niet als prioriteit zien	2	0,35	31,9	29,4	10,1	14,3	5,9	7,6	0,8

* Legende waardes: 1: helemaal niet belangrijk; 2: niet belangrijk; 3: weinig belangrijk; 4: matig belangrijk (neutraal); 5: belangrijk; 6: zeer belangrijk; 7: extreem belangrijk

** Agreement tussen 0 en 1 waarbij een lagere waarde meer verdeeldheid impliceert

4.2.4 Stellingen en visie t.a.v. chronisch gebruik van benzodiazepines

Daarnaast werden nog enkele stellingen voorgelegd aan de deelnemers. De stellingen en de resultaten staan opgelijst in tabel 4.7.

Uit de 9 stellingen werden er 2 als zeer belangrijk (i.e. meer dan 80% van de artsen antwoordde met 5 (belangrijk), 6 (zeer belangrijk) of 7 (extreem belangrijk) op de likertschaal) beschouwd.
Dit omvat het belang om de patiënt te informeren over de mogelijke nadelige effecten van langdurig gebruik. Bij 93,3% van de artsen werd dit als belangrijk tot extreem belangrijk bestempeld.
Daarop aansluitend vond 91,6% van de artsen het belangrijk tot extreem belangrijk om de patiënt te informeren over het mogelijk verslavend effect van langdurig gebruik.

Daarnaast werden nog 3 stellingen als belangrijk (i.e. 60% tot 80% van de artsen antwoordde met 5 (belangrijk), 6 (zeer belangrijk) of 7 (extreem belangrijk) op de likertschaal) beschouwd. Naar gelang van dalende hoeveelheid personen dit belangrijk tot extreem belangrijk vinden: 'door het afbouwprogramma ga ik het stoppen van benzodiazepines meer aanbrengen of vaker voorstellen aan de patiënt' (64,7%), 'belangrijk om indicatie van benzodiazepinegebruik te kennen' (62,2%) en 'ik vraag naar bijwerkingen bij gebruik benzodiazepine' (61,3%).

De overige 4 stellingen werden als minder belangrijk (i.e. minder dan 60% van de artsen antwoordde met 5 (belangrijk), 6 (zeer belangrijk) of 7 (extreem belangrijk) op de likertschaal) beschouwd. Naar gelang van dalende hoeveelheid personen dit belangrijk tot extreem belangrijk vinden: 'een goede samenwerking tussen arts en apotheker is essentieel om het afbouwen te doen slagen' (58,8%), 'ik vind het moeilijk om patiënten te motiveren om hun benzodiazepine af te bouwen' (52,9%), 'ik vind het moeilijk om afbouwen ter sprake te brengen bij de patiënt' (32,8%) en 'langdurig gebruik is geen probleem als de patiënt goed functioneert en geen bijwerkingen ervaart' (17,7%).

In onderstaande tabel worden de stellingen gerangschikt naar mate van belang. Zodoende staan de waarden gerangschikt naar dalende hoeveelheid personen belangrijk tot extreem belangrijk antwoordden. In cursief staan de stellingen die specifiek gelinkt zijn aan het afbouwprogramma.

Tabel 4.7: Stellingen vanuit het onderzoek en diens belang

Stelling	Mediaan*	Agreement**	Aantal antwoorden per antwoordmogelijkheid* (in %)						
			1	2	3	4	5	6	7
Zeer belangrijke stellingen (i.e. >80% van de artsen antwoordde met 5 t.e.m. 7 op de Likertschaal)									
Belangrijk om de patiënt te informeren over de mogelijke nadelige effecten van langdurig gebruik	6	0,76	0,0	0,8	0,8	5,0	22,7	37,8	32,8
Belangrijk om de patiënt te informeren over het mogelijks verslavend effect van langdurig gebruik	6	0,71	0,8	0,0	1,7	5,9	21,0	35,3	35,3
Belangrijke stellingen (i.e. 60%-80% van de artsen antwoordde met 5 t.e.m. 7 op de Likertschaal)									
Door het afbouwprogramma ga ik het stoppen van benzodiazepines meer aanbrengen of vaker voorstellen aan de patiënt	5	0,43	5,0	5,9	6,7	17,6	34,5	21,0	9,2
Belangrijk om indicatie van benzodiazepinegebruik te kennen	5	0,39	3,4	8,4	6,7	19,3	29,4	18,5	14,3
Ik vraag naar bijwerkingen bij gebruik benzodiazepine	5	0,47	3,4	5,0	13,4	16,8	37,8	12,6	10,9
Minder belangrijke stellingen (i.e. <60% van de artsen antwoordde met 5 t.e.m. 7 op de Likertschaal)									
Een goede samenwerking tussen arts en apotheker is essentieel om het afbouwen te doen slagen	5	0,46	3,4	6,7	12,6	18,5	33,6	16,0	9,2
Ik vind het moeilijk om patiënten te motiveren om hun benzodiazepine af te bouwen	5	0,49	4,2	5,0	16,8	21,0	29,4	19,3	4,2
Ik vind het moeilijk om afbouwen ter sprake te brengen bij patiënten	4	0,48	5,0	21,0	16,8	24,4	23,5	7,6	1,7
Langdurig gebruik is geen probleem als de patiënt goed functioneert en geen bijwerkingen ervaart	3	0,47	25,2	26,1	16,8	14,3	16,0	1,7	0,0

* Legende waardes: 1: helemaal niet belangrijk; 2: niet belangrijk; 3: weinig belangrijk; 4: matig belangrijk (neutraal); 5: belangrijk; 6: zeer belangrijk; 7: extreem belangrijk

** Agreement tussen 0 en 1 waarbij een lagere waarde meer verdeeldheid impliceert

4.2.5 Subpopulatieanalyse

Ten slotte werd een (beperkte) subpopulatieanalyse uitgevoerd. Het doel hiervan was onderzoeken of er grote verschillen in antwoorden waren tussen groepen van respondenten. Gezien de geringe grootte van de subpopulaties (bij een totale sample size van 119) zijn deze resultaten louter indicatief om eventueel grote verschillen in kaart te brengen voor verder onderzoek.

Voor onze steekproef van 119 artsen waren de significante verschillen tussen subpopulaties, indien aanwezig, beperkt in grootte met maximum 1 punt verschil op de Likertschaal. Uitzonderigen hierop zijn in de vergelijking tussen solo- en niet-solopratkijken, met drie stellingen waar een verschil van 2 punten op de Likertschaal werd vastgesteld. De resultaten van de subpopulatie analyse zijn in tabelvorm geincludeerd in bijlage 7.

5. Discussie

5.1 Samenvatting van de bevindingen

In dit onderzoek werd via het afnemen van gestructureerde vragenlijsten onderzocht wat de mening is van Vlaamse huisartsen anno 2025, 2 jaar na introductie van het afbouwprogramma. Er werd gepeild naar mogelijke barrières en facilitatoren die men als huisarts kan ervaren bij het afbouwen van benzodiazepines. Dit binnen in de context van het afbouwprogramma voor benzodiazepines dat op 1 februari 2023 door het RIZIV werd gelanceerd in België.

Een groot deel van de resultaten van dit onderzoek ligt in lijn met resultaten uit voorgaand wetenschappelijk onderzoek over barrières en facilitatoren voor het afbouwen van benzodiazepines bij huisartsen. Deze gelijkaardige bevindingen gaan voornamelijk over stellingen die betrekking hebben op het afbouwen van benzodiazepines in het algemeen, zonder specifiek in te gaan op enkele eerder unieke kenmerken van het door het RIZIV terugbetaalde afbouwprogramma.

Het afbouwprogramma zelf behaalde in dit onderzoek voor de globale tevredenheid een gemiddelde score van 6,32 op 10 of een mediaan score van 7 op 10. Geen enkele arts gaf een perfecte score van 10 op 10. Ruim 57% van de artsen had reeds gebruikgemaakt van het afbouwprogramma. Daartegenover had 43% het afbouwprogramma nog niet gebruikt.
De belangrijkste facilitatoren in dit onderzoek zijn de mogelijkheid tot traag afbouwen van de medicatie, het actief betrekken van de patiënt in het beslissingsproces, de wens van de patiënt om traag af te bouwen en de regelmatige follow up/ondersteuning van de patiënt tijdens het afbouwprogramma. De belangrijkste barrière om het afbouwprogramma te gebruiken in dit onderzoek is geen vraag of interesse hebben in de afbouw van benzodiazepines.

5.2 Vergelijking met de literatuur

Hier worden de stellingen verder toegelicht die door artsen bij de afbouw van benzodiazepines als (zeer) belangrijk werden bevonden, alsook diegenen die als minder belangrijk werden geïdentificeerd. Deze toelichting wordt verder aangevuld door het maken van een vergelijking met bevindingen uit de bestaande wetenschappelijke literatuur.

5.2.1 Facilitatoren

De facilitator waarop het meeste aantal artsen belangrijk tot extreem belangrijk antwoordde was de mogelijkheid om het benzodiazepine traag af te bouwen. Deze facilitator wordt weinig onder deze benoeming vermeld in de literatuur. Dit is niet zo onbegrijpelijk gezien het afbouwprogramma pas sinds februari 2023 in België bestaat en er dus weinig onderzoek specifiek over dit programma is gebeurd. Aangezien het afbouwprogramma de optie biedt tussen drie verschillende afbouwstappen met verschillende duratie mogelijkheden per stap heeft de arts in samenspraak met de patiënt veel keuze om de snelheid van het afbouwen zelf te kiezen en kan het afbouwprogramma hierbij een grote meerwaarde bieden.

