



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Does tailoring really make a difference? : the development and evaluation of tailored interventions aimed at benzodiazepine cessation

Wolde, G.B. ten

Citation

Wolde, G. B. ten. (2008, September 18). *Does tailoring really make a difference? : the development and evaluation of tailored interventions aimed at benzodiazepine cessation*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/13104>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/13104>

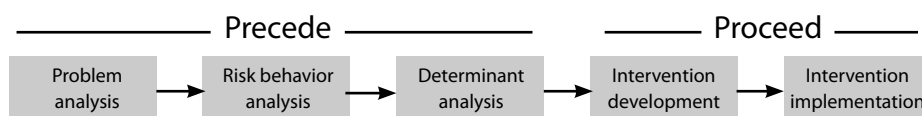
Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Nederlandse samenvatting

Benzodiazepinen zijn geneesmiddelen die vooral bij angstklachten en slaapstoornissen worden voorgeschreven. Ze vormen de op één na meest voorgeschreven middelen in Nederland. Tien tot 15 % van de bevolking gebruikt één of meer van deze middelen incidenteel of regelmatig. Naar schatting worden benzodiazepinen door 3 à 4 % van de Nederlanders chronisch gebruikt, oftewel dagelijks en langer dan drie maanden. Hoewel benzodiazepinen geen dure geneesmiddelen zijn, kosten zij jaarlijks meer dan 24 miljoen euro. Eén van de oorzaken van de hoge kosten ligt in het langdurige gebruik van benzodiazepinen. De Centrale Medische Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad maakt in 1982 al duidelijk dat langdurig gebruik van deze geneesmiddelen – naast de hoge kosten – ongewenst is om twee redenen: 1) langdurig gebruik leidt tot lichamelijke en psychologische verslaving en 2) bij langdurig gebruik bestaat er een verhoogde kans dat de onderliggende problematiek niet adequaat behandeld wordt. Het is dus van belang om het benzodiazepinegebruik in Nederland te verlagen. Het doel van dit proefschrift was om een bijdrage te leveren aan een oplossing voor het terugdringen van het chronisch benzodiazepinegebruik.

Theoretisch kader

Om het probleem goed in kaart te brengen en om op planmatige wijze een interventie te ontwikkelen, is in dit proefschrift gebruik gemaakt van het Precede/Procede model (zie Figuur 1). Dit model wordt vaak gehanteerd om interventies ter bevordering van de gezondheid te ontwikkelen en te evalueren.



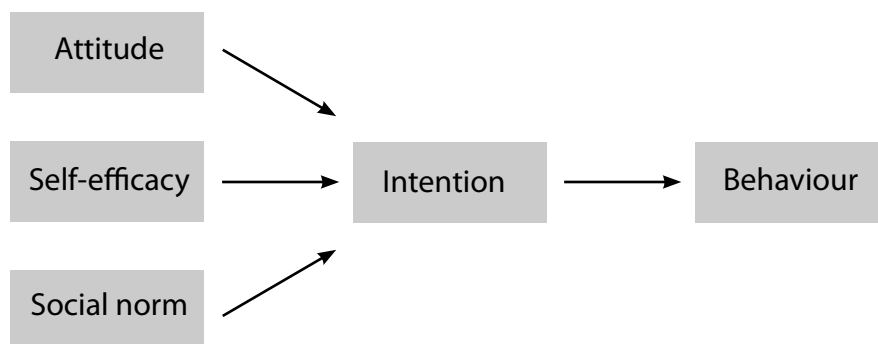
Figuur 1 Precede/Procede Model

Het doel was om effectievere voorlichting te ontwikkelen dan de standaardvoorlichting die er nu is, en wel met geïndividualiseerde patiëntenvoorlichting. Deze geïndividualiseerde patiëntenvoorlichting heeft als streven het beslissingsproces van de patiënt met betrekking tot het benzodiazepinegebruik en het stoppen daarmee te ondersteunen. Deze manier van voorlichten houdt dus rekening met de verschillende karakteristieken van de patiënt.

Alvorens deze interventie te ontwikkelen, dien je volgens het Precede/Procede Model eerst het probleem in kaart te brengen: probleemanalyse, risicoanalyse en determinantenanalyses. Deze verschillende fasen worden in de eerste vier hoofdstukken beschreven. Het eerste hoofdstuk gaat over de problematiek rond benzodiazepinegebruik en die andere drie hoofdstukken gaan in op de determinanten van voorlichting over benzodiazepinen (hoofdstuk 2), determinanten van benzodiazepinegebruik (hoofdstuk 3) en determinanten

van het stoppen met benzodiazepinen (hoofdstuk 4). De determinanten die gebruikt zijn in hoofdstuk twee en vier komen van de Theory of Planned Behaviour en Social Cognitive Theory. Deze twee theorieën zijn succesvol gebleken in het verklaren van verschillende gezondheidsgedragingen. De twee theorieën gaan ervan uit dat intentie de belangrijkste determinant is van gedragsverandering, waarbij intentie wordt gezien als de motivatie om gedrag te veranderen. En intentie wordt op haar beurt weer bepaald door drie cognities: te weten attitude, social norm en self-efficacy.

Attitude is de manier waarop mensen tegen gedragsverandering aankijken. Bijvoorbeeld, patiënten kunnen positieve uitkomstverwachtingen hebben van het stoppen met benzodiazepinen. Zo kunnen zij bijwerkingen zoals geheugenverlies verwachten als zij zouden stoppen met benzodiazepinen. Patiënten kunnen echter ook negatieve uitkomstverwachtingen hebben van stoppen; patiënten zijn bijvoorbeeld bang voor de ontwenningssverschijnselen. Patiënten die veel positieve en weinig negatieve uitkomsten verwachten zijn hebben een grotere kans succesvol hun gedrag te veranderen. Social norm verwijst naar de druk die iemand voelt om gedrag te moeten veranderen. Als een patiënt het gevoel heeft dat andere mensen vinden dat hij/zij het gebruik zou moeten staken, is de kans groter dat hij/zij zal stoppen. Self-efficacy verwijst naar de mate waarin een patiënt het gevoel heeft in staat te zijn om zijn gedrag te veranderen. Als een huisarts bijvoorbeeld denkt goede voorlichting over benzodiazepinen te kunnen geven, is de kans groter dat hij ook daadwerkelijk gaat voorlichten. Het bovenstaande wordt weergegeven in figuur 2.



Figuur 2 De determinanten van de Theory of Planned Behaviour en Social Cognitive Theory

Om het kort samen te vatten wordt intentie dus voorspeld door de drie factoren (attitude, self-efficacy and social norm) en is intentie de grootste voorspeller van daadwerkelijke gedragsverandering.

Naast de determinanten die hierboven zijn beschreven, is er ook nog gebruik gemaakt van een ander model; een model dat vaak gebruikt wordt om ziektegedrag te verklaren. Dit model is het Common Sense Model van Leventhal. Volgens dit model kan ziektegedrag verklaard worden door de perceptie die patiënten zelf hebben van de ziekte. Er zijn 5 ziektepercepties:



identity (welke klachten liggen ten grondslag aan de ziekte), cause, (wat is de oorzaak van de ziekte), consequences (wat zijn uitkomsten op korte en lange termijn), control/cure (mate van controle over de ziekte) en timeline (is ziekte acuut of chronisch van aard).

Uitkomsten

Aangezien het bekend is dat er vaak te weinig wordt voorgelicht over benzodiazepinen, is allereerst in hoofdstuk 2 gekeken hoe huisartsen en apothekers tegen benzodiazepinegebruik aankijken. Om patiëntenvoorlichting te verbeteren, is er ook onderzocht welke psychologische determinanten gerelateerd zijn aan de intentie van de huisarts en apotheker om patiënten voor te lichten.

Uit hoofdstuk 2 kwam naar voren dat intentie voorspeld wordt door uitkomstverwachtingen, sociale norm en eigen-effectiviteit. Dit betekent dat huisartsen en apothekers voornemens zijn om voor te lichten als zij vinden dat aan benzodiazepinen veel nadelen kleven, als zij vinden dat hun voorlichting ook tot een succes zal leiden (attitude), als zij druk voelen vanuit hun omgeving tot het geven van voorlichting (social norm) en als laatste moeten huisartsen en apothekers zichzelf in staat achten tot het geven van goede voorlichting (self-efficacy). Een ander belangrijke uitkomst die naar voren komt uit dit hoofdstuk is dat meer dan 38 % van de respondenten vindt dat het voorlichten van patiënten te veel tijd kost. Het zou dus om die reden ook wenselijk zijn om een computerprogramma te ontwikkelen om deze voorlichtingstaak van de huisarts en apotheker te vereenvoudigen. Daar voorziet geïndividualiseerde patiëntenvoorlichting ook in. Namelijk, het computerprogramma produceert voorlichting op maat, zonder tussenkomst van een huisarts of apotheker. Dit hoofdstuk heeft mede aanleiding gegeven voor de ontwikkeling van geïndividualiseerde patiëntenvoorlichting.

