Wat helpt en motiveert patiënten met chronisch benzodiazepinegebruik om te stoppen

Lieve Van der Paal, VUB

Promotor: Prof Catharina Mathei, KU Leuven

Co-promotoren: Dr Liliane Lombaert, huisarts praktijkopleider

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Wat helpt en motiveert patiënten met chronisch benzodiazepinegebruik om te stoppen?

Inleiding

In de huisartsenpraktijk is chronisch benzodiazepinegebruik een vaak voorkomend fenomeen. Deze studie is bedoeld als een praktijkverbeterend project: we zijn geïnteresseerd in het perspectief van de patiënten: wat motiveerde en hielp hen bij het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik?

Methodes

We deden een kwalitatief onderzoek aan de hand van interviews van patiënten die chronisch benzodiazepines gebruikten en overwogen te stoppen of recent gestopt waren. Interviews werden opgenomen en nadien verbatim uitgeschreven. De transcripties werden nagelezen en gecodeerd met Nvivo versie 10.

Resultaten

De geïnterviewde personen waren zich meestal bewust van de nevenwerkingen van benzodiazepines, voornamelijk het risico op verslaving. Vaak vermelde motivaties om te stoppen waren druk van de familie en angst voor nevenwerkingen en verslaving. De huisarts had een belangrijke invloed bij aanzetten tot afbouw en het begeleiden van het afbouwproces. De meeste geïnterviewden kozen voor geleidelijk afbouwen. Sommigen bleven hangen bij de laatste lage dosis. Occasioneel gebruik van benzodiazepines of herval bij stresserende omstandigheden was frequent.

Conclusies

Het is nuttig om een kort advies te blijven herhalen bij chronische benzodiazepinegebruikers, zelfs bij oudere patiënten waarvan men geneigd is te denken dat ze hun gedrag niet meer zullen veranderen. Geleidelijk afbouwen is aan te raden, maar het is belangrijk de duur van het afbouwproces te beperken tot 6 maanden. De beste therapie blijft preventie: slaapmiddelen mogen alleen voorgeschreven worden in uitzonderlijke omstandigheden en van bij het begin moet men de korte duur en het occasioneel gebruik benadrukken.

Wat helpt en motiveert patiënten met chronisch benzodiazepinegebruik om te stoppen?

I. Inleiding en achtergrond

In de huisartsenpraktijk is chronisch slaapmiddelengebruik een vaak voorkomend fenomeen, zeker bij oudere patiënten en vrouwen. De gezondheidsenquête georganiseerd in 2008 in België toont aan dat 3,2% van de algemene bevolking een hypnoticum gebruikten in de laatste 24 uur, en 4,6 % een anxiolyticum[1]. Deze resultaten zijn te vergelijken met de enquête van 2004, waar Van der Heyden et al een toenemend verbruik van anxiolytica bij ouderen en bij vrouwen beschrijven: tot 20% van vrouwen ouder dan 75 jaar gebruikte een slaapmiddel in de afgelopen 24 uur. Dit hoger gebruik van hypnotica en anxiolytica kan grotendeels maar niet volledig verklaard worden door verschillen in gezondheidstoestand, gebruik van gezondheidsvoorzieningen, levensstijl en socio-economische factoren[2].

De meest gebruikte slaapmiddelen in België zijn benzodiazepines[2]. Deze medicijnen werden ontwikkeld in de jaren 60, en hebben een sederend, slaapverwekkend, anxiolytisch, anti-epileptisch en spierontspannend effect. Ze zijn veilig en effectief op korte termijn, maar tolerantie en psychische en fysieke afhankelijkheid treden op na enkele weken gebruik[3] . Ontwenningsverschijnselen bij stoppen gaan van angst, slapeloosheid, gastro-intestinale klachten en perceptiestoornissen tot convulsies, fobieën, manische reacties en andere psychotische verschijnselen[3]. Acute intoxicaties zijn zelden fataal, tenzij bij onderliggende pathologie of gelijktijdige inname van alcohol of andere centraal-deprimerende medicatie[4]. De meer recent ontwikkelde Z-drugs hebben een analoog werkingsmechanisme en geen bewezen voordelen in vergelijking met benzodiazepines wat betreft doeltreffendheid, veiligheid en afhankelijkheid[4].