Het actief kunnen betrekken van de patiënt bij het beslissingsproces werd ook als een zeer belangrijke facilitator beschouwd. De mogelijkheid tot doen aan shared decision making is niet uniek aan het afbouwprogramma maar wordt door het afbouwprogramma wel extra benadrukt door het opmaken van een contract tussen huisarts, patiënt en apotheker. Daarmee beantwoordt het programma aan de vraag van meerdere auteurs in de bestaande literatuur naar het verder prioriteren van een goede therapeutische relatie tussen de arts en zijn patiënt, een betere communicatie, en het vooropstellen van shared decision making (35,51).

Verder is de situatie waarin de patiënt zelf graag wenst af te bouwen een derde facilitator die als zeer belangrijk werd bevonden. Deze uitkomsten komen ook overeen met wat er in eerdere systematische reviews werd beschreven waarbij motivatie van de patiënt werd aangehaald als een belangrijke facilitator (33).

Tenslotte werd regelmatige follow up en ondersteuning van de patiënt tijdens het afbouwproces als een zeer belangrijke facilitator beschouwd. Het afbouwprogramma leent zich hiertoe, aangezien de patiënt voor elk (of elke 2) voorschriften op consult dient te komen. Hierdoor worden ontwenningsverschijnselen of moeilijkheden met het afbouwen tijdig opgevangen. Dit kan zorgen voor een betere begeleiding van de patiënt naar het afbouwen toe.

Het valt op dat een groot deel van de huisartsen de optie voor verschillende keuzemogelijkheden binnen het afbouwprogramma zien als facilitator voor het gebruik ervan. Het wordt namelijk als belangrijk bevonden dat er de mogelijkheid is tot pauzeren bij het afbouwproces en dat er een keuzemogelijkheid is tussen 3 verschillende afbouw stappen. Dit werd recent nog maar voor het eerst ook in ander wetenschappelijk onderzoek gerapporteerd, maar dan door apothekers die patiënten

binnen het afbouwprogramma hebben begeleid (52). In dit onderzoek werden de twee bovengenoemde facilitatoren als matig belangrijk door apothekers ervaren.

Wat betreft de minder belangrijk gevonden facilitatoren zien we dat het merendeel van de huisartsen het maar matig belangrijk vindt of zich neutraal opstellen ten opzichte van de rol van de apotheker en een vergoeding voor de apothekers. Het is een opvallende bevinding dat de artsen de rol van de apotheker in dit afbouwprogramma niet voorop lijken te stellen, terwijl apothekers en goede interdisciplinaire samenwerking met de huisarts als een zeer belangrijke facilitator vooropstellen in de literatuur (52). De samenwerking met de apotheker als facilitator in die expliciete bewoording wordt dan wel weer als een belangrijke facilitator gezien door huisartsen, doch met een lage mate van overeenkomst tussen de artsen onderling (zoals te zien aan de lage *agreement* waarde van 0.35). Een mogelijke verklaring voor het minder belangrijk vinden van een vergoeding voor de apothekers kan zijn dat de huisarts in dit afbouwprogramma zelf geen extra vergoeding krijgt, of dat zij minder zicht hebben op het takenpakket van de apotheker binnen in het afbouwprogramma.

5.2.2 Barrières

De barrière die huisartsen volgens de enquête als zeer belangrijk beschouwen is de weinige interesse van de patiënt naar afbouw van benzodiazepines. Met andere woorden, als de patiënt intrinsiek niet voldoende gemotiveerd is om af te bouwen en er met andere woorden extra motiverende gespreksvoering nodig is, blijkt dat een zeer belangrijke barrière te zijn om het afbouwprogramma op te starten. Mogelijk denken huisartsen dat wanneer patiënten zelf geen interesse hebben in het afbouwen van hun benzodiazepine en dit niet als prioritair beschouwen, de kans kleiner is dat het afbouwen via het afbouwprogramma zal slagen. De studie van Shapoval rapporteert gelijkaardige resultaten waarbij artsen zich onder druk voelen gezet om het benzodiazepine verder voor te schrijven indien patiënt weigerachtig staat tegenover de afbouw van de medicatie (50). De literatuur rapporteert verder wel dat een uitgebreide uitleg over de nadelige effecten van chronisch benzodiazepinegebruik een grote invloed heeft op de motivatie van de patiënt om de medicatie af te bouwen (33). Het afbouwprogramma voor benzodiazepines biedt geen directe oplossing om deze drempel te overkomen gezien de patiënt een contract ondertekend heeft dat bestaat uit vaste afbouwstappen. De intrinsieke motivatie van de patiënt bij de start van het afbouwprogramma is hierbij noodzakelijk.

Uit het literatuuronderzoek is verder gebleken dat tijdgebrek een terugkerende belangrijke barrière is. In het huidige onderzoek was hier echter meer verdeeldheid rond (met een *agreement* waarde van 0,30). Voor sommige artsen was dit een zeer belangrijke barrière, terwijl andere artsen dit niet

belangrijk vonden. Echter is tijd een zeer grote variabele die voor een groot deel ook afhangt van de drukte binnen de praktijk die dan weer afhankelijk is van verschillende andere factoren zoals de winterperiode, het huisartsentekort in de regio, etc.

In voorgaande literatuur wordt de oudere leeftijd van patiënten vaak benoemd als een barrière tot afbouw van benzodiazepines. In het huidige onderzoek werd dit eerder als een weinig belangrijke drempel beschouwd. De verbetering hierin zou mogelijks kunnen betekenen dat er een betere kennis is over de risico's van het gebruik van benzodiazepines in de oudere bevolking.

De meeste respondenten vinden het, ondanks de vele aanwezige drempels, wel de verantwoordelijkheid van de huisarts om het afbouwen van het benzodiazepine op de agenda te plaatsen.

De belangrijkste vraag voor de toekomst omtrent deze drempels is hoe de overheid de barrières die voor de huisartsen als (zeer) belangrijk worden beschouwd, kunnen aanpakken zodat het afbouwprogramma in de toekomst meer zal worden gebruikt.

5.2.3 Stellingen en visie

Uit de resultaten blijkt dat huisartsen het zeer belangrijk vinden patiënten te informeren over de bijwerkingen en gekende afhankelijkheid bij langdurig gebruik van benzodiazepines en ze het chronisch gebruik ervan beschouwen als een probleem. Het afbouwprogramma wordt door het merendeel van de huisartsen gezien als drijfveer om het afbouwen van benzodiazepines meer aan te brengen.

5.2.4 Subpopulatieanalyse

Zoals reeds in de resultaten beschreven komen in de subpopulatieanalyse weinig grote verschillen naar boven tussen de subgroepen. Bij geslacht, jaren ervaring, werkomgeving van de praktijk en praktijkopleiderschap zijn er slechts een aantal stellingen met een beperkt mediaan verschil (1 punt op de Likertschaal) tussen de groepen.

De verschillen tussen artsen die het benzodiazepine afbouwprogramma wel of niet gebruikt hebben zijn opnieuw minder groot, met een maximum 1 punt verschil op de Likertschaal. Daar zien we een lichte trend dat artsen die het afbouwprogramma al gebruikt hebben eerder lager gaan scoren op het belang van een aantal barrières. Zij laten hen bijvoorbeeld minder beperken door het risico op ontwenningsverschijnselen of het gebrek aan financiële vergoeding voor de begeleiding van de

patiënt, en vinden de moeilijkheid om het afbouwen ter sprake te brengen bij de patiënt minder relevant. Dit ligt in lijn met wat wij verwachten: gebruik van het (toen nog proefproject) benzodiazepine afbouwprogramma impliceert in hogere interesse in benzodiazepine afbouw en het zich minder laten remmen door barrières omtrent deze afbouw. De enige stelling die niet in dezelfde lijn ligt, is het niet kennen van de initiële indicatie voor de opstart van het benzodiazepine: dit scoren de artsen die het afbouwprogramma al gebruikt hebben als iets belangrijker dan zij die het afbouwprogramma nog niet gebruikt hebben.

5.3 Sterktes en beperkingen studie

Deze studie is de eerste die het afbouwprogramma in België heeft geëvalueerd door het bevragen van facilitatoren en barrières via vragenlijsten. Er werden in totaal 119 vragenlijsten volledig ingevuld. De vragenlijst werd op LOK vergaderingen verspreid. Dit was een efficiënte manier om actief respondenten te verkrijgen. Op deze manier werd de kans op selectiebias kleiner (aangezien alle huisartsen jaarlijks op een aantal LOK-vergaderingen aanwezig moeten zijn) en waren er geen risico's op dubbele antwoorden (aangezien elke regionale LOK-kring slechts eenmalig bezocht werd).

Onze steekproef weerspiegelt niet de werkelijke geografische spreiding van huisartsen in Vlaanderen. Meer dan de helft van de bevraagde huisartsen is werkzaam in Oost-Vlaanderen (54%), en geen enkele huisarts uit Limburg of Brussel werd met dit onderzoek bereikt. Ook huisartsen-in-opleiding, die niet aanwezig moeten zijn op LOK's, werden met dit onderzoek niet bereikt.

De totale hoeveelheid respondenten was eerder laag, waardoor een uitgebreider subpopulatieonderzoek door te kleine grootte van subpopulaties weinig meerwaarde heeft.

Ongeveer 25% van de ingevulde vragenlijsten is verloren gegaan door het starten maar niet volledig in te vullen van de vragenlijst. Dit kan deels vermeden worden door duidelijker aan te geven dat er op het einde op verzenden geklikt moet worden (zodat ook de laatste pagina correct wordt opgeslagen) tijdens de uitleg en dit ook nog eens vermelden nadat schijnbaar iedereen de vragenlijst heeft ingevuld. De mogelijkheid om het mailadres op het einde van de vragenlijst in te vullen zou ons in staat gesteld hebben om een mail ter herinnering te sturen naar de personen die de vragenlijst niet volledig hebben ingevuld.

