Kwaliteitsverbeterend project om langdurig benzodiazepinegebruik omwille van slaapproblemen bij 65-plussers in de huisartsenpraktijk te verminderen.

Maarten Heideman, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Prof. Dr. Bart Van Rompaey, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023-2026

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

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

ABSTRACT

Introductie

Ondanks de tegenaanbeveling van richtlijnen ligt het chronisch gebruik (>3 maanden) van benzodiazepines vanwege slaapproblemen bij 65-plussers in België nog steeds hoog (12 -32%). Langdurig gebruik brengt risico's met zich mee zoals afhankelijkheid, verminderd cognitief functioneren, en vallen. Ook bestaat er een verband met het ontstaan van dementie. Deze neveneffecten hebben naast een negatieve impact op de patiënt ook een maatschappelijke weerslag.

Methodologie

Als eerste is er een literatuurstudie uitgevoerd om na te gaan welke interventies in de huisartsenpraktijk mogelijk zijn om 65-plussers te overtuigen hun langdurig gebruik van benzodiazepines in kader van slaapproblemen te willen afbouwen. Hiervoor werden richtlijnen geraadpleegd, vervolgens systematische reviews in de Cochrane Database en aanvullend primaire studies. Een veldonderzoek werd uitgevoerd in de huisartsenpraktijk door één HAIO. Door het organiseren van praktijkoverlegmomenten werden de artsen in de praktijk bewust gemaakt over de grootte van de problematiek in de praktijk en geëduceerd over de neveneffecten. Dit met als doel het voorschrijfgedrag van de artsen en de praktijkorganisatie te beïnvloeden. Voor interventies bij de patiënt werd het veldonderzoek onderverdeeld in een pre-afbouwtraject en afbouwtraject. Tijdens het pre-afbouwtraject werden bij niet-gemotiveerde patiënten herhaaldelijke patiënt-educatie toegepast om de motivationele evolutie van opeenvolgende raadplegingen te evalueren volgens het model van Prochaska en DiClemente. Gemotiveerde patiënten kwamen in het afbouwtraject terecht waarbij ze begeleid werden volgens een dosisreductieschema.

Resultaten

Uit de dossierstudie bleek dat in de praktijk 79% van de 65-plussers benzodiazepines nemen vanwege slaapproblemen. In de literatuur is omschreven dat herhaaldelijke educatie van zowel arts als patiënt een zinvolle en haalbare interventie is in de eerste lijn. Als gevolg van patiënteducatie werd binnen het pre-afbouwtraject progressieve evolutie van gedragsverandering bij opeenvolgende consulten waargenomen. Vooral systematische contactmomenten zoals chronische huisbezoeken laten toe de problematiek bespreekbaar te maken en op te volgen. Door afschaffing van telefonische herhalingsrecepten kunnen ook educatie-en opvolgmomenten geïntroduceerd worden. Gemotiveerde patiënten doorlopen doorgaans een succesvol afbouwtraject met reductie van de dosis of volledige afbouw als resultaat. Conservatieve maatregelen, vaste opvolgconsulten en een vast aanspreekpunt bieden houvast.

Conclusie

Ondanks de kleine studiepopulatie en korte termijn van de studie resulteerde dit kwaliteitsverbeterendproject tot praktijkverbetering. Zo leidde artseneducatie tot verbetering in voorschrijfgedrag en praktijkorganisatie. Door herhaaldelijke patiënteducatie werd de bereidheid tot afbouw in de tijd geëvalueerd aan de hand van het model van Prochaska en DiClemente. Patiënten die gemotiveerd waren werden begeleid volgens een gestructureerd afbouwtraject. Bijgevolg werden praktische handvatten voor de praktijk ontwikkeld voor toekomstige begeleiding en opvolging. Optimalisatie op vlak van samenwerking met apotheek en praktijkverpleegkundige is verder aangewezen.

INHOUDSTABEL

1. INTRODUCTIE 6

2. LITERATUURSTUDIE 7

2.1 Onderzoeksvraag 7

2.2 Methodologie 7

2.3 Resultaten 8

3. VELDONDERZOEK 10

3.1 Onderzoeksdoel 10

3.2 Methodologie en resultaten 10

4. DISCUSSIE 20

5. CONCLUSIE 22

6. REFERENTIES 24

7. BIJLAGEN 26

7.1 Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch-Comité UZA-UA 26

7.2 Bijlage 2: Presentatie praktijkoverleg 29

7.3 Bijlage 3: Patiëntfolder van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KULeuven 31

1. INTRODUCTIE

In de huisartsenpraktijk werd duidelijk dat 65-plussers omwille van slaapproblemen gedurende 3 maanden of langer benzodiazepines gebruiken ondanks de contra-indicatie van het gebruik ervan volgens de WOREL-richtlijn (1). Een systematische literatuurstudie gaf aan dat het gebruik van benzodiazepines bij ouderen in België nog steeds hoog is (12 tot 32%), en zelfs 50% bedraagt bij rusthuisbewoners (2).

Het gevaar van chronisch gebruik van benzodiazepines ligt vooral bij de neveneffecten waar ouderen gevoeliger aan zijn, namelijk: afhankelijkheid, verminderde cognitieve functie, agitatie, en vooral het verhoogd valrisico met gepaarde fracturen. Betreffende het cognitief functioneren bemerkt men negatieve effecten op vlak van zowel concentratie, taalvaardigheid, verwekingssnelheid, visuospatiële functies als probleemoplossend vermogen. Daarnaast zou een verband bestaan tussen benzodiazepine gebruik en het ontstaan van dementie (3,4).

Het verhoogde valrisico is vooral een gevolg van fysiologische veranderingen van ouderen zoals een afnemende lever- en nierfunctie, wat resulteert in een hogere benzodiazepine halfwaardetijd met alzo hogere plasmaconcentraties. Daarnaast zouden interacties met andere geneesmiddelen in het kader van polyfarmacie bij ouderen een rol spelen (3,4,5). Volgens Donnely et al hebben ouderen die benzodiazepines gebruiken in kader van slaapproblematiek 1,7 maal meer risico op vallen en 1,2 tot 2,4 maal hoger risico op heupfracturen in vergelijking met ouderen die dit niet gebruiken (6). Naast de lichamelijke en psychosociale impact hiervan voor de patiënt, is de maatschappelijke relevantie niet te onderschatten. Een valincident gaat immers gepaard met hoge kosten voor zowel de oudere als de samenleving (7).

In de huisartspraktijk wordt men geregeld geconfronteerd met de beschreven neveneffecten bij ouderen met langdurig benzodiazepinegebruik, hetgeen de noodzaak tot afbouw bij deze leeftijdsgroep benadrukt. De NHG-standaard slaapproblemen en BCFi vermelden een duidelijk afbouwschema bij chronisch gebruik (8). Helaas stuit men op veel weerstand bij de patiënt wanneer men deze problematiek tracht bespreekbaar te maken. Patiënten dienen eerst overtuigd en gemotiveerd te worden alvorens een afbouw te kunnen initiëren.

Dit kwaliteitsverbeterend project had als doel na te gaan of een interventie met betrekking tot de bereidheid tot afbouw van langdurig benzodiazepinegebruik omwille van slaapproblemen bij 65-plussers in de huisartspraktijk kon leiden tot de afbouw ervan.

2. LITERATUURSTUDIE

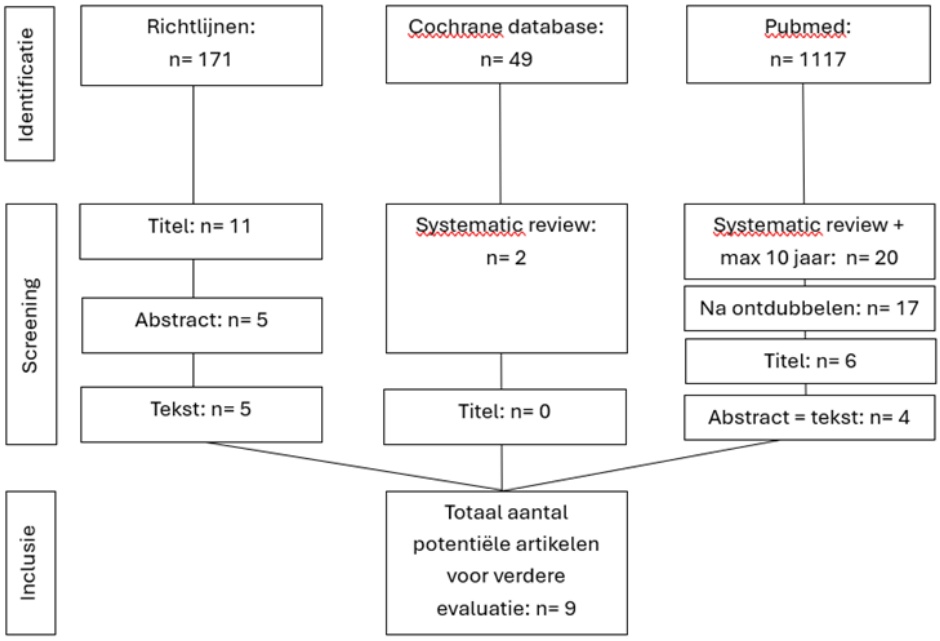
2.1 Onderzoeksvraag

De literatuurstudie had als doel na te gaan welke interventies in de praktijk mogelijk zijn om 65-plussers te overtuigen hun langdurig gebruik van benzodiazepines in kader van slaapproblemen te willen afbouwen. Deze literatuurstudie heeft volgende onderzoeksvraag:

Welke interventies verhogen de bereidheid tot afbouw van langdurig gebruik van benzodiazepines bij 65-plussers omwille van slaapproblemen?