Wat betreft lange termijn effecten van benzodiazepines zijn vooral cognitieve achteruitgang, dementie en valrisico bestudeerd. Een kritische systematische review van 29 studies toonde aan dat psychotropica zoals benzodiazepines, antidepressiva en antipsychotica een significant hoger risico geven op vallen bij personen van 60 jaar en ouder[5]. Een observationele studie bij meer dan 100,000 ouderen in de USA toonde aan dat zowel kort-

als langwerkende benzodiazepines een hoger risico op heupfractuur bij ouderen met zich meebrengen[6]. Een meer recente prospectieve studie in Nederland toonde gelijkaardige resultaten[7].
Een Franse studie met 7 jaar follow-up vond dat chronisch benzodiazepine gebruik geassocieerd was met een lager cognitief niveau, vooral als visueel geheugen en visueel-motorische processing speed getest werden[8]. Tijdens follow-up was er geen evidentie voor sneller cognitief verlies bij chronisch benzodiazepinegebruik. Een andere Franse studie met als eindpunt nieuwe gevallen van dementie in een prospectieve cohorte van ouderen vond een 50% verhoogd risico op dementie bij zowel chronisch als recent benzodiazepinegebruik[9].

Afbouwen van benzodiazepines bij chronische gebruikers gebeurt best door geleidelijk de dosis te verminderen, eventueel via magistrale bereiding. De duur van afbouwschema's varieert van 4 weken tot jaren: er bestaat geen consensus over de optimale duur, maar het lijkt aangewezen om het binnen de 6 maanden te doen omdat bij een langere duur het ontwenningsproces een obsessie voor de patiënt kan worden[10]. Over het nut van overschakelen van een kortwerkend benzodiazepine naar een langwerkend vóór de dosis geleidelijk te verminderen zijn de meningen verdeeld: de BCFI raadt het aan, de richtlijnen van Domus Medica en een Cochrane review uit 2006 stellen dat het niet aangewezen is[4,11,12]. Het toevoegen van een ander geneesmiddel zoals bèta-blokkers, tricyclische antidepressiva, anti-epileptica, antihistaminica of melatonine heeft geen bewezen nut[4,12]. Een meta-analyse gepubliceerd in 2008 vergeleek de verschillende aanpak om benzodiazepines te stoppen en concludeerde dat het zeer moeilijk is om chronisch benzodiazepinegebruik te stoppen in veel gevallen. Kort advies werkt beter dan benzodiazepines blijven voorschrijven op vraag van de patiënt, en geleidelijke dosisreductie samen met psychotherapie kan goede resultaten geven[13]. Een eerder gepubliceerde meta-analyse pleit voor een stapsgewijze aanpak: kort advies, gevolgd door geleidelijke dosisreductie onder toezicht van een arts of psycholoog, eventueel met aanvullend psychotherapie[14].

Er is relatief weinig onderzoek gevoerd naar het perspectief van de patiënt over chronisch gebruik van benzodiazepines en eventueel afbouwen. Een studie in de USA beschrijft hoe chronische benzodiazepine gebruikers vertrouwen op en psychisch afhankelijk zijn van de medicatie[15]. De kalmerende en stress-reducerende eigenschappen worden sterk in de verf

gezet, en de potentiele neveneffecten ontkend of geminimaliseerd. Bereidheid om af te bouwen in dezelfde studiepopulatie is sterk gecorreleerd met dosis en angstgevoeligheid: hoe hoger de dagelijkse dosis benzodiazepine en hoe angstiger, hoe minder gemotiveerd gebruikers zijn om af te bouwen[16].