Ten slotte werd feedback gegeven van de respondenten dat de vragen soms moeilijk te interpreteren waren. Dit komt door de bewuste keuze om alle barrières als negatieve stelling en alle facilitatoren als positieve stelling te formuleren, waardoor een aantal vragen in een dubbel-negatieve vorm

geformuleerd werden. Dit zou ervoor gezorgd kunnen hebben dat sommige vragen verkeerdelijk geïnterpreteerd werden en dat een grotere verdeeldheid in antwoorden op een vraag deels hierdoor te verklaren is. Ook de vraag rondom de slaagkans van het volledig of gedeeltelijk stoppen van het benzodiazepine werd als moeilijk te beantwoorden beschouwd; een betere vraagstelling zoals 'Hoeveel procent van de patiënten die het benzodiazepine niet volledig hebben gestopt, is er desondanks in geslaagd de dosering te verminderen?' zou meer interpreteerbare resultaten kunnen opleveren.

5.4 Toekomstperspectief

5.4.1 Aanbevelingen

De laatste publieke gegevens over de frequentie van gebruik van het benzodiazepine afbouwprogramma dateren van 2023-2024. Jaarlijkse gegevens over toe- of afname in het gebruik zouden nuttig kunnen zijn om te evalueren of verdere sensibiliserende campagnes nodig zijn om het gebruik van het afbouwprogramma te stimuleren. Deze sensibiliseringscampagnes zouden zich zowel op huisartsen als op patiënten moeten richten. Uit onze vragenlijst bleek namelijk dat slechts 57,1% van de 119 huisartsen die de vragenlijst ingevuld hadden reeds gebruik had gemaakt van het afbouwprogramma. Mogelijk werd door dit onderzoek het afbouwprogramma opnieuw in de aandacht gebracht en zullen hierdoor opnieuw een nieuw deel huisartsen het afbouwprogramma gaan gebruiken.

De belangrijkste barrières voor artsen om af te bouwen zijn patiënt-gerelateerd. Herhaalde sensibiliseringscampagnes gericht naar patiënten toe, met vermelding van het bestaan van het benzodiazepine afbouwprogramma en het advies dit te bespreken met hun huisarts, lijkt ons een goede manier om deze barrière te overbruggen. Dit kan bijvoorbeeld laagdrempelig worden gedaan met posters in de huisartsen wachtkamer.

Een groep die niet werd geïncludeerd in het onderzoek is deze van de huisartsen-in-opleiding (HAIO). Deze groep jonge artsen heeft het afbouwprogramma reeds meegekregen tijdens hun opleiding. Het zou interessant zijn deze groep binnen enkele jaren te kunnen toevoegen aan de onderzoeksgroep en zo te zien welk effect het heeft op de resultaten om een groep artsen te hebben die reeds vertrouwd is met het afbouwprogramma.

De samenwerking met de apotheker en hun rol in de afbouw van benzodiazepines werd door huisartsen in dit onderzoek als minder belangrijk gerapporteerd dan wat apothekers zelf ervaren in

voorgaand onderzoek. Het zou nuttig zijn dit verder te onderzoeken en de apotheker als prominentere bondgenoot in de afbouw van medicatie te positioneren om zo de afbouw van benzodiazepines verder te stimuleren.

Tenslotte was de indicatieve subpopulatieanalyse in deze masterproef beperkt in waarde door een te kleine sample size. Om duidelijke verschillen in kaart te brengen tussen bijvoorbeeld artsen die het benzodiazepine afbouwprogramma wel of niet gebruikt hebben zou een onderzoek met meer respondenten nodig zijn.

6. Conclusie

In deze masterproef werden Vlaamse huisartsen via vragenlijsten bevraagd naar barrières en facilitatoren om het afbouwprogramma voor benzodiazepines te gebruiken. De antwoorden werden vergeleken met de reeds gekende barrières en facilitatoren beschreven in de literatuur. Dit in de context van het huidige afbouwprogramma.

Het belang van de ondervraagde barrières en facilitatoren komt in grote lijnen overeen met de reeds bestaande literatuur. De belangrijkste barrières blijven de motivatie en bereidheid van de patiënt tot afbouw. Dit wordt niet direct opgelost door het benzodiazepine afbouwprogramma te gebruiken. Verdere sensibilisering bij zowel artsen als patiënten blijft belangrijk. Belangrijke facilitatoren, zoals shared decision making en de mogelijkheid tot traag afbouwen, zijn in het afbouwprogramma wel aanwezig. Het benzodiazepine afbouwprogramma is een nuttig hulpmiddel om het overgebruik van benzodiazepines te verminderen. Blijvend onderzoek naar het gebruik van dit programma kan helpen om het afbouwprogramma te optimaliseren.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Overeenkomst tussen patiënt, arts en apotheker voor het opstarten van een afbouwprogramma voor chronisch gebruik van benzodiazepines of aanverwante producten



Afbouw van
BENZODIAZEPINES



Overeenkomst tussen patiënt, arts en apotheker voor het opstarten van een afbouwprogramma voor chronisch gebruik van benzodiazepines of aanverwante producten

[Door de patiënt aan de apotheek te overhandigen].

Deze overeenkomst heeft tot doel:

- De patiënt te informeren over een afbouwprogramma dat tot doel heeft te stoppen met het chronisch gebruik van één benzodiazepine of één aanverwant product dat gebruikt wordt in de aanpak van slapeloosheid via één dagelijkse inname.
- Bindende afspraken te maken tussen de patiënt en de hierna vermelde zorgverleners.
- De patiënt duidelijk te maken dat het niet naleven van de overeenkomst leidt tot het stopzetten van de terugbetaling van het programma.

Deze overeenkomst wordt gesloten tussen:

De patiënt

Naam en voornaam: .....
INSZ-nummer: .....
Adres: .....
.....
E-mailadres: .....
Tel.: .....

Handtekening, datum:



De behandelende arts

Naam en voornaam: .....
RIZIV-nummer: .....
Adres: .....
.....
E-mailadres: .....
Tel.: .....

Handtekening, datum:



De apotheker

Naam en voornaam: .....
RIZIV-nummer: .....
Adres van de apotheek: .....
.....
E-mailadres: .....
Tel.: .....

Handtekening, datum:



Deze overeenkomst wordt opgemaakt in zoveel exemplaren als er partijen zijn en elke partij erkent een exemplaar te hebben ontvangen.

Overeenkomst - **Afbouw van benzodiazepines p. 1/3**



De behandelende arts

- De arts verklaart op . . . . . *(datum)* een gesprek te hebben gehad over het langdurig gebruik (minimaal 3 maanden) sinds ongeveer . . . . . maanden of . . . . . jaren van . . . . . *(naam van de specialiteit of actief bestanddeel)* met een gebruikelijke dagdosis van . . . . . mg, die niet meer dan drie keer hoger is dan de gebruikelijke dagdosis, zoals opgenomen in de tabel in bijlage bij dit formulier.

- De arts *(1 van de 2 opties aanvinken)*:

☐ Wenst af te bouwen met de gebruikelijke molecule.

☐ Wenst de patiënt over te schakelen naar diazepam tijdens het afbouwprogramma en gebruikt de omrekenfactor (zie bijlage) om de dosis van diazepam te bepalen die overeenkomt met de dagelijkse dosis van de molecule zoals de patiënt die inneemt. Het betreft . . . . . mg diazepam (met een maximale dagelijkse dosis van 30 mg). De arts heeft gewezen op het risico van slaperigheid overdag wanneer diazepam gebruikt wordt.

- De arts heeft gewezen op de negatieve effecten van langdurig gebruik en de positieve effecten van stoppen met het gebruik.

- De arts heeft de patiënt geïnformeerd en besprak met hem/haar levensstijlaanpassingen en niet-medicamenteuze alternatieven die minder schadelijk en op lange termijn doeltreffender zijn.

- Op basis van een motiverend gesprek en een constructieve dialoog, is de arts overeengekomen met de patiënt dat een geleidelijke vermindering van de dagelijks ingenomen dosis een keuze is voor het stoppen van dit gebruik, en dit binnen een termijn van maximaal 360 dagen.

In overleg met de patiënt werd het volgende afbouwprogramma gekozen *(1 van de 3 schema's aanvinken)*:

☐ 5 stappen: 100% - 80% - 60% - 40% - 20%

☐ 7 stappen: 100% - 80% - 60% - 40% - 30% - 20% - 10%

☐ 10 stappen: 100% - 90% - 80% - 70% - 60% - 50% - 40% - 30% - 20% - 10%

en elke stap bedraagt *(1 van de 3 mogelijkheden aanvinken)*:

☐ 10 dagen

☐ 20 dagen

☐ 30 dagen

De patiënt heeft recht op maximum 2 stabilisatieperiodes van elk 30 dagen.
De patiënt kan de arts en/of apotheker vragen om de duur van een stap tijdens het programma aan te passen. De apotheker en de behandelende arts zullen elkaar hiervan op de hoogte houden. Deze aanpassing dient door de arts voorgeschreven te worden.

- De arts maakt een voorschrift voor elke afbouwstap (dosisverlaging of dosisstabilisatie):

☐ Met maximaal 2 voorschriften per consultatie voor 2 opeenvolgende stappen van dosisverlaging.

☐ Met maximaal 1 voorschrift per consultatie voor een stabilisatiestap, gevolgd door een consultatie voor een voorschrift voor minimum 1 stap van dosisverlaging.

- De arts begeleidt en volgt de patiënt gedurende het gehele programma op.



