Waar bevinden de chronische gebruikers van benzodiazepines en Z-producten uit een praktijk in Lede zich in de cirkel van Prochaska en Di Clemente? Wat verhindert hen om deel te nemen aan een geplande afbouwstudie van benzodiazepines?

Charlotte Van Der Eecken, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Tom Declercq, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Waar bevinden de chronische gebruikers van benzodiazepines en Z-producten uit een praktijk in Lede zich in de cirkel van Prochaska en Di Clemente? Wat verhindert hen om deel te nemen aan een geplande afbouwstudie van benzodiazepines?

Haio: Charlotte Van Der Eecken
Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts
Copromotor: Dr. Tom Declercq
Praktijkopleider: Dr. Nathalie Janssens

Context: Wereldwijd worden heel veel benzodiazepines en Z-producten voorgeschreven en ingenomen, ondanks de gekende bijwerkingen op korte en lange termijn. Patiënten beschouwen deze geneesmiddelen als zeer doeltreffend en bovendien onschuldig. Dit maakt het voor artsen moeilijk om het onderwerp afbouwen/stoppen te bespreken.

Onderzoeksvraag: Wat verhindert patiënten om mee te doen aan een geplande afbouwstudie en waar bevinden deze patiënten zich in de cirkel van gedragsverandering van Prochaska en Di Clemente?

Methoden: Door middel van een literatuurstudie werd gezocht naar de redenen tot chronisch gebruik van benzodiazepines/Z-producten en mogelijke barrières om chronisch gebruik af te bouwen/te stoppen, naar de rol van de arts in dit afbouwproject en naar algemene achtergrondinformatie. Aan de hand van deze resultaten werd een gestructureerde enquête opgesteld, die tijdens de consultatie aan de patiënten werd overhandigd of opgestuurd met de post. In de enquête werd gepeild naar hun bereidheid te stoppen om zo de patiënten in de cirkel van Prochaska en Di Clemente te situeren. Indien de patiënten niet gemotiveerd waren om te stoppen, werd hen gevraagd zes stellingen te evalueren en aan te kruisen of deze voor hen waar of niet waar zijn. Een plaats werd vrijgehouden om eventueel aanvullende redenen aan te duiden.

Resultaten: 137 mannen en vrouwen werden geïncludeerd, waarvan dubbel zoveel vrouwen. Daarvan vulde ruim 50% de enquête in. Ongeveer 45% van de geïncludeerde patiënten neemt Z-producten en 54% neemt een middellang werkende benzodiazepine. Ongeveer 66% van de patiënten die de enquête invulde, bevindt zich in de precontemplatie of contemplatiefase. Patiënten hechten veel waarde aan hun slaapmedicatie, die volgens hen helpt om te slapen, een normaal leven te leiden en om te gaan met angst en stress. Ze gebruiken minimaliserende termen en de rol van afhankelijkheid is groot. De meeste patiënten die gestopt zijn met het nemen van slaapmedicatie, voelen zich beter dan tijdens het gebruik ervan.

Conclusies: Uit deze masterproef blijkt dat wanneer men het probleem van chronisch benzodiazepinegebruik wilt aanpakken, het uitermate belangrijk is gedragsverandering en bewustwording teweeg te brengen, zowel bij arts als bij patiënt. De meeste gebruikers in deze studie bevinden zich in de precontemplatie- of de contemplatiefase. Deze patiënten ontkennen bijwerkingen en schrijven voordelen toe aan hun slaapmiddel. Net deze groep patiënten vormt – mede omwille van een grote tevredenheidsfactor en afhankelijkheid – een uitdaging voor de huisarts, die een informatiegerichte aanpak moet hanteren. Bij de patiënten in deze fases is het van belang te polsen naar hun ideeën en ervaringen om zo zelfmotiverende uitspraken uit te lokken.

E-mailadres: charlotte.vandereecken@ugent.be

ICPC-code: P06 – Slaapstoornis

INHOUDSOPGAVE

1 INLEIDING 1

1.1 EPIDEMIOLOGIE 2
1.2 HISTORIEK 4
1.3 WERKINGSMECHANISME 4
1.4 VOOR- EN NADELEN 5
1.4.1 VOORDELEN VAN BENZODIAZEPINES 6
1.4.2 NADELEN VAN BENZODIAZEPINES 6
1.4.2.1. Tolerantie 6
1.4.2.2. Afhankelijkheid, ontwenning en stoppen met benzodiazepines 6
1.4.2.3. Benzodiazepines en (onge)vallen 7
1.4.2.4. Effect op cognitieve functies 8
1.4.2.5. Effect op affectieve functies 9
1.4.2.6. Mortaliteit 9
1.4.2.7. Andere 9
1.4.3 VOOR- EN NADELEN VAN Z-PRODUCTEN 10
1.5 MOTIVATIE 10
1.5.1 TRANSTHEORETHISCH MODEL VOOR GEDRAGSVERANDERING VAN PROCHASKA EN DI CLEMENTE 10
1.5.2 HET MOTIVATIONELE INTERVIEW VAN MILLER EN ROLLNICK 11

2 VERKENDE LITERATUURSTUDIE 12

2.1 METHODE 12
2.2 ROL VAN DE HUISARTS 12
2.3 PERSPECTIEVEN VAN PATIËNTEN 15

3 PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT 17

3.1 METHODEN 17
3.2 RESULTATEN 20

4 DISCUSSIE 29

5 BESLUIT 32

DANKBETUIGING 33

6 REFERENTIES 34

7 BIJLAGEN 37

1 INLEIDING

Wereldwijd worden heel veel benzodiazepines en Z-producten (Zolpidem en Zopiclon) voorgeschreven/ingenomen en België hoort wat dat betreft bij de koplopers: dagelijks worden in België ongeveer 735.000 kalmeer- en slaappillen ingenomen. Benzodiazepines zijn wereldwijd de meest frequent gebruikte geneesmiddelen.(1–3)

Een heel belangrijk probleem is dat mensen die lijden aan slapeloosheid deze medicatie als een onschuldig iets beschouwen: ze gebruiken minimaliserende termen als “inslaperke” of “pilletje” en velen onder hen willen er niet mee stoppen louter omdat ze er tevreden over zijn, zonder eigenlijk op de hoogte te zijn van de consequenties van hun (langdurig) gebruik.(3,4) In sommige studies loopt de tevredenheidsfactor op tot ruim 90%.(5)

Het onschuldig beeld dat mensen hebben van benzodiazepines, wordt ook in de hand gewerkt door de medische/zorgverlenende sector. Uit een studie van Project Farmaka is gebleken dat gemiddeld 68% van de klachten over slapeloosheid medicamenteus wordt behandeld, waarvan tot 98% met benzodiazepines.(6) Eén en ander maakt dat eens de medische behandeling wordt gestart, deze vaak veel te lang duurt. Uit een internationale longitudinale studie, die een vergelijking maakt tussen twee landen met een verschillend gezondheidszorgsysteem, nl. Nederland en Zweden, blijkt dat 2/3de van de initiële gebruikers nog benzodiazepines innemen na 1 jaar en na 8 jaar is dit nog altijd 1 op 3! In België is het vooral de oudere generatie, die bijzonder kwetsbaar is voor eventuele bijwerkingen/ongewenste effecten, die deze medicatie langdurig inneemt.(6,7)

Tijdens de opleiding “Master in de Geneeskunde” aan de Universiteit Gent kwamen de psychosociale aspecten van het gebruik van benzodiazepines aan bod. Verschillende professoren/lesgevers drukten ons tijdens de lessen op het hart dat benzodiazepines geen “slaperkes” zijn, maar wel medicatie die op lange termijn schadelijke gevolgen (zie *infra*) kan hebben en bijgevolg met de nodige voorzichtigheid moet worden voorgeschreven.

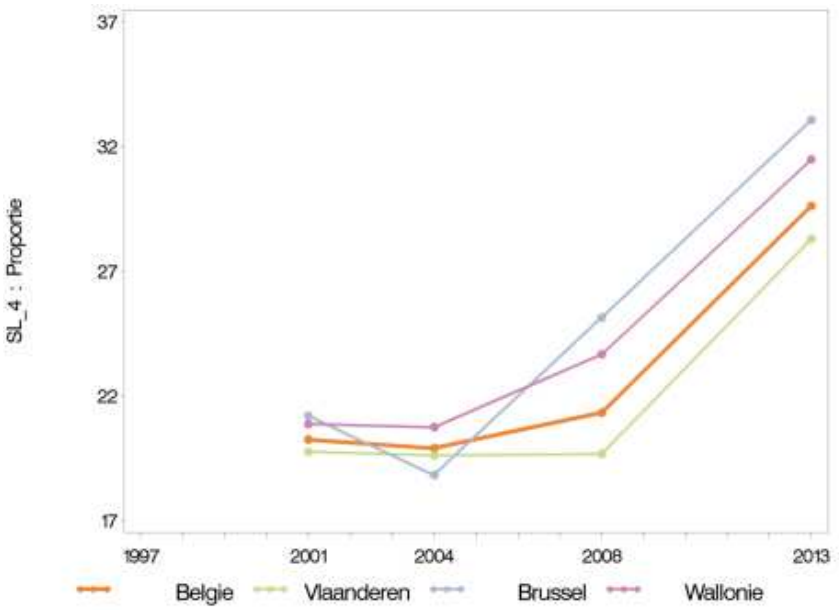
Ik ben gestart in een praktijk, waar recent een huisarts met een klassieke opleiding op pensioen is gegaan. Na een week begon ik zelf consultaties te doen en ik schrok van de hoeveelheid patiënten die chronisch, op herhalingsvoorschrift, benzodiazepines innamen. Plots kwam ik in een situatie waarin ik deze geneesmiddelen – met tegenzin – voorschreef, hoewel ik mij voorgenomen had daar heel voorzichtig mee om te springen. Toen ik deze problematiek aankaartte bij mijn praktijkopleider, bleek dat zij hetzelfde voelde en wij besloten een praktijk verbeterend project op poten te zetten.

Wanneer een gedragsverandering bij patiënten wenselijk is, is het belangrijk de bereidheid van de patiënten tot die gedragsverandering na te gaan. Wat verhindert patiënten om deel te namen aan een geplande afbouwstudie en waar bevinden deze patiënten zich in de cirkel van geragsverandering van Prochaska en Di Clemente?

1.1 EPIDEMIOLOGIE

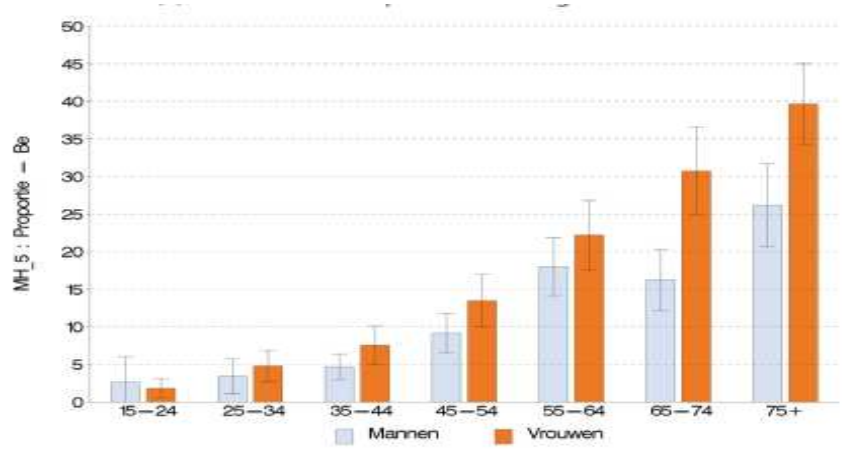
Volgens de Belgische gezondheidsenquête van 2013 is de prevalentie van slaapproblemen de afgelopen 5 jaar sterk de hoogte in gegaan bij de bevolking ouder dan 15 jaar, zowel op nationaal vlak als in ieder Gewest afzonderlijk. Een kwart van de jongeren tussen 15 en 24 jaar ondervindt slaapproblemen, en ruim 1 op 3 senioren kampt ermee.

Zo'n 30% van de bevolking geeft dus aan slaapproblemen te hebben. Deze problematiek komt vaker voor bij vrouwen (33%) dan bij mannen (26%).



Figuur 1: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met slaapproblemen, volgens de SCL-90R score per jaar en per gewest, Gezondheidsenquête, België, 2013.

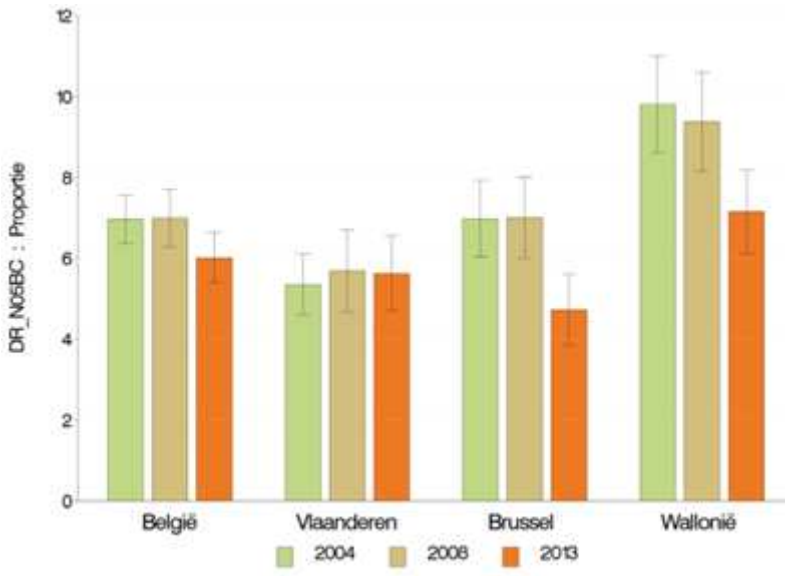
Zoals te zien is in onderstaande figuur, geeft 13% van de Belgische bevolking aan de 2 weken voorafgaand aan het interview een slaap- en kalmeringsmiddel genomen te hebben.



Figuur 2: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat de afgelopen 2 weken slaap- of kalmeringsmiddelen heeft gebruikt, volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2013.