Deze studie is voornamelijk bedoeld als een praktijkverbeterend project. Zowel de praktijkopleider als de haio proberen patiënten met chronisch slaapmiddelengebruik te motiveren om af te bouwen en te stoppen. Het succes is wisselend en we zijn geïnteresseerd in het perspectief van de patiënten: wat motiveerde en hielp hen bij het stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik? We hopen hieruit lessen te trekken om andere chronische gebruikers beter te helpen en te motiveren.

II. Methodes

We deden een kwalitatief onderzoek aan de hand van individuele interviews van patiënten in de praktijk die chronisch benzodiazepines gebruiken en overwegen te stoppen en patiënten die recent gestopt zijn met chronisch benzodiazepinegebruik.

De deelnemers werden gerekruteerd in een opleidingspraktijk in Merchtem, Vlaams Brabant, met een huisarts praktijkopleider en een haio. De selectie gebeurde aan de hand van de patiëntendossiers (EMD). Individuele patiënten die beantwoordden aan de inclusiecriteria werden gecontacteerd door de haio of de praktijkopleider en uitgenodigd voor een interview op de praktijk of bij de patiënt thuis.

Inclusiecriteria :

1. Volwassen patiënten (18 jaar of ouder)
2. Chronisch benzodiazepinegebruik in de laatste 5 jaar (meer dan 3 maanden, 90% van de tijd) omwille van insomnia of angststoornis
3. Benzodiazepines gestopt of van plan om te stoppen in de volgende 3 maanden

Exclusiecriteria:

1. Wilsonbekwame patiënten

2. Epilepsie
3. Benzodiazepinegebruik omwille van ontwenning alcohol of verdovende middelen
4. Restless legs syndroom

Informatie over het onderzoeksproject werd zowel mondeling als schriftelijk aan patiënten bezorgd (informatieblad in bijlage). Als patiënten bereid waren om deel te nemen gaven ze schriftelijk toestemming (informed consent in bijlage).

Het interview was een semi-gestructureerd interview rond het onderzoeksonderwerp waarbij de volgende aspecten in meer detail werden bevraagd:

1. Persoonsgegevens: leeftijd, geslacht, burgerlijke stand, beroep
2. Comorbiditeit / andere medicatie: dit werd ook aangevuld vanuit het EMD
3. Gebruik benzodiazepines of Z-drugs:
    - Hoe lang
    - Waarom gestart
    - Omstandigheden rond starten
    - Waarom voortgezet gebruik
    - Kennis van werkingsmechanisme en neveneffecten
    - Stoppoging: motivatie om te stoppen, wat hielp, wat was moeilijk
    - Indien herval: omstandigheden, waarom?
    - Rol van de huisarts bij stoppoging

Het interview werd opgenomen op dictafoon. Onmiddellijk na het interview werd een methodologisch verslag gemaakt door de interviewer dat de volgende aspecten overloopt:

- Belangrijkste thema's die aan bod gekomen zijn
- Kort overzicht van de reacties van de geïnterviewde op de belangrijkste vragen
- Nieuwe aspecten die de geïnterviewde aanbracht – nut om deze in volgende interviews te bespreken
- Aspecten die minder goed aan bod kwamen – hoe dit te verbeteren in volgende interviews

De tekst werd nadien verbatim uitgeschreven en de transcripties nagelezen en deductief gecodeerd met behulp van Nvivo versie 10. De analyse van de gegevens werd gedaan met behulp van Nvivo 10 software.

III. Resultaten

Tabel 1 geeft de persoonsgegevens en de gebruikte medicatie van de geïnterviewde personen weer. De meerderheid waren vrouwen, en de mediane leeftijd was 81,5 jaar.

Tabel 1. Persoonsgegevens en gebruikte medicatie

Interview	**Man/vrouw**	**Leeftijd**	**Burgerlijke staat**	**Gebruikte medicatie**
1	vrouw	80 j	weduwe	Benzo/ z-drug/ antidepressiva
2	vrouw	90j	weduwe	Benzo/ antidepressiva
3	vrouw	55j	samenwonend	Benzo/ z-drug/ antidepressiva
4	man	65j	gehuwd	Benzo/ antidepressiva
5	vrouw	87j	gehuwd	Benzo
6	vrouw	83j	weduwe	Benzo

1. Duur van benzodiazepinegebruik en omstandigheden rond het starten

Alle deelnemers aan het onderzoek hadden gedurende zeer lange tijd (> 10 jaar) dagelijks benzodiazepines of z-drugs genomen. Meestal was het gebruik gestart omwille van slecht slapen of rusteloosheid ten gevolge van relatieproblemen, stress op het werk, ziekte of overlijden in de familie of een combinatie van verschillende factoren.

"Tot de jaren 80 was ik nogal zelfzeker, maar na de problemen met de werkgever, maar dan is dat toch beginnen, ja misschien ook een beetje midlife crisis, och ja een beetje weinig begrip van mijn vrouw, in zekere zin terecht, ik was meer met het werk bezig dan met het huisgezin; en de twee samen, ja ik kon soms de situatie moeilijk aan zonder een halfje" ***Interview 4***

"Na de dood van mijn man, ik ben dan toch een hele periode, ik had het toch wel heel moeilijk, en slapen was dan, dat was slapen met nachtmerries, veel wakker, enfin dat was toch wel moeilijk en in die periode denk ik, ja als het slaapmiddel wat hielp dat ik daar dan recht op had, zonder mij veel vragen te moeten stellen" ***Interview 1***

De medicatie werd bijna altijd voorgeschreven door de huisarts, slechts in enkele gevallen door een psychiater.

"Het was dokter L, maar het was iets anders, maar zij heeft het me voorgeschreven omdat ik zei dat ik niet kon slapen, en ik zei ge moet mij eens een pilleke voorschrijven, en zij heeft het me voorgeschreven, het kan 10 jaar zijn als het niet langer is" ***Interview 6***

2. Voortgezet gebruik

De meeste deelnemers aan de studie namen gedurende lange tijd een beperkte dosis in, en probeerden zich te houden aan de dosis zoals voorgeschreven door de arts.

"Ja maar ik neem geen méér, al was het dat ik om 3 uur zou wakker worden, ik zou niet naar beneden komen voor een tweede, nee dat doe ik niet: ik neem één en niet meer. Nee dat doe ik niet, dat is ook niet goed: dit is al slecht en als ik er dan twee begin te nemen…" ***Interview 6***

Hogere dosissen werden genomen op voorschrift van de arts of psychiater, voornamelijk tijdens en na opname op een psychiatrische afdeling, en meestal geassocieerd aan andere psychofarmaca zoals antidepressiva.

"Tijdens mijn laatste hospitalisatie had men mij een benzo voorgeschreven, en ik heb er een reactie op gedaan, ik had gezwollen voeten, en in plaats van het weg te laten heeft hij me er nog een voorgeschreven, echt niet normaal. Op een bepaald moment nam ik er tien per dag

geloof ik" ***Interview 3***

3. Kennis van werkingsmechanisme en neveneffecten van benzodiazepines

De meeste langdurige gebruikers waren zich bewust van het risico voor verslaving bij langdurig benzodiazepinegebruik

"Met slecht te slapen, en als ge dan iets neemt slaapt ge goed, dan hebt ge de neiging van de volgende dag weer één te nemen, en zo geraakt ge eraan verslaafd" ***Interview 6***

Deelnemers vermeldden ook andere neveneffecten zoals een hoger valrisico en een verhoogd risico op cognitieve achteruitgang. Oudere gebruikers hadden de neiging om het risico op neveneffecten te minimaliseren.

"het is u stilleggen dat ze doen, het is precies een aardige slaap dat ge krijgt, ge zijt in één keer vertrokken, anders, en dan slaapt ge de nacht door en 's morgens zijt ge wakker, maar ge zijt niet wakker; dan zijt ge zoals verdoofd, ik weet het niet" ***Interview 5***

"Ik vraag me soms wel af van die Alzheimer dat heeft me wel schrik aangejaagd; ik kom geregeld in het rusthuis onder andere bij dementen, ik lees daar wat voor en ja als ik die mensen zie dan denk ik, ik hoop dat ik daar niet, dat ik niet op die manier verder oud moet worden, en dat heeft me dus echt doen schrikken, als ik las van dat onderzoek" ***Interview 1***

4. Stoppoging(en): motivatie, wat hielp, wat was moeilijk?

De meeste stoppogingen werden ondernomen op aanraden van de huisarts. Vaak vermelde redenen waren druk van de familie, angst voor nevenwerkingen en onbehagen dat men een pil nodig heeft om te kunnen functioneren.

"…de wil om eindelijk te leven , eindelijk al die moeilijkheden achter mij te laten, geen plant meer te zijn, ik had een man ontmoet, ik had opnieuw zin. En dan heb ik twee kleinkinderen waar ik op let, ik had echt zin om terug van het leven te genieten en te vechten." ***Interview 3***

"ja mijn kinderen zegden geregeld, vooral mijn dochter, die zegt ge moogt het niet meer in huis halen, want zo lang het naast u ligt, ja, dat weet ik ook wel" ***Interview 1***

Alle deelnemers aan de studie behalve één reduceerden de dosis geleidelijk aan. In vele gevallen werd dit een lang proces en was het moeilijk om helemaal af te bouwen: velen bleven hangen bij de laatste lage dosis.

"ik zit nu al lang op één pilleke voor 's avonds, en dokter L zei van dat nog eens door te doen; ik kan dat misschien eens proberen, maar ja wat is nu 1 pilleke" ***Interview 2***

"maar momenteel ben ik aan de laatste loodjes bezig en die wegen toch wel zwaar, omdat ik het als een soort veiligheid bij mij wil hebben dat doosje" ***Interview 1***

"dan heb ik een keer of twee geprobeerd, stillekes aan uitbollen, ik zeg, ik moet niet uitbollen, van de eerste keer volledig; maar het heeft wel 14 dagen geduurd eer ik weer een beetje op mijn ritme was: wakker worden, eens opstaan, eens beneden komen, maar ik zei, niet aankomen en het is gelukt" ***Interview 5***

Sommige deelnemers aan de studie waren gemotiveerd om te stoppen, maar hadden ernstige twijfels of dit wel zou lukken.

"Nee van mijn eigen, ik vind dat van mijn eigen, als ik nu kon slapen zonder pillen, ik zou dat toch graag hebben, maar dat zal niet gaan, nee" ***Interview 6***

De deelnemers aan de studie die erin slaagden om volledig te stoppen waren tevreden en ook wel trots dat ze gestopt waren.

"Nee, ik word er niet meer zenuwachtig van, ik word er rustig van, als ik 's morgens moet opstaan, het is zonder pillen, ziet ge zo ben ik daar rustiger van geworden, en ze zeggen dat wel dat had ik van u niet gedacht, ge ziet ik kan zonder, dat kan zonder als ge wilt meewerken; maar de eerste dagen heb ik erg gefrutseld in mijn bed, vijftig keer gedraaid, op die schouder, op die zij, links, op de rug, dan mijn been optrekken; als ge toegeeft, ge zijt weer verloren, ge zijt weer weg…. en zo op 14 dagen was ik er vanaf. En nu pak ik niets meer. En nu slaap ik veel beter dan toen ik pilletjes nam." ***Interview 5***

5. Herval: oorzaken en omstandigheden

Bijna iedereen vermeldde occasioneel gebruik bij psychische stress of problemen in de familie of omgeving zoals ziekte, verlies van werk of een sterfgeval.

"Ja mijn man is zijn werk verloren, we hebben juist gehoord dat ze sluiten na 33 jaar carrière, het is een beetje moeilijk, en mijn schoonvader is ook gestorven vorige week, het was nogal plots, dus er zijn wat kleine problemen, ik noem dat geen grote problemen, maar kleine problemen die het moeilijk maken om in te slapen. Het zal wel voorbij gaan, maar met zo een problemen, neem ik soms een halfje om in te slapen." ***Interview 3***

6. Rol van de huisarts

Alle deelnemers aan het onderzoek waren van mening dat de huisarts een cruciale invloed had bij het stoppen van benzodiazepinegebruik. Het frequent herhalen van een kort advies om benzodiazepines af te bouwen en te stoppen werd vaak vermeld als een belangrijke aanzet om een stoppoging te ondernemen.

"Dokter L nam daar tijd voor; niet alleen maar zeggen ja ge zou dat moeten afbouwen, ze nam daar echt tijd voor, en dan gaf ze dus die raad probeer het is zo en doe eens dat." ***Interview 1***

De huisarts stelde ook soms voor om een antidepressivum te nemen in plaats van een benzodiazepine, soms als een tussenstap naar het staken van psychofarmaca

"Ik ben dan beginnen vanaf 2007, 2008 op aanraden van de huisdokter eerst seroxat en dan sertraline beginnen nemen. Ik ben daar dan na een paar jaar 6 maanden vanaf geweest, en dan in november 2010 terug beginnen nemen, en nu ben ik aan het afbouwen" ***Interview 4***

De huisarts wordt ook gezien als een vertrouwenspersoon die de patiënt kent in zijn sociale en familiale context, en waarbij men terecht kan voor diverse gezondheidsproblemen.

"Ik vind een huisarts goed want je kunt hem alles vertellen, en ook, hij kent al je problemen in het leven, hij bekijkt het ook een beetje breder, hij kent je kinderen, je partner, hij kent alles." ***Interview 3***

IV. Bespreking en conclusies

In deze grotendeels oudere populatie met een voorgeschiedenis van langdurig benzodiazepinegebruik waren patiënten zich meestal bewust van de nevenwerkingen van

benzodiazepines, en voornamelijk het risico op verslaving. De huisarts had een belangrijke invloed bij zowel aanzetten tot afbouw als de begeleiding van het afbouwproces. De meeste chronische gebruikers kozen ervoor om geleidelijk af te bouwen. Occasioneel gebruik of herval bij stresserende omstandigheden blijft frequent.

Er zijn weinig studies gepubliceerd[15,16] die het perspectief van de patiënt over het afbouwen van benzodiazepinegebruik beschrijven. Deze studie interviewde patiënten door open vragen te stellen, om zo beter de verschillende schakeringen te capteren van wat mensen motiveerde. Het aantal deelnemers was echter beperkt en afkomstig uit eenzelfde praktijk waar alle artsen het belangrijk vonden om benzodiazepinegebruik te beperken en in vraag te stellen. Dit beperkt in zekere mate de veralgemening van de resultaten naar de algemene huisartsenpraktijk.

Het verslavend effect van benzodiazepines was goed gekend en zelfs gevreesd: de meeste deelnemers aan de studie hielden zich aan de voorgeschreven dosis. Uitzonderlijk werden hogere dosissen genomen, voornamelijk in de context van opname op een psychiatrische afdeling. Andere neveneffecten zoals valrisico en hoger risico op dementie werden niet door iedereen vermeld, en betere voorlichting van de patiënten is hier nodig. Zelfs als de neveneffecten gekend waren werden ze soms geminimaliseerd, zoals ook beschreven in een studie in de US[16].

Tolerantie was minder gekend bij de deelnemers aan de studie, hoewel sommigen wel het vermoeden hadden dat de slaappil die ze al jaren namen waarschijnlijk niet meer zo goed werkte.

Geleidelijk afbouwen van benzodiazepines werd het meeste toegepast bij stoppogingen. Het risico bestaat dat vooral oudere mensen bij de laatste lage dosis blijven hangen, zelfs al beseffen de gebruikers soms zelf dat dat nog weinig effectief is, en eerder een placebo-effect heeft.

Opvallend was ook dat zelfs deelnemers aan de studie die erin slaagden om volledig te stoppen met chronisch benzodiazepinegebruik vaak toch nog occasioneel gebruik vermelden in moeilijke situaties zoals overlijden van familie of vrienden of andere stresserende omstandigheden.