2.2 Methodologie

Zoals weergegeven in onderstaande tabel 1 werd er een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Hiervoor werden allereerst quaternaire bronnen in de vorm van richtlijnen geraadpleegd via CEBAM Digital Library for Health: Domus Medica, BCFI- Formularium ouderenzorg, RIZIV, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, EBP-practicenet en NHG-standaarden. Vervolgens werden systematische literatuurstudies opgezocht via de Cochrane Database. Bijkomend werden primaire bronnen geraadpleegd via Pubmed. Afhankelijk van de herkomst van de geraadpleegde bron werden de volgende Nederlandstalige of Engelstalige zoektermen gebruikt: “afbouw”, “benzodiazepines”, “ouderen”, of “deprescribing” en “discontinuation” , “benzodiazepines”, “elderly”. In onderstaande figuur 1 en tabel 1 is een overzicht weergegeven van de doorlopen zoekstrategie met bijhorende zoektermen en gehanteerde bronnen.



Figuur 1: flowchart systematisch literatuuronderzoek.

Tabel 1: Resultaten van de systematische literatuurstudie.

Bron	Zoektermen	Totaal # resultaten	In-en exclusie	Screening titel	Screening abstract	Screening full text	Jaartal
Domus Medica	Overlopen van alle beschikbare richtlijnen	45	/	2	1	1	2011
BCFI-Formularium ouderenzorg	"afbouw" "benzodiazepines" "ouderen"	10	/	2	1	1	2021
RIZIV-richtlijnen	"afbouw" "benzodiazepines" "ouderen"	3	/	2	0	0	/
KCE-richtlijnen	"afbouw" "benzodiazepines" "ouderen"	78	/	0	0	0	/
EBP-practicenet	"benzodiazepines" "ouderen"	30	/	4	2	2	2014 2015
NHG-standaard	"afbouw" "benzodiazepines" "ouderen"	5	/	1	1	1	2014 herzien 2024
Cochrane-database	"deprescribing" "benzodiazepines" "elderly"	11	Cochrane review (0)	0	0	0	/
Cochrane-database	"discontinuation" "benzodiazepines" "elderly"	38	Cochrane review (2)	0	0	0	/
Pubmed	"deprescribing" "benzodiazepines" "elderly"	138	Max 10J+ Systematic review (6)	4	3	3	2017 2021 2022
Pubmed	"discontinuation" "benzodiazepines" "elderly"	979	Systematic review + Max 10 j(16)	4	3	3	2017 2021 2019

2.3 Resultaten

In de literatuur zijn diverse interventies beschreven die de bereidheid tot afbouw van benzodiazepines in het kader van slaapproblematiek bij ouderen kunnen verhogen. Deze worden onderverdeeld in interventies toepasbaar bij de patiënt of bij de behandelde arts.

2.3.1 Interventies bij de patiënt

Volgens de DomusMedica-richtlijn geneesmiddelenverslaving zou het versturen van een (oproep)brief door de huisarts (met advies tot stoppen en voorstel tot raadpleging) naar langdurige gebruikers van benzodiazepines in de praktijk een doeltreffende methode zijn om afbouw te kunnen induceren (8,9,10,11). Er zou een succesvol effect zijn van psycho-educatie (bijvoorbeeld aan de hand van informatiefolder) en cognitieve gedragstherapie . Hiervoor zijn 8-10 sessies noodzakelijk om succesvol te kunnen zijn,

hetgeen niet altijd mogelijk is vanwege het ontbreken van (volledige) terugbetaling bij de psycholoog. Hierover stellen Dou et Al dat adequate patiënten-educatie in de eerste lijn een effectief alternatief is (10,11,12). Een kritische Minerva-bespreking van de studie van De Jonghe et Al en de NHG-richtlijn Slaapproblemen beschrijven zo het belang van herhaaldelijke voorlichting -en advies tot stoppen van bestaande chronische benzodiazepinegebruikers in kader van slaapproblemen. Bij verlenging van herhalingsvoorschriften van benzodiazepines dient telkens in samenspraak met de patiënt te worden besproken of het betreffende geneesmiddel nog van toepassing is. De patiënt dient anders bij elke hernieuwing telkens goed te worden geïnformeerd over de bestaande neveneffecten en het risico op afhankelijkheid. In samenspraak met de patiënt moet dan worden besloten het betreffende benzodiazepine al dan niet voort te zetten of indien mogelijk aan te passen. Het is van belang het herhalingsvoorschrift niet automatisch af te wijzen maar gezamenlijk therapiewijzingen te bespreken (2,8).

2.3.2 Interventies bij de arts

Daarnaast ligt een belangrijke verantwoordelijkheid bij de behandelde arts zelf. Zo benadrukt de Domus Medica-richtlijn het belang van een adequaat voorschrijfgedrag van (huis)artsen door middel van artsen-educatie, bijvoorbeeld aan de hand van STOPP-criteria. Deelname van artsen aan een opleiding over geneesmiddelenafhankelijkheid verhoogt het aantal opsporingsinterventies. Ook zou bewustwording van de voorschrijvende arts door middel van het voorschriftenprofiel, het voorschrijfgedrag van benzodiazepines door de betreffende arts doen verminderen (9). Bovendien stelt de NHG-richtlijn slaapproblemen het belang van een realistische therapeutische doelstelling van de behandelde arts. Het is als arts belangrijk rekening te houden met de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Een stop-of afbouwpoging is namelijk enkel mogelijk wanneer de patiënt zich in een stabiele situatie bevindt. Tevens is een volledige afbouw van chronisch gebruik niet altijd haalbaar, maar kan het bereiken van een gereduceerde dosis bij 65-plussers ook al relevant zijn (8). Switchen naar andere slaapmedicatie als antidepressiva, antipsychotica, valeriaan of melatonine wordt volgens de NHG-richtlijn niet aanbevolen. Over laatstgenoemde is in de literatuur echter enige discussie. Zo toont Reeve et Al wel een gunstig effect van tijdelijke substitutie naar melatonine. Desondanks is er onvoldoende bewijs om melatonine als ondersteuning te gebruiken voor het induceren van afbouw van chronisch benzodiazepinegebruik omwille van slaapproblemen (8,11,12). Bijkomend benadrukken verschillende bronnen het belang van het betrekken van verschillende zorgbeoefenaars bij het induceren van afbouw van langdurig benzodiazepinegebruik bij 65-plussers. Volgens Domus Medica is een multidisciplinaire aanpak namelijk zinvol bij benzodiazepine afhankelijkheid. Zo beschrijft het onder andere het belang van de samenwerking met de apotheker bij het induceren van afbouw van benzodiazepines. Dit omdat de apotheker als bijkomend laagdrempelig aanspreekpunt voor de patiënt kan fungeren voor educatie, begeleiding

en oriëntatie. Zeker wanneer bij rusthuisbewoners benzodiazepines moeten worden afgebouwd is het betrekken van alle actoren van het rusthuis noodzakelijk (9,13,14). Het is vanzelfsprekend dat induceren van afbouw van chronische slaapmedicatie niet tijdens één consultatie bewerkstelligd kan worden, maar een opvolgtraject vereist. Een combinatie van de verschillende vermelde interventies heeft volgens de literatuur de hoogste succesratio (9,11,12,14).

3. VELDONDERZOEK

3.1 Onderzoeksdoel

Op basis van bevindingen uit de literatuur zou men het aantal 65-plussers die langdurig slaapmedicatie gebruiken in de praktijk kunnen doen verminderen door interventies bij de arts en door interventies bij de patiënt. Het doel van dit veldonderzoek was na te gaan of een laagdrempelige interventie als artseneducatie en herhaaldelijke patiënteducatie in onze praktijk konden leiden tot motivatie tot afbouw. Dit om uiteindelijk daadwerkelijk afbouw te kunnen initiëren. Aansluitend op de resultaten van de literatuurstudie zijn volgende onderzoeksvragen voor dit veldonderzoek ontstaan:

- Kan patiënteducatie de bereidheid tot afbouw van langdurig gebruik van benzodiazepines bij 65-plussers in kader van slaapproblemen in onze huisartsenpraktijk doen verhogen?
- Kan artseneducatie in onze huisartsenpraktijk resulteren in verhoogde afbouw van chronische slaapmedicatie bij 65-plussers?

3.2 Methodologie en resultaten

3.2.1 Studieopzet

Dit veldonderzoek betrof een kwaliteitsverbeterend praktijkproject dat heeft plaatsgevonden in huisartsenpraktijk Leoparts in Leopoldsburg bestaande uit 6 vaste artsen en 1 praktijkverpleegkundige. In consensus met de praktijk is het project uitgevoerd door huisarts-in-opleiding (HAIO) Maarten Heideman, onder supervisie van praktijkopleider Dr. Rachel Mandungu. De studie verliep over een tijdspanne van 5 maanden. Dit project werd goedgekeurd door het Ethisch-Comité van het UZA-UA (bijlage 1).

3.2.2 Studiepopulatie

De studiepopulatie bestond uit in de praktijk geregistreerde thuis- en in assistentie woningen wonende 65-plussers die gedurende 3-maanden of langer benzodiazepines of verwante Z-drugs gebruikten omwille van slaapproblemen. Wilsonbekwame patiënten en rusthuispatiënten werden uitgesloten in dit project.

Voor dit kwaliteitsverbeterend project werd er geen voorafgaand patiëntaantal opgesteld. Dit project betrof immers een kwaliteitsverbetering van zorg waarbij de nadruk lag op de verbetering van organisatie van zorg met als doel de aanpak rond de zorg voor patiënten in de praktijk die slaapmedicatie gebruiken te verbeteren.

3.2.3 Methode en resultaten

Om het langdurig gebruik van benzodiazepines bij 65-plussers in kader van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk bespreekbaar te maken en aan te pakken werd een veldonderzoek uitgevoerd volgens de stappen van een kwaliteitsverbeterend project (FOCUS).

3.2.3.1 Find

Voor aanvang van het veldonderzoek werd bij nazicht van medicatiefiches van 65-plussers op raadpleging en huisbezoeken duidelijk dat deze groep patiënten in de praktijk soms langdurig benzodiazepines nemen in kader van slaapproblemen. Hierbij viel het op dat voorschriften van slaapmedicatie herhaaldelijk werden verlengd door de behandelende artsen, en in sommige gevallen zelfs telefonisch werden afgeleverd zonder raadpleging. Bijgevolg was er geen overzicht meer over het daadwerkelijke gebruik ervan door sommige 65-plussers en was het moeilijk eventueel misbruik tijdig te detecteren. Wanneer men trachtte het langdurig gebruik van slaapmedicatie te willen afbouwen stuitte men telkens op weerstand bij de patiënt. Deze bevindingen vormde de aanzet tot de totstandkoming van dit praktijkverbeterend project.

Aan de hand van het elektronisch patiëntendossier CareConnect werd allereerst een dossierstudie uitgevoerd om een beter zicht te krijgen over de grootteorde aan geregistreerde 65-plussers in de praktijk dat chronisch benzodiazepines gebruikt omwille van slaapproblemen. Hiervoor werd in CareConnect een algoritme opgesteld met benzodiazepines en Z-drugs die in BCFi als indicatie slapeloosheid hebben: Zolpidem (Stilnoct), Zopiclon, Lormetazepam (Loramet, Metatop), Loprazolam (Dormonoct), Flurazepam (Staurodorm), Lorazepam (Serenase, Temesta), Brotizolam (Lendormin), Clotiazepam (Clozan), Nitrazepam (Mogadon), Triazolam (Halcion) en Alprazolam (Xanax). Laatstgenoemde kent een dubbele indicatie, zowel bij slapeloosheid als bij angst, maar is vanwege het gebruik bij slapeloosheid wel mee opgenomen in het algoritme.

3.2.3.2 Organise

Vervolgens werd een eerste praktijkoverleg georganiseerd waarbij de eerste vaststellingen werden besproken. Het doel van dit gesprek was de problematiek omtrent het langdurig gebruik van benzodiazepines bij 65-plussers in de praktijk voor

een eerste keer bespreekbaar te maken en te peilen naar de opinie van de artsen in de praktijk hieromtrent. Ook werden arts-gebonden factoren als het voorschrijfgedrag in kaart gebracht. Tijdens het constructief overleg vond een educatiemoment plaats waarbij de neveneffecten van het langdurig gebruik van benzodiazepines bij ouderen werden aangehaald. Daarnaast werd het telefonisch afleveren van herhalingsvoorschriften in de praktijk voor een eerste keer bediscussieerd en in vraag gesteld.

Kort na het eerste praktijkoverleg volgde een tweede praktijkoverleg met presentatie (zie bijlage 2). Hierbij werden de neveneffecten van het lange-termijn gebruik van benzodiazepines bij ouderen aan de artsen geëduceerd. Dit met als doel het voorschrijfgedrag van bepaalde artsen te optimaliseren. Ook werd de praktische uitvoering van het verdere veldonderzoek betreffende patiëntgebonden factoren meegedeeld en ingestemd. Daarnaast werd er aan de hand van de informatiefolder van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van KULeuven (ACHG, bijlage 3) conservatieve maatregelen voor slaapproblemen aan de artsen geëduceerd. Deze folder was al door enkele artsen in de praktijk gekend maar fungeerde bij het praktijkoverleg als leidraad voor de educatie van de overige artsen, alsook voor patiënten tijdens het verdere veldonderzoek.

3.2.3.3 Clarify

Dit praktijkproject was gericht op het verbeteren van kwaliteit van zorg voor patiënten in de praktijk door in te grijpen op arts- en patiëntgebonden factoren. Het werd geëvalueerd aan de hand van structuur-en procesindicatoren. Zo werd op vlak van praktijkorganisatie nagegaan wat een organisatorische verandering omtrent het telefonisch afleveren van herhalingsvoorschriften van slaapmedicatie kon teweegbrengen. Door artseneducatie tijdens het project trachtte men het voorschijfgedrag van de artsen gunstig te beïnvloeden. Daarnaast werd bekeken of herhaaldelijke patiënteducatie resulteerde in evolutie van afbouw van langdurige slaapmedicatie bij 65-plussers in de praktijk.

3.2.3.4 Understand

Door vaststellingen van voorschrijfgedrag, praktijkorganisatie en dossierstudie werden arts-gebonden factoren aan het licht gesteld. Deze werden aan de artsen voorgesteld tijdens georganiseerde praktijkoverlegmomenten waarbij bewustwording en educatie van de artsen over de problematiek in de praktijk op de voorgrond stond.

Uit de dossierstudie bleek dat in de praktijk 846 van de 1074 65-plussers (79%) vanwege slaapproblemen een van de geïncludeerde benzodiazepines langdurig inneemt. Deze waarde betreft weliswaar geen exact cijfer maar een schatting, aangezien benzodiazepines met een dubbele indicatie zoals Alprazolam (191 65-plussers) mee zijn

opgenomen in het algoritme. De werkelijke waarde van langdurig gebruik van slaapmedicatie in de praktijk ligt dus tussen de 655 (61%) en 846 (79%) 65-plussers.Ook is registratie van het betreffende slaapmiddel in de chronische medicatielijst van de patiënt afhankelijk van correcte registratie door de arts.

Het eerste praktijkoverleg was een constructief introductiegesprek waarbij de bevindingen openlijk werden gedeeld in groep. De geobjectiveerde waarde resulteerde in verbijstering bij de artsen. Het heeft een sleutelrol gespeeld in de bewustwording en educatie van de artsen omtrent de omvang van de problematiek in de praktijk als gevolg van het voorschrijfgedrag. Het vormde dan ook een eerste aanzet om de problematiek in de praktijk bespreekbaar te maken en ermee aan de slag te gaan. Uit het gesprek werd ook duidelijk dat alle artsen in de praktijk nog benzodiazepines in kader van slaapproblemen bij 65-plussers verlengen indien deze reeds aanwezig waren. Een grote groep oudere patiënten was namelijk overgekomen van gepensioneerde collega's uit de omgeving. Daarnaast was er een kleine minderheid van de artsen in de praktijk zelf (2 van de 6 artsen) die toegaven nog benzodiazepines te starten wanneer iemand consulteert vanwege slaapproblemen. Vanwege die discoherentie in het voorschrijfgedrag van collega's (verlengen vs starten) waren ze er in de praktijk nog niet toe geraakt het probleem in groep bespreekbaar te maken. De externe positie als HAIO heeft het hier mogelijk gemaakt een verbindende factor te zijn. Door vanaf het eerste overlegmoment alle artsen te betrekken bij de educatie over de risico's van het chronisch gebruik van slaapmedicatie bij ouderen en de objectivering van hun gemeenschappelijk voorschrijfgedrag ontstond er een eerste gezamenlijke bewustwording van de problematiek. Artseneducatie bij het eerste en tweede praktijkoverlegmoment deed de artsen beseffen dat het niet meer opstarten van slaapmedicatie een eerste basis moest vormen voor de aanpak van de problematiek in de praktijk. Ook werd duidelijk dat het telefonisch verlengen van slaapmedicatie de problematiek bevordert.

3.2.3.5 Plan -do- check-act.

Plan

Naast artsgebonden factoren omvat dit praktijkproject ook de patiëntgebonden factoren. Voor laatstgenoemde werd de veldstudie onderverdeeld in een pre-afbouwtraject bij nog niet-gemotiveerde patiënten en een daadwekelijk afbouwtraject bij gemotiveerde patiënten. Tijdens het pre-afbouwtraject werd zoals beschreven in De Jonghe et Al en de NHG-standaard slaapproblemen herhaaldelijke patiënt-educatie toegepast met als doel bereidheid tot afbouw te kunnen induceren (2,8). Hiervoor werd tijdens het tweede praktijkoverleg allereerst een organisatorische verandering in de praktijk goedgekeurd waarbij het gekende telefonisch afleveren van herhalingsvoorschriften van slaapmedicatie tijdelijk werd gestopt. Hierdoor moesten

patiënten verplicht op consultatie komen voor herhalingsvoorschriften wat de mogelijkheid bood gespreksvoering omtrent hun slaapmedicatie uit te voeren, hetgeen daarvoor niet altijd mogelijk was. In samenspraak met de praktijk is besloten tijdens de veldstudie herhalingsvoorschriften te verlenen voor maximaal 3 maanden om contactmomenten mogelijk te maken. Tijdens chronische huisbezoeken en chronische consulten (bv. controle bloedname) werd dergelijke gespreksvoering met patiënteducatie uitgevoerd vanwege het ruimer tijdsbestek dat zo een consult toeliet.