Vrouwen hebben niet alleen vaker slaapproblemen, ze gebruiken ook frequenter psychotrope geneesmiddelen dan mannen. Dit verschil in geneesmiddelengebruik is het markantst bij de 65-plussers: 35% van de mensen ouder dan 75 jaar neemt slaap- of kalmeringsmiddelen. In deze leeftijdsgroep gaat het om 26% van de mannen en 41 % van de vrouwen. Men ziet dus een hoger gebruik én bij personen van het vrouwelijk geslacht én naarmate de leeftijd toeneemt. Er is ook een omgekeerd verband tussen het opleidingsniveau en het gebruik van slaapmiddelen: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger het gebruik van slaapmiddelen.

Als men tot slot de gezondheidsenquêtes van 2004 en 2013 vergelijkt, kan een lichte doch significante daling van het aantal gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen worden opgemerkt (van 7,0% in 2004 naar 6,0% in 2013). In het Vlaams Gewest echter is het aantal gebruikers ongeveer hetzelfde gebleven en dit ondanks inspanningen van de overheid die het langdurig gebruik van slaap- en kalmeermiddelen ontraden (cfr. Benzo-project FOD Volksgezondheid). In het Brussels en Waals Gewest is wel een licht dalende trend merkbaar. (8)



Figuur 3: Percentage van de bevolking dat in de afgelopen 24 uur een slaap- en kalmeringsmiddel (ATC N05B-N05C) gebruikte, volgens gewest en jaar, Gezondheidsenquête, België, 2013

1.2 HISTORIEK

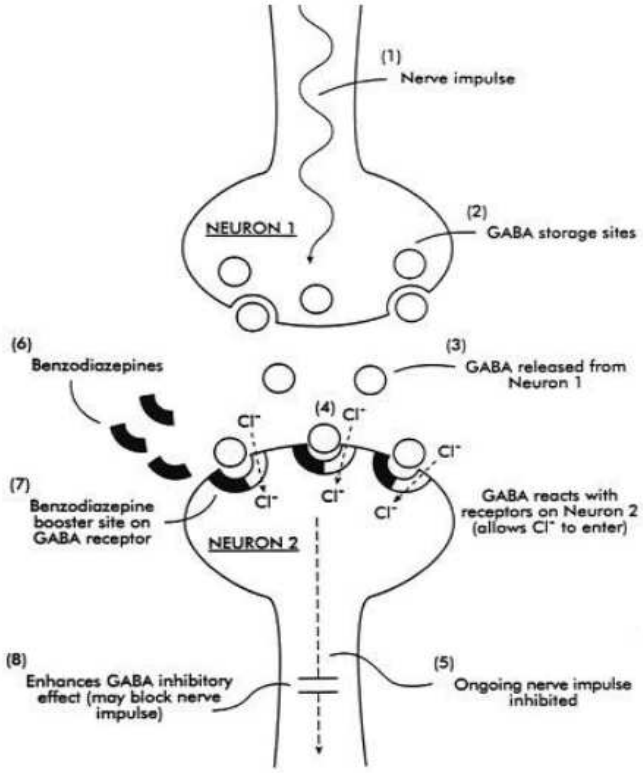
Het (gecombineerd) gebruik van alcohol en opium vormde één van de eerste wijdverspreide misbruiken van sedatieve middelen. In 1826 ontdekte men de broomzouten, 43 jaar later werd het chloraalhydraat geïntroduceerd en begin de jaren 1880 maakte de wereld kennis met paraldehyde. Ongeveer 20 jaar later, in 1903, werden de barbituraten – geneesmiddelen met een zeer nauwe toxisch-therapeutische marge (9) – gemaakt en in 1950 volgde meprobamaat.(10,11)

De benzodiazepines zagen het levenslicht op het einde van de 19e eeuw: alsdan werd een eerste benzodiazepinemolecule gesynthetiseerd, die pas voor het eerst werd getest in 1959 en nadien, in de jaren ’60, op de markt werd gebracht als chloordiazepoxyde.(10,11) Sindsdien worden benzodiazepines gebruikt in de klinische praktijk, ter behandeling van angst en slapeloosheid.(12) Aan de artsen werden deze middelen in de jaren ’60 en ‘70 voorgesteld als dé oplossing voor gegarandeerde 8 uur durende kwalitatieve slaap en dit zonder het risico op afhankelijkheid. Het tegendeel is ondertussen bewezen (zie *infra*).(6)

Het verhaal van de Z-producten kent een gelijkaardig verloop. Z-producten zijn hypnotica met een andere chemische structuur dan benzodiazepines maar hun werkingsmechanisme is sterk gelijkaardig. Zolpidem en Zopiclon werden eind de jaren ’80 op de markt gebracht (Zopiclon in 1985 en Zolpidem in 1988), nadat er enkele geruststellende studies waren gebeurd in verband met de kans op afhankelijkheid.(9) Ondertussen weten we echter dat ook deze middelen, net als benzodiazepines, afhankelijkheid veroorzaken.

1.3 WERKINGSMECHANISME

Benzodiazepines binden op de benzodiazepinereceptoren, die zich op de GABA receptoren bevinden. Op die manier verhogen ze het effect van GABA(=gamma-amino-boterzuur), dat een algemeen kalmerend effect heeft op de neuronale activiteit. Bovendien wordt de output van stimulerende neurotransmitters zoals nodradrenaline, serotonine, … verminderd. Deze neurotransmitters zijn nodig voor een normale alertheid, het geheugen, de spierspanning en coördinatie, enz. … Benzodiazepines hebben een anxiolytische, hypnotische, myorelaxerende, anticonvulsieve en amnesiërende werking.
Er bevinden zich ook benzodiazepinereceptoren in de nieren, bloedcellen en colon.(12,13)



(1,2) Nerve impulse causes release of GABA from storage sites on neuron 1
(3) GABA released into space between neurons
(4) GABA reacts with receptors on neuron 2; the reaction allows chloride ions (Cl^-) to enter the neuron
(5) This effect inhibits further progress of the nerve impulse
(6,7) Benzodiazepines react with booster site on GABA receptors
(8) This action enhances the inhibitory effects of GABA; the ongoing nerve impulse may be completely blocked

Figuur 4: Werkingsmechanisme van de natuurlijke neurotransmitter GABA en de benzodiazepines op de neuronen in de hersenen. The Ashton manual.

Zolpidem en Zopiclon hebben een andere chemische samenstelling dan benzodiazepines, maar de farmaco-dynamische eigenschappen zijn zeer gelijkaardig. Ze versterken, net als de benzodiazepines, de neuronale remming van GABA door op de benzodiazepinereceptoren te binden.(9)

1.4 VOOR- EN NADELEN

De werking van de verschillende benzodiazepines is licht verschillend, maar ze hebben één voor één een bruikbare medi-klinische eigenschap.(13) Hoewel initieel voorgesteld als een soort wondermiddel, kent het gebruik van benzodiazepines (en Z-producten, zie *infra*) echter een pak meer na- dan voordelen, en dan vooral op lange termijn.

1.4.1 Voordelen van benzodiazepines

Benzodiazepines zijn zeer efficiënt, snel werkzaam, weinig acuut toxisch en kunnen zeer waardevol zijn (bv. bij alcoholontwenning) en zelfs levens redden (bv. bij epilepsieaanval) indien kortstondig gebruikt.(13)

1.4.2 Nadelen van benzodiazepines

Op lange termijn is geen positief effect bewezen. Langdurig gebruik gaat gepaard met verschillende bijwerkingen en veel (maar niet alle) nadelige effecten die in verband worden gebracht met het gebruik van benzodiazepines, zijn te wijten aan langdurig gebruik. Een belangrijke uitdaging voor de Belgische gezondheidszorg is bijgevolg om (de kwalijke gevolgen van) geneesmiddelenafhankelijkheid te voorkomen.(2,13,14)

Volgens het Hulpmiddelenboek voor huisartsen en de richtlijn bij Slapeloosheid in de eerste lijn hebben benzodiazepines bovendien na 1 week geen significant groter effect op de slaap dan placebo's.(15)

1.4.2.1. Tolerantie

Na ongeveer twee weken benzodiazepinegebruik treedt tolerantie of gewenning op, wat betekent dat men steeds meer van het geneesmiddel dient te gebruiken om een gelijkaardig effect te verkrijgen. Dit komt doordat het aantal GABA- en benzodiazepinereceptoren afneemt als benzodiazepines langdurig in het lichaam aanwezig zijn (de receptoren worden gedesensibiliseerd). Bovendien neigen de effecten van de exciterende neurotransmitters hersteld te worden. Tolerantie is duidelijk te zien in de hypnogrammen van chronische gebruikers.(13,15)

Hoewel er tolerantie ontstaat, nemen de meeste patiënten na verloop van tijd geen hogere dosis. Enkele auteurs gaan er van uit dat dit komt omdat er een sterke placebocomponent meespeelt in voortgezet gebruik. Anderen merken op dat langgebruikers deze medicatie blijven verder nemen omdat zij bij het staken ervan ontwenningsverschijnselen ervaren, die verkeerdelijk gezien worden als een wederoptreden van de originele symptomen. Het voorschrijven van benzodiazepines leidt tot voorspelbare iatrogene verslaving. (2,12,13)

1.4.2.2. Afhankelijkheid, ontwenning en stoppen met benzodiazepines

1. Benzodiazepines veroorzaken bovendien zowel psychische als fysieke afhankelijkheid. Een Duits onderzoek toont aan dat zelfs gebruikers van een lage dosis benzodiazepines ook een vorm van geneesmiddelenafhankelijkheid vertonen.(16)

Recente revisies van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013) hebben de DSM –IV diagnoses “Misbruik” en “Afhankelijkheid” samengevoegd tot de DSM-V diagnose ‘Stoornis in het gebruik van middelen’.
10 van de 11 criteria bleven bewaard: het weinig frequent voorkomende criterium ‘terugkerende juridische problemen door het gebruik van middelen’ werd verwijderd en het theoretisch en klinisch relevante criterium ‘*craving*’ werd toegevoegd.(17,18)

2. Psychische en fysieke afhankelijkheid betekent ook dat ontwenningsverschijnselen optreden. Deze kunnen optreden nadat men gestopt is met het nemen van benzodiazepines, maar ook reeds tijdens het gebruik ervan ingevolge de tolerantie (zie *supra*). Zo ontwikkelt ongeveer 30% van de gebruikers al ontwenningsverschijnselen na enkele weken benzodiazepinegebruik.(2,12,13)

Als de gebruiker beslist plots te stoppen met het gebruik van benzodiazepines kunnen naast ontwenningsverschijnselen ook rebound-verschijnselen optreden (= oorspronkelijke klachten treden heviger op).(13)

Ontwenningssymptomen zijn over het algemeen mild, maar kunnen ook zeer ernstig zijn. Vaak voorkomende ontwenningsverschijnselen zijn: hartkloppingen, slapeloosheid, angstgevoelens, prikkelbaarheid, gejaagdheid, spiertrekkingen, trillen en gespannen spieren.
Minder vaak voorkomende verschijnselen zijn: diarree, duizeligheid, overgevoeligheid voor licht, geluid en aanraking, prikkelingen of een brandend gevoel van de huid, interesseverlies, concentratiestoornissen, eetlustverlies, misselijkheid, hoofdpijn, wazig zicht en vermoeidheid. Epileptische insulten, verwardheid en wanen of hallucinaties treden zelden op.(1,16,19–21)

Ontwenning kiest vaak de ‘zwakke plek’ van de gebruiker. Er bestaan algemene en psychologische ontwenningssymptomen en ontwenningssymptomen die tot uiting komen ter hoogte van het musculoskeletaal stelsel, het zenuwstelstel, en de gastro-intestinale tractus.(19) Ontwenning zorgt voor overactiviteit van het autonome zenuwstelsel. Ontwenningsymptomen, zoals slapeloosheid, verdwijnen gemiddeld twee weken na de medicatiestop. De nood aan slaap is zo sterk dat de normale slaap terugkeert. In tussentijd is slaaphygiëne heel belangrijk. Uit studies blijkt dat verhoogde aandacht voor deze ontwenningsverschijnselen de kans op een geslaagde afbouw vergroot.(13,20)

1.4.2.3. Benzodiazepines en (onge)vallen

Benzodiazepines verhogen de kans op (onge)vallen, en dan voornamelijk bij een eerste gebruik, het opnieuw nemen van een “slaperke” midden in de nacht, bij het gebruik van een hoge dosis of van

langwerkende preparaten. (12,21) Relatief kleine doses kunnen al zorgen voor een *hang-over*, vertraagde reacties en verminderd inschattingsvermogen. Dit effect wordt nog versterkt door de combinatie met alcohol.(15,22)

Benzodiazepines kunnen tevens aanleiding geven tot risicovol gedrag in het verkeer, met een verhoogd risico op verkeersongevallen tot gevolg. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat gebruikers van benzodiazepines hiervan vaker het slachtoffer of de veroorzaker zijn.(12,21)

Verder zorgen benzodiazepines er door hun spierverslappende werking voor dat hun gebruikers minder stevig op hun benen staan (ook al ervaren ze dit zelf niet zo) en werken zij gangstoornissen en verhoogd valrisico in de hand.(23,24) Vallen en valgerelateerde complicaties zijn een belangrijk probleem bij de oudere generatie: ongeveer 1 op 3 is het afgelopen jaar 1 keer gevallen, ongeveer 15% zelfs 2 keer of meer. Er bestaat bij het gebruik van benzodiazepines niet alleen een verhoogd valrisico, maar ook een verhoogde kans op heupfracturen, dewelke de levenskwaliteit beïnvloeden.(4)

1.4.2.4. Effect op cognitieve functies

De acute schadelijke effecten van benzodiazepines op geheugen en cognitie zijn goed gedocumenteerd.