De huisarts heeft een belangrijke rol bij het afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik. De aanpak zoals voorgesteld in de meta-analyse[12]: kort advies en geleidelijke dosisreductie en eventueel aanvullend psychotherapie kan vruchten afwerpen, hoewel in deze populatie weinig deelnemers geïnteresseerd waren in psychotherapie. De enkele die toch begeleid werden door een psycholoog waren wel zeer positief over de ervaring.

Implicaties voor de praktijk

Het is nuttig om een kort advies te blijven herhalen bij chronische benzodiazepinegebruikers, zelfs bij oudere patiënten waarvan men soms geneigd is te denken dat hun gedrag niet meer te veranderen is. Een kort advies kan gegeven worden als patiënten om een voorschrift vragen en kan bestaan uit het bevragen van de noodzaak van een slaapmiddel, kort de risico's bespreken en eventueel een patiëntenbrochure meegeven[17].

Er bestaan verschillende afbouwschema's: er is geen consensus over het nut van overschakelen op een langwerkend benzodiazepine, maar magistrale bereidingen van diazepam worden het meest gebruikt. Belangrijk lijkt vooral de duur van de afbouwperiode te beperken tot zes maanden.

Niet alle patiënten zijn voldoende geïnformeerd over de risico's van chronisch gebruik en zelfs als de risico's gekend zijn worden ze soms geminimaliseerd. De huisarts heeft een belangrijke rol bij het verstrekken van correcte informatie, maar ook andere kanalen zoals de media of voordrachten bij seniorenclubs zouden hier meer aandacht moeten aan besteden.

De beste therapie blijft natuurlijk preventie: benzodiazepines of z-drugs mogen alleen opgestart worden in uitzonderlijke omstandigheden bij acute insomnia, en van bij het begin moet men de nadruk leggen op de korte duur of het occasioneel gebruik van deze medicatie[18]. In deze context zijn de kleinere verpakkingen waarin deze medicatie afgeleverd wordt een stap in de goede richting. Domus Medica heeft ook een leermodule "Naar een rationeel gebruik van benzodiazepines" die zowel individueel kan doorlopen

worden of in groep[19].

Dankwoord

Graag wil ik bij deze de geïnterviewde personen bedanken voor hun beschikbaarheid en tijd, mijn praktijkopleider Liliane Lombaert voor de interesse in het onderwerp en de aanmoediging, mijn promotor Cathy Matheï voor de feedback en Mieke Vermandere voor de nuttige inzichten in kwalitatief onderzoek en Nvivo software.

Referenties

1 Van der Heyden J et al. Gezondheidsenquête België, 2008 – Gezondheidstoestand. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, 2010; Brussel. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

2 Van der Heyden J et al. Gender differences in the use of anxiolytic and antidepressants: a population-based study. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2009; 18:1101-1110.

3 Ashton H. Toxicity and Adverse Consequences of Benzodiazepine Use. Psychiatric Annals 1995; 25: 158-165. http://www.benzo.org.uk/ashtox.htm

4 Transparantiefiche. Aanpak van slapeloosheid. BCFI december 2010, update januari 2013. www.bcfi.be

5 Hartikainen S et al. Medication as a risk factor for falls: a critical systemtic review. J Gerontol a Biol 2007; 62: 1172-81.

6 Wagner AK et al. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly. Who is at greatest risk? Arch Intern Med 2004; 164: 1567-1572.

7 de Vries OJ et al. The elimination half-life of benzodiazepines and fall risk: two prospective observational studies. Age and Ageing 2013; 42: 746-770.

8 Mura T, Proust-Lima C et al. Chronic use of benzodiazepines and latent cognitive decline in the elderly: results from the Three City study. Eur Neuropsychopharmacol 2013; 23: 212-3.

9 Billioti de Gage S, Begaerd B et al. Benodiazepine use and risk of dementia: prospective population-based study. BMJ 2012; 345 e6231.