De apotheker

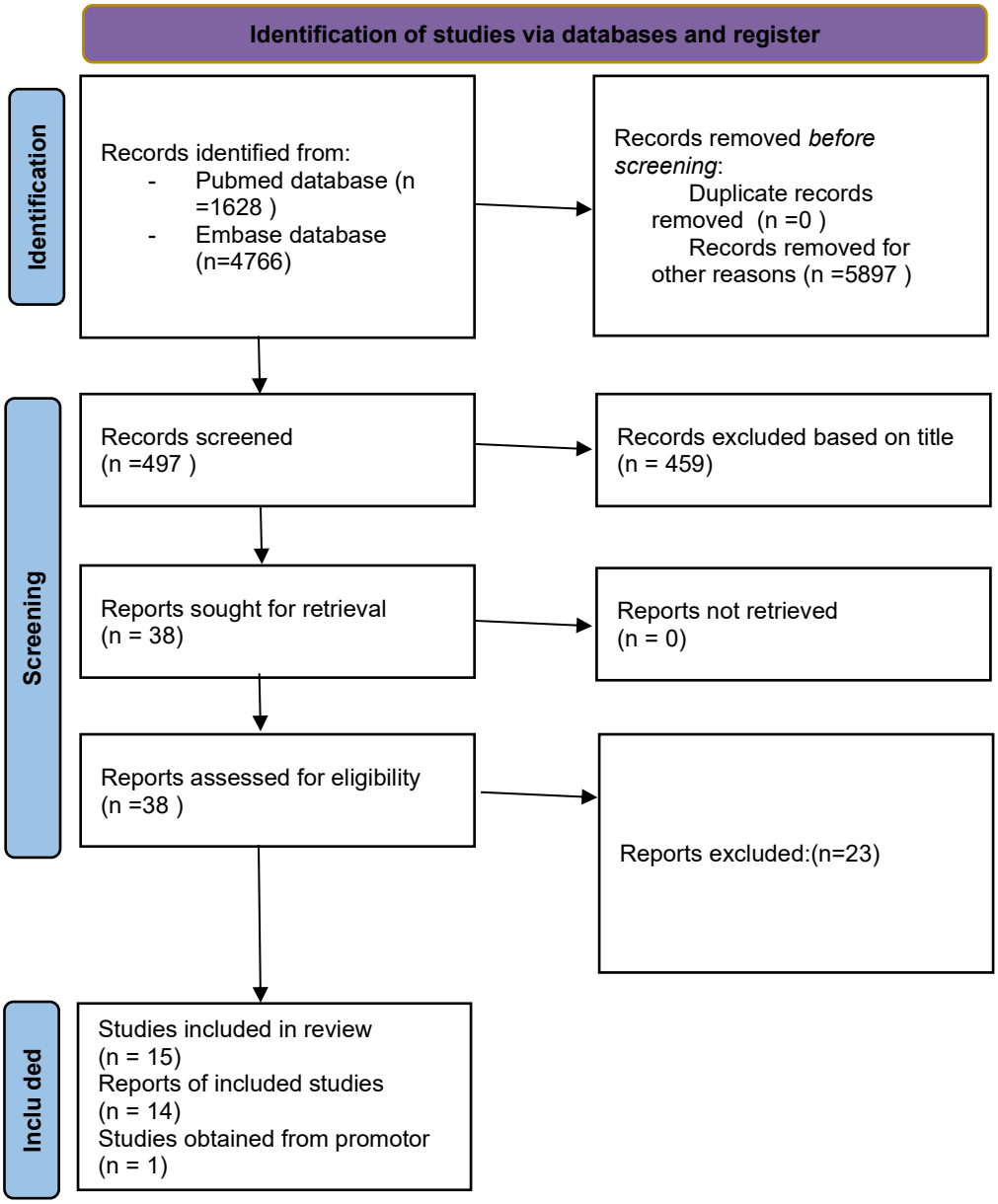
- De apotheker berekent het gemiddelde dagelijkse verbruik van de molecule gedurende de laatste 3 maanden op . . . . . mg.
- De apotheker bevestigt dat de patiënt zijn/haar geïnformeerde toestemming (eHealth consent) heeft gegeven.
- De apotheker bereidt de capsules met het geneesmiddel . . . . . (*naam van de specialiteit of het actief bestanddeel)*, te beginnen met een eerste periode met de gebruikelijke dosering (100%), d.w.z. . . . . mg/capsule.
- De apotheker kijkt het gedeeld farmaceutisch dossier na voor elke aflevering van de magistrale bereiding en verifieert dat de patiënt geen enkele andere aflevering heeft gehad van een benzodiazepine of een aanverwant product dan deze voorgeschreven voor het afbouwprogramma door de behandelende arts, initiator van het afbouwprogramma.
- De apotheker levert de volgende stap (dosisverlaging of dosisstabilisatie) ten vroegste 3 werkdagen voor de einddatum van de vorige afbouwstap af.
  Van deze voorwaarde kan worden afgeweken indien de patiënt of de apotheker afwezig zou zijn gedurende een periode, waardoor de apotheker niet in staat is om aan de bovengenoemde voorwaarde voor de aflevering van de magistrale bereiding te voldoen.
- De apotheker begeleidt en motiveert de patiënt gedurende het hele programma.



De patiënt

- De patiënt zal zijn/haar bereidingen steeds bij dezelfde apotheek ophalen, dit is de apotheker die deze overeenkomst mee ondertekent.
- De patiënt zal regelmatig op raadpleging gaan bij zijn/haar behandelende arts om de evolutie van het programma op te volgen en om de nodige voorschriften te verkrijgen voor de verderzetting van het afbouwprogramma.
- Hij/zij is zich ervan bewust dat hij/zij indien nodig 2 stabilisatiestappen (periode waarin hij/zij dezelfde dosis per capsule krijgt als de vorige stap) kan hebben gedurende het programma.
  Er kan maximaal één dosisstabilisatiestap per consultatie voorgeschreven worden door de arts die het programma initieerde en dit voor maximaal 30 dagen.
  Na de aflevering van een stabilisatiestap, dient de patiënt zich opnieuw tot zijn/haar behandelende arts te wenden om een nieuw voorschrift te bekomen voor het vervolg van het afbouwprogramma met een nieuwe stap van dosisverlaging.
- De patiënt is zich ervan bewust dat enkel de kosten van de specialiteit die voor dit afbouwprogramma is voorgeschreven, voor zijn/haar rekening zijn.
- Gedurende het hele afbouwprogramma zal de patiënt het betrokken geneesmiddel uitsluitend in de vorm van de magistrale bereiding gebruiken en de patiënt verbindt zich ertoe geen andere benzodiazepine of aanverwant product te gebruiken of voorgeschreven te krijgen dan die in het afbouwprogramma wordt gebruikt.
- Voor de volledige duurtijd van het afbouwprogramma zal de patiënt elke arts die geraadpleegd wordt inlichten over dit afbouwprogramma, om te vermijden dat een behandeling met een gelijkaardig geneesmiddel zou worden opgestart.
- Met het oog op een goede behandeling en opvolging (voortgezette farmaceutische zorg), gaat de patiënt akkoord dat zijn gezondheidsgegevens gedeeld worden tussen de zorgverleners met wie hij een therapeutische relatie heeft. Dit heeft tot gevolg dat de behandelende arts en de apotheker gezondheidsgegevens over de patiënt verwerken en met elkaar kunnen uitwisselen en delen.
- De patiënt begrijpt en aanvaardt dat indien hij/zij een van deze afspraken niet naleeft of herroept, de vergoeding van het afbouwprogramma stopgezet wordt.
- De apotheker zal de arts ook op de hoogte brengen indien uit de informatie van het gedeeld farmaceutisch dossier van de patiënt blijkt dat andere apothekers één/meerdere voorschrift(en) voor een benzodiazepine of een aanverwant product hebben afgeleverd. De apotheker zal dan genoodzaakt zijn om de vergoeding van het afbouwprogramma stop te zetten.

Bijlage 2: PRISMA Flow chart



Bijlage 3: Vragenlijst voor eigen onderzoek

Vragenlijst afbouwprogramma benzodiazepines

A A A

Introductie

Best arts / arts-in-opleiding,

Wij nodigen u bij deze graag uit om onze vragenlijst omtrent uw eigen ervaring met het helpen stoppen van langdurig gebruik van benzodiazepines en Z-drugs, mét behulp van het afbouwprogramma in België, in te vullen. Het invullen van deze vragenlijst vraagt gemiddeld 10 tot 15 minuten van uw tijd en is volledig anoniem.

Indien u na het doorlopen van deze vragenlijst nog vragen zou hebben, dan kan u met ons contact opnemen via mail: masterproefbenzodiazepines@gmail.com

Alvast bedankt voor uw vrijwillige medewerking!

Met vriendelijke groeten,
Huisartsen in opleiding Cedric De Clercq, Elise Poisson, Jitse Raes, Olivier Heyndrickx
Dr Ellen Van Leeuwen

Wat is het afbouwprogramma voor chronisch gebruik van benzodiazepines of aanverwante producten dat als nieuw initiatief werd goedgekeurd vanaf 1 februari 2023?

Vanaf 1 februari 2023 kunnen arts en apotheker op voorschrift van de arts een geleidelijke afbouw van slaapmedicatie aanbieden met behulp van magistrale bereidingen die de apotheker speciaal voor de patiënt klaarmaakt. De doelgroep zijn patiënten die langdurig benzodiazepines of Z-drugs gebruiken en het gebruik hiervan willen afbouwen of volledig stoppen. De dosis wordt hierbij geleidelijk aan afgebouwd volgens een stappenplan van 5, 7 of 10 stappen. De apotheker voorziet een initiatiegesprek, een opvolggesprek, en maakt de magistrale bereidingen klaar. De bereidingen en de begeleiding door de apotheker worden volledig terugbetaald door het ziekenfonds.

Het benzodiazepine afbouwprogramma	
Hebt u al een patiënt begeleid met behulp van het nieuwe afbouwprogramma voor slaapmedicatie?	(●) Ja ( ) Nee reset
Hoe vaak heeft u al gebruikgemaakt van het nieuwe afbouwprogramma?	( ) 1 - 2 keer ( ) 3 of meer keer reset
Welk percentage van het aantal patiënten dat u met het afbouwprogramma heeft begeleid is volledig gestopt?	( ) <50% ( ) 50% ( ) >50% reset
Bij welk percentage van het aantal patiënten dat NIET gestopt is, is de dosis wel afgebouwd naar een lagere dosis?	( ) <50% ( ) 50% ( ) >50% reset
Wat is uw algemene ervaring met het gebruik van het afbouwprogramma? Scoor uw ervaring op een score van 0 tot 10 waarbij 0 gelijk is aan 'zeer slecht' en 10 gelijk is aan "uitstekend".	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4
	( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10 reset

Drempels of barrières voor de huisarts om benzodiazepines af te bouwen.