Dat het chronisch gebruik van benzodiazepines leidt tot geheugenverlies en concentratiestoornissen, wordt niet betwist: benzodiazepines zorgen namelijk voor een verandering in de slaapstructuur. Ze verhinderen zowel de REM-slaap als de diepe slaap, die beide zorgen voor opname van nieuwe informatie en psychologisch herstel.(13,15,25) Ook is het algemeen aanvaard dat inname van benzodiazepines voor *black-outs*, anterograde amnesie en voor verlies van het episodisch geheugen zorgt.(13,22)

Dat benzodiazepinegebruik tot een verhoogd risico op dementie leidt, is nog onderwerp van discussie. Tijdens de diverse studies waarin het verband tussen Alzheimerdementie en benzodiazepinegebruik werd bestudeerd, kon immers geen causaal verband bewezen worden, nu deze medicatie ook gebruikt wordt om prodromi van de ziekte van Alzheimer te behandelen. Aangezien men enerzijds Alzheimerdementie niet kan voorkomen of genezen, er zoals gezegd geen eenduidige evidentie bestaat betreffende benzodiazepines en verhoogd risico op dementie maar anderzijds wel vaststaat dat benzodiazepinegebruik vele nadelen heeft (zie *supra*), dienen deze geneesmiddelen dus vermeden te worden bij oudere patiënten.(26,27)

1.4.2.5. Effect op affectieve functies

Benzodiazepines kunnen, net als alcohol, leiden tot euforie en ontremming of tot sedatie en slaperigheid. Dit kan leiden tot risicovol gedrag, gevaarlijke situaties en ongepaste uiting van emoties.(12)

Gebruikers zijn tevens minder bekwaam om impulsen te beheersen. Dit kan op zijn beurt leiden tot middelenmisbruik en gewelddadig gedrag. Middelenmisbruik verhoogt dan weer de hunkering naar alcohol.(21)

Benzodiazepines kunnen ook afvlakking veroorzaken, de normale sociale en morele grenzen doen vervagen en een depressie verergeren of zelfs veroorzaken. Het laatste is waarschijnlijk het gevolg van de verminderde *output* van serotonine en noradrenaline.(12,13)

1.4.2.6. Mortaliteit

Enerzijds toonden verschillende studies in diverse landen een verhoogde mortaliteit bij langdurig benzodiazepinegebruik maar anderzijds is er eveneens een causaal verband tussen slechte slaapkwaliteit en mortaliteit. Er kan met andere woorden geen causaal verband gevonden worden tussen benzodiazepinegebruik en oversterfte.(14,28)

Benzodiazepines zijn zelfs in hoge dosis niet toxisch, in tegenstelling tot de barbituraten, maar er bestaat wel een gevaar wanneer ze gecombineerd worden met alcohol, omdat dit laatste het effect van benzodiazepines versterkt.(12)

1.4.2.7. Andere

Andere ongunstige effecten van benzodiazepines zijn: klinische interacties met andere medicijnen, mogelijks interferentie met het rouwproces(29), paradoxaal stimulerende effecten met toegenomen onrust, nachtmerries en prikkelbaarheid. Het onjuist gebruik van geneesmiddelen kent een hoge kostprijs voor zowel de patiënt als de maatschappij en geneesmiddelenmisbruik heeft voor patiënten gevolgen op wettelijk, economisch of sociaal vlak.(13,15,16,21)

Het is tot slot niet verstandig en ook af te raden om benzodiazepines te nemen tijdens de zwangerschap: benzodiazepines passeren immers de placenta (21) en bij gebruik in het eerste trimester werden craniofaciale afwijkingen, groeivertraging en neurologische afwijkingen gezien.(14)

1.4.3 Voor- en nadelen van Z-producten

De Z-producten hebben dezelfde ongewenste effecten als benzodiazepines, zijn duurder en minder bestudeerd. Zowel volgens de NICE-guidelines als volgens de Domus Medica aanbeveling is er onvoldoende bewijs om de Z-producten te verkiezen boven de kortwerkende benzodiazepines.(1,24) Toch staan artsen eerder positief ten opzichte van de nieuwere generatie niet-benzodiazepines, dewelke ze een grotere effectiviteit en een lager risico op bijwerkingen toeschrijven. Dit werkt een hoger gebruik in de hand.(30)

1.5 MOTIVATIE

1.5.1 Transtheorethisch model voor gedragsverandering van Prochaska en Di Clemente

Het transtheorethisch model voor gedragsverandering van Prochaska en Di Clemente focust op de bereidheid van patiënten om hun gedrag te veranderen. Alvorens een gedragsverandering plaatsvindt, doorlopen mensen verschillende motivatiefases. Elke fase heeft specifieke kenmerken en afhankelijk van de actiebereidheid zijn verschillende interventies mogelijk.

De eerste fase is de precontemplatiefase: patiënten die zich in deze fase bevinden, overwegen helemaal geen verandering. In deze fase is het belangrijk om empathisch te zijn en het inzicht van de patiënt te vergroten door informatie op maat te verstrekken.

De tweede fase is de contemplatiefase of beschouwende fase: in deze fase erkennen de patiënten het probleem wel maar is nog geen sprake van ambivalentie. Typisch in deze fase is de “ja, maar…” Ook deze fase is zeer informatiegericht.

De derde fase is de preparatiefase: daarin vatten patiënten een plan op om hun benzodiazepinegebruik te stoppen. Ze kunnen al met kleine veranderingen in hun gebruik aan het experimenteren zijn. Er blijft wel nog steeds een bepaalde graad van ambivalentie bestaan, wat vaak te maken heeft met een conflict tussen verlangen, vermogen, redenen en noodzaak.

De vierde fase is de actiefase, waarin patiënten specifieke en openlijke veranderingen toepassen in hun leven.

De vijfde fase is de onderhoudsfase, waarin het nieuw gedrag een vaste plaats krijgt in het leven van de patiënt.

Spijtig genoeg stopt het hier vaak niet en komt men in de zesde en laatste fase terecht: de hervalfase. Herval is eerder de regel dan de uitzondering en vaak moet de cirkel van gedragsverandering verschillende keren doorlopen worden om tot een stabiele verandering te komen.
Om patiënten te laten evolueren in deze cirkel van gedragsverandering zijn verschillende strategieën nodig afhankelijk van de fase waarin patiënten zich bevinden. Wanneer men geen rekening houdt met deze stappen en hun specifieke aanpak kan dit leiden tot demotivatie bij de patiënt en tot ontmoediging van de huisarts. Wanneer een arts de verkeerde strategie toepast kan hij een gedragsverandering zelfs tegenwerken.(15,31)

1.5.2 Het motivationele interview van Miller en Rollnick

De bereidheid van de patiënten om te stoppen is vaak groter dan de arts zelf denkt! Als de arts denkt dat het afbouwen haalbaar is, kan hij de patiënt hiertoe motiveren.(15)
Bij het motivationele interview vertrekt men vanuit de ideeën en de ervaring van de patiënt om de ambivalentie op te lossen. Oorspronkelijk duurde het interview 30 tot 60 minuten, maar korte interventies zijn ook veelbelovend.

Er zijn zes basisprincipes om zelfmotiverende uitspraken uit te lokken, namelijk: feedback geven over zijn toestand en de mogelijke risico's, eigen verantwoordelijkheid benadrukken, advies geven, keuzemogelijkheden bieden, een empathische houding aannemen en het zelfvertrouwen vergroten. Het is belangrijk om confronterende uitspraken te vermijden. Afkeuren, beschuldigen, confronteren, discussiëren, etiketteren, … zijn uit den boze wegens demotiverend.(31,32)

2 VERKENDE LITERATUURSTUDIE

2.1 Methode

Een literatuurstudie werd uitgevoerd om achtergrondinformatie te verzamelen en de mogelijke oorzaken om niet in te gaan op een geplande afbouwstudie na te gaan. Eerst werden de NHG-standaard, de aanbeveling van Domus Medica, de Duodecimrichtlijn en de Folia pharmacotherapeutica bekeken en vanuit de bronnenlijsten werden mogelijks interessante artikels opgezocht. De E-module "Het benzoconsult"(3) werd doorlopen.
Er gebeurde een zoektocht in de database van ResearchGate, op de website van Huisarts&Wetenschap, de website van Domus Medica en op Pubmed. Verschillende combinaties van zoektermen werden gebruikt: *"benzodiazepines","willingness"*, *"motivation"*, *"discontinuation"*, *"chronic benzodiazepine use"*, *"addiction"*, *"dependance"*. Ook hier werd de sneeuwbalmethode toegepast om uit de referentielijsten andere interessante publicaties op te sporen.

2.2 Rol van de huisarts

De huisarts is onder de hulpverleners diegene waarmee de meerderheid van de bevolking het meest in contact komt, ook als het op slaapproblemen en het bekomen van benzodiazepines aankomt. Zo'n 94% van de bevolking heeft een vaste huisarts.(8)

De generatie huisartsen met klassieke scholing schreef al te makkelijk benzodiazepines voor, als veilig alternatief voor de écht gevaarlijke medicatie, met name de barbituraten. Mede door dit voorschrijfgedrag zijn er vandaag ontzettend veel mensen die chronisch benzodiazepines gebruiken omwille van slaapproblemen. De 'nieuwe lichting' huisartsen doet trouwens gretig mee, hoewel zij er eigenlijk voor zouden moeten zorgen dat chronisch benzodiazepinegebruik eerder de uitzondering dan de regel wordt.

Dit komt in de eerste plaats doordat nog steeds de perceptie overheerst dat benzodiazepines op lange termijn niet schadelijk zijn en doordat artsen het niet per se noodzakelijk vinden patiënten tot stoppen aan te sporen. Vaak zien ze geen alternatief, waardoor een vorm van acceptatie ontstaat. Benzodiazepines worden aanzien als "het kleinere kwaad".(10,33)

Huisartsen vinden het niet aangewezen om gebruik van benzodiazepines te bespreken wanneer deze middelen somatisch of psychiatrisch geïndiceerd zijn (epilepsie, angst, alcoholontwenning,…). Wanneer een patiënt onvoldoende draagkracht heeft, vorige stoppogingen mislukt zijn, of wanneer een vorig verzoek tot stoppen niet ingewilligd werd, komt deze volgens de huisarts niet in aanmerking om

hun bereidheid tot stoppen te bevragen. Van de overgebleven patiënten, waaraan het wel kan gevraagd worden, zijn er nog een deel met teveel stress, waardoor uiteindelijk maar een klein deel van de populatie volgens de arts in aanmerking komt.(34)

Bovendien overschatten artsen de weerstand van de patiënt: zij vrezen dat het overtuigen van de patiënt tot stoppen niet alleen tijdrovend is, maar ook een negatief effect heeft op de therapeutische relatie met de patiënt en er zelfs toe kan leiden dat de patiënt naar een andere arts zou stappen. Hoe groter de sympathie, hoe groter de kans dat de medicatie geschreven wordt. Dit is het concept van de '*deserving patient'*.(33) Huisartsen geloven ook te weinig dat patiënten zelf hun chronisch gebruik kunnen afbouwen. Een beperkte kennis van de patiënt over de medicatie, slechte dossiernotitie, opstartbeleid en *follow-up* en onvoldoende kennis van afbouwmogelijkheden door de huisarts spelen hierin een belangrijke rol.(35)

De patiënt zelf minimaliseert zijn gebruik, krijgt te maken met rebound- en ontwenningsverschijnselen en is over het algemeen zeer tevreden over de medicatie, wat het aanzetten tot en zelfs nog maar bespreekbaar maken van stoppen met benzodiazepinegebruik meteen ook bemoeilijkt.(3,6)

Het aansporen tot stoppen met/verminderen van benzodiazepinegebruik vereist, naast samenwerking en motivatie, ook tijd en geduld. En tijd is nu net datgene wat (huis)artsen tekortkomen. De huisarts maakt zijn voorschrijfbeslissingen tijdens de consultaties, waar een korte tijdsduur en onzekerheid vaak troef zijn.(6,23,36)

Veel huisartsen staan wel open voor niet-medicamenteuze alternatieven maar hebben een gebrek aan kennis, zelfvertrouwen en – zoals gezegd – tijd om deze naar de patiënt toe te communiceren.(6)

Bijgevolg wordt nog al te vaak slaapmedicatie voorgeschreven via herhalingsvoorschriften, zonder eigenlijk de noodzaak van verder gebruik te evalueren en zelfs – in veel gevallen – zonder nog te weten waarom de medicatie oorspronkelijk werd voorgeschreven.(4,10)

Om het overmatig/chronisch benzodiazepinegebruik aan te pakken, is het dus uitermate belangrijk een gedragsverandering en bewustwording teweeg te brengen, zowel bij arts als bij patiënt.(10,33)

Alle dokters en paramedici moeten meer kennis verwerven en beter opgeleid worden m.b.t. het voorschrijven van benzodiazepines, hun nadelige invloeden en ontwenningsmethodes. Een training betreffende de *guidelines* en een kennis van goede, haalbare alternatieven is belangrijk en een goede communicatie met de patiënten is een topprioriteit. Verhoogde algemene bewustmaking en druk van de bevolking kunnen deze maatregelen versnellen.(13,33)

Ook de overheid moet hierin haar verantwoordelijkheid nemen: zo kan zij – om een gedragsverandering en bijgevolg daling van het aantal voorschriften te bewerkstelligen – een controlesysteem van voorschriften invoeren, een voorschriftenprofiel bezorgen van patiënten die verdacht worden van geneesmiddelenmisbruik en opleidingen over afhankelijkheidsproblemen organiseren. Wanneer artsen meedoen aan opleidingen over afhankelijkheidsproblemen, stijgt het aantal detecties en verwijzingen van patiënten.(16)

Wat de overheidsinmenging betreft, zien we bijvoorbeeld dat in Nederland het chronisch benzodiazepinegebruik gedaald is sinds de vergoeding voor benzodiazepines uit de basisverzekering werd geschrapt. Dit blijkt effect te hebben op het aantal diagnoses van angst- en slaapstoornissen, op de kans dat de patiënt benzodiazepines voorgeschreven krijgt én op het aantal herhalingsvoorschriften.(37)

Wat de input van de artsen zelf betreft, kon men in Denemarken vaststellen dat het benzodiazepinegebruik met 50 procent daalde door enkele eenvoudige regels te hanteren: men gaf geen herhalingsvoorschriften meer via telefoon doch enkel via consultatie, waar telkens opnieuw de noodzaak van verder gebruik werd besproken en maximaal voor één maand medicatie werd voorgeschreven.(4,38)

Het dient benadrukt dat men van de chronische gebruiker zelf niet te veel initiatieven mag verwachten om diens gebruik te verminderen of te stoppen, waardoor de rol van de arts (en van de overheid) des te belangrijker is. Patiënten geven zelf ook aan dat voor de huisarts een sleutelrol is weggelegd.(5)

Naast het aansporen van patiënten om benzodiazepinegebruik te verminderen of te stoppen, is het ook belangrijk om patiënten die een eerste maal met een slaapprobleem (meestal stress-gerelateerd) bij de huisarts komen, niet te snel benzodiazepines voor te schrijven.