Alvorens een dergelijk computer programma te ontwikkelen, is het belangrijk te weten hoe benzodiazepinegebruikers tegen het gebruik aankijken. En welke factoren voorspellen benzodiazepinegebruik. De patiënt is per slot van rekening, diegene die uiteindelijk besluit wel of niet een benzodiazepine te gaan slikken en om de dosis te veranderen. Een psychologisch model dat vaak wordt gebruikt om ziektegedrag te verklaren, is het Common Sense Model of Leventhal. Zoals al besproken kan volgens dit model ziektegedrag verklaard worden door de percepties van de patiënt zelf. Daarom is in hoofdstuk 3 gekeken naar de ziektepercepties ten aanzien van de klachten die onderliggend zijn aan de reden waarom ze benzodiazepinen gebruiken. Oftewel, in dit hoofdstuk is gekeken welke ziektepercepties gerelateerd zijn aan benzodiazepinegebruik. Om dit te kunnen onderzoeken zijn patiënten gevraagd hoe zij zich zouden voelen als zij geen benzodiazepinen zouden slikken. Uit het hoofdstuk komt naar voren dat "consequences" en "control/cure" de ziektepercepties zijn die het benzodiazepinegedrag voorspellen. Patiënten nemen meer benzodiazepinen als zij denken dat de ziekte grote consequenties heeft, dat de klachten serieuzer worden en als zij denken dat zij weinig controle hebben over hun klachten. De ziektepercepties laten dus zien dat patiënten sterk geloven in de noodzaak van benzodiazepinen.

Zij denken ze nodig te hebben om met hun ziekte (de reden waarom ze dus benzodiazepinen gebruiken) om te gaan.

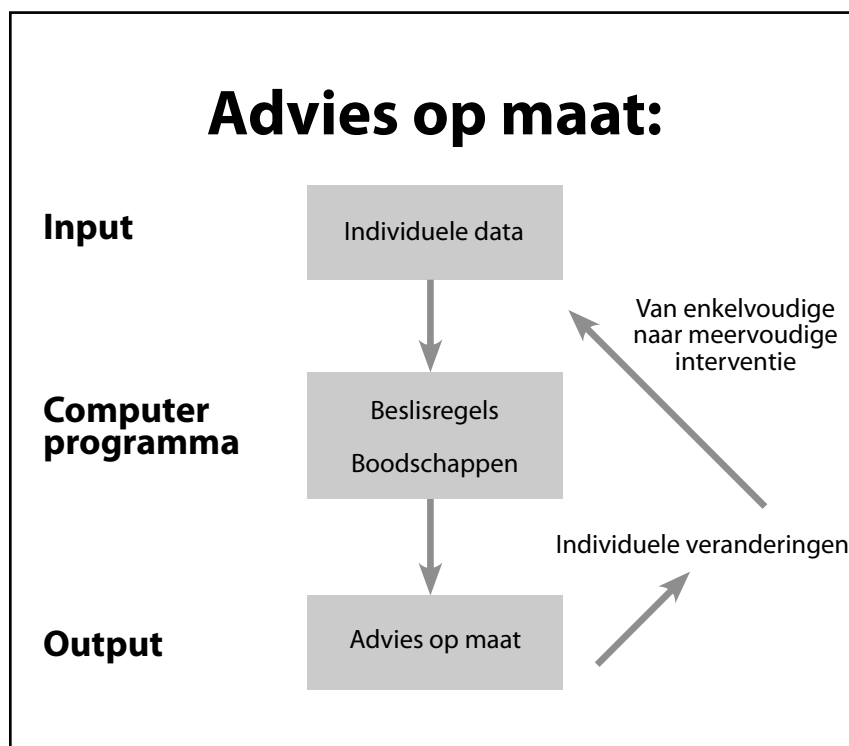
Terwijl hoofdstuk 3 ons inzicht heeft gegeven in de psychologie van het gebruik van benzodiazepinen, heeft hoofdstuk 4 getracht inzicht te geven in de psychosociale determinanten van het stoppen met benzodiazepinen. Het uiteindelijke computerprogramma zal zich dan op deze determinanten moeten richten om zo gedragsverandering te realiseren. Hoofdstuk 4 laat zien dat patiënten een hogere intentie hebben en eerder stoppen als zij veel positieve uitkomsten denken te zullen ervaren, en weinig negatieve uitkomsten. Ook was een hoge mate van eigen-effectiviteit een significante voorspeller van het stoppen met benzodiazepinen.