Drempels of barrières voor de huisarts om af te bouwen.
Hieronder vindt u een lijst met mogelijke drempels of barrières waarvan is bewezen dat deze ervoor kunnen zorgen dat er niet gestart wordt met het nieuwe afbouwprogramma van benzodiazepines en Z-drugs. We willen graag weten hoe belangrijk u deze drempels vindt of in welke mate u deze ervaart, door deze te scoren van 1 'Helemaal niet belangrijk' tot 7 'Extreem belangrijk'.

	1 Helemaal niet belangrijk	2 Niet belangrijk	3 Weinig belangrijk	4 Matig belangrijk (neutraal)	5 Belangrijk	6 Zeer belangrijk	7 Extreem belangrijk
Het gebrek aan duidelijke richtlijnen of hulpmiddelen voor het stoppen van benzodiazepines	○	○	○	○	○	○	○
reset							
Het gebrek aan gerichte training en educatie over benzodiazepines voor huisartsen	○	○	○	○	○	○	○
reset							
Het langdurig gebruik vormt voor de patiënt zelf geen probleem	○	○	○	○	○	○	○
reset							
Geen vraag of interesse bij de patiënt voor deelname aan het afbouwprogramma	○	○	○	○	○	○	○
reset							
De patiënt ervaart zelf geen bijwerkingen van het chronische gebruik van benzodiazepines	○	○	○	○	○	○	○
De te verwachten weerstand van de patiënt	○	○	○	○	○	○	○
reset							
De patiënt vindt het afbouwen geen prioriteit	○	○	○	○	○	○	○
reset							
Ik vind als arts het afbouwen geen prioriteit	○	○	○	○	○	○	○
reset							
Het afbouwen van benzodiazepines is niet mijn verantwoordelijkheid als arts	○	○	○	○	○	○	○
reset							
Het risico op terugval tijdens of na het stoppen	○	○	○	○	○	○	○
reset							
Het risico op ontwenningsverschijnselen tijdens of na het stoppen	○	○	○	○	○	○	○
reset							
Eerdere mislukte pogingen om af te bouwen	○	○	○	○	○	○	○
reset							
Het gaat om een oudere patiënt waarbij het afbouwen minder relevant lijkt	○	○	○	○	○	○	○
reset							
De initiële indicatie voor de opstart van het benzodiazepine bij de patiënt is niet gekend	○	○	○	○	○	○	○

Het afbouwprogramma is energie- en tijdsintensief voor mijzelf als arts	○	○	○	○	○	○	○	reset
Het afbouwprogramma is energie- en tijdsintensief voor de patiënt	○	○	○	○	○	○	○	reset
De tijd die nodig is om het contract in te vullen	○	○	○	○	○	○	○	reset
Onvoldoende financiële vergoeding voor het begeleiden van patiënten	○	○	○	○	○	○	○	reset
De druk gezet door patiënten tijdens het bespreken van het afbouwen van een benzodiazepine	○	○	○	○	○	○	○	reset
Het risico op een negatieve impact op de arts-patiënt relatie	○	○	○	○	○	○	○	reset
Het langdurig gebruik van benzodiazepines is moeilijk te bespreken met patiënten (taboe)	○	○	○	○	○	○	○	reset
Onduidelijkheid over de rol en meerwaarde van de samenwerking met apothekers in het afbouwproces	○	○	○	○	○	○	○	
Gevoel van hopeloosheid bij aanhoudende slapeloosheid waarbij alternatieve (niet-medicamenteuze) interventies reeds geprobeerd zijn	○	○	○	○	○	○	○	reset
Onvoldoende kennis over het afbouwprogramma van benzodiazepines	○	○	○	○	○	○	○	reset
Onvoldoende kennis over de niet-medicamenteuze alternatieven bij slapeloosheid	○	○	○	○	○	○	○	reset
Onvoldoende kennis over de risico's van langdurig gebruik van benzodiazepines	○	○	○	○	○	○	○	reset
Het benzodiazepine is opgestart door een andere huisarts buiten de praktijk	○	○	○	○	○	○	○	reset
Het benzodiazepine is voorgeschreven door een collega in de praktijk	○	○	○	○	○	○	○	reset

Succesfactoren of facilitators voor de huisarts om benzodiazepines af te bouwen.

Hieronder vindt u een lijst met mogelijke succesfactoren of facilitatoren die ervoor kunnen zorgen dat er wel gestart wordt met het nieuwe afbouwprogramma van benzodiazepines en Z-drugs. We willen graag weten hoe belangrijk u deze succesfactoren vindt of in welke mate u deze ervaart, door deze te scoren van 1 'Helemaal niet belangrijk' tot 7 'Extreem belangrijk'.

	1 Helemaal niet belangrijk	2 Niet belangrijk	3 Weinig belangrijk	4 Matig belangrijk (neutraal)	5 Belangrijk	6 Zeer belangrijk	7 Extreem belangrijk
De mogelijkheid om zeer traag af te bouwen d.m.v. magistrale bereidingen	○	○	○	○	○	○	○ reset
De mogelijkheid om over te schakelen naar diazepam	○	○	○	○	○	○	○ reset
De keuzemogelijkheid tussen 3 verschillende afbouwschema's (bestaande uit 3, 7 of 10 stappen)	○	○	○	○	○	○	○ reset
De mogelijkheid om te pauzeren tijdens het afbouwproces	○	○	○	○	○	○	○ reset
De regelmatige follow-up en ondersteuning van de patiënt tijdens het afbouwproces	○	○	○	○	○	○	○ reset
De patient wenst zelf graag te stoppen via het afbouwprogramma	○	○	○	○	○	○	○
Het actief betrekken van de patiënt bij het beslissingsproces	○	○	○	○	○	○	○ reset
Het aanbieden van patiënteneducatie en materiaal over slapeloosheid	○	○	○	○	○	○	○ reset
Een patiënt die stabiel is met het benzodiazepine	○	○	○	○	○	○	○ reset
Het evalueren van de noodzaak van het benzodiazepine	○	○	○	○	○	○	○ reset
De samenwerking met de apotheker	○	○	○	○	○	○	○ reset
De specifieke rol van de apotheker in dit project	○	○	○	○	○	○	○ reset
Het vertrouwen van de patiënt in de meerwaarde van de apotheker tijdens het afbouwproces	○	○	○	○	○	○	○ reset
Een goede vertrouwensrelatie tussen patiënt/arts/apotheker	○	○	○	○	○	○	○

De vergoeding en ondersteuning die apothekers krijgen om hun rol op te nemen in het afbouwproces	○	○	○	○	○	○	○
							reset
De terugbetaling door het RIZIV van de begeleiding door de apotheker en de magistrale bereidingen voor de patiënt	○	○	○	○	○	○	○
							reset

Attitude

Geef bij onderstaande stellingen per stelling aan in welke mate u ermee akkoord bent.

	1 Helemaal niet belangrijk	2 Niet belangrijk	3 Weinig belangrijk	4 Matig belangrijk (neutraal)	5 Belangrijk	6 Zeer belangrijk	7 Extreem belangrijk
Het langdurig gebruik van benzodiazepines is geen probleem als de patiënt goed functioneert en geen bijwerkingen ervaart	○	○	○	○	○	○	○
							reset
Het is belangrijk om de patiënt te informeren over het risico op afhankelijkheid bij langdurig gebruik	○	○	○	○	○	○	○
							reset
Het is belangrijk om de patiënt te informeren over de mogelijke nadelige effecten van langdurig gebruik	○	○	○	○	○	○	○
							reset
Ik vraag gewoonlijk naar de bijwerkingen die een patiënt ervaart als hij gebruik maakt van een benzodiazepine	○	○	○	○	○	○	○
							reset
Het is van groot belang om de initiële indicatie van het benzodiazepinegebruik bij een patiënt te kennen	○	○	○	○	○	○	○
Ik vind het moeilijk om het afbouwen ter sprake te brengen bij patiënten	○	○	○	○	○	○	○
							reset
Ik vind het moeilijk om patiënten te motiveren om hun benzodiazepinegebruik af te bouwen	○	○	○	○	○	○	○
							reset
Een goede samenwerking tussen arts en apotheker is essentieel om het afbouwen te doen slagen	○	○	○	○	○	○	○
							reset
Door het afbouwprogramma ga ik het stoppen van benzo's meer aanbrengen of vaker voorstellen aan de patiënt	○	○	○	○	○	○	○
							reset

Demografische gegevens

Wat is uw geslacht?

- ○ Man
- ○ Vrouw
- ○ Andere

reset

In welke provincie bent u werkzaam?

- ○ West-Vlaanderen
- ○ Oost-Vlaanderen
- ○ Antwerpen
- ○ Limburg
- ○ Vlaams-Brabant

reset

Zou u uw werkomgeving eerder als stad of als dorp beschrijven?

- ○ Stad
- ○ Dorp

reset

Hoeveel jaar werkervaring hebt u als arts?

- ○ Ik ben HAIO
- ○ <= 5 jaar
- ○ 6-10 jaar
- ○ 11-15 jaar
- ○ 16-20 jaar
- ○ 21-25 jaar
- ○ 26-30 jaar
- ○ >30 jaar

reset

Bent u momenteel werkzaam als praktijkopleider (PO)?