Ook dit is echter geen evidentie: deze zgn. “eerste gebruikers” vergroten vaak de impact van hun slaapproblemen uit waardoor de huisarts zich overrompeld en machteloos voelt. De huisarts wil uiteraard zijn patiënt helpen en tevreden stellen en een eerste voorschrift is al te snel geschreven.(6) Bijkomende factor is dat psychische stress een belangrijk maatschappelijk probleem is, wat maakt dat sneller naar de medicamenteuze behandeling wordt gegrepen en de niet-medicamennteuze alternatieven uit het oog worden verloren.(12)

Als deze “eerste gebruiker” nadien op consultatie komt voor een vervolgvoorschrift, zal hij de nodige druk uitoefenen om dit te bekomen. Hij heeft immers al geproefd van de “voordelen”. Een vervolgvoorschrift is voor de huisarts dan ook moeilijker te weigeren (dit werd duidelijk bij het

overlopen van het benzoconsult (3) en voor men het weet, wordt een eerste gebruiker een chronisch gebruiker.

Het is bijgevolg zeer belangrijk om een eerste voorschrift zoveel als mogelijk te vermijden. De nadruk bij deze categorie moet met andere woorden gelegd worden op preventie en ook op dat vlak is een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts. Het gezegde: “Bezint eer ge begint” is hier zeker van toepassing.(10)

Als arts moet men dus – naast het motiveren van de chronische gebruikers om te stoppen of te verminderen – vermijden dat nieuwe chronische benzodiazepinegebruikers ontstaan.

Minstens is het dan ook van groot belang om tijdens het eerste consult – dus vóór het eerste voorschrift – de bijwerkingen en nadelige effecten van langdurig benzodiazepinegebruik uit de doeken te doen en alsdan ook een stopmoment vast te leggen: zo kan het risico op afhankelijkheid verminderd worden.(6,10,21)

Als arts is het ook uitermate belangrijk om de gedachten, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt te bevragen. Meestal hebben zij immers een eerder gevormde mening over deze medicatie, o.m. gebaseerd op informatie van derden. Artsen maken echter nog al te vaak veronderstellingen over de mening van de patiënt over wat de voor- en nadelen van benzodiazepines en diens verwachtingen betreft.(33)

2.3 Perspectieven van patiënten

Om pogingen tot preventie en interventie te doen slagen moet men rekening houden met de perspectieven van patiënten.

Eenzaamheid na de dood van een partner, familiale problemen (ziekte, geweld, …) zijn levensgebeurtenissen die kunnen leiden tot het opstarten van benzodiazepines. Slaapproblemen, mentale gezondheidsproblemen (manieën, paniek-, angst- en stemmingsstoornissen) en medische problemen (alcoholontwenning, schildklierproblemen, …) zijn andere redenen om hiertoe te besluiten.(39)

Eens begonnen, zijn er diverse redenen om het gebruik voort te zetten: ten eerste geven patiënten aan dat ze niet kunnen slapen of niet kunnen functioneren zonder medicatie en ze deze nodig hebben om met mentale gezondheidsproblemen om te gaan. Dit wijst op psychologische afhankelijkheid. Ten tweede stellen ze dat deze hen ook op lange termijn helpen om te gaan met bepaalde levensomstandigheden en medische aandoeningen.(39,40) Hoewel de patiënten allerlei redenen geven

voor hun gebruik, is professor Heather Ashton duidelijk. Op de vraag: “Wat is volgens u de belangrijkste reden voor de patiënten om niet te stoppen met benzodiazepines?”, antwoordt zij: “*dependence/addiction*”.

Andere voordelen die gebruikers toeschrijven aan het nemen van benzodiazepines zijn onder meer: het helpt hen omgaan met dagelijkse tegenslagen, geeft hen een beter en zelfzekerder gevoel, het zorgt voor stressreductie, minder negatieve gevoelens en meer slaap.(39)

Sommige patiënten nemen hun medicatie puur uit gewoonte of omdat de arts dit zo voorgeschreven heeft. Zowel patiënten als artsen geloven immers dat stoppogingen tijdrovend en nutteloos zijn.

Bovendien onderschat of ontkent de meerderheid van de patiënten de bijwerkingen van benzodiazepines.(36) Benzodiazepines verhinderen trouwens het probleemoplossend vermogen, zodat patiënten door hun benzodiazepinegebruik geen andere oplossingen zien voor hun problemen.(40)

Patiënten ondervinden ook barrières die het stoppen met benzodiazepines verhinderen.

Een eerste barrière is dat zij zich de hevige ontwenningsverschijnselen van vorige stoppogingen herinneren.

Een tweede barrière is de perceptie dat de arts geen grote steun is: patiënten hebben de indruk dat de arts hen onvoldoende assistentie biedt, benzodiazepines blijft voorschrijven zonder in vraag te stellen of deze medicatie nog nodig is en onvoldoende antwoordt op hun vragen.(39) Dit staat in schril contrast met de perceptie van de arts, die duidelijk zijn eigen invloed op de beslissingen van zijn patiënten onderschat.(36)

Afwezigheid van een goed sociaal vangnet, waardoor patiënten zich geïsoleerd en alleen voelen, is een derde barrière. Voor de meerderheid van de patiënten lijken familieleden echter minder relevant in de besliskunde. Vaak is de omgeving niet op de hoogte van hun gebruik.(36,41)

Patiënten die weigeren af te bouwen of te stoppen, nemen frequenter en hogere doses benzodiazepines en hebben een hogere gevoeligheid voor angst. De duur van inname van benzodiazepines is omgekeerd evenredig met de bereidheid om met deze geneesmiddelen te stoppen.(41)

Het is bijgevolg belangrijk om de bereidheid van patiënten om te stoppen met benzodiazepines niet te zien als een ja/neen dichotomie maar eerder als een continuüm, wat ons naadloos brengt bij het transtheoretisch model van gedragsverandering van Prochaska en Di Clemente.

3 PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

3.1 Methoden



Aan de hand van het FOCUS-stappenplan, konden we op een systematische manier een kwaliteitsverbeterend project plannen.
We namen de visgraatanalyse als basis om het probleem te analyseren en de oorzaken werden verdeeld in 3 categorieën: mensen, praktijk-functioneren en externe actoren.

De categorie mensen omvat enerzijds de arts, die het benzodiazepinegebruik en de stopmotivatie te weinig bevraagt, onvoldoende kennis heeft van bijwerkingen, ontwenning en mogelijke afbouwschema's, te weinig tijd heeft en zonder meer benzodiazepinevoorschriften verlengt bij ontslag uit het ziekenhuis, en anderzijds de patiënt, die een verkeerde perceptie heeft over slaap, het gebruik van slaapmedicatie en de factoren afhankelijkheid en verslaving.

In de categorie van praktijk-functioneren zijn er drie belangrijke problemen: ten eerste bestaat er geen consensus over waar en hoe de informatie over gebruik en motivatie moet genoteerd worden in het dossier; ten tweede worden telefonische herhalingsvoorschriften verschaft en ten slotte ontbreekt een praktijkrichtlijn over begeleiding van patiënten bij het afbouwen van/stoppen met gebruik van benzodiazepines en Z-producten.

Er zijn tot slot te weinig externe actoren die zich ontfermen over het gevaar van overmatig benzodiazepinegebruik en het belang van stoppen. Zo besteedt o.a. de media er – ondanks reeds geleverde inspanningen – nog te weinig aandacht aan. Nochtans is het een belangrijk maatschappelijk probleem. Apothekers geven soms benzodiazepines mee zonder voorschrift (wat principieel verboden is) en in rusthuizen worden alle voorschriften ingevuld afgeprint en moeten de artsen enkel nog tekenen, waardoor medicatie zonder evaluatie verlengd wordt. Ook in het ziekenhuis wordt te vaak slaapmedicatie gestart.

Na analyse van het probleem en opdeling van de oorzaken, dienden patiënten te worden gerekruteerd. Dit gebeurde in een opleidingspraktijk in Lede, een Oost-Vlaamse gemeente met een halfstedelijk karakter. De patiëntenpopulatie is zeer gevarieerd qua leeftijd en sociale klasse; er zijn zeer weinig allochtonen.

De patiëntenselectie gebeurde aan de hand van het elektronisch medisch dossier, met behulp van het computerprogramma WINDOC®. Hierdoor kwamen patiënten die niet op consultatie kwamen niet in aanmerking. Aan de patiënten die beantwoordden aan de inclusiecriteria, werd een stopbrief overhandigd of opgestuurd vergezeld van een gestructureerde enquête, waarin aan de hand van stellingen gepeild werd naar de motivatie om zo te bepalen waar in de cirkel van Prochaska en Di Clemente de individuele patiënt zich bevindt. Dit is van belang voor de motivationele gespreksvoering. Er werd eerst een verkennende literatuurstudie (zie *supra*) uigevoerd alvorens de enquête op te stellen.

Inclusiecriteria:

- Volwassen patiënten > 18 jaar
- Chronisch gebruik van benzodiazepines of Z-producten (> 3 maanden, > 90% van de tijd) omwille van angststoornis of insomnia.

Exclusiecriteria:

- Patiënten, die benzodiazepines nemen omwille van alcoholontwenning of ontwenning van opiaten
- *Restless legs syndroom*
- Epilepsie
- Sterk belastende psychiatrische comorbiditeit zoals angst- en stemmingsstoornissen, schizofrenie,…
- Wilsonbekwame patiënten

Op de website van bcfi werden de verschillende benzodiazepinen en Z-producten opgezocht.

1. Benzodiazepines

Alprazolam (Alpratop©,Xanax©, Alpraz©)	Flurazepam (Staurodorm©)
Bromazepam (Bromatop©,Lexotan©)	Ethylloflazepaat (Victon©)
Brotizolam (Lendormin©)	Loprazolam (Dormonoct©)
Clobazam (Frisium©)	Lorazepam (Lorazetop©, Serenase©, Temesta©)
Clonazepam (Rivotril©)	Lormetazepam (Loramet©, Loranka©, Metatop©, Noctamid, Stilaze©)
Clorazepaat (Tranxene©, Uni-tranxene©)	Nitrazepam (Mogadon©)
Clotiazepam (Clozan©)	Nordazepam (Calmday©)
Cloxazolam (Akton©)	Oxazepam
Diazepam (Valium©)	Prazepam (Lysanxia©)
Flunitrazepam	Triazolam (Halcion©)

2. Middelen verwant aan Benzodiazepines

• Zolpidem (Stilnoct©, Zolpeduar©, Zolpitop©)
• Zopiclon (Imovane©)

Vervolgens werd er per middelen een zoekopdracht uitgevoerd in het EMD. Aan de hand van de individuele dossiers kon opgemaakt worden of de patiënten voldeden aan de inclusiecriteria en of er redenen waren om ze te excluderen. De potentiële kandidaten werden opgelijst en deze lijst werd met de artsen uit de praktijk overlopen. De overgebleven patiënten kregen elk een "op maat gemaakte" brief, dit wel zeggen dat hun naam, het geneesmiddel dat ze gebruikten, de huisarts en in sommige gevallen verdere specificaties in de brief terug te vinden waren. De brieven werden aan de respectievelijke huisartsen gegeven.

Bij het openen van de dossiers van de desbetreffende patiënten verscheen een *pop-up* met de boodschap "Brief benzo's meegeven aub!". Deze *pop-ups* werden soms genegeerd en de brieven die niet uitgedeeld werden, werden door onze secretaresse opgestuurd. De huisartsen vonden het bij enkele patiënten (aantal niet gekend) niet zinvol om hen een brief te geven of op te sturen omdat ze verwachtten dat deze patiënten niet geïnteresseerd zouden zijn om mee te doen aan de studie.

3.2 Resultaten

Er werden in het EMD 351 patiënten gevonden, die benzodiazepines of Z-producten gebruikten. Van die 351, werden er 137 geïncludeerd in de studie. Redenen om gebruikende patiënten alsnog te excluderen waren: geen actueel gebruik meer omwille van eerdere medicatiestop, niet langer patiënt in de praktijk, actueel gebruik van een ander middel, dement en dus wilsonbekwaam en ernstige psychiatrische comorbiditeiten zoals verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, …), angst- en stemmingsstoornissen.

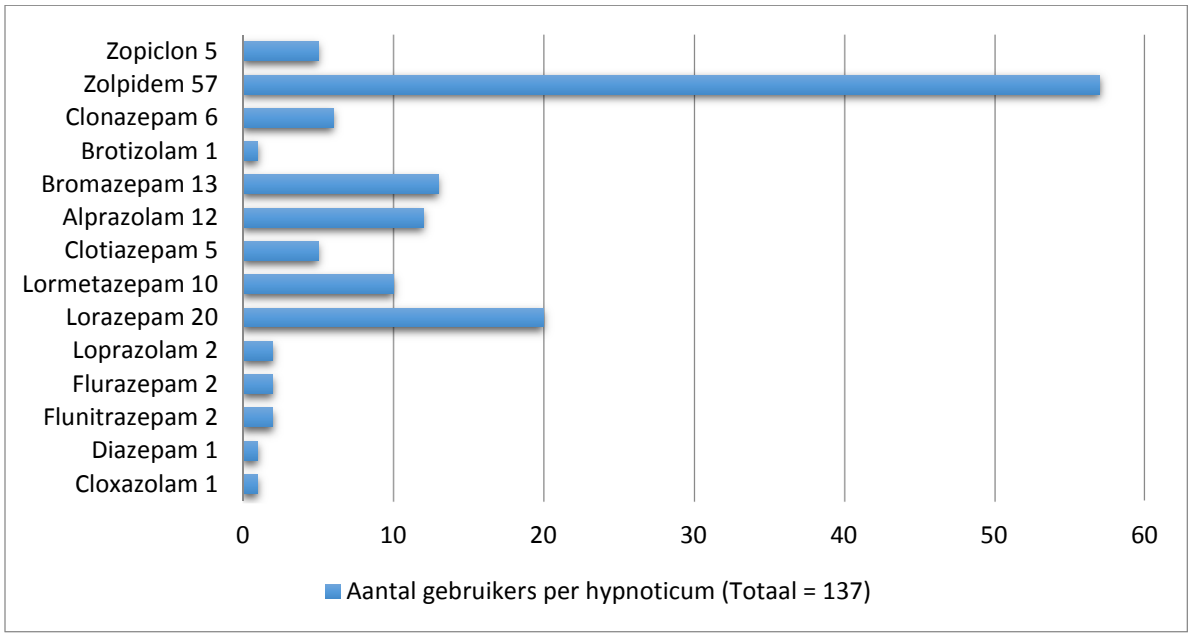
Patiënten die hun slaapmiddel gebruiken in combinatie met verschillende andere middelen of palliatieve patiënten werden uitgesloten. Patiënten die het middel niet nemen als slaapmiddel werden ook niet ingesloten in de studie. Enkele patiënten, die strikt genomen wel in aanmerking kwamen om mee te doen aan de studie, werden ook niet aangeschreven omdat de huisarts dit vroeg.

Tabel 1: Karakteristieken benzodiazepinegebruikes bij aanvang studie (februari 2016)

Geneesmiddel	Inclusie	*Al gestopt	Psychiatrie	Praktijk verlaten	Ander middel	Dement	Alcohol	Andere	Totaal
Cloxazolam	1	2	1						4
Diazepam	1	2	8	1	2				14
Flunitrazepam	2								2
Flurazepam	2	1	1		1				5
Loprazolam	2								2
Lorazepam	20		13	7	8	3	1	2	54
Lormetazepam	10		14	2	5	2		2	35
Nitrazepam			2	1					3
Clorazepaat			9	4				2	15
Prazepam			3						3
Clotiazepam	5		1	2					8
Alprazolam	12	2	16	4	3		4	17	58
Bromazepam	13	1	10			1		6	31
Brotizolam	1		1						2
Clobazam		1							1
Clonazepam	6		4					8	18
Zolpidem	57	7	13	6				2	85
Zopiclon	5	1	3		2				11
TOTAAL	137	17	99	27	21	6	5	39	351

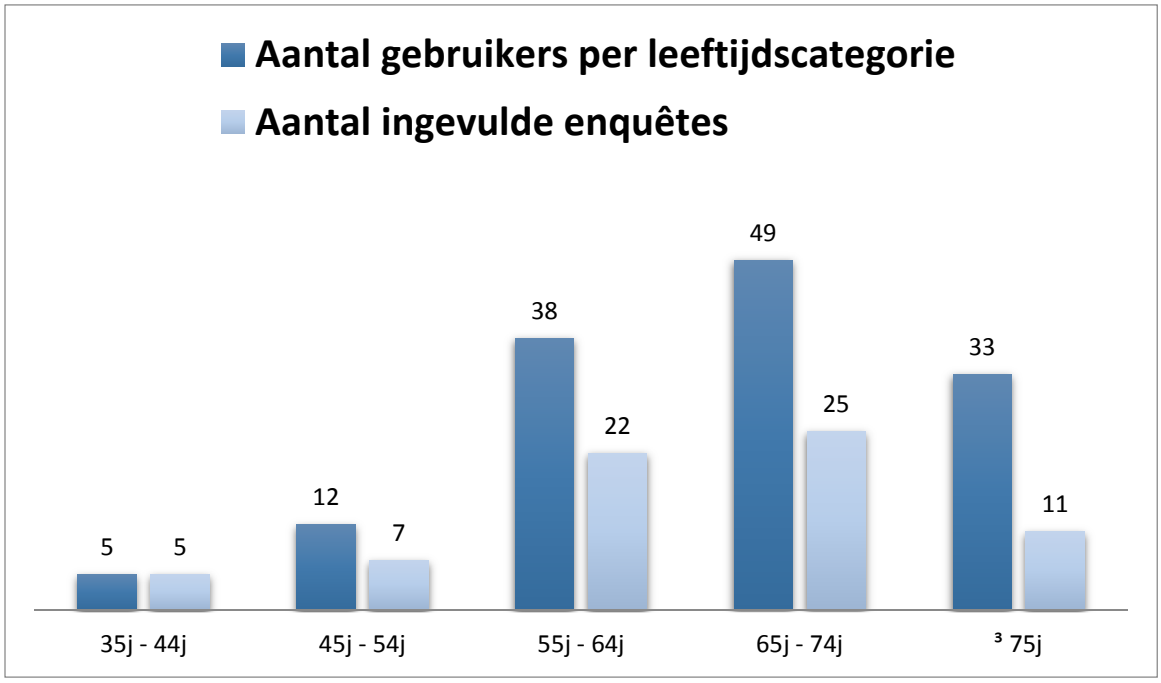
Andere = palliatief, reden arts, analfabeet, andere indicatie, combinatie met ander middel, overleden.
* Al gestopt = reeds gestopt voor het begin van de studie.

Grafiek 1: Aantal gebruikers per benzodiazepine/Z-product bij aanvang studie (februari 2015)



Van de 137 patiënten die geïncludeerd werden, gebruiken er 62 Z-producten en 75 benzodiazepines.

Grafiek 2: Aantal gebruikers per leeftijdscategorie bij aanvang studie (februari 2015)/ Aantal ingevulde enquêtes einde studie (maart 2016)



In deze studie werden dubbel zo veel vrouwen geïncludeerd dan mannen en van de 137 enquêtes werden er 70 ingevuld teruggegeven, waarvan 26 door een man en 44 door een vrouw. Vooral patiënten uit de jongere leeftijdscategorieën vulden de enquête in.

UITKOMSTMAAT 1: 'RESPONSE RATE'

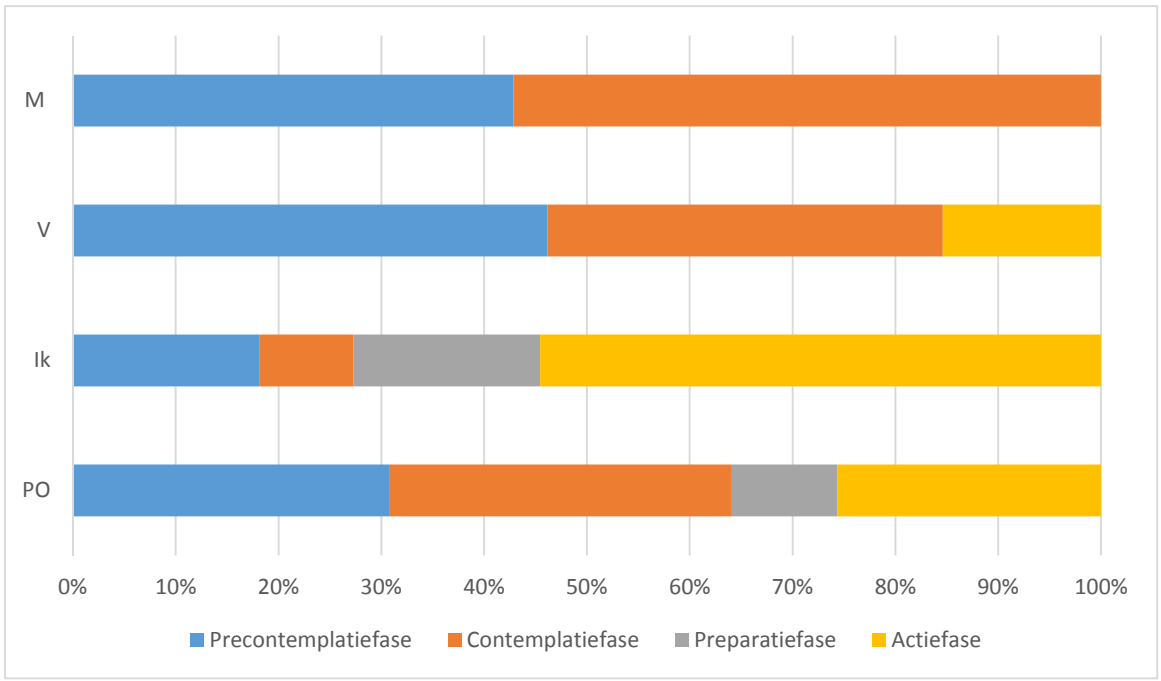
Ruim 2 op 3 patiënten die Z- producten innemen en amper 2 op 5 die benzodiazepines innemen vulden een enquête in.

Bij de vier artsen werd een verschillende *response rate* gezien. Van de 73 patiënten van mijn praktijkopleider, bezorgden er 39 de enquête terug. Bij de andere vrouwelijke arts vulden 13 van de 38 patiënten de enquête in. Bij de mannelijke arts, die net gestart is als vaste associé, vulden 7 van de 14 patiënten de enquête in en bij mezelf vulden 11 van de 12 patiënten de enquête in. De *response rate* was respectievelijk voor de verschillende artsen, 53,4%, 34,2%, 50% en 91,7%.

UITKOMSTMAAT 2: PLAATS IN DE CIRKEL VAN PROCHASKA EN DI CLEMENTE

Er werd gepoogd de patiënten te plaatsen in de cirkel van Prochaska en Di Clemente aan de hand van analyse van de stellingen en de bijhorende notities. Twee op de drie patiënten bevond zich in de precontemplatiefase (23/70) of de contemplatiefase (23/70).

Grafiek 3: Verdeling patiënten in fasen van cirkel van gedragsverandering per arts bij indienen enquête



Bij mijn praktijkopleider bevinden zich respectievelijk 12 en 13 patiënten in de precontemplatie- en contemplatiefase, 4 patiënten bevinden zich in de preparatiefase en 10 patiënten in de actiefase. Bij mezelf bevinden zich 3 mensen in de eerste twee fasen, 2 in de preparatiefase en 6 in de actiefase. Eén patiënt gaf haar enquête niet terug. Na een gesprek bleek ook zij in de precontemplatiefase te zitten. Van de twee patiënten, die volgens de enquête in de preparatiefase zitten, zijn al 2 patiënten doorgeschoven naar de actiefase (april 2016). Bij de mannelijke arts in de praktijk, bevinden 3 patiënten zich in de precontemplatiefase en 4 patiënten in de contemplatiefase. Bij de andere vrouwelijke arts bevinden 6 patiënten zich in de precontemplatiefase, 5 in de contemplatiefase en 2 patiënten zijn gestopt met het nemen van de medicatie.

UITKOMSTMAAT 3: REDENEN OM NIET TE STOPPEN.

Indien de patiënten niet gemotiveerd waren om te stoppen, werd hen gevraagd zes stellingen te evalueren en aan te kruisen of ze deze waar of niet waar vonden.

Stelling1: “Ik vind dat mijn arts mij onvoldoende ondersteuning geeft.”

Stelling 2: “Er bestaat een gebrek aan sociale steun uit de omgeving.”

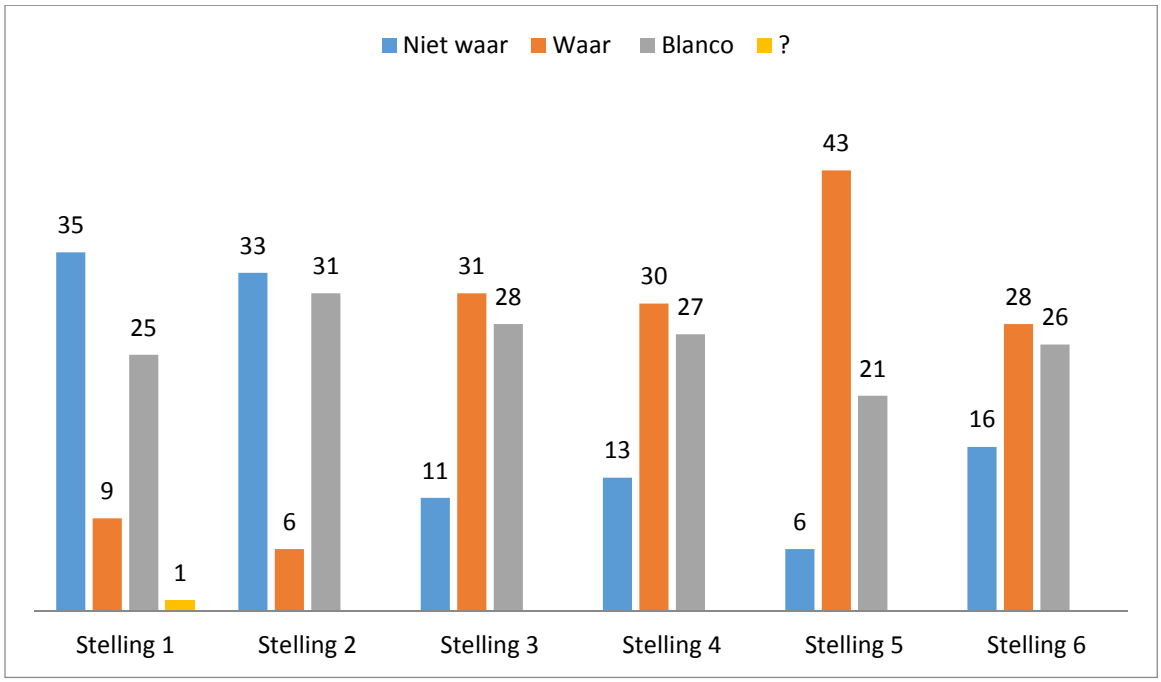
Stelling 3: “Mijn medicatie helpt mij om te gaan met mijn levensomstandigheden of met een medische toestand.”

Stelling 4: “Mijn medicatie helpt mij om te gaan met stress en angst.”

Stelling 5: “Mijn medicatie helpt mij om te kunnen slapen”

Stelling 6: ”Ik heb mijn medicatie nodig om een normaal leven te leiden.”

Grafiek 3: Redenen om niet te stoppen



1. Stelling 1: "Ik vind dat mijn arts mij onvoldoende ondersteuning geeft."

De helft van de patiënten kruiste 'niet akkoord' aan, zes 'akkoord' en één 63 jarige man tekende een vraagteken. Hij schreef bij aanvulling:

> *"Gestart enkele jaren geleden, toen ik nog werkte. Toen nodig om te kunnen functioneren. Met ondersteuning van mijn huisarts → wil ik proberen om af te bouwen."*

Het volgend consult werd de enquête overlopen en werd overlegd wat ik voor hem kon betekenen als huisarts. Hij is ondertussen gestopt en zegt zich veel beter te voelen.

Een andere patiënte van 64 jaar schreef: *"Ik wil zeker stoppen maar vrees dat dit alleen niet zal lukken."*

Van de 70 patiënten lieten er 25 de stelling blanco.

2. Stelling 2: "Er bestaat een gebrek aan sociale steun uit de omgeving."

Deze stelling beantwoordden 6 patiënten bevestigend en 31 ontkennend.

3. Stelling 3: "Mijn medicatie helpt mij om te gaan met mijn levensomstandigheden of met een medische toestand."

31 patiënten gingen akkoord met de stelling, 11 niet. Zowel patiënten uit de precontemplatie-, contemplatie-, preparatie- als actiefase schreven iets op dat betrekking heeft tot deze stelling. 2 vrouwelijke patiënten (59 en 60 jaar), beiden werkzaam in de verpleegsector, hebben hun medicatie nodig in het kader van hun onregelmatige werkuren en werkgerelateerde moeilijkheden.

> *"Ik werk reeds 38 jaar in verpleegsector: onregelmatige uren"*

> *"Mijn werk is zwaar → ik kan het 's nachts niet loslaten – zolang ik werk, heb ik het nodig."*

Enkele patiënten halen hun lichamelijke gezondheid en psychologische problemen aan (huwelijksproblemen, verlies, …).
2 mannen uit de leeftijdscategorie 65 -74 jaar gaven aan dat hun huwelijksproblemen de reden waren om niet te stoppen met medicatie:

> *"Lang terminaal kankerpatiënt. Neem lormetazepam sinds 16j. Probleem met echtgenote."*

> *"Ik ben van 1 pil naar 1/2de pil gegaan. De medicatie helpt mij om te kunnen slapen → Ik lig niet te piekeren. Problemen met mijn vrouw die ziek is, ik neem soms 1/2de pilletje en soms niet"*

Een vrouw van 56 jaar schrijft:

> *"Ik ben mijn slaapmiddel tien jaar geleden gestart na de scheiding, ik kan niet zonder."*

Twee vrouwelijke patiënten geven hun gezondheidsproblemen als reden om niet te stoppen.
Vrouw van 69 jaar:

> *"Heb al genoeg andere kwalen, ik wil 's nachts slapen."*

Een andere vrouwelijke patiënte van 46 jaar is gestopt met het nemen van de medicatie. Bij de stellingen duidt ze aan dat ze volledig akkoord gaat met de eerste stelling dat ze goed kan slapen dankzij de medicatie, geen problemen ondervindt en dus niet inziet waarom ze zou stoppen.

> *"Kan slaap makkelijker vatten. (last van spierpijnen en spierkrampen)."*

Bij een volgende consultatie verduidelijkt ze dit antwoord. Ze is gestopt op advies van haar huisarts, maar moest het enkel van zichzelf afhangen, nam ze de medicatie verder.

Eén patiënte geeft verlies aan als reden:

> *"Een verlies van twee dochters is niet zo evident, dit waren twee volwassen vrouwen en moeders van elk twee flinke kinderen, een half pilletje 's avonds doet mij slapen en ik lig niet meer te peinzen."*

Stelling 4: "Mijn medicatie helpt mij om te gaan met stress en angst."

30 mensen vinden dat hun medicatie hen helpt om te gaan met stress en angst. 13 patiënten gaan hier dan weer niet mee akkoord. Deze stelling gaan nauw samen met bovenstaande stelling.

Een 80-jarige patiënte schrijft:

> *"Gezien mijn persoonlijke redenen* (niet verder gespecificeerd) *ga ik niet stoppen met mijn slaapmiddel, ik ben dan rustiger overdag."*

Een 57- jarige vrouw is geen chronische gebruiker meer van benzodiazepines.

> *"Medicatie wordt nog enkel ingenomen in extreme omstandigheden."*

Stelling 5: "Mijn medicatie helpt mij om te kunnen slapen."

Ruim 60%, namelijk 43 van de 70 patiënten gaat akkoord met deze stelling.

> *"Ik stop niet graag met Zolpidem. Ik voel mij er heel goed bij. Ik denk dat ik niet zonder kan."*

> *"Om in slaap te geraken. Om een normale nachtrust van 4 a 5 u te hebben."*

"Mijn echtgenote snurkt, daarom kan ik moeilijk in slaap. Op advies van dokter Z heb ik Zolpidem gehalveerd met goed resultaat. +/-"

"Ik neem 1/2de tablet en kan hiermee tot 3-4 uur slapen. Heb ondervonden wanneer ik niets neem soms wakker lig vanaf 1u 's nachts."

Op de enquête van een 80-jarige vrouw, schreef de huisarts:

"Is bang dat volledig stoppen zal zorgen voor slapeloosheid."

Van de 6 patiënten die niet akkoord aangeduid hebben, zit niemand in de precontemplatie- of contemplatiefase.

Stelling 6:"Ik heb mijn medicatie nodig om een normaal leven te leiden."

28 van de 70 patiënten gaven aan hun medicatie nodig te hebben op een normaal leven te leiden.

Andere zaken die genoteerd werden, wijzen op een laag zelfvertrouwen en grote afhankelijkheid.

"Na 50 jaar inname 2 milligram. Onmogelijk om te verminderen."

"Er is een drang in mij om die medicatie te nemen. Het is een soort drugs. Ik neem het al 30 jaar"

De jongste patiënt kreeg zijn brief via de post. Hij was initieel boos en verbouwereerd dat hij die brief kreeg. Nadien is hij bedaard en heeft hij zijn gebruik op consultatie besproken. Hij had er intussen over nagedacht en zag verminderen/afbouwen wel zitten, maar nu was het niet het moment.

"Seizoensgebonden stoppen of (verminderen, afbouwen)"

AANVULLENDE OPMERKINGEN VAN PATIËNTEN EN PRECONTEMPLATIEFASE EN CONTEMPLATIEFASE

Vraag naar alternatieve medicatie

2 patiënten suggereerden dat hun benzodiazepine/Z-product misschien kon veranderd worden door iets ander.

"Zou het kunnen dat ik te weinig melatonine aanmaak?"

"Ik weet wel zeker dat het tussen de oren zit. Misschien heb je iets op natuurlijke basis om te helpen."

Minimaliseren van gebruik

Veel patiënten minimaliseren hun inname van slaapmedicatie om zo hun gebruik te rechtvaardigen:

> "*1/2de pilletje", "half pilletje", "Ik neem maar 1/2de Zolpidem"*

> *"Ik weet waar ik mee bezig ben, ik heb jaren als verzorgende gewerkt en ik weet ook zeker dat misbruik mij schade toebrengt."*

> *"Van 4 Valiums per dag zijn het er nu nog maar 2"*

> *"Van een hele rohypnol 4mg pak ik nu nog een halfken van 1mg.*

AANVULLENDE OPMERKINGEN VAN PATIËNTEN IN DE ACTIEFASE

> *"Reeds tot helft teruggebracht; ik zet door."*

Ik sensibiliseer bij elk voorschrift voor slaapmedicatie. Bij een 60-jarig man, wiens vrouw recent een CVA gehad heeft en waarbij radiotherapie is opgestart na het oplopen van de PSA-waarde na prostatectomie, ga ik maandelijks op huisbezoek. Bij elk huisbezoek haalde ik kort de slaapmedicatie aan. Hij is uiteindelijk gestopt.

> *"Het is van met Kerstmis geleden (2015) dat ik slaappillen heb genomen. Geraak moeilijk in slaap maar het lukt wel."*.

Toen hij de enquête teruggaf, zat de folder "Van slaappillen kan je vallen" en het Slaapwel Doe-boek in de envelop.

Bijna alle gestopte patiënten zijn enthousiast over het feit dat ze geen medicatie meer innemen.

> *"Na het stoppen voel ik mij veel beter"*.

> *"Dr. X, mijn vorige huisarts had mij –ongeveer 10 jaar geleden – Zolpidem voorgeschreven voor mijn klachten van moeilijk in slaap te geraken. Uit automatisme heb ik jaren Zolpidem gebruikt, bijna dagelijks. Dr.Y, mijn huidige huisarts, heeft na een paar consultaties aangedrongen om te stoppen en uitgelegd waarom. Zoals met het roken (+/- 20 jaar geleden) ben ik gestopt met het nemen van slaapmedicatie. Ik heb geen Zolpidem meer aangeraakt. Daar ben ik mijn huisarts dankbaar voor."*

Eén patiënte beschrijft de bijwerkingen die ze had en de manier waarop ze afgebouwd is op aanraden van haar huisarts.

> *"Dokter, Na nachten van slapeloosheid kreeg ik in januari 2013 van dokter X een 1/2de tabletje Zolpidem voorgeschreven. Ik nam ononderbroken deze medicatie tot +/- maart 2015. (=2jaar) De werking van de medicatie was verminderd en overdag voelde ik ook problemen met mijn geheugen. 's Nachts kreeg ik akelige dromen. Op aanraden van dokter Z ben ik geleidelijk aan beginnen verminderen: Ik plette het half tabletje tot poeder zodat ik het kon verdelen eerst in 2, daarna in 3 en ten slotte in 4. De inname was uiteindelijk slechts heel miniem zodat stoppen heel gemakkelijk is verlopen. Ik heb dan ook geen enkele problemen ondervonden. De afbouw periode heeft 1 maand geduurd. Hartelijke groeten."*

4 DISCUSSIE

In de tabel 1 (pagina 20): “Karakteristieken benzodiazepinegebruikes” op p. kan men het totaal aantal gebruikers zien en de redenen waarom patiënten geëxcludeerd werden.

Bij het overlopen van de lijst werden op vraag van de artsen enkele patiënten geëxcludeerd omdat deze patiënten volgens de artsen te koppig of te oud waren en het bijgevolg niet opportuun was aan deze patiënten een brief mee te geven. Vermoedelijk snijden ze het *topic* van chronisch gebruik niet aan uit sympathie, overschatten ze de te verwachten weerstand of vrezen ze een mogelijks negatief effect op de therapeutische relatie met de patiënt.

Daarnaast vonden de artsen het bij enkele patiënten, die initieel niet uitgesloten werden, niet zinvol om hen een brief te geven omdat ze verwachtten dat deze patiënten niet geïnteresseerd zouden zijn om mee te doen aan de studie. Over hoeveel patiënten het exact gaat, heb ik geen idee en dat is jammer omdat het aantal ‘*drop outs’* relevant is.

In grafiek 1 (pagina 21): “Aantal gebruikers per benzodiazepine/Z-product” op p. is te zien dat er van de 137 geïncludeerde patiënten slechts 63 een middellang werkend product nemen, zoals aanbevolen in de richtlijnen. Dit wil zeggen dat ruim 54% van de patiënten niet het eerste keuze preparaat inneemt.

Ongeveer 45% van de patiënten gebruikt een Z-product als slaapmiddel. Zoals in de literatuur, zien we dat de artsen ook hier in de praktijk over het algemeen positiever staan ten opzichte van deze producten. Z-producten, die een gelijkaardig werkingsmechanisme en bijwerkingenprofiel hebben als de benzodiazepines, worden vaak gekozen, hoewel ze duurder zijn en er minder ervaring is met deze producten.

In de literatuur en in de Belgische gezondheidsenquête vinden we dat vrouwen vaker slaapmedicatie innemen. Onze praktijk kent een gelijkaardige tendens.

Nog in de literatuur vinden we terug dat de grootste groep zich bevindt bij de 75-plussers. Zoals te zien is in grafiek 2 (pagina 21): “Aantal gebruikers per leeftijdscategorie” is dit in deze studie echter niet het geval. Dit kan verklaard worden doordat medicijnen die op huisbezoek of in het rusthuis worden voorgeschreven, worden genoteerd in een papieren thuiszorgdossier en niet in het elektronisch medisch dossier. De resultaten van deze studie zijn verstoord en er is dus sprake van een selectiebias.

Er is dus een belangrijke hoeveelheid patiënten niet geïncludeerd in de studie. In de toekomst is het belangrijk om ook deze groep in kaart te brengen, om de motivatie om deze problematiek aan te pakken

bij deze groep patiënten te vergroten. De 75-plussers zijn gevoeliger voor de werking en bijwerkingen van benzodiazepines omdat ze deze middelen langzamer elimineren en een grotere kans hebben op het nemen van interagerende medicatie. Het is dus uitermate belangrijk om bij deze groep patiënten te peilen naar motivatie en een gedragsverandering proberen te weeg te brengen.

In deze studie werd getracht patiënten te situeren in de cirkel van Prochaska en Di Clemente. Dit is belangrijk binnen dit praktijkverbeterend project, omdat de verschillende overgangen tussen de fasen een eigen aanpak vragen. 2 op de 3 patiënten, die de enquête invulden, bevond zich in de precontemplatiefase (23/70) of de contemplatiefase (23/70) en net deze groep patiënten is een grote uitdaging voor de arts.
De leden van de populatie die antwoordden op de enquête verschillen grondig van diegene die de enquête niet beantwoorden en hier moet dus ook rekening mee gehouden worden.

In grafiek 3 (pagina 23): “Verdeling patiënten in fasen van cirkel van gedragsverandering per arts” is er een duidelijk verschil te zien tussen de bovenste 2 artsen enerzijds en mijn PO en ik anderzijds. Bij mijn mannelijke (net startende arts) en vrouwelijke collega bevindt respectievelijk 0% en 5,2% zich in de preparatie- of actiefase. Bij mijn PO bevindt 19,2% zich in deze fases en bij mij tenslotte bevindt 66,7% zich in deze fase.
Hier wordt duidelijk dat wanneer het terugdringen van het gebruik van benzodiazepines hoog op de prioriteitenlijst van de artsen staat, zij patiënten kunnen motiveren en hen helpen in het opschuiven in de cirkel gedragsverandering.

In de grafiek: “Redenen om niet te stoppen” (pagina 21) is te zien dat 9 van de 70 patiënten akkoord gaan met de stelling “Ik vind dat mijn huisarts mij onvoldoende ondersteuning geeft.” en 25 van de 70 patiënten deze stelling blanco laten. In de literatuur vinden we terug dat bij patiënten de perceptie bestaat dat de huisarts geen grote steun is omdat hij onvoldoende assistentie biedt, blijvend benzodiazepines voorschrijft en de noodzaak voor medicatie-inname niet evalueert.
De discrepantie tussen de literatuur en de gegevens uit deze studie kan te wijten zijn aan sociaal wenselijke antwoorden en de daaruit volgende *response bias*. Het is niet evident om op een niet-anonieme enquête (die je nota bene aan de huisarts afgeeft) te schrijven dat de huisarts onvoldoende ondersteuning biedt. F

Wat wel overeenkomt met de literatuur is de beperkte rol van familie en de waarde die patiënten hechten aan hun medicatie. Een grote groep van de patiënten vindt dat hun medicatie hen helpt om te gaan met mijn levensomstandigheden, met een medische toestand, met stress en angst. De grootste groep gaat ook akkoord met de stelling: “Mijn medicatie helpt mij om te kunnen slapen.” Dit is niet te verwonderen, aangezien enkel patiënten die deze medicatie innemen voor slapeloosheid geïncludeerd werden.

De 6 patiënten die op deze stelling niet akkoord antwoordden, bevinden zich allen in de preparatie- of actiefase. Ik schrok van de hoeveelheid mensen die akkoord gingen met de stelling dat ze hun medicatie nodig hebben om een normaal leven te kunnen leiden. Patiënten schrijven veel voordelen toe aan hun medicatie en minimaliseren hun gebruik. Dit bevestigt des te meer hoe belangrijk patiënten hun medicatie vinden. Afhankelijkheid is dus – zoals professor Ashton oppert – een zeer belangrijke, en eigenlijk zelfs de belangrijkste reden voor voortgezet gebruik van benzodiazepines.

Eén patiënt, die inmiddels gestopt is met het nemen van zijn slaapmedicatie, voegde bij zijn enquête de folder “Van slaappillen kan je vallen” en het Slaapwel Doe-boek. Mensen zijn dus niet ongevoelig voor acties van de overheid.

Patiënten die hun medicatie gestopt zijn met het nemen van benzodiazepines zijn enthousiast en dankbaar. Ze voelen zich beter en alerter. Dit is ook iets wat terug te vinden is in de literatuur. Na het stoppen van benzodiazepines verbetert de cognitieve functie, zonder negatieve effecten op slaap.

5 BESLUIT

In de praktijk waar ik mijn HAIO opleiding volg, zijn er veel patiënten die benzodiazepines/Z-producten gebruiken. Benzodiazepines worden meer en meer vervangen door de Z-producten, die een gelijkaardig werkingsmechanisme en bijwerkingenprofiel hebben. Artsen staan – ten onrechte – positiever ten opzichte van Z-producten.

Het plaatsen van patiënten in de cirkel van Prochaska en Di Clemente is belangrijk binnen dit praktijkverbeterend project, omdat de overgangen tussen de verschillende fases een eigen aanpak vragen. Twee op de drie patiënten, die een enquête invulde, bevond zich in de precontemplatiefase of de contemplatiefase en net deze groep patiënten is een grote uitdaging voor onze praktijk en voor de arts in het algemeen.
Het terugdringen van het benzodiazepinegebruik moet dus hoog op onze prioriteitenlijst staan, willen wij de patiënten motiveren en laten opschuiven in de cirkel van Prochaska en Di Clemente.

Uit deze studie blijkt dat patiënten veel waarde aan hun slaapmedicatie hechten. Hun slaapmedicatie helpt hen te slapen, een normaal leven te leiden en om te gaan met angst en stress. Ze gebruiken minimaliserende termen en de rol van afhankelijkheid is groot. Patiënten geven aan dat de huisarts een sleutelrol speelt, terwijl deze zijn rol onderschat. Artsen overschatten de weerstand van de patiënten, vinden het bespreekbaar maken van stoppen met benzodiazepines/Z-producten moeilijk omdat patiënten in het algemeen zeer tevreden zijn over hun slaapmedicatie en bovendien vinden ze dit tijdrovend.

Artsen beschikken over onvoldoende kennis van niet-medicamenteuze behandelingen en betere opleidingen zijn dus zeker een goed idee. Het is belangrijk om bij elk voorschrift de noodzaak van verder gebruik te evalueren en niet op automatische piloot voor te schrijven.

Om het overmatig/chronisch benzodiazepinegebruik aan te pakken, is het dus uitermate belangrijk een gedragsverandering en bewustwording teweeg te brengen, zowel bij arts als bij patiënt.
Naast het aansporen van patiënten om benzodiazepinegebruik te verminderen of te stoppen, is het ook belangrijk om patiënten die een eerste maal met een slaapprobleem (meestal stressgerelateerd) bij de huisarts komen, niet te snel benzodiazepines voor te schrijven. Het is van groot belang om vóór het eerste voorschrift de bijwerkingen en nadelige effecten van langdurig benzodiazepinegebruik uit de doeken te doen en alsdan ook een stopmoment vast te leggen om zo het risico op afhankelijkheid te verminderen.

Een belangrijke beperking van deze studie is de selectiebias. Patiënten woonachtig in een RVT en patiënten waarbij de arts enkel op huisbezoek gaat, werden niet geïncludeerd. In de toekomst is het

belangrijk om ook deze groep in kaart te brengen, om de motivatie om deze problematiek aan te pakken bij deze groep patiënten te vergroten.

Dankzij de literatuurstudie en het doorlopen van de E-module Benzoconsult en de E-module motivationele gespreksvoering, heb ik niet alleen veel bijgeleerd maar ben ik ook veel zelfzekerder geworden.

DANKBETUIGING

Met dit dankwoord wil ik de mensen bedanken die hielpen tot de totstandkoming van deze masterproef. Vooreerst wil ik graag prof. Dr. Avonts en Dr. Declercq bedanken om op te treden als promotor en co-promotor voor deze masterproef en mij bij te begeleiden in de zoektocht naar een goed onderwerp en het proces om goedkeuring te krijgen van de Ethische Commissie.
Vervolgens wil ik de patiënten bedanken voor hun deelname aan deze studie, de collega's in de praktijk voor hun medewerking en in het bijzonder mijn praktijkopleider dr. Nathalie Janssens voor haar positiviteit, enthousiasme en feedback. Verder wil ik de heer Roland Rogiers bedanken voor de doorverwijzing naar de E-module Benzoconsult, het persoonlijk overleg en ter beschikking stellen van materialen. Ten slotte wil ik mijn verloofde en broer bedanken voor de tijd die zij geïnvesteerd hebben in het nalezen van deze masterproef en het op punt stellen van de lay-out.

6 REFERENTIES

1. Declercq T, Rogier R et al. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu 2005; 34:346-71.
2. Willems IAT, Gorgels WJMJ, Voshaar RCO, Mulder J, Lucassen PLBJ. Tolerance to benzodiazepines among long-term users in primary care. Fam Pract. 2013;30(4):404–10.
3. Christiaens T, Creupelandt H, Rogiers R, Thoen A: Projectgroep Benzodiazepines (Ugent). Het Benzo-consult.
4. Gorgels W, Nederland B. Stoppen Met Benzodiazepinen. Geneesmiddelenbulletin. 1994;28(12):98–101.
5. Knottnerus JA, Vissers F, van der Grinten R, van der Horst F, Jongbloed AJ. Benzodiazepinen: de gebruiker en zijn huisart. Bijwerkingen, satisfactie, afhankelijkheid en stoppen gezien door de bril van gebruiker en huisarts. Huisarts Wet. 1998;41(7):323–7.
6. Anthierens S.: (Het vermijden van) Opstarten van benzodiazepines in de eerste lijn. Bespreking door M. De Meyere. Huisarts Nu 2010;39(2):77-79.
7. van Hulten R, Isacson D, Bakker A, Leufkens HG. Comparing patterns of long-term benzodiazepine use between a Dutch and a Swedish community. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2003;12(1):49–53.
8. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014
9. What's wrong with prescribing hypnotics? Drug Ther Bull. 2004;42(12):89–93.
10. Vissers F, van der Grinten R, van der Horst F, Kester A, Knottnerus JA. Use of hypnotic and tranquillising drugs in general practice. Determinants, satisfaction and motivation to stop: the patients' view. Scand J Prim Heal Care [Internet]. 2003;21(3):159–61.
11. Lader M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? Addiction. 2011;106(12):2086–109.
12. Rogers A, Pilgrim D, Brennan S, Sulaiman I, Watson G, Chew-Graham C. Prescribing benzodiazepines in general practice: a new view of an old problem. Prescr Benzodiazepines Gen Pract. 2015;11(2):181–98.
13. Ashton H. The Ashton Manual: Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. 2002 . Beschikbaar via http://www.benzo.org.uk/manual/.
14. BCFI. Transparantiefiche F. Verantwoord gebruik van benzodiazepines. 2002;82–90.
15. Christiaens T, Anthierens S, Habraken H, Rogiers R, Boone B, Demeyere M. Angst, stress, slaapproblemen: hulpmiddelenboek voor huisartsen. Brussel: FOD Volksgezondheid; 2005.
16. Chevalier P., Debauche M., Dereau P., Duray D., Gailly J., Paulus D., Vanhalewyn M. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Geneesmiddelenverslaving. Huisarts Nu 2011: 40: S101-S117.
17. Van Den Brink W. Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5. Tijdschr Psychiatr.

2014;56(3):206–10.
18. Crowley TJ, Sakai JT. Substance-related and addictive disorders. Rutter's Child Adolesc Psychiatry Sixth Ed. 2015;931–49.
19. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. Aust Prescr. 2015;38(5):152–5.
20. Voshaar RCO, Gorgels W, Mol A, Couvée J, others. Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. Ned Tijdschr Geneeskd [Internet]. 2001;145(28):1347–50.
21. Langdurig benzodiazepinegebruik en ontwenning, Duodecim Medical Publications Ltd, 16/8/2010.
22. Smink BE, Egberts ACG, Lusthof KJ, Uges DRA, De Gier JJ. The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. Vol. 24, CNS Drugs. 2010. p. 639–53.
23. Cook JM, Biyanova T, Thompson R, Coyne JC. Older primary care patients' willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepines. Gen Hosp Psychiatry. 2007;29(5):396–401.
24. Ariens B, Uitgeslapen wakker worden, informatie over slaap Gids voor een betere nachtrust. Beschikbaar op: http://www.uitgeslapenwakker.be/
25. Morin CM, Bélanger L, Bastien C, Vallières A. Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: A survival analysis of relapse. Behav Res Ther. 2005;43(1):1–14.
26. de Gage SB, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. Bmj-British Med J. 2014;349(September):1–10.
27. Gray SL, Dublin S, Yu O, Walker R, Anderson M, Hubbard RA, et al. Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. BMJ 2016;352:i90
28. Lan T-Y, Zeng Y-F, Tang G-J, Kao H-C, Chiu H-J, Lan T-H, et al. The Use of Hypnotics and Mortality - A Population-Based Retrospective Cohort Study. PLoS One [Internet]. 2015;10(12):e0145271.
29. Rogiers R, Declercq T, Sibyl A. Rouwbegeleiden door de huisarts: deel 1: Ongecompliceerde rouw. Huisarts Nu. 2009;38(6):229–35.
30. Siriwardena AN, Qureshi Z, Gibson S, Collier S, Latham M. GPs' attitudes to benzodiazepine and "Z-drug" prescribing: A barrier to implementation of evidence and guidance on hypnotics. Br J Gen Pract. 2006;56(533):964–7.
31. Thijs G, Van Nuland M, Govaerts F. Op de grens van 'cure' en 'care'. Begeleiding van gedragsverandering door de huisarts. Huisarts Nu 2005;34(4):186-191.
32. Novadik-Kentrol Centrum voor Verslavingszorg. Motiverende gespreksvoering voor de patiënt

met ongewenst benzodiazepinegebruik. Beschikbaar op https://www.novadic-kentron.nl/wp-content/uploads/MediaNovadic-Kentron/Pdf-bestanden/Motiverende-gespreksvoering.pdf.

33. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract [Internet]. 2013;14:191. Available from:
34. Gubbels THCM, Vissers FHJA, Beusmans GMHI, Kester ADM, Crebolder HFJM. Benzodiazepinegebruik in de huisartspraktijk: waarom laten we het (niet) zo? Een exploratief onderzoek. Huisarts Wet 1999;42(3):107-11.
35. Bode T, De Lepeleire J. Benzodiazepinen afbouwen via de minimale interventiestrategie. Resultaten van een praktijkonderzoek bij patiënten jonger dan 75 jaar. Huisarts Nu. 2008;37(10):565–9.
36. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: A qualitative study. J Gen Intern Med. 2007;22(8):1094–100.
37. Souverein P, Mantel-teeuwisse A, Leufkens H, Dijk L Van. Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. 2012;55(7):286–8.
38. Jørgensen VRK. An approach to reduce benzodiazepine and cyclopyrrolone use in general practice : a study based on a Danish population. CNS Drugs. 2007;21(11):947–55.
39. Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. Soc Sci Med. 2006;62(5):1237–49.
40. Cormack MA, Dewey ME, Owens RG. The effect of minimal interventions by general practitioners on long-term benzodiazepine use. J R Coll Gen Pract. 1989;39:408–11.
41. Ten Wolde GB, Dijkstra A, Empelen P Van, Neven AK, Zitman FG. Social-cognitive predictors of intended and actual benzodiazepine cessation among chronic benzodiazepine users. Addict Behav. 2008;33(9):1091–103.