Ontwikkeling van geïndividualiseerde voorlichting

De determinanten van het stoppen van benzodiazepinen (eigen-effectiviteit en uitkomstverwachtingen) zijn meegenomen in de ontwikkeling van het computerprogramma dat voorlichting op maat produceert. Bijvoorbeeld, als eigen-effectiviteit laag is (de patiënt denkt niet te kunnen stoppen/minderen), dan krijgt de patiënt de vaardigheden en tips om zijn zelfvertrouwen te vergroten. In het computerprogramma zijn de verschillende antwoorden verbonden met verschillende boodschaptteksten. Het uiteindelijke advies op maat zijn dan de verschillende boodschappenteksten achter elkaar gezet. Geïndividualiseerde patiëntenvoorlichting imiteert het proces van individuele counseling en feedback, alleen zit de expertise van de counsellor nu in het computerprogramma. Er zijn twee soorten adviezen op maat. De enkelvoudige geïndividualiseerde interventie bestaat uit één meting en op grond daarvan één geïndividualiseerde interventiebrief. Daarnaast is er de meervoudige geïndividualiseerde interventie. Deze bestaat uit drie maal één geïndividualiseerde interventiebrief gebaseerd op drie maal een meting (zie ook figuur 3).

Effectiviteit van geïndividualiseerde voorlichting

De effectiviteit van de adviezen is onderzocht in hoofdstuk 5. Het computerprogramma produceert twee verschillende adviezen op maat: enkelvoudige adviezen op maat en meervoudige adviezen. Enkelvoudige adviezen bestaat uit 1 brief en de meervoudige bestond uit 3 verschillende brieven met een 1-maand interval. De meervoudige neemt dan ook de veranderingen over tijd mee. Het doel van hoofdstuk 5 was om de twee verschillende interventies met elkaar te vergelijken en om de twee verschillende adviezen op maat te vergelijken met een standaardadvies, een advies dat niet op maat is gemaakt. De resultaten laten zien dat patiënten die de adviezen op maat hebben gelezen een twee keer zo grote kans hebben om te stoppen dan de patiënten die het standaardadvies hebben gekregen, vooral voor mensen die al een intentie hadden om te stoppen (deze patiënten hebben zelfs een zes keer zo grote kans). Er waren echter geen verschillen tussen de enkelvoudige en meervoudige adviezen op maat.



Figuur 3 ontwikkeling van adviezen op maat

Tot slot

In het laatste hoofdstuk van dit proefschrift (hoofdstuk 6) worden de belangrijkste resultaten van de verschillende onderzoeken samengevat en aan elkaar gerelateerd. Aangezien de adviezen op maat een effectieve methode voor voorlichting is gebleken, is tevens een implementatiestudie gedaan. Deze implementatiestudie is ook in dit laatste hoofdstuk beschreven. Hieruit kwam naar voren dat als het programma geïmplementeerd dient te worden in de Nederlandse gezondheidszorg, dat huisartsen en apothekers daar positief tegenover zullen staan. Zij willen het programma dan het liefst geïncorporeerd hebben in hun eigen huisartsen informatie systeem. Zij zien dan ook graag dat het benzodiazepinegebruik up-to-date wordt gehouden. Daarnaast zien zij internet ook als een handige portal voor in de toekomst, aangezien nu nog niet alle huisartsen en apothekers met internet werken. Concluderend kan gezegd worden dat de adviezen op maat goede hulpmiddelen zijn om patiënten goed voor te lichten en gedragingen ten positieve te doen veranderen. Ze kunnen op grote schaal worden ingezet op een relatief goedkope manier (namelijk zonder tussenkomst van een hulpverlener).