- ○ Ja
- ○ Nee

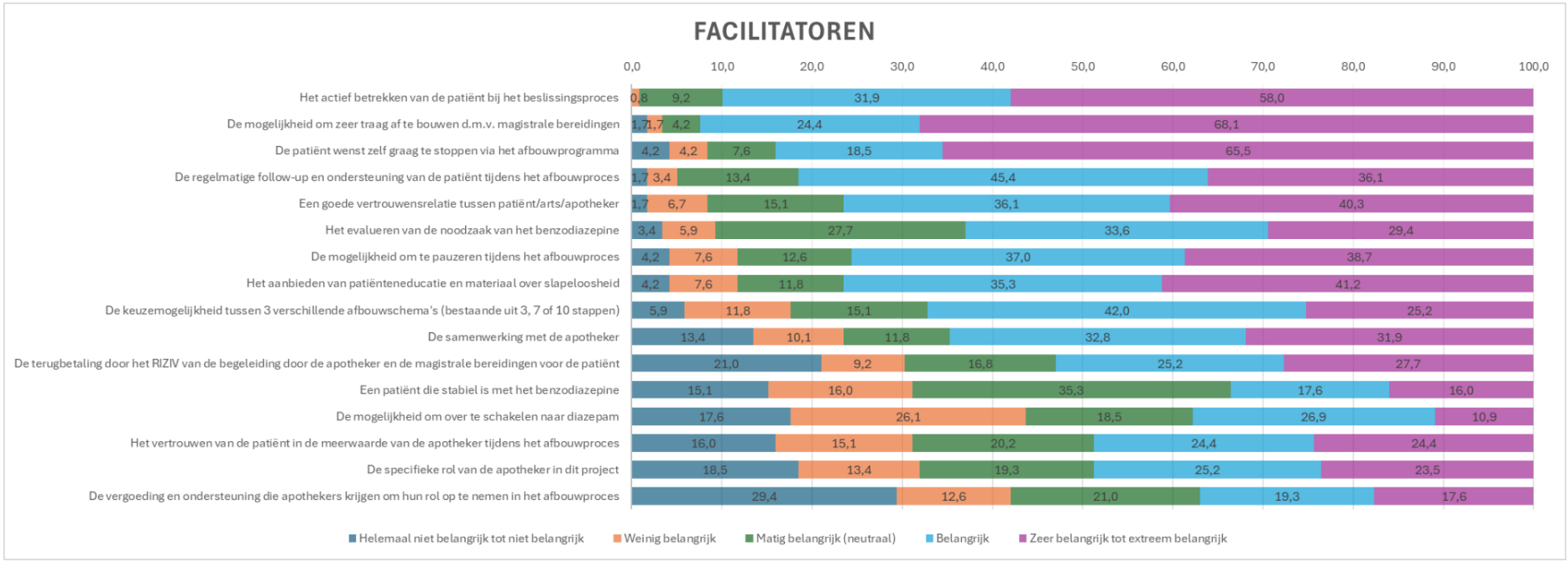
reset

In welk type praktijk bent u werkzaam?

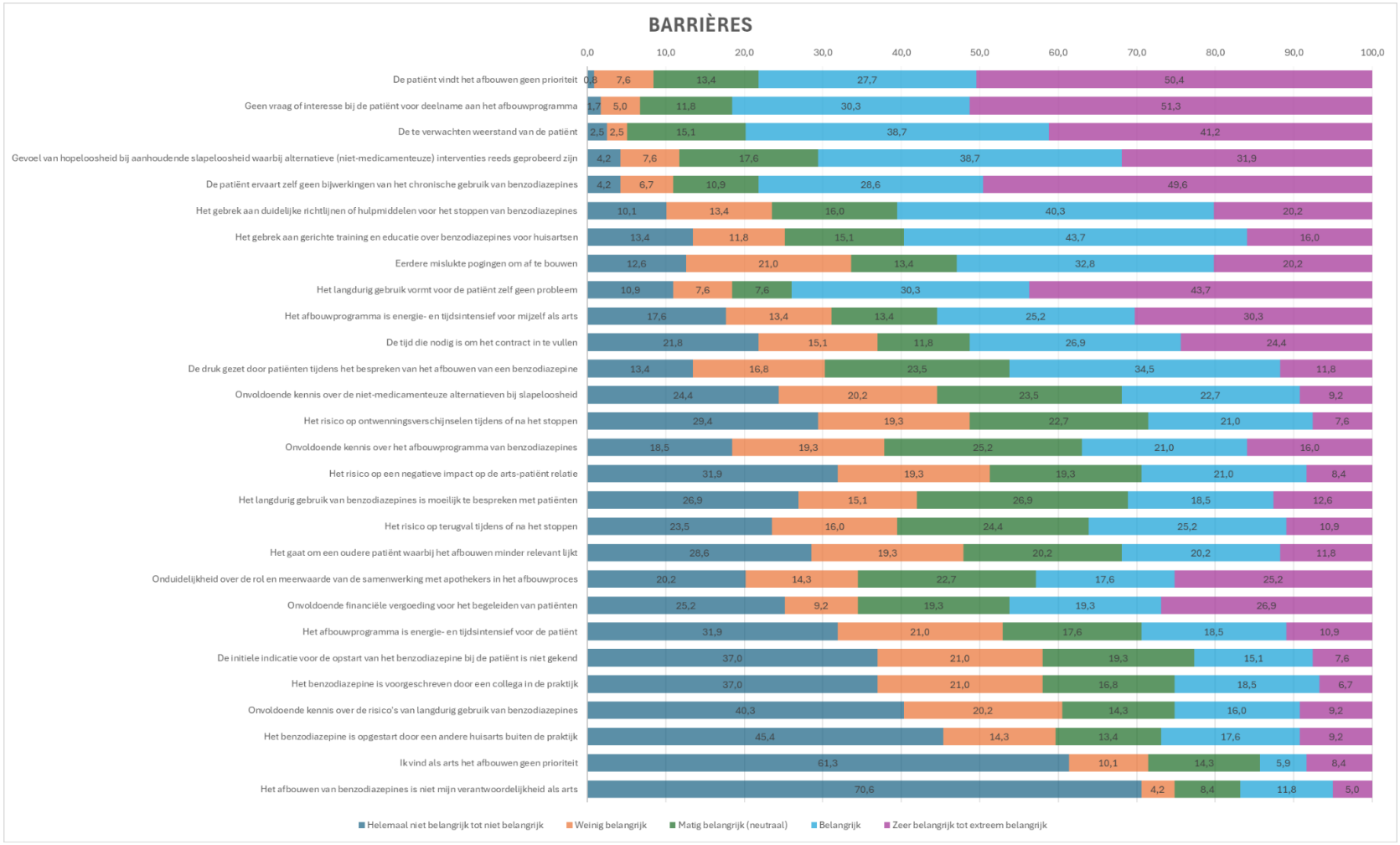
- ○ Solopraktijk
- ○ Duopraktijk
- ○ Groepspraktijk
- ○ Forfetaire praktijk

reset

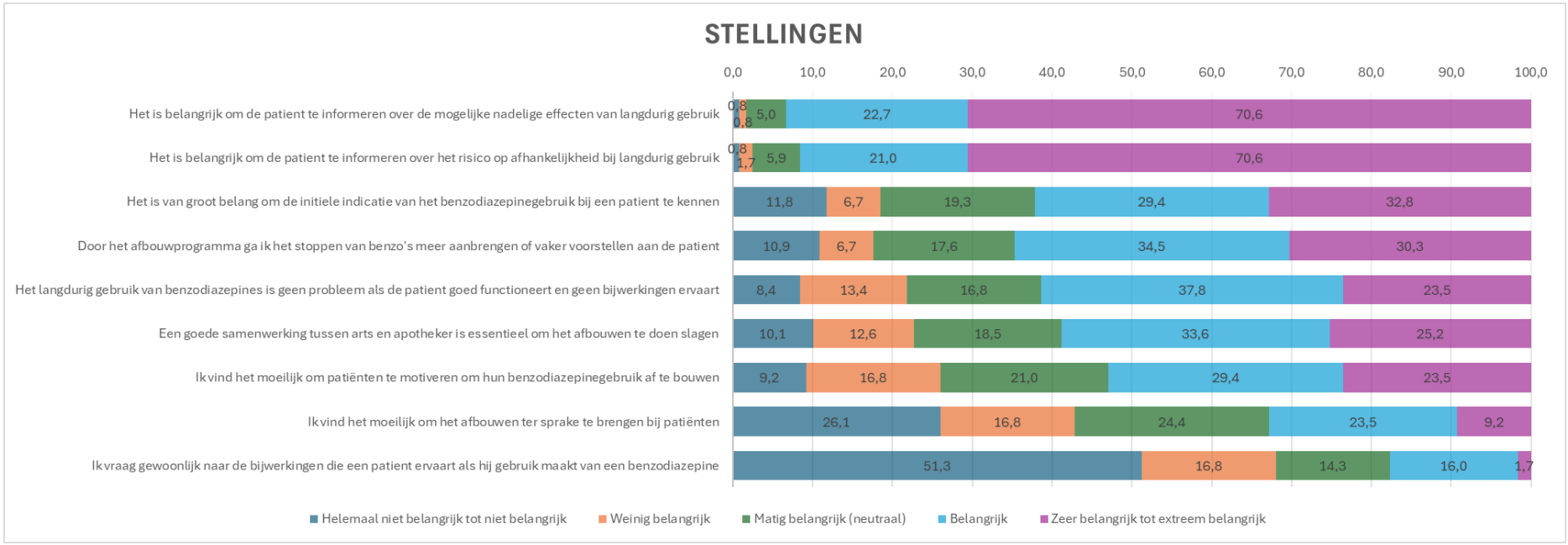
Bijlage 4: Facilitatoren uit het onderzoek en diens belang (antwoorden in %)



Bijlage 5: Barrières uit het onderzoek en diens belang (antwoorden in %)



Bijlage 6: Stellingen uit het onderzoek en diens belang (antwoorden in %)