Wanneer patiënten op consult kwamen met als aanmeldingsklacht een neveneffect van slaapmedicatie werd ook de link met het langdurig gebruik van benzodiazepines direct gemaakt en patiënteducatie toegepast. De patiënteducatie omvatte telkens advies tot stoppen door informeren over bestaande neveneffecten, risico op afhankelijkheid en uitleg over conservatieve slaapmaatregelen aan de hand van de patiëntfolder van ACHG. Deze laatste werd telkens bij het eerste consult met de patiënt meegegeven.

Bij ieder vermeld consult werd telkens gepolst naar de bereidheid tot afbouw van hun slaapmedicatie aan de hand van het model van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente:

- Pre-contemplatie: in deze fase is er geen intentie tot verandering van gedrag. De persoon is zich zelfs nog niet bewust van het probleem.
- Contemplatie: de persoon is zich bewust van het probleem. Er is motivatie om er iets aan te doen, maar er wordt nog geen actie uitgevoerd.
- Preparatie: de persoon maakt echt plannen om iets aan het gedrag te doen.
- Actie: de persoon voert daadwerkelijk actie uit om het gedrag te veranderen.
- Volhouden: de persoon probeert de bereikte verandering te behouden en niet terug te vallen. Dit nieuwe gedrag moet geïntegreerd worden in het dagelijkse leven.
- Herval: de persoon is niet in staat om de bereikte gedragsverandering te behouden. Het doorlopen proces begint opnieuw.

Vanaf het eerste contactmoment werd het initiële stadium van gedragsverandering volgens Prochaska en DiClemente geregistreerd om alzo de motivationele evolutie van de opeenvolgende raadplegingen in de tijd te kunnen evalueren. Registratie van het stadium gebeurde zowel in het patiëntendossier als in een afzonderlijke gepseudonimiseerde database in een Excel-bestand. Herhalingsvoorschriften werden bij nog niet-bereidwillige patiënten telkens gewoon verlengd en bij een volgende raadpleging werd het gesprek met educatie opnieuw hervat.

Patiënten die bij het eerste contact bereid waren hun slaapmedicatie te willen afbouwen, kwamen direct in het eigenlijk afbouwtraject terecht. Zij werden begeleid

naar een gereguleerd dosisreductieschema conform het afbouwprogramma van BCFi. Zoals aanbevolen in de literatuur werd er voor een officieel samenwerkingsverband met de apotheek geopteerd vanwege een bijkomend laagdrempelig aanspreekpunt voor de patiënt. In samenspraak met de patiënt werd er dan voor een passend afbouwschema gekozen van 5,7-of 10 stappen gedurende telkens 10, 20 of 30 dagen. Indien de patiënt geen samenwerking met de apotheek verkoos, werd alsnog het beschikbare afbouwprogramma voor afbouw als leidraad gekozen, echter met meer ruimte tot flexibiliteit. Het verloop van het afbouwtraject werd zowel in het patiëntdossier als in een afzonderlijke database geregistreerd. Hierbij werd de betrokkenheid van de apotheek en omgeving mee in rekening gebracht. De apotheek werd bij aanvang van een officiële samenwerking steeds telefonisch op de hoogte gesteld over opstart van afbouw en de bijhorende eerste magistrale bereiding.

Patiënten die een voltooid afbouwtraject hadden doorlopen, werden na afloop kort geïnterviewd. Dit om aan de hand van de feedback de aanpak in de toekomst verder te kunnen optimaliseren. Deze interviews gingen door na het verlenen van informed consent. De volgende vragen kwamen bij het interview aan bod:

- Wat was uw motivatie om de slaapmedicatie te willen afbouwen?
- Hoe heeft u de begeleiding in de praktijk ervaren?
- Wat vond u goed, wat kan volgens u beter?
- Welke drempels heeft u ervaren?
- Welk gevoel heeft u aan het afbouwtraject over gehouden?
- Wat is de impact op uw slaap geweest tijdens het afbouwtraject?

Do

De patiënten werden dankzij een elektronische informatiefolder in de wachtzaal geïnformeerd over het lopende praktijkproject inzake langdurige slaapmedicatie. Door herhaaldelijke patiënteducatie tijdens consultatie werden patiënten op de hoogte gesteld over dit thema en trachtte men evolutie omtrent afbouw teweeg te brengen.

Zoals eerder vermeld werden de bevonden gegevens van zowel het pre-afbouwtraject als het afbouwtraject (tabel 2 en tabel 3) gepseudonimiseerd verzameld in een Excel bestand. De uiteindelijke dataverwerking heeft plaatsgevonden aan de hand van beschrijvende statistiek.

Pre-afbouwtraject

Onderstaande tabel 2 geeft de evolutie van de motivatie van deelnemers weer volgens de stadia van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente.

Tabel 2: Pre-afbouwtraject volgens stadia van gedragsverandering van Prochaska en Diclemente.

Patiënt	Leeftijd	Geslacht	Slaapmiddel	Dosis (mg)	Inname (jaren)	Reden eerste aanmelding	Evolutie van stadia van gedragsverandering volgens Prochaska en Diclemente			
							Consult1	Consult2	Consult3	Consult4
Patiënt1	71	M	Zolpidem	10	20	CHB	Pre-contemplatie	Contemplatie	Contemplatie	Preparatie
Patiënt2	78	V	Lormetazepam	2	20	AHR	Pre-contemplatie	Pre-contemplatie	Contemplatie	
Patiënt3	77	V	Alprazolam	0,5	15	CHB	Pre-contemplatie	Contemplatie	Actie	
Patiënt4	69	M	Lormetazepam	1	10	AHR	Pre-contemplatie	Contemplatie	Preparatie	
Patiënt5	78	M	Lormetazepam	2	15	AHR	Contemplatie	Preparatie		
Patiënt6	67	V	Zolpidem	5	20	CHC	Pre-contemplatie			
Patiënt7	73	M	Lorazepam	2,5	20	Vergeet-achtigheid	Contemplatie			
Patiënt8	81	V	Lormetazepam	2	15	AHR	Contemplatie			

Inname: aantal jaren respectievelijke slaapmiddel gebruikt. Reden eerste aanmelding: initiële reden van contact (aanmeldingsklacht) van eerste consult waarbij gebruik van benzodiazepines in kader van slaapproblemen bespreekbaar is gemaakt (CHB: chronisch huisbezoek, AHR: afgifte herhalingsrecept, CHC: chronisch consult)

Deelnemers waarbij een opeenvolging van consulten mogelijk was (Patiënt 1-Patiënt 5) vertoonden in de tijd een progressieve evolutie van motivatie tot afbouw als gevolg van herhaaldelijke bewustwording en patiënteducatie. Desondanks waren erbij patiënt 1 -en 2 meerdere consulten nodig om een volgend stadium van gedragsverandering te bereiken. Daarentegen is het bij deelnemers waarbij slechts één consult heeft kunnen plaatsgrijpen het niet mogelijk uitspraken te doen over de evolutie van motivatie tot afbouw.

Bij alle deelnemers (Patiënt1-Patiënt 8) is van elk consult een contactverslag beschikbaar in het elektronische patiëntendossier. Hierbij staat de betreffende fase van gedragsverandering bij ieder consult afzonderlijk vermeldt zoals in tabel 2. Ook staat telkens de betreffende fase van het laatste consult op het overzichtsblad onder “Planning” zodat dit bij een volgende aanmelding direct zichtbaar is voor de raadplegende arts. Dit laat bij alle deelnemers van het pre-afbouwtraject toe bij een volgende presentatie laagdrempelig het gesprek terug op te nemen om de aanzet tot gedragsverandering voort te zetten, zelfs bij een eenmalig consult zoals het geval is bij Patiënt 6-8.

Vooral maandelijkse chronische huisbezoeken laten toe laagdrempelig de problematiek bespreekbaar te maken. Dit vanwege de mogelijkheid tot herhaaldelijke bewustwording en patiënteducatie op maandelijkse termijn, hetgeen progressieve evolutie van gedragsverandering mogelijk maakt zoals aangetoond door Patiënt 1 en Patiënt 3. Ook consulten in kader van herhalingsrecepten zijn goede insteekmomenten om de problematiek voor een eerste keer bespreekbaar te maken. Dit aangezien afbouw te kaderen valt binnen een oppuntstelling van actuele medicatielijst alsook het ruimer tijdsbestek van zo een consult. Desondanks zijn binnen dit veldonderzoek de mogelijkheid tot contactmomenten bij 3-maandelijkse herhalingsrecepten (2 tot 3

contactmomenten bij patiënt 2,4,5) wel minder in vergelijking met de maandelijkse huisbezoeken (3 tot 4 contactmomenten bij patiënt 1,3). Toch hebben 4 van de 8 patiënten van het pre-afbouwtraject zich gepresenteerd in kader van verlenging herhalingsrecept die binnen deze studie zonder het afschaffen van het telefonisch afleveren van herhalingsrecepten in de praktijk initieel misschien minder zouden zijn bereikt.

Als laatste is opvallend dat Patiënt7 zich presenteerde met een neveneffect van langdurig benzodiazepinegebruik waarbij educatie tijdens hetzelfde consult direct resulteerde in bewustwording en contemplatie.

Afbouwtraject

Tabel 3 toont het beloop van het afbouwtraject van gemotiveerde deelnemers. Alle deelnemers van het eigenlijke afbouwtraject, met uitzondering van patiënt 3, waren bij het eerste aanmeldingsconsult direct overtuigd tot afbouw (actie fase) en hebben dus geen voorafgaand pre-afbouwtraject moeten doorlopen. Daarentegen hebben de deelnemers van het pre-afbouwtraject, met uitzondering van patiënt 3, het eigenlijke afbouwtraject niet kunnen starten binnen de termijn van 5 maanden van de veldstudie.

Tabel 3: Verloop van afbouwtraject.

Patiënt	leeftijd	geslacht	Slaapmiddel	Dosis (mg)	Inname (jaren)	Reden eerste aanmelding	Afbouwtraject					
							Schema	Duur per stap	Apotheek	Omgeving	Vervolg-afspraak	Outcome
Patiënt3	77	V	Alprazolam	0,5	15	CHB	5	30	Nee	Ja	Ja	Verminderd –nog lopend
Patiënt 9	85	V	Stilnoct	5	20	AHR	5	30	Ja	Ja	Nee	Herval
Patiënt10	85	V	Lormetazepam	2	20	CHB	5	30	Ja	Ja	Ja	Verminderd -stabilisatie
Patiënt11	74	V	Lormetazepam	1	20	Sufheid	5	20	Ja	Ja	Ja	Gestopt
Patiënt12	73	V	Zolpidem	10	20	CHB	5	20	Ja	Ja	Ja	Gestopt

Inname: aantal jaren respectievelijke slaapmiddel gebruikt. Reden eerste aanmelding: initiële reden van contact (aanmeldingsklacht) van eerste consult waarbij gebruik van benzodiazepines in kader van slaapproblemen bespreekbaar is gemaakt (CHB: chronisch huisbezoek, AHR: afgifte herhalingsrecept, CHC: chronisch consult). Schema: gekozen afbouwschema in stappen. Duur: duur van elke afbouwstap in dagen. Apotheek: officieel samenwerkingsverband met apotheek. Omgeving: betrokkenheid van omgeving van deelnemer. Vervolgafspraak: gedurende het hele afbouwtraject aanwezig bij geplande vervolgafspraken. Outcome: finaal resultaat van het afbouwtraject binnen de termijn van de veldstudie.

Van het eigenlijke afbouwtraject heeft binnen de termijn van de studie slechts 1 van de 5 patiënten (Patiënt 3) van het afbouwtraject voorafgaand het pre-afbouwtraject doorlopen. Zoals weergegeven in tabel 2 was deze deelnemer bij het eerste consult niet bereidt tot afbouw (pre-contemplatie fase). Echter is door herhaaldelijke bewustwording en patiënteducatie via de bestaande maandelijkse huisbezoeken de motivatie op korte termijn door het pre-afbouwtraject geëvolueerd tot daadwerkelijke afbouw (actie fase). Onverwacht bij deze casus was de directe stap van contemplatie naar actie, zonder de intermediaire preparatie fase. Desondanks kende deze patiënt een doeltreffend traject waarbij de dosis binnen de termijn van de studie reeds gehalveerd werd. Deze patiënt was de enige deelnemer die het afbouwtraject doorliep

zonder officieel samenwerkingsovereenkomst met de apotheek. Dit vanwege de individuele wens van de patiënt van de mogelijkheid tot flexibiliteit en niet volledig gebonden te zijn aan een vast schema. Desondanks werd bij deze deelnemer alsnog het betreffende afbouwschema gekozen met mogelijkheid hiervan af te wijken indien nodig.

Alle deelnemers van het afbouwtraject uit tabel 3 waren overtuigd tot afbouw. Bij initiatie van het afbouwtraject werden de verschillende mogelijkheden van afbouwschema's besproken. Hierbij is opvallend dat al deze gemotiveerde deelnemers beduidende voorkeur hadden voor een kort afbouwschema bestaande uit 5-stappen met een duur van telkens 20 of 30 dagen.

Vier van de 5 deelnemers van het afbouwtraject hebben het doel van hun afbouw behaald. De helft is binnen de termijn van de studie verminderd in dosis, waarvan één zich in een stabilisatieperiode bevond. De andere helft heeft door het traject een volledige afbouw kunnen bewerkstelligen. Helaas heeft 1 van de 5 deelnemers (Patiënt 9) het afbouwtraject niet behaald en is vroegtijdig in herval terechtgekomen.

Check

Aan het einde van het afbouwtraject werd bij Patiënt11 en Patiënt12 een evaluatie interview uitgevoerd. Bij de overige deelnemers van het afbouwtraject was dit niet het geval. Dit aangezien de afbouw bij 2 deelnemers (Patiënt3-Patiënt10) aan het einde van de studie nog lopende was, en Patiënt9 helaas geen informed consent gaf voor het afnemen van een evaluatie-interview. De belangrijkste bevindingen van deze interviews zijn hieronder beschreven.

Vervolgens vond een derde praktijkoverleg plaats waarbij de bevonden resultaten in team werden besproken. Hierbij werden de arts-gebonden factoren als voorschrijfgedrag en praktijkorganisatie alsook de patiëntgebonden factoren van de uitgevoerde veldstudie geëvalueerd. Dit om het praktijkbeleid te kunnen aanpassen aan de sterktes en zwaktes van het uitgevoerde praktijkproject.

Evaluatie-interviews afbouwtraject

Beide ondervraagde deelnemers gaven aan vanaf het begin gemotiveerd te zijn om af te bouwen aangezien ze verstoorde slaap ondervonden ondanks het jarenlang gebruik van slaapmedicatie hiervoor. Deze kritische bedenking deed hen reeds het nut van deze medicatie in vraag stellen. Ook gaven ze aan dat het eerste consult met patiënteducatie hen bewust had gemaakt van de nog ongekende neveneffecten, vooral valrisico en dementie, en zo de actiedrempel om te willen afbouwen deed overschrijden. Patiënt11 vermelde nog dat de link met de initiële aanmeldingsklacht sufheid doorheen de dag een bijkomend argument was om de problematiek te willen aanpakken.

Zowel patiënt11 als patiënt12 waren tevreden over de begeleiding in de praktijk. Ze vonden het positief dat er voorafgaand aan iedere afbouwstap een vast opvolgconsult gepland stond. Dit bood positieve bekrachtiging, houvast en perspectief op korte termijn. De overgang naar een volgende afbouwstap werd door deelnemers immers als de moeilijkste periode van het afbouwtraject ervaren. Dit aangezien ze verder moesten afbouwen op een moment dat ze vertrouwd waren aan hun voorgaande dosis. Hieromtrent werd dan telkens gecommuniceerd vroegtijdig laagdrempelig contact op te nemen bij moeilijkheden, echter heeft geen enkele deelnemer van het afbouwtraject dit nodig gevonden. Daarnaast vonden ze het fijn één vast aanspreekpunt te hebben in de praktijk omtrent afbouw, in tegenstelling tot opvolgcontacten bij wisselende zorgverleners. Tussentijdse positieve bekrachtiging door andere collega's werkte volgens de ondervraagden wel stimulerend. Ook de conservatieve maatregelen omtrent slaaphygiëne die werden meegedeeld en meegegeven boden houvast gedurende het afbouwtraject.

Opvallend is dat beide ondervraagden aangaven dat er verbeterpunten zijn betreffende de samenwerking met de apotheek. Ondanks het contractueel samenwerkingsverband op papier misten ze dit in realiteit. Volgens de deelnemers verliep de communicatie tussen arts en apotheker over de magistrale bereidingen alsook de kennisneming van betrokken afbouwfase door de apotheker suboptimaal. Ook miste één van de ondervraagden de positieve bekrachtiging van de apotheek.

Beiden zijn erg blij met hun succesvol doorlopen afbouwtraject. Sinds volledige afbouw ervaren ze immers een verhoogde alertheid, verbeterde concentratie en verminderde slaperigheid overdag. Patiënt11 vermeldt zelfs een verbeterde slaapkwaliteit. Patiënt12 merkt geen verschil hieromtrent tussen voor en na afbouw. Volgens beide deelnemers had al eerder een aanbod tot afbouw mogen gebeuren. Ze vonden het jammer dat telkens herhalingsvoorschriften werden verlengd zonder patiënteducatie.

Act

Bij de overlegmomenten bij aanvang van het project gaf een deel van de artsen aan dat het langdurig gebruik van benzodiazepines in kader van slaapproblemen bij 65-plussers toch een knelpunt was in hun praktijk. De gezamenlijke overlegmomenten met artseneducatie aan het begin resulteerden snel in eerste succesvolle praktijkverbetering op vlak van voorschrijfgedrag. Het was duidelijk dat het onnodig opstarten van chronische slaapmiddelen niet meer kon gebeuren. Tijdens het finale overlegmoment gaven de betreffende artsen ook aan geen nieuwe benzodiazepines voor slaapproblemen meer te zijn gestart sinds aanvang van het praktijkproject. Bijkomend is bij dit finale praktijkoverleg beslist de afschaffing van het telefonisch afleveren van herhalingsvoorschriften tijdens de veldstudie als regel te behouden in de praktijk. Dit om beter zicht te behouden over het gebruik van de patiënt en

contactmomenten voor detectie en gespreksvoering in de toekomst mogelijk te maken. De reorganisatie hieromtrent is ook vlot verlopen wat deze overgang natuurlijk gunstig beïnvloed. Sinds het praktijkproject zijn er geen telefonische herhalingsvoorschriften meer verleend door collega's, en laten ze bewust de patiënt op raadpleging komen. Er mag dus gesteld worden dat het project iets in gang heeft gezet in de praktijk (act). Inzake arts-gebonden factoren als voorschrijfgedrag en praktijkorganisatie omtrent herhalingsvoorschriften van slaapmedicatie heeft deze veldstudie praktijkverbetering kunnen verwezenlijken met het oog op verbetering van kwaliteit van zorg voor patiënten in de toekomst. Op vlak van patiëntgebonden factoren biedt de werkwijze van herhaaldelijke patiënteducatie met registratie volgens het model van Prochaska en DiClemente een handvat voor de praktijk om evolutie tot afbouw te kunnen begeleiden en registreren in het patiëntendossier.

4. DISCUSSIE

Deze kleine veldstudie in de huisartsenpraktijk heeft een aantal interessante bevindingen en belangrijke hiaten aan het licht gesteld. Eén van de zwakten van deze studie is de kleine patiëntenpopulatie. Over een termijn van 5 maanden omvatte het pre-afbouwtraject slechts 8 patiënten en het afbouwtraject 5 patiënten. De belangrijkste reden van dit beperkte patiëntaantal is dat alleen consulten in kader van herhalingsvoorschriften, chronische opvolgconsulten en chronische huisbezoeken werden geïncludeerd. Bij aanvang van de studie was de opvatting hieromtrent dat patiënteducatie over langdurig gebruik van benzodiazepines in kader van slaapproblemen met advies tot stoppen en uitleg over conservatieve alternatieven niet nog extra tijdens een standaard consult kan worden gerealiseerd. Zodoende is bij opzet van de veldstudie beslist dit afzonderlijk te laten plaatsgrijpen tijdens aanmeldingsraadplegingen die hier voldoende tijd voor toelaten. Chronische opvolgraadplegingen of chronische huisbezoeken maken het mogelijk vroegtijdig te anticiperen door meer tijd te voorzien om adequate patiënteducatie over chronische slaapmedicatie te willen uitvoeren. Ook aanmeldingsconsulten voor verlenging van herhalingsvoorschriften laten hier meer ruimte voor. Daarnaast was de insteek om patiënten die onder de radar waren verdwenen als gevolg van het initiële telefonisch afleveren van herhalingsvoorschriften terug op raadpleging te krijgen om eventueel misbruik vroegtijdig te kunnen detecteren en dialoog mogelijk te maken. De keerzijde van deze arbitraire oppuntstelling was dat mogelijke deelnemers die zich op willekeurige raadplegingen presenteerden helaas niet mee zijn opgevangen tijdens dit veldonderzoek. Idealiter werd bij zo een consult wel kort de bevinding van het gebruik van benzodiazepines in kader van slaapproblemen aangehaald en bij het gebrek aan tijd een vervolgconsult op een later moment ingepland om verder het gesprek aan te gaan. Ook rusthuisbewoners, met uitzondering van assistentie wonende ouderen, zijn niet

mee opgenomen in het project. In de toekomst kan bij voortzetting van dit project in de praktijk dit allen mee in acht worden genomen.

Een bijkomende oorzaak van de beperkte patiëntpopulatie van deze veldstudie is het uitvoeren van het project door voornamelijk één arts. Vanaf aanvang van het project was er veel draagvlak in de praktijk voor het uitvoeren van deze studie. Tijdens de praktijkoverlegmomenten ontstond een groeiend enthousiasme om de knelpunten van deze problematiek in de praktijk aan het licht te brengen en praktische handvaten voor de toekomst uit te werken. Zo was de opzet van herhaaldelijke patiënteducatie met registratie volgens het model van Prochaska en DiClemente een werkmethode die als maatstaf diende om evolutie van motivatie van patiënten in de praktijk te kunnen evalueren. Ondanks de instemming hiermee kwam het er in de loop van het project op neer dat de praktische uitvoering vooral diende te gebeuren door de HAIO zelf, wat mede de beperkte patiëntenpopulatie van dit veldonderzoek verklaard. Bij het finale overleg bleek er wel bewustwording en gedrevenheid omtrent de uitgevoerde methodiek die gunstige resultaten toonde, hetgeen voor de start van de studie enige terughoudendheid bij de artsen teweegbracht. Jammer genoeg is dit niet vroegtijdig gecommuniceerd waardoor herevaluatie in het begin van het project niet mogelijk was. Tussentijdse overlegmomenten waren dan ook nuttig geweest. Het uiteindelijk finale praktijkoverleg met gunstig beloop van het pre-afbouwtraject heeft achteraf wel de effectiviteit ervan aangetoond. Voor de praktijk zelf was het doel van het uitgevoerde veldonderzoek door de HAIO vooral achterhalen of de gehanteerde methodiek van het pre-afbouwtraject als referentie werkmethode kon gelden voor de artsen in de praktijk. Dit is aan het einde gelukkig positief onthaald hetgeen toekomstperspectieven biedt voor de praktijk.

Een gelijkaardig (grootschalig) project in Denemarken toonde dat het staken van telefonisch afleveren van slaapmiddelen met verplichting om op raadpleging te komen en herhalingsvoorschriften voor slechts 1 maand te verlengen na 15 maanden een reductie van het gebruik van slaapmiddelen gaf met 46,5% (50,3% voor Z-drugs) (15). Deze Deense studie benadrukt de effectiviteit van deze laagdrempelige interventie zonder aanvullende training in de huisartsenpraktijk. De korte termijn van 5 maanden van dit praktijkproject is natuurlijk beperkt in vergelijking met de termijn van 15 maanden in de vermelde studie. Het voorschrijven van slaapmiddelen voor slechts 1 maand zoals in de studie in plaats van 3 maanden zou zinvoller geweest kunnen zijn vanwege meer mogelijke contactmomenten. Dit is tijdens het veldonderzoek gebleken aangezien de maandelijkse huisbezoeken hiertoe meer hebben bijdragen. Bij aanvang van dit prakijkproject is echter met de praktijk de termijn van 3 maanden bepaald om tegemoet te komen aan het initiële telefonisch afleveren.

Een bijkomstig knelpunt van deze veldstudie is dat de praktijkverpleegkundige niet betrokken is geweest in dit project vanwege onvoldoende beschikbaarheid. Dit zou in de toekomst wel mogelijk moeten zijn vanwege recente uitbreiding van haar takenpakket. Desondanks kwam uit het evaluatie-interview voort dat één vast aanspreekpunt bij afbouw, in dit geval de HAIO, juist een meerwaarde was van het eigenlijke afbouwtraject. In de toekomst kan voor eenzelfde patiënt een samenwerking tussen één behandelende arts en de praktijkverpleegkundige wel de mogelijkheid bieden om afwisselend opvolgconsulten van afbouw uit te voeren om alzo een grotere groep patiënten te kunnen begeleiden. Beiden kunnen dan als aanspreekpunt gelden voor de patiënt bij moeilijkheden. Ook bij het pre-afbouwtraject kan de praktijkverpleegkundige een meerwaarde zijn voor opstart patiënteducatie en verdere patiëntverwerving. Een aanvullend verbeterpunt uit de evaluatie-interviews was de samenwerking met de apotheek. In de toekomst kan het nuttig zijn bij iedere afbouwstap telefonisch contact op te nemen met de apotheek over de magistrale voorschriften. Dit kan indirect ook de apotheek ertoe aanzetten de patiënt aan te moedigen in zijn/haar afbouw. Uit het interview werd immers duidelijk dat positieve bekrachtiging door verschillende zorgverleners en omgeving als helpend werd ervaren.

5. CONCLUSIE

In de huisartsenpraktijk werd duidelijk dat een groot aantal 65-plussers langdurig (>3 maanden) benzodiazepines gebruikt in kader van slaapproblemen. Om deze problematiek in de praktijk aan te pakken werd een kwaliteitsverbeterend praktijkproject uitgevoerd. Hiervoor werd allereerst een literatuurstudie verricht met als doel na te gaan welke mogelijke interventies de bereidheid tot afbouw van chronische slaapmedicatie bij 65-plussers verhogen. De literatuur maakt hierin onderscheid tussen interventies bij de arts en interventies bij de patiënt. In dit project had artseneducatie middels dossierstudie en verschillende praktijkoverlegmomenten als doel de artsen in de praktijk bewust te maken van het probleem om zo het voorschrijfgedrag te optimaliseren. Ook diende een structurele verandering in de praktijkorganisatie te gebeuren waarbij het telefonisch afleveren van herhalingsvoorschriften van slaapmedicatie werd gestaakt. Betreffende patiëntgebonden factoren stelt de literatuur dat herhaaldelijke patiënteducatie ook een effectieve methode is om afbouw te kunnen induceren, hetgeen uiteindelijk ook in deze veldstudie werd toegepast volgens de stappen van een kwaliteitsverbeterend project (FOCUS). Hierbij werden patiënten verplicht op raadpleging te komen in kader van herhalingsvoorschriften. Tijdens het pre-afbouwtraject vond bij een selectie van consulten adequate patiënteducatie plaats waarbij telkens gepolst werd naar de bereidheid tot afbouw van hun slaapmedicatie aan de hand van het model van gedragsverandering van Prochaska en DiClemente. Dit om de motivationele evolutie van de opeenvolgende raadplegingen te evalueren. Tijdens het eigenlijke afbouwtraject werden patiënten begeleid volgens een passend

afbouwschema. Ondanks de hiaten van deze studie van beperkte studiepopulatie en beperkte tijdspanne van 5 maanden, heeft het praktijkproject iets op gang gebracht in de praktijk. Zo is er praktijkverbetering tot stand gekomen op vlak van voorschrijfgedrag van artsen en praktijkorganisatie. Ook zijn er praktische handvatten voor de toekomst aangewend om evolutie tot afbouw te kunnen begeleiden en registreren. Daarnaast is in de toekomst een nauwere samenwerking met de apotheek en praktijkverpleegkundige gewenst.

6. REFERENTIES

1) WOREL. Aanpak van slaapklachten en insomnie (slapeloosheid) bij volwassenen in de eerste lijn. 2018.
2) De Jonghe M, Fraipont B. Benzodiazepinegebruik verminderen bij ouderen: welke interventies zijn meest werkzaam? Minerva Artikel. 2015; 14(1):2-3.
3) Werkgroep Benzodiazepinen. Aandacht voor bijwerkingen van benzodiazepinen is belangrijk: een systematisch overzicht. Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1052.
4) Ferreira P, Ferreira AR, Barreto B, Fernandes L. Is there a link between the use of benzodiazepines and related drugs and dementia? A systematic review of reviews. European Geriatric Medicine. 2021;13(1):19–32.
5) Dionne PA, Vasiliadis HM, Latimer E, Berbiche D, Preville M. Economic impact of inappropriate benzodiazepine prescribing and related drug interactions among elderly persons. Psychiatric Services. 2012;64(4):331–8.
6) Backes D. Meer risico op heupfractuur bij slaapmedicatie. Huisarts en Wet. 2018.
7) Bogaerts C. Valpreventie: het verband tussen psychofarmaca en vallen. Kwaliteitsbevorderend programma voor een medisch-farmaceutisch overleg. RIZIV. 2018.
8) Bhogal-Statham M, Damen Z, Greving J, Lucassen P, Van Beek C, Warmerdam M, Wittkampf K. Slaapproblemen. Nederlands Huisartsen Genootschap. 2014.
9) Chevalier P. Geneesmiddelenverslaving: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Domus Medica. 2011.
10) Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Formularium Ouderenzorg: slaapstoornissen en afbouw benzodiazepines. BCFI. 2021.
11) Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M, Gnjidic D. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. Eur J Clin Pharmacol. 2017; 73(8):927-935.
12) Dou C, Rebane J, Bardal S. Interventions to improve benzodiazepine tapering success in the elderly: a systematic review. Aging & Mental Health. 2018;23(4):411–6.

13) Habraken H. Kan een minimale interventie door de apotheker het gebruik van benzodiazepines bij ouderen verminderen? Minerva Duiding 15/12/2014. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med 2014;174:890-8.

14) 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. Implementation Science. 2022;17(1):41.

15) Jørgensen VRK. An approach to reduce benzodiazepine and cyclopyrrolone use in general practice. CNS Drugs. 2007;21(11):947–55.

7. BIJLAGEN

7.1 Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch-Comité UZA-UA

ETHISCH COMITE
Voorzitter
Prof. dr. Peter Michielsen
Secretariaat
03 821 38 97

Professor Lieve Peremans

Universiteit Antwerpen

Dr. Maarten Heideman

Project titel: Kwaliteitsverbeterendproject om langdurig benzodiazepinegebruik omwille van slaapproblemen bij 65-plussers in de huisartsenpraktijk te verminderen

Project ID 7182 - Edge n/a - BUN B3002024000208

Datum: 03/02/2025

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 03/02/2025.

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

Document Type	File Name	Date	Version
Remarks	Antwoord feedback EC_Heideman Maarten versie 5	18/01/2025	5
Remarks - ICF	Informatiebrief_Heideman Maarten versie 5	18/01/2025	5
Remarks	Script Interview_Heideman Maarten versie 5	18/01/2025	5
Remarks - ICF	Informed consent_Heideman Maarten versie 5	18/01/2025	5
Remarks - protocol	Onderzoeksprotocol_Heideman Maarten versie 5_track	18/01/2025	5
Other	Uitnodigingsbrief_Heideman Maarten	23/10/2024	3
Insurance	Verzekeringsattest UA_Heideman Maarten	23/10/2024	1
GCP	GCP_Prof. Dr. Lieve Peremans	23/10/2024	1

Document Type	File Name	Date	Version
GCP	GCP attest_Heideman Maarten	23/10/2024	1
CV	Curriculum2024_Lieve Peremans UA	23/10/2024	1
CV	CV_Heideman Maarten	23/10/2024	1
Accompanying letter	Begeleidende brief_Heideman Maarten	23/10/2024	3

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

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

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

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

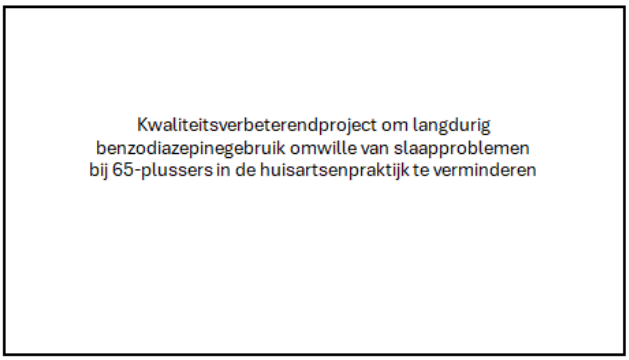
cc.

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

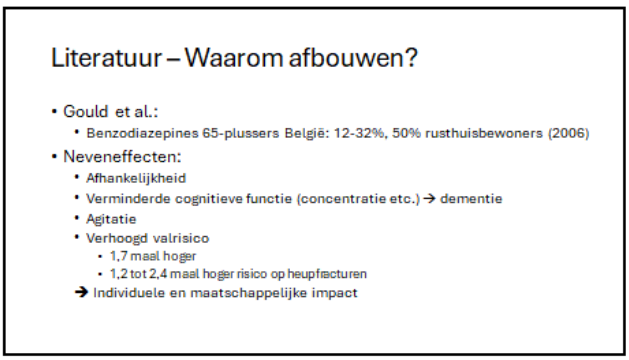
Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
mevr. Madina Bachayeva	Legal
prof. dr. An Bervoets	Dermatologist
prof. dr. Bettina Blaumeiser	Physician
prof. dr. emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
mevr. Vera Callebaut	Psychologist
mevr. Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
mevr. Renka Cools	Nurse
prof. dr. Patrick Cras	Physician
dr. Elyne De Baetselier	Nurse
prof. dr. Ingrid De Meester	Pharmacologist
dr. Katrien Eger	Physician
mevr. Lina Fierens	Nurse
prof. dr. Kristien Hens	Philosopher
dhr. Kris Ides	Physiotherapist
prof. dr. Greet leven	Vice-Chair, Physician
dhr. Daan Kenis	Pharmacist
dr. Leon Luyten	Physician
dr. Barbara Michiels	General Practitioner
prof. dr. Peter Michielsen	Chair, Physician

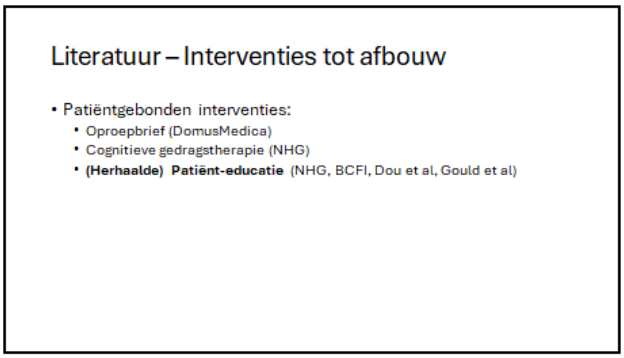
Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
dhr. Pieter Moons	Vice-Chair, Coordinator Bio- and Human Tissue bank
prof. dr. Bernard Paelinck	Physician
prof. dr. Patrick Pauwels	MD, PhD, Pathologist
dhr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
dhr. Kris Smulders	Nurse
mevr. Daphne Van de Wildebergh	Legal
prof. dr. Pieter Van Dyck	Physician
dhr. Guy Van Honste	Patient Representative
dhr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
prof. dr. Thierry Vansweevelt	Legal
mevr. Sien Venneman	Psychologist
dr. Michiel Voeten	Physician
mevr. Griet Wyers	Pharmacist
prof. dr. Dirk Ysebaert	Physician