10 Laden M. Coming off tranquillizers: a Sisyphean toil. Addiction 2009; 104: 25-26

11 Chevalier P et al. Geneesmiddelenverslaving. Huisarts Nu 2011; 40(3): S101-S117.

12 Denis C, Fatseas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3 Art. No.: CD005194. Doi: 10.1002/14651858.CD005194.pub2.

13 Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G & McD Young R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. Addiction 2009; 104: 13-24.

14 Oude Voshaar RC, Couvée JE, Van Balkom AJLM, Mulder PGH & Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use – meta-analysis. Br J Psych 2006; 189: 213-220.

15 Cook JM et al. Older patients' perspective on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. J Gen Med 2007; 22(8): 1094-1100.

16 Cook JM et al. Older primary care patients' willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepine use. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29(5): 396-401.

17 http://www.thuisarts.nl/slaapproblemen/ik-wil-stoppen-met-slaapmiddelen

18 Declercq T, Rogier R et al. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu 2005; 34:346-71.

19 http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/3107-naar-een-rationeel-gebruik-van-benzodiazepines.html

INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PATIENT

Titel onderzoek: Wat helpt en motiveert patiënten met chronisch benzodiazepinegebruik om te stoppen?

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr Lieve Van der Paal

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr Lieve Van der Paal een onderzoek naar hoe het afbouwen of stoppen van benzodiazepinegebruik verloopt: wat motiveert patiënten om benzodiazepines te stoppen, welke methodes of hulpmiddelen gebruiken ze en wat zijn de moeilijkheden en uitdagingen die patiënten ondervinden tijdens het stoppen of afbouwen? Dit onderzoek gebeurt in de periode van juni 2013 tot en met december 2013, onder toezicht van de KU Leuven.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal de onderzoeker, Dr Lieve Van der Paal, een afspraak met u maken om bij u thuis langs te komen voor een interview. Aan dit huisbezoek zijn geen kosten verbonden. Het interview zal ongeveer 1 uur tijd vragen. In het interview zal ingegaan worden op uw slaap- of kalmeermiddelengebruik, op uw motivatie om te stoppen, de hulpmiddelen die u gebruikt hebt bij het afbouwen van slaap-of kalmeermiddelen en de moeilijkheden die u hierbij ondervonden hebt. Het interview zal opgenomen worden op een bandrecorder en de onderzoeker zal ook begeleidende notities maken. De onderzoeker kan ook aanvullende informatie ophalen uit het medisch dossier.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Na afloop van het onderzoek, zullen de opnames vernietigd worden.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen. Indien u dat wenst kunt u na afloop van de studie wel een kopie van de resultaten krijgen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie. Dit houdt ook in dat Dr. Lieve Van der Paal uw dossier inziet voor het verzamelen van de nodige gegevens.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

TOESTEMMINGSFORMULIER (informed consent)

Titel onderzoek: Wat helpt en motiveert patiënten met chronisch benzodiazepinegebruik om te stoppen?

Verantwoordelijke onderzoeker: Dr Lieve Van der Paal

Naam patiënt: ……

1. Ik bevestig dat Dr. .....(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid en op een voor mij begrijpelijke manier geïnformeerd heeft over de inhoud, de methode en het doel van dit onderzoek. Ik bevestig dat mijn vragen over dit onderzoek op een bevredigende manier beantwoord zijn.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over het onderzoek ook schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen op mijn gezondheid of op de arts-patiëntrelatie.

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

5. Ik stem toe dat de gegevens uit mijn medisch dossier gebruikt mogen worden voor het onderzoek.

6. Ik begrijp dat de audio-opnames die van het interview gemaakt worden enkel bestemd zijn voor dit onderzoek, en dat deze niet verder verspreid zullen worden en na afloop vernietigd zullen worden.

7. Deze studie werd goedgekeurd door de promotor, Dr. Cathy Mathei, en door Dr. Liliane Lombaert en ook door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de KU Leuven. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

8. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de KU Leuven en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

9. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten aangezien de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

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

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum: …… Handtekening: …… Patiënt

Verklaring van de behandelend arts betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt:

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum: …… Handtekening: …… (Behandelend arts)