Bijlage 7: Significante subpopulatieanalyses

Stelling	Groep 1	Groep 2	Mediaan antwoord groep 1 (Gemiddelde)	Mediaan antwoord groep 2 (Gemiddelde)	P-waarde
Geslacht (51 mannen versus 67 vrouwen)					
Het risico op een negatieve impact op de arts-patiënt relatie	Man	Vrouw	3 (2,84)	2 (2,21)	0,0493
De initiële indicatie voor de opstart van het benzodiazepine bij de patiënt is niet gekend	Man	Vrouw	3 (2,57)	2 (1,99)	0,0351
De terugbetaling door het RIZIV van de begeleiding door de apotheker en de magistrale bereidingen voor de patiënt	Man	Vrouw	3 (2,96)	4 (3,60)	0,0290
Het langdurig gebruik van benzodiazepines is geen probleem als de patiënt goed functioneert en geen bijwerkingen ervaart	Man	Vrouw	2 (2,11)	1 (1,48)	0,0203
Jaren ervaring (65 <16 jaar versus 54 ≥16 jaar)					
Het risico op ontwenningsverschijnselen tijdens of na het stoppen	<16 jaar	≥16 jaar	2 (2,12)	3 (2,93)	0,0018
Onvoldoende kennis over de risico's van langdurig gebruik van benzodiazepines	<16 jaar	≥16 jaar	2 (1,92)	2 (2,48)	0,0498
Het benzodiazepine is voorgeschreven door een collega in de praktijk	<16 jaar	≥16 jaar	3 (2,55)	2 (1,81)	0,0173
De specifieke rol van de apotheker in dit project	<16 jaar	≥16 jaar	3 (2,94)	4 (3,54)	0,0353
Het langdurig gebruik van benzodiazepines is geen probleem als de patiënt goed functioneert en geen bijwerkingen ervaart	<16 jaar	≥16 jaar	1 (1,48)	2 (2,07)	0,0244
Ik vraag gewoonlijk naar de bijwerkingen die een patiënt ervaart als hij gebruik maakt van een benzodiazepine	<16 jaar	≥16 jaar	3 (3,35)	4 (3,94)	0,0318
Werkomgeving praktijk (55 stad versus 64 dorp)					
Het afbouwprogramma is energie- en tijdsintensief voor de patiënt	Stad	Dorp	3 (2,80)	2 (2,28)	0,0470
Het vertrouwen van de patiënt in de meerwaarde van de apotheker tijdens het afbouwproces	Stad	Dorp	4 (3,69)	3 (2,94)	0,0079

De specifieke rol van de apotheker in dit project	Stad	Dorp	4 (3,54)	3 (2,91)	0,0424
De vergoeding en ondersteuning die apothekers krijgen om hun rol op te nemen in het afbouwproces	Stad	Dorp	3 (3,20)	2 (2,27)	0,0057
De terugbetaling door het RIZIV van de begeleiding door de apotheker en de magistrale bereidingen voor de patiënt	Stad	Dorp	4 (3,76)	3 (2,94)	0,0134
Praktijkopleider (PO) of niet (32 PO versus 87 geen PO)					
De druk gezet door patiënten tijdens het bespreken van het afbouwen van een benzodiazepine	PO	Geen PO	3 (2,72)	4 (3,28)	0,0355
De terugbetaling door het RIZIV van de begeleiding door de apotheker en de magistrale bereidingen voor de patiënt	PO	Geen PO	4 (3,88)	3 (3,11)	0,0276
Type praktijk (21 solopraktijk versus 98 andere vorm van praktijk)					
Het afbouwen van benzodiazepines is niet mijn verantwoordelijkheid als arts	**Solo**	**Ander**	**3 (2,29)**	**1 (1,20)**	**0,0370**
Onvoldoende financiële vergoeding voor het begeleiden van patiënten	**Solo**	**Ander**	**5 (4,00)**	**3 (3,00)**	**0,0114**
Het benzodiazepine is voorgeschreven door een collega in de praktijk	Solo	Ander	1 (1,48)	2 (2,41)	0,0140
Het actief betrekken van de patiënt bij het beslissingsproces	Solo	Ander	4 (4,29)	5 (4,81)	0,0245
Het langdurig gebruik van benzodiazepines is geen probleem als de patiënt goed functioneert en geen bijwerkingen ervaart	**Solo**	**Ander**	**3 (2,81)**	**1 (1,52)**	**0,0003**
Het is belangrijk om de patiënt te informeren over het risico op afhankelijkheid bij langdurig gebruik	Solo	Ander	4 (4,33)	5 (5,06)	0,0060
Het is belangrijk om de patiënt te informeren over de mogelijke nadelige effecten van langdurig gebruik	Solo	Ander	4 (4,33)	5 (5,06)	0,0040
Al gebruik gemaakt van het afbouwprogramma (68 ja versus 51 nee)					
Het risico op ontwenningsverschijnselen tijdens of na het stoppen	Ja	Nee	2 (2,24)	3 (2,82)	0,0322
De initiele indicatie voor de opstart van het benzodiazepine bij de patient is niet gekend	Ja	Nee	2,5 (2,53)	2 (1,80)	0,0117
Onvoldoende financiele vergoeding voor het	Ja	Nee	3	4	0,0383

begeleiden van patienten			(2,85)	(3,53)	
Het risico op een negatieve impact op de arts-patient relatie	Ja	Nee	2 (2,24)	3 (2,82)	0,0208
Onduidelijkheid over de rol en meerwaarde van de samenwerking met apothekers in het afbouwproces	Ja	Nee	3 (2,75)	4 (3,68)	0,0024
Ik vind het moeilijk om het afbouwen ter sprake te brengen bij patienten	Ja	Nee	2,5 (2,43)	3 (3,06)	0,0203

De vragen met significante verschillen (p-waarde <0.05) voor bepaalde subpopulaties. De tabel is onderverdeeld volgens de onderzochtte groep (vb. man versus vrouw), met vervolgens de vragen met significante verschillen in antwoord binnen deze groep (barrières in het rood, facilitatoren in het groen, en stellingen in het blauw). Voor elke groep (vb. man versus vrouw) wordt een kolom weergegeven met het mediane antwoord van deze groep voor deze specifieke vraag. Verschillen tussen de groepen van meer dan 1 punt op de Likert schaal werden in het vet aangeduid.

Legende waardes: 1: helemaal niet belangrijk; 2: niet belangrijk; 3: weinig belangrijk; 4: matig belangrijk (neutraal); 5: belangrijk; 6: zeer belangrijk; 7: extreem belangrijk
PO: praktijkopleider
Kleuren: rood (barrière), groen (facilitator), blauw (stelling)

Bibliografie

1. Factsheet psychoactieve medicatie - september 2023 [Internet]. Vlaams expertisecentrum alcohol en andere drugs. Available from: https://vad.be/content/uploads/woocommerce_uploads/2015/12/factsheet_cijfers_medicatie.pdf

2. Kiridis S, Sawchik J, Maenhaut N, Sabbe M, Wuillaume F, Hamdani J. Survey on the use of benzodiazepines and Z-drugs to treat insomnia in Belgium [Internet]. FAGG; 2022. Available from: https://www.fagg.be/sites/default/files/BZRA_study_report_2020_DEF_21.06.2022_0.pdf

3. Benzodiazepines en Z-drugs: cijfers en tendensen 2022 | Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 11]. Available from: https://www.gebruikvanpsychofarmaca.be/benzodiazepinen-en-z-medicijnen-cijfers-en-trends-2022

4. NWS V. vrtnws.be [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 11]. 2,3 miljoen Belgen kregen vorig jaar verslavende slaap- en kalmeermiddelen, gebruik bij jongeren stijgt. Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/04/26/2-3-miljoen-belgen-kregen-vorig-jaar-verslavende-benzodiazepines/

5. Van Der Heyden J, Berete F, Drieskens S. Gebruik van geneesmiddelen - gezondheidsenquete 2018 [Internet]. 2020. Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/dr_report_2018_nl_final.pdf

6. sciensano.be [Text] [Internet]. [cited 2026 Apr 6]. Resultaten van de Gezondheidsenquête 2023-2024. Available from: https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquete-2023-2024

7. Evrard P, Henrard S, Foulon V, Spinewine A. Benzodiazepine Use and Deprescribing in Belgian Nursing Homes: Results from the COME-ON Study. J Am Geriatr Soc. 2020 Dec;68(12):2768–77. doi:10.1111/jgs.16751 PubMed PMID: 32786002.

8. Shorter E. A historical dictionary of psychiatry [Internet]. New York: Oxford University Press; 2005. 338 p. Available from: https://www.psicopolis.com/psicvaribox/psichtr/hisdicpsich.pdf

9. Peng L, Morford KL, Levander XA. Benzodiazepines and Related Sedatives. Med Clin North Am. 2022 Jan 1;Substance Use Disorders106(1):1. doi:10.1016/j.mcna.2021.08.012

10. Edinoff AN, Nix CA, Hollier J, Sagrera CE, Delacroix BM, Abubakar T, et al. Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. Neurol Int. 2021 Nov 10;13(4):594–607. doi:10.3390/neurolint13040059 PubMed PMID: 34842811; PubMed Central PMCID: PMC8629021.

11. Koniuszewski F, Vogel FD, Dajić I, Seidel T, Kunze M, Willeit M, et al. Navigating the complex landscape of benzodiazepine- and Z-drug diversity: insights from comprehensive FDA adverse event reporting system analysis and beyond. Front Psychiatry. 2023;14:1188101. doi:10.3389/fpsyt.2023.1188101 PubMed PMID: 37457785; PubMed Central PMCID: PMC10345211.

12. BCFI [Internet]. [cited 2025 May 3]. BCFI – Uw onafhankelijke geneesmiddelengids. Available

from: https://bcfi.be/nl/

13. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Gastel AV. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn.