7.2 Bijlage 2: Presentatie praktijkoverleg

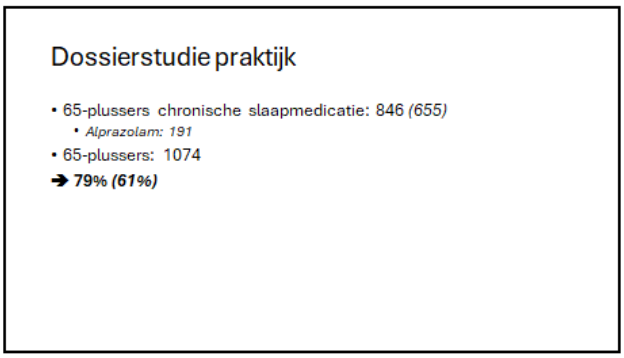


1





3



4

(Herhaalde) Patiënt-educatie – 1ste Gesprek

- Ruimer tijdsbestek:
  - Herhalingsvoorschriften
    - Oproepen tot consultatie
    - Geen telefonische herhalingsvoorschriften
  - Aanmeldingsklacht in kader van neveneffect
  - Chronische opvolgconsulten/huisbezoeken

5

(Herhaalde) Patiënt-educatie – (1ste) Gesprek

- Waarom afbouwen?
  - Verminderd effectiviteit
  - Neveneffecten
  - Polyfarmacie
- Eerdere afbouw/stoppogingen
- Conservatieve maatregelen cfr Patiëntenfolder
- Aanpak van (geleidelijke) afbouw: dosisreductieschema

(Herhaalde) Patiënt-educatie – (1ste) Gesprek

- Bereidheid tot afbouw: Prochaska en DiClemente
  - Pre-contemplatie – preparatie fase:
    - Verlenging herhalingsvoorschriften
    - Bij volgend consult patiënt-educatie hervatten → motivationele evolutie bereidheid tot afbouw
  - Actie fase: start dosisreductieschema
    - Opvolging (actief in te plannen)
    - Stop vs afbouw/dosisreductie
    - Interview na afbouwtraject



7

(Herhaalde) Patiënt-educatie – Afbouwtraject

- In samenwerking met apotheek naar keuze
- Cfr Bcfi: afbouwschema adhv eigen slaapmiddel
  - Schema:
    - 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%
  - Elke afbouwstap duurt 10, 20 of 30 dagen
  - Maximum 2 "stabilisatieperiodes" van elk max 30 dagen
- Cfr NHG: afbouwschema adhv diazepam
  - Omzetting slaapmiddel naar equivalente dosis diazepam → 2 weken in te nemen
  - Wekelijkse dosisverlaging aan 25% van initiële dosis
  - Dosisverlaging laatste 2 weken aan 12,5%

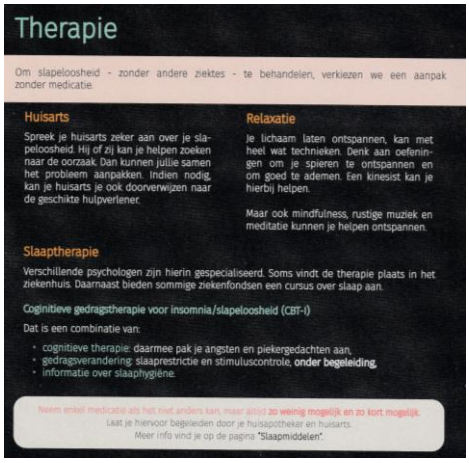
8

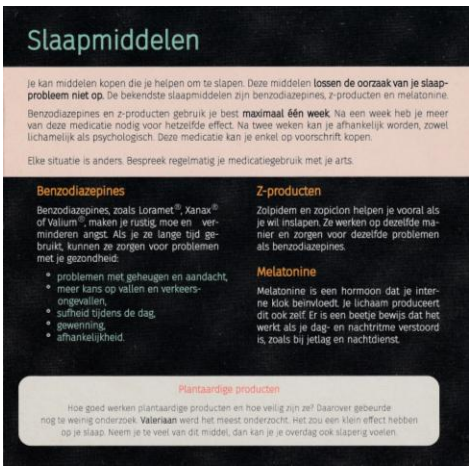
7.3 Bijlage 3: Patiëntfolder van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KULeuven (ACHG)















Slaapgedrag

Bij slaapproblemen is het belangrijk om na te denken over je eigen slaapgedrag. Hoe bereid jij je voor op bedtijd?

Slaapritueel

Doe een ritueel voor je gaat slapen. Leg bijvoorbeeld je kleren klaar, neem een warme douche, lees een boek of tijdschrift, of luister naar rustige muziek. Vermijd hierbij je gsm en computer. Sluit je dag af met een rustige activiteit. Hierdoor leert je lichaam dat het tijd is om te ontspannen.

Stimuluscontrole

Je bed dient enkel om te slapen en vrijen. Als je denkt aan je bed, zou je niet mogen denken aan iets negatiefs zoals 'wakker liggen'. Lig je toch vaak wakker in bed, dan gaan je hersenen dat zo opslaan. Je bed zien en erin gaan liggen, voorspelt dan dat je gaat wakker liggen. Om dat te veranderen, kan je dit doen:

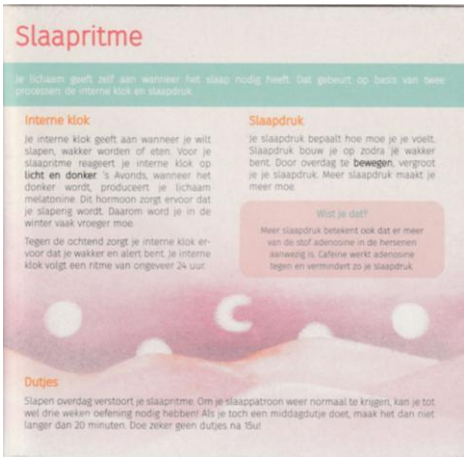
- Sta op wanneer je na 20 minuten nog niet slaapt.
- Doe een ontspannende of saaie activiteit in een andere kamer.
- Ga enkel terug naar bed wanneer je rustig en slaperig bent.

Blijf dat herhalen tot je in slaap valt binnen de 20 minuten.

Volhouden is nodig

Slaapgewoontes kan je niet van de ene op de andere dag veranderen. Je brein heeft **tijd nodig** om te leren dat dit de nieuwe en verbeterde situatie is.

Een ritueel en stimuluscontrole toepassen, doe je daarom het best langer dan drie weken. Sommige mensen hebben meerdere maanden nodig.



Slaapritme

Je lichaam geeft zelf aan wanneer het slaap nodig heeft. Dat gebeurt op basis van twee processen: de interne klok en slaapdruk.

Interne klok

Je interne klok geeft aan wanneer je wilt slapen, wakker worden of eten. Voor je slaapritme reageert je interne klok op **licht en donker**: 's Avonds, wanneer het donker wordt, produceert je lichaam melatonine. Dit hormoon zorgt ervoor dat je slaperig wordt. Daarom word je in de winter vaak vroeger moe.

Tegen de ochtend zorgt je interne klok ervoor dat je wakker en alert bent. Je interne klok volgt een ritme van ongeveer 24 uur.

Slaapdruk

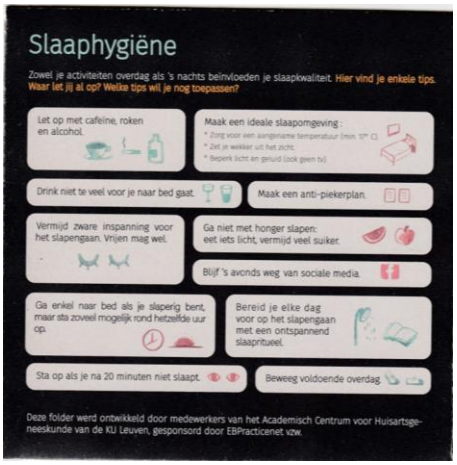
Je slaapdruk bepaalt hoe moe je je voelt. Slaapdruk bouw je op zodra je wakker bent. Door overdag te **bewegen**, vergroot je je slaapdruk. Meer slaapdruk maakt je meer moe.

Wist je dat?

Meer slaapdruk betekent ook dat er meer van de stof adenosine in de hersenen aanwezig is. Cafeïne werkt adenosine tegen en vermindert zo je slaapdruk.

Dutjes

Slapen overdag verstoort je slaapritme. Om je slaappatroon weer normaal te krijgen, kan je tot wel drie weken oefening nodig hebben! Als je toch een middagdutje doet, maak het dan niet langer dan 20 minuten. Doe zeker geen dutjes na 15u!



Slaaphygiëne

Zowel je activiteiten overdag als 's nachts beïnvloeden je slaapkwaliteit. Hier vind je enkele tips. Waar let jij al op? Welke tips wil je nog toepassen?

Let op met cafeïne, roken en alcohol.

Maak een ideale slaapomgeving :
* Zorg voor een aangename temperatuur (min. 17° C)
* Zet je wekker uit het zicht.
* Beperk licht en geluid (ook geen tv)

Drink niet te veel voor je naar bed gaat.

Maak een anti-piekerplan.

Vermijd zware inspanning voor het slapengaan. Vrijen mag wel.

Ga niet met honger slapen: eet iets licht, vermijd veel suiker.

Blijf 's avonds weg van sociale media.

Ga enkel naar bed als je slaperig bent, maar sta zoveel mogelijk rond hetzelfde uur op.

Bereid je elke dag voor op het slapengaan met een ontspannend slaapritueel.

Sta op als je na 20 minuten niet slaapt.

Beweeg voldoende overdag.

Deze folder werd ontwikkeld door medewerkers van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven, gesponsord door EBPracticenet vzw.