7 BIJLAGEN

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

WAAR BEVINDEN DE CHRONISCHE GEBRUIKERS VAN BENZODIAZEPINES/Z-PRODUCTEN UIT EEN PRAKTIJK IN LEDE ZICH - IN HET KADER VAN EEN GEPLANDE AFBOUW - IN DE CIRKEL VAN PROCHASKA EN DICLEMENTE EN WAT VERHINDERT HEN OM HIER AAN DEEL TE NEMEN?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: DIRK AVONTS
- FUNCTIE: ZELFSTANDIG ACADEMISCH PERSONEEL
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 0485 52 28 28
- FAX: …
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: TOM DECLERCQ
- FUNCTIE: ONDERWIJSASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 10
- FAX: …
- E-MAIL: TOMRW.DECLERCQ@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: CHARLOTTE VAN DER EECKEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0496 74 13 33
- E-MAIL: CHARLOTTE.VANDEREECKEN@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: NATHALIE JANSSENS
- ADRES: KASTEELDREEF 8 BUS 2, 9340 LEDE
- TELEFOONNUMMER: 053 80 18 90
- E-MAIL: INFO@DEBREMENHUL.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: AUGUSTUS 2015
- EINDE ONDERZOEK: DECEMBER 2015

7. SOORT ONDERZOEK

☑ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ☑ VRAGENLIJSTEN
- ❑ INTERVIEW

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM EEN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

In de opleiding "Master in de Geneeskunde" wordt veel tijd gespendeerd aan benzodiazepines en aanverwanten, hun gevaren en waarom je deze verslavende medicatie niet zomaar mag voorschrijven. In mijn opleidingspraktijk is recent een arts op pensioen gegaan. Veel van zijn patiënten nemen slaapmedicatie(=benzodiazepines en Z-producten). Ik belandde in een situatie waar ik – met tegenzin – deze slaapmedicatie via herhalingsvoorschriften chronische ging voorschrijven. Toen ik deze problematiek aankaartte bij mijn praktijkopleider, bleek dat zij hetzelfde voelde, waarop we besloten een praktijkverbeterend project op poten te zetten.
Met behulp van het FOCUS-stappenplan overliepen we de stappen om op een systematische manier een kwaliteitsverbeterend project te plannen. Het in kaart brengen van de langdurige gebruikers van slaapmedicatie is verhelderend en verhoogt de motivatie van de huisarts om het probleem aan te pakken.
Aan de hand van een visgraatanalyse werd het probleem geanalyseerd. De oorzaken werden verdeeld in 4 categorieën:

1. Mensen:
- arts:
  - ° Tijdsgebrek
  - ° Denkt er te weinig aan om stopmotivatie te bevragen bij de chronische gebruiker
  - ° Onvoldoende kennis over bijwerkingen, ontwenning en afbouwschema's van slaapmedicatie
  - ° Verlenging van voorschrift na opname in ziekenhuis.
- patiënt:
  - ° Verkeerde perceptie over slaap en gebruik van slaapmedicatie
  - ° Afhankelijkheid.

2. Infrastructuur: Geen pop – ups in het huidig EMD bij verlenging van een herhalingsvoorschrift
3. Praktijkfunctioneren
- Geen consensus over waar/hoe de informatie over gebruik en motivatie wordt genoteerd
- Telefonische herhalingsvoorschriften worden toegelaten
- Geen praktijkrichtlijn over begeleiding van afbouwen/stoppen benzodiazepines en Z-producten.

4. Externe factoren.
- Weinig informatie via media e.d. over bijwerkingen/langetermijn gevolgen
- Apotheker geeft slaapmedicatie mee zonder voorschrift
- In WZC: alle voorschriften op voorhand afgeprint – artsen moeten enkel tekenen
- Slaapmedicatie wordt gestart tijdens opname in het ziekenhuis

De patiënten zullen worden gerekruteerd in een opleidingspraktijk in Lede, een Oost-Vlaamse gemeente met een halfstedelijk karakter. De groepspraktijk bestaat uit 2 vrouwelijke artsen, 1 mannelijke HAIO (9de jaars) en 1 vrouwelijke HAIO (8ste jaars).
De patiënten selectie gebeurt a.d.h.v. het EMD m.b.v. het computerprogramma WINDOC®. We includeren volwassen (18-99jaar) en wilsbekwame patiënten die chronisch (> 3 maanden) gebruik maken van benzodiazepines of Z-producten omwille van slapeloosheid. Patiënten die deze medicatie nemen omwille van een angststoornis, actieve abusus, ontwenning, restless legs syndroom of epilepsie worden geëxcludeerd, net als patiënten met een ernstige psychiatrische comorbiditeit.

Aan de patiënten die beantwoorden aan de inclusiecriteria, wordt een stopbrief gestuurd, vergezeld door een gestructureerde enquête die peilt naar motivatie om zo te bepalen waar in de cirkel van Prochaska en

Diclemente de individuele patiënt zich bevindt. Er wordt gebruik gemaakt van stellingen, die de patiënt moet scoren van 1 (helemaal akkoord) tot 5 (helemaal niet akkoord)
1. Ik kan goed slapen dankzij mijn medicatie. Ik ondervind geen problemen en zie dus niet in waarom ik zou stoppen. (precontemplatie)
2. Ik kan mij voorstellen dat stoppen met mijn slaapmedicatie kan zorgen voor een beter gevoel, maar ik kan mij niet voorstellen dat ik geen slaapmedicatie meer zou nemen. (contemplatie)
3. Ik zou mijn slaapmedicatie willen afbouwen/stoppen, maar ik vrees dat ik dan niet meer ga kunnen slapen en het stoppen dus niet ga kunnen volhouden. (contemplatie)
4. Ik wil stoppen met mijn slaapmedicatie. (beslissing)
5. Ik ben gestopt met het nemen van mijn slaapmedicatie. (actie)
6. Mijn stoppoging was succesvol, ik neem geen slaapmedicatie meer. (consolidatie)
7. Na het stoppen, ondervond ik ernstige klachten. Ik ben mijn medicatie dus herstart. (herval)

Indien de patiënten niet gemotiveerd zijn om te stoppen, wordt hen gevraagd zes stellingen te evalueren en aan te kruisen of deze voor hen waar of niet waar zijn. Er wordt een vrije plaats gehouden om eventueel aanvullende redenen aan te duiden:
1. Ik vind dat mijn huisarts mij onvoldoende ondersteuning geeft bij het pogen tot stoppen met mijn slaapmedicatie.
2. Er bestaat een gebrek aan sociale steun uit de omgeving
3. Mijn medicatie helpt mij om te gaan met mijn levensomstandigheden of met een medische toestand.
4. Mijn medicatie helpt mij om te gaan met stress en angst
5. Mijn medicatie helpt mij om te kunnen slapen
5. Ik heb mijn medicatie nodig om een normaal leven te leiden.
...
Wanneer de patiënten op consultatie komen, wordt er telkens bevraagd wat de aanleiding is van het voorschrift. Er wordt voor maximum 1 maand medicatie voorgeschreven en er gebeuren geen telefonische voorschriftverlengingen meer. Aan de hand van de enquêtes wordt alles op een gestandaardiseerde manier geregistreerd in de computer.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☑ DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- ☐ THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

☑ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE: UGENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

☑ NAAST GEZONDEN, OOK PATIËNTEN

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

☑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 35

D. LEEFTIJD : > 18 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VIA BRIEVEN, OPGESTUURD MET DE POST

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

☑ JA

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

☑ JA

MONDELING :

☑ JA

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

☑ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☑ JA

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☑ JA

16. VERZEKERING

UGENT - NO FAULT

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?
IN 2012 HEEFT DOKTER LIESBETH HOEBEECK EEN MANAMA-SCRIPTIE GESCHREVEN MET TITEL: "WAT ZIJN DE MOTIVATIES VAN PATIËNTEN MET CHRONISCH GEBRUIK VAN BENZODIAZEPINES EN/OF Z-DRUGS OMWILLE VAN PRIMAIRE INSOMNIA OM AL DAN NIET IN TE GAAN OP EEN VOORSTEL TOT AFBOUW VAN HUN SLAAPMEDICATIE? EEN KWALITATIEF ONDERZOEK AAN DE HAND VAN EEN SEMIGESTRUCTUREERD INTERVIEW. MIJN ENQUÊTE WERD OP LITERATUUR EN OP DEZE MANAMA GEBASEERD.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

☑ JA

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☑ JA

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELDE PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING
DATUM : 20/3/15
NAAM :
HANDTEKENING :

Dr. Charlotte Van Der Eecken
1-46849-30-005
Kasteeldreef 8/02
9340 Lede

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 20/3/15
NAAM :
HANDTEKENING :

Dr. Nathalie Janssens
1-45820-38-004
Kasteeldreef 8/1
9340 Lede

PROMOTOR
DATUM : 23 maart 2015
NAAM :
HANDTEKENING : D. AVONTS

CO-PROMOTOR
DATUM : 17/3/2015
NAAM :
HANDTEKENING : Tom Boterberg

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)
DATUM : 25.03.15
NAAM : PROF. DR. J. DE MAESENEER
HANDTEKENING :

Bijlage 1: TOESTEMMINGSFORMULIER

Initialen patiënt: .....

1. Ik bevestig dat Dr.....(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en 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.
6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent 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.
7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar 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.
8. 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 onderzoeker 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.....

Informerende arts

Bijlage 2: INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik, Dr. Charlotte Van Der Eecken, een onderzoek naar de bereidheid van patiënten om in te gaan op een verzoek van hun huisarts om te proberen hun chronisch gebruik van benzodiazepines en/of Z-producten af te bouwen. Dit onderzoek gebeurt in de periode van augustus 2015 tot en met december 2015, onder toezicht van de Universiteit Gent. Met dit onderzoek willen we nagaan waarom u al dan niet zou overwegen om in te gaan op een verzoek van uw huisarts om te proberen uw chronisch gebruik van benzodiazepines en/of Z-producten (vb. .....) omwille van slapeloosheid af te bouwen.
Deelname aan het onderzoek verplicht u op geen enkele manier om het gebruik van uw slaapmedicatie af te bouwen. Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. 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. Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie. Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met bovenvernoemde onderzoeker of uw behandelende huisarts.
Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Charlotte Van Der Eecken In samenwerking met Dr. N. Janssens.

Bijlage 3: STOPBRIEF

«Naam»
«Adres»
«Postcode - Woonplaats»

HUISARTSENPRAKTIJK DE BREMENHUL

Plaats, datum verzending

Geachte «geslacht» «naam aanhef»,

Op voorschrift van uw huisarts, dr. …, gebruikt u al geruime tijd «Benzodiazepine/Z-product», een geneesmiddel uit de groep van de rustgevende middelen en slaapmiddelen. Veel huisartsen maken zich zorgen over het langdurig gebruik van deze middelen, omdat het lichaam eraan went en de werking vermindert. Deze tabletten of capsules kunnen zelfs verslavend zijn. Mensen die hun tabletten niet innemen, kunnen last krijgen van angst of slapeloosheid. Dit zijn meestal niet de klachten waarvoor het middel oorspronkelijk is voorgeschreven, maar tijdelijke symptomen van ontwenning.
Daarnaast hebben benzodiazepinen/Z-producten nog andere bezwaren. Gebruikers hebben een grotere kans op ongevallen. Ook kunnen ze een nadelige invloed op het geheugen hebben.
Ik raad u daarom aan het gebruik van «Benzodiazepine/Z-product» geleidelijk te verminderen en uiteindelijk helemaal te stoppen.
U ontvangt deze brief omdat ik wil nagaan of het mogelijk is bij u de routine te doorbreken. Uw lichaam zal aan de nieuwe situatie moeten wennen, waardoor u tijdelijk last kunt hebben van gevoelens van onrust, gespannenheid en slecht slapen. Als deze verschijnselen bij u optreden, probeer dan toch vol te houden; na verloop van tijd gaan ze vanzelf over en voelt u zich beter.
Door uw gebruik stapje voor stapje te verminderen is de kans op deze verschijnselen het kleinst. Probeer daarom elke week een beetje minder te nemen. Slik alleen tabletten als u iets moet doen waar u erg tegenop ziet. Als u eenmaal begonnen bent met minderen, dan bent u misschien wel in staat om helemaal te stoppen. Het blijkt dat veel mensen die het gelukt is hun gebruik te stoppen, zich prettiger voelen dan toen zij nog gebruikten.
Ik hoop dat deze brief een stimulans voor u is om uw gebruik te verminderen.
Als u dit op prijs stelt, kunt u dan uw ervaringen met het verminderen van het gebruik van deze middelen met dr. … of mij bespreken.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Charlotte Van Der Eecken, in samenwerking met Dr. Janssens.

Bijlage : ENQUÊTE

Naam patiënt: .....

DE CIRKEL VAN PROCHASKA EN DICLEMENTE

	Helemaal akkoord				Helemaal niet akkoord
Ik kan goed slapen dankzij mijn medicatie. Ik ondervind geen problemen en zie dus niet in waarom ik zou stoppen.	1	2	3	4	5
Ik kan mij voorstellen dat stoppen met mijn slaapmedicatie kan zorgen voor een beter gevoel, maar ik kan mij niet voorstellen dat ik geen slaapmedicatie meer zou nemen.	1	2	3	4	5
Ik zou mijn slaapmedicatie willen afbouwen/stoppen, maar ik vrees dat ik dan niet meer ga kunnen slapen en het stoppen dus niet ga kunnen volhouden.	1	2	3	4	5
Ik wil stoppen met mijn slaapmedicatie.	1	2	3	4	5
Ik ben gestopt met het nemen van mijn slaapmedicatie.	1	2	3	4	5
Mijn stoppoging was succesvol, ik neem geen slaapmedicatie meer.	1	2	3	4	5

Indien u niet gemotiveerd bent om te stoppen, gelieve dan onderstaande stellingen te lezen en aan te duiden of hiermee akkoord gaat of niet. Onderaan is er plaats vrijgehouden om zelf mogelijke redenen te noteren.

	WAAR	NIET WAAR
Ik vind dat mijn huisarts mij onvoldoende ondersteuning geeft bij het pogen tot stoppen met mijn slaapmedicatie.		
Er is bestaan een gebrek aan sociale steun uit de omgeving		
Mijn medicatie helpt mij om te gaan met mijn levensomstandigheden of met een medische toestand.		
Mijn medicatie helpt mij om te gaan met stress en angst		
Mijn medicatie helpt mij om te kunnen slapen		
Ik heb mijn medicatie nodig om een normaal leven te leiden.		

Aanvullende redenen:

- ...
- ...
- ...

Universitair Ziekenhuis Gent

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

UNIVERSITEIT GENT

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2015/0347	01-sep-15	Zie"CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Waar bevinden de chronische gebruikers van benzodiazepines/z-producten uit een praktijk in Lede zich - in het kader van een geplande afbouw - in de cirkel van Prochaska en Diclemente en wat verhindert hen om hier aan deel te nemen? (Manama Charlotte Van Der Eecken)

Belgisch Registratienummer: B670201524356

- Adviesaanvraagformulier (versie 1, dd. 25/03/2015) (volledig ontvangen dd. 02/04/2015)
- Antwoord onderzoeker via mail dd. 02/06/2015 op opmerkingen EC dd. 02/04/2015
- Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie cfr. mail dd. 02/06/2015)
- Diverse
  - Stopbrief (versie 1, dd. 17/03/2015)
  - Enquête (versie 1, dd. 17/03/2015))
- Antwoord onderzoeker via mail dd. 27/05/2015 op opmerkingen EC
- (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie ontv. 25/05/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS : Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/05/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/05/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/09/2015
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/09/2015

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice" - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoorddijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid en-, die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice "moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijven de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0347	01-sep-15	Zie"CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0347

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

i.o. J. Decuypere

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be