14. Slaapproblemen | NHG-Richtlijnen [Internet]. [cited 2026 Apr 6]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen

15. Angst | NHG-Richtlijnen [Internet]. [cited 2026 Apr 6]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst#volledige-tekst-richtlijnen-beleid

16. Soyka M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. N Engl J Med [Internet]. 2017 [cited 2024 Jun 11]. Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1611832

17. Seppala LJ, Wermelink AMAT, de Vries M, Ploegmakers KJ, van de Glind EMM, Daams JG, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. J Am Med Dir Assoc. 2018 Apr;19(4):4. doi:10.1016/j.jamda.2017.12.098 PubMed PMID: 29402652.

18. Orriols L, Philip P, Moore N, Castot A, Gadegbeku B, Delorme B, et al. Benzodiazepine-like hypnotics and the associated risk of road traffic accidents. Clin Pharmacol Ther. 2011 Apr;89(4):4. doi:10.1038/clpt.2011.3 PubMed PMID: 21368756.

19. Ribeiro PR de S, Schlindwein AD. Benzodiazepine deprescription strategies in chronic users: a systematic review. Fam Pract. 2021 Oct 1;38(5):684–93. doi:10.1093/fampra/cmab017

20. Anthierens S, Grypdonck M, De Pauw L, Christiaens T. Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines. J Clin Nurs. 2009;18(22):3098–106. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02758.x

21. de las Cuevas C, Sanz E, de la Fuente J. Benzodiazepines: more “behavioural” addiction than dependence. Psychopharmacology (Berl). 2003 May;167(3):3. doi:10.1007/s00213-002-1376-8 PubMed PMID: 12669174.

22. Pétein C, Dujardin N, Montigny M de, Dewez E, Spinewine A, Henrard S. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a mixed-methods study to adapt the Canadian D-PRESCRIBE intervention to the Belgian community setting [Internet]. 2024 Aug 1. doi:10.1136/bmjopen-2024-085396

23. Lynch T, Ryan C, Hughes CM, Presseau J, van Allen ZM, Bradley CP, et al. Brief interventions targeting long-term benzodiazepine and Z-drug use in primary care: a systematic review and meta-analysis. Addict Abingdon Engl. 2020 Sep;115(9):1618–39. doi:10.1111/add.14981 PubMed PMID: 31985127; PubMed Central PMCID: PMC7891570.

24. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial. JAMA Intern Med. 2014 Jun 1;174(6):890–8. doi:10.1001/jamainternmed.2014.949

25. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Welch V, Holbrook A, et al. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Can Fam Physician 2018;64:339-51; 2016.

26. Martin P, Tannenbaum C. A realist evaluation of patients’ decisions to deprescribe in the

EMPOWER trial. BMJ Open. 2017 May 4;7(4):e015959. doi:10.1136/bmjopen-2017-015959 PubMed PMID: 28473524; PubMed Central PMCID: PMC5566584.

27. Dou C, Rebane J, Bardal S. Interventions to improve benzodiazepine tapering success in the elderly: a systematic review. Aging Ment Health. 2019 Apr;23(4):411–6. doi:10.1080/13607863.2017.1423030 PubMed PMID: 29336611.

28. BCFI. Lancering van een afbouwprogramma voor benzodiazepines en verwante middelen [Internet]. 2023 Feb 8 [cited 2026 Apr 22]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/lancering-van-een-afbouwprogramma-voor-benzodiazepines-en-verwante-middelen/

29. BCFI. Afbouwprogramma benzodiazepines: van proefproject tot blijvende farmaceutische zorgdienst voor de apothekers! [Internet]. 2025 Apr 3 [cited 2026 Apr 22]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/afbouwprogramma-benzodiazepines-van-proefproject-tot-blijvende-farmaceutische-zorgdienst-voor-de-apothekers/

30. Psychofarmaca: welke risico's lopen uw patiënten? Samen zorgen voor een gepast gebruik. | Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu [Internet]. [cited 2025 Aug 18]. Available from: https://www.gebruikvanpsychofarmaca.be/

31. Stul F, Vanderbeken L, Lejeune L, Mehuys E, Petrovic M, Boussery K, et al. Community pharmacists' experiences with the new tapering program for benzodiazepines and Z- drugs in Belgium. Acta Clin Belg. 2025 Nov 10. doi:10.1080/17843286.2025.2572344

32. Evrard P, Pétein C, Beuscart JB, Spinewine A. Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. Implement Sci IS. 2022 Jul 8;17:41. doi:10.1186/s13012-022-01206-7 PubMed PMID: 35804428; PubMed Central PMCID: PMC9264665.

33. Rasmussen AF, Poulsen SS, Oldenburg LIK, Vermehren C. The Barriers and Facilitators of Different Stakeholders When Deprescribing Benzodiazepine Receptor Agonists in Older Patients—A Systematic Review. Metabolites. 2021 Apr 20;11(4):254. doi:10.3390/metabo11040254 PubMed PMID: 33923956; PubMed Central PMCID: PMC8073998.

34. Allary A, Proulx-Tremblay V, Bélanger C, Hudon C, Marchand A, O'Connor K, et al. Psychological predictors of benzodiazepine discontinuation among older adults: Results from the PASSE 60+. Addict Behav. 2020 Mar 1;102:106195. doi:10.1016/j.addbeh.2019.106195

35. Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RR. Barriers to discontinuation of chronic benzodiazepine use in nursing home residents: Perceptions of general practitioners and nurses. Eur Geriatr Med. 2014 Jun 1;5(3):181–7. doi:10.1016/j.eurger.2013.11.005

36. Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study. Eur J Clin Pharmacol. 2014 Oct;70(10):1251–60. doi:10.1007/s00228-014-1725-7 PubMed PMID: 25098683.

37. Canham SL, Gallo J, Simoni-Wastila L. Perceptions of Benzodiazepine Dependence Among Women Age 65 and Older. J Gerontol Soc Work. 2014;57(8):872–88. doi:10.1080/01634372.2014.901470 PubMed PMID: 24918963; PubMed Central PMCID: PMC4205187.

38. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. J Gen Intern Med. 2007 Mar;22(3):303–7. doi:10.1007/s11606-006-0021-3 PubMed PMID: 17356959; PubMed Central PMCID: PMC1824720.

39. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older Patient Perspectives on Long-Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study. J Gen Intern Med. 2007 Aug;22(8):1094–100. doi:10.1007/s11606-007-0205-5 PubMed PMID: 17492325; PubMed Central PMCID: PMC2305752.

40. Dyas JV, Apekey TA, Tilling M, Ørner R, Middleton H, Siriwardena AN. Patients' and clinicians' experiences of consultations in primary care for sleep problems and insomnia: a focus group study. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2010 May;60(574):e180-200. doi:10.3399/bjgp10X484183 PubMed PMID: 20423574; PubMed Central PMCID: PMC2858551.

41. Heser K, Pohontsch NJ, Scherer M, Löffler A, Luck T, Riedel-Heller SG, et al. Perspective of elderly patients on chronic use of potentially inappropriate medication – Results of the qualitative CIM-TRIAD study. PLoS ONE. 2018 Sep 19;13(9):e0202068. doi:10.1371/journal.pone.0202068 PubMed PMID: 30231027; PubMed Central PMCID: PMC6145513.

42. Canham SL, Gallo J, Simoni-Wastila L. Perceptions of Benzodiazepine Dependence Among Women Age 65 and Older. J Gerontol Soc Work. 2014;57(8):872–88. doi:10.1080/01634372.2014.901470 PubMed PMID: 24918963; PubMed Central PMCID: PMC4205187.

43. Mestres Gonzalvo C, Milosevic V, van Oijen BPC, de Wit H a. JM, Hurkens KPGM, Mulder WJ, et al. The use of an electronic clinical rule to discontinue chronically used benzodiazepines and related Z drugs. Eur J Clin Pharmacol. 2018 Feb;74(2):227–31. doi:10.1007/s00228-017-2369-1 PubMed PMID: 29127459.

44. Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. Soc Sci Med. 2006 Mar;62(5):1237–49. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.016 PubMed PMID: 16143440.

45. Subelj M, Vidmar G, Svab V. Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study. Wien Klin Wochenschr. 2010 Aug;122(15–16):474–8. doi:10.1007/s00508-010-1413-2 PubMed PMID: 20658195.

46. REDCap [Internet]. [cited 2026 Mar 24]. Available from: https://project-redcap.org/

47. O'Neill TA. An Overview of Interrater Agreement on Likert Scales for Researchers and Practitioners. Front Psychol. 2017 May 12;8. doi:10.3389/fpsyg.2017.00777

48. Koo M, Yang SW. Likert-Type Scale. Encyclopedia. 2025 Mar;5(1):18. doi:10.3390/encyclopedia5010018

49. OpenAI [Internet]. [cited 2025 Aug 1]. ChatGPT version 4.0. Available from: https://chatgpt.com/

50. Shapoval V, de Saint Hubert M, Evrard P, Sibille FX, Aubert CE, Bolt L, et al. Barriers to Deprescribing Benzodiazepines in Older Adults in a Survey of European Physicians. JAMA Netw Open. 2025 Mar 3;8(3):e2459883. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.59883 PubMed PMID: 40029661; PubMed Central PMCID: PMC11877185.

51. FOD Volksgezondheid [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 11]. Slaap- en kalmeermiddelen, denk eerst

aan andere oplossingen. Available from: https://www.health.belgium.be/nl/news/slaap-en-kalmeermiddelen-er-bestaan-betere-oplossingen

52. Florian Stul, Lies Vanderbeken, Laura Lejeune, Els Mehuys, Mirko Petrovic, Koen Boussery, et al. Community pharmacists' experiences with the new tapering program for benzodiazepines and Z-drugs in Belgium. Acta Clin Belg. 2025 Nov 10;80. doi:https://doi.org/10.1080/17843286.2025.2572344