De betekenis van een medisch-farmaceutisch overleg bij de afbouw van benzodiazepines en z-producten bij volwassenen met insomnia in de eerste lijn: een kwaliteitsverbeterproject.

Casteleyn Ben, Huisarts-in-opleiding, Universiteit Gent.

Devlieger Siel, Huisarts-in-opleiding, Universiteit Gent.

Vande Vannet Léonie, Huisarts-in-opleiding, Universiteit Gent.

Promotor: Dr. Van Leeuwen Ellen

Co-promotor: Hanne Creupelandt

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2024

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

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

Dankwoord

Deze thesis is het resultaat van een lang en intensief proces waarbij niet alleen wij, maar ook vele anderen betrokken waren. Zonder de steun en hulp van verschillende bijzondere mensen, zou deze thesis niet zijn wat zij nu is, en daarom willen we hen graag extra bedanken.

Allereerst willen we onze promotor Dr. Ellen Van Leeuwen en co-promotor Hanne Creupelandt hartelijk bedanken voor de mogelijkheid om dit project te kunnen aanvatten. Verder willen we hen bedanken voor hun voortreffelijke begeleiding, waardevolle feedback en frequente contactmomenten. Ondanks hun drukke agenda's stonden ze altijd paraat om onze vragen te beantwoorden en hun expertise met ons te delen. Niet alleen hebben ze ons inhoudelijk begeleid maar ook bleven ze ons voortdurend aansporen om ons kritisch op te stellen. Verder willen we ook Nele Schoenmaekers (KOVAG) en Kristien Coteur bedanken voor hun steun ‘van buitenaf’ tijdens dit project. Daarnaast had dit project nooit kunnen doorgaan zonder de moderator op de MFO’s, Inge Huysentruyt, die 3 avonden van haar tijd aan ons project heeft willen spenderen en Ellen Benoit die tot 4 keer toe de postmeting vragenlijsten via het online formulier heeft doorgestuurd naar de deelnemers. De deelnemers aan het MFO wensen we ook te bedanken voor hun interesse in het onderwerp, hun deelname aan het MFO en het invullen van de vragenlijsten. Ook de huisartsenpraktijken waar we de kans kregen dit project uit te voeren willen we graag in de bloemetjes zetten. Hun enthousiasme en bereidwilligheid om aan de slag te gaan rond de thematiek van deze thesis hebben ons project gemaakt tot wat het vandaag is. Verder willen we ook onze familie en vrienden bedanken voor de steun en feedback die we van hen konden krijgen.

Tenslotte willen we elkaar bedanken. Al snel na de start van dit project bleek dat we een sterk team vormden. We hebben deze thesis niet naast elkaar geschreven, maar echt samen. We hebben gezamenlijk kritisch nagedacht, elkaar geïnspireerd met verschillende perspectieven en hebben samen dit leerzame proces doorlopen.

Bedankt!

Abstract

Inleiding:
Slapeloosheid is in België een vaak voorkomend probleem waarvan de behandeling voornamelijk niet-medicamenteus is (1, 2). Ondanks richtlijnen die het gebruik van chronisch benzodiazepine- en z-drug (z-BZD) omwille van insomnia afraden, blijft het gebruik hiervan nog te hoog in België (1-8). Dit heeft aanzienlijk nadelige gevolgen voor de gezondheid van de patiënt, op korte en lange termijn (2, 3, 9-13). In september 2022 lanceerde het RIZIV een nieuw programma waarin de afbouw van z-BZD voor slaapstoornissen door magistrale bereiding en onder begeleiding van een arts en apotheker, met behulp van een contract, terugbetaald wordt (14-16). Deze stap onderstreept de noodzaak om te onderzoeken hoe dit multidisciplinair programma het beste geïmplementeerd kan worden in de praktijk. Dit afbouwprogramma door middel van een contract voor magistrale bereiding werd in januari 2023 geïntegreerd in het bestaande Medisch Farmaceutisch overleg (MFO) -pakket 'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak' van het RIZIV. In dit praktijkverbeterproject onderzoeken we de rol van dit MFO bij de afbouw van chronisch z-BZD gebruik binnen de deelnemende huisartsenpraktijken.

Methode:
1. **Praktijkonderzoek:** De problematiek van chronisch z-BZD gebruik werd in kaart gebracht in 3 deelnemende huisartsenpraktijken van 3 HAIO's door middel van een visgraatanalyse en een exploratieve statistische oefening in het elektronisch medisch dossier (EMD).
2. **Onderzoeksvragen literatuuronderzoek**: Wat zijn de determinanten van chronisch z-BZD gebruik zoals beschreven in de literatuur? Hoe kan het chronisch z-BZD gebruik afgebouwd worden? Wat is de plaats van een MFO in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik?
3. **MFO organiseren:** Drie afzonderlijke MFO's werden georganiseerd in de regio's Bredene, Gistel en Knokke-Heist. In totaal werden 48 zorgverleners (huisartsen en apothekers) uitgenodigd om deel te nemen aan een MFO. De 27 deelnemende zorgverleners werden gevraagd in totaal 4 vragenlijsten in te vullen op 3 verschillende momenten.

Resultaten:
1. **Praktijkonderzoek:** Door het opstellen van de visgraatanalyse en na raadpleging van het EMD identificeerden de deelnemende artsen van de huisartsenpraktijken verschillende determinanten van chronisch z-BZD gebruik op verschillende niveaus.
2. **Literatuuronderzoek:** De geïdentificeerde determinanten uit de visgraatanalyse komen overeen met de determinanten die vermeld werden in de literatuur (17-20). Interprofessionele samenwerking kan helpend zijn in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik. Hoewel het MFO nog weinig beschreven is, lijkt het positieve effecten te hebben op de afbouw van chronisch z-BZD gebruik (17, 21-23).
3. **MFO:** De 27 deelnemende artsen en apothekers hadden weinig ervaring met MFO's omtrent z-BZD gebruik. Ze vonden hun deelname aan het MFO binnen dit zinvol. Het organiseren van een MFO zorgde voor meer bewustwording en aandacht rondom de complexe problematiek, vergrootte de kennis bij zorgverleners en bevorderde interprofessionele samenwerking met lokale afspraken.

Besluit:
Chronisch z-BZD gebruik is een complex en multifactorieel probleem. Hoewel het MFO als interventie niet op zichzelf kan staan en enkele uitdagingen met zich meebrengt, kan het een waardevolle aanvulling bieden op de multidisciplinaire aanpak van chronisch z-BZD gebruik. Verder onderzoek op grotere schaal naar de plaats van een MFO in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik kan nuttig zijn, meer specifiek naar het identificeren van een effectieve volgorde van de verschillende bestaande interventies rondom z-BZD afbouw.

Inhoudstafel

1 Inleiding 1
2 Methodologie 5
Praktijkonderzoek 5
Literatuuronderzoek 6
Medisch-farmaceutisch overleg organiseren 7
MFO: Gegevensverzameling en statistiek 8
3 Resultaten 9
Praktijkonderzoek 9
Literatuuronderzoek 13
Resultaten medisch-farmaceutisch overleg 19
Besluit resultaten MFO 39
4 Discussie 41
Het probleem van chronisch z-BZD gebruik 41
MFO als interventie 42
MFO als antwoord op determinanten in de visgraatanalyse 42
Magistrale bereiding als tool in de afbouw van z-BZD 44
Sterktes en zwaktes van dit project 45
Aanbevelingen voor praktijk 47
5 Conclusie 47
6 Referenties 48
7 Bijlagen 50

1 Inleiding

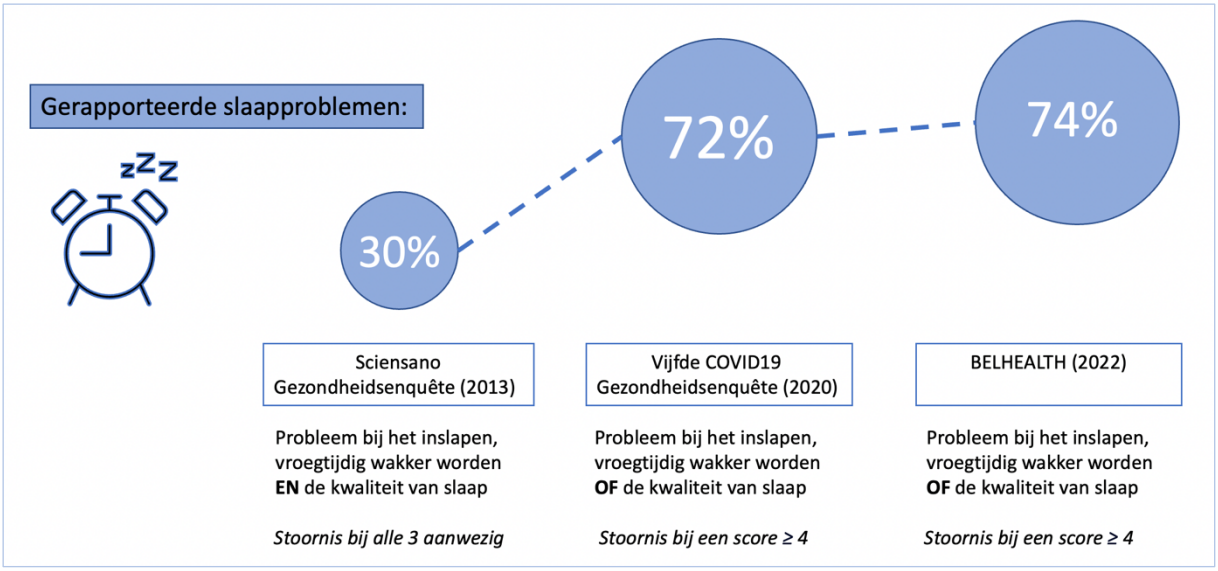
Insomnia of slapeloosheid is een vorm van een slaapstoornis die zeer frequent voorkomt in de maatschappij en wordt in de *International Classificiation of Sleep Disorders 3* (ICSD-3) omschreven als een probleem met inslapen, doorslapen of vroeg ontwaken met impact op het dagelijks functioneren (1, 24). Om aan de definitie te voldoen moet er een gezonde slaapomgeving zijn en moet er voor minstens 3 nachten per week een probleem met de slaapkwaliteit of – kwantiteit beschreven worden (24).

De behandeling van slapeloosheid is volgens Belgische en Nederlandse richtlijnen voornamelijk niet-medicamenteus. Het is belangrijk om oorzaken van secundaire slapeloosheid uit te sluiten zoals bijwerkingen van medicatie, lichamelijke klachten of psychiatrische problematieken(1, 2). Niet-medicamenteuze interventies die door de huisarts kunnen worden aangeboden volgens de richtlijnen omvatten het gebruik van een slaapdagboek, voorlichting over slaaphygiëne, cognitieve gedragstherapie of een combinatie van deze technieken (1, 2, 4).

Ondanks de aanbeveling van een niet-medicamenteuze aanpak voor slapeloosheid ligt het gebruik van z-BZD in België dus hoog (1, 2, 6). De laatste jaren wordt bovendien een stijging van de consumptie van z-BZD waargenomen (Tabel 1). De vijfde COVID-19 gezondheidsenquête van Sciensano (6) stelt dat deze stijging samenhangt met het hoge percentage van de bevolking dat lijdt aan slaap- en angststoornissen sinds de COVID-19-pandemie (Figuur 1). Ook toont de vijfde COVID-19 gezondheidsenquête (6) dat 42% van de z-BZD gebruikers in die periode begon met het gebruik of dat het gebruik ervan was toegenomen tijdens de pandemie.

Tabel 1 Evolutie in het z-BZD gebruik over de jaren heen bij de Belgische bevolking in de Sciensano gezondheidsenquête 2018 (vanaf 15 jaar), Vijfde COVID-19 gezondheidsenquête 2020 (vanaf 18 jaar) en BELHEALTH (vanaf 18 jaar). (z-BZD = benzodiazapines en z-drugs)

Bevraging België **(periode)**	**Sciensano Gezondheidsenquête** **(2018)**	**Vijfde COVID-19 gezondheidsenquête** **(december 2020)**	**Sciensano BELHEALTH** **(2022)**
Leeftijd	≥ 15 jaar	≥ 18 jaar	≥ 18 jaar
Termijn gebruik van z-BZD	In de laatste 2 weken	Ten opzichte van voor corona (1 jaar termijn)	In de laatste 2 weken
% z-BZD gebruik	12,4%	20,6%	14%



Figuur 1 Gerapporteerde slaapproblemen door de Belgische bevolking in de Sciensano Gezondheidsenquête 2013 (vanaf 15 jaar) (2), Vijfde Covid-19 gezondheidsenquête 2020 (vanaf 18 jaar) (6) en BELHEALTH gezondheidsenquête 2022 (vanaf 18 jaar) (7).

Uit een online bevraging van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) (8) bij 550 Belgen vanaf 18 jaar in 2020, blijkt dat de meerderheid van de respondenten zolpidem als slaapproduct gebruikte. Bovendien was het z-BZD gebruik langdurig bij bijna alle respondenten. Zo nam 92% van de deelnemende z-BZD gebruikers hun z-BZD langer dan 1 maand en 84% langer dan 6 maand in (8).

Uit de 4 bevragingen blijkt tot slot dat het z-BZD gebruik toeneemt met de leeftijd en dat significant meer vrouwen dan mannen een z-BZD innemen (5-8).

Het veelvuldig gebruik van z-BZD is ongewenst omdat het zowel op korte als op lange termijn verschillende bijwerkingen en problemen kan geven (9). De meest vermelde bijwerkingen zijn slaperigheid overdag, *'hangover gevoel'*, hoofdpijn, nausea en vermoeidheid (2, 3). Het gebruik van een z-BZD zorgt daarnaast zowel op korte als op lange termijn voor een vermindering van de cognitieve functie, een verminderde rijvaardigheid en gedaalde mobiliteit en coördinatie (10, 11). Bij ouderen is er bovendien een verhoogd valrisico en op lange termijn dus ook een verhoogd risico op heupfracturen (2, 25, 26). Verder ontstaat snel tolerantie voor het sederende effect wat regelmatige dosisverhogingen noodzakelijk maakt en resulteert in meer ongewenste effecten. Bovendien kan een '*rebound*'-effect optreden bij abrupt stoppen of snel afbouwen van z-BZD. Dit kan zorgen voor stress en de foutieve indruk geven aan patiënten dat de initiële klachten terug optreden. Mede hierdoor wordt het chronische gebruik van z-BZD in stand gehouden (2, 9, 12). De combinatie van bovenstaande factoren zorgt tot slot voor een gestegen mortaliteit onder z-BZD gebruikers. Een studie van 2012 uit

de Verenigde Staten vermeldt dat het risico op overlijden onder z-BZD gebruikers meer dan 3 keer groter is dan bij de controlegroep, zelfs als het voorgeschreven aantal pillen minder dan 18 per jaar bedroeg (9, 13).

Volgens het BCFI kan een z-BZD bij verschillende indicaties kortdurend worden gebruikt: bij acute alcoholontwenning, bij bepaalde vormen van epilepsie, bij anesthesie (en eventueel premedicatie), in een palliatieve setting en bij bepaalde vormen van acute verwardheid met agitatie waarbij sederende medicatie noodzakelijk is. Echter ook spasticitieit, myoclonieën, dystonie, angst en slapeloosheid staan verder vermeld bij de indicatiestelling (3). De richtlijnen rond het voorschrijven van z-BZD ambiëren een restrictief gebruik van z-BZD middelen. Wanneer er uiteindelijk toch gekozen wordt om een z-BZD op te starten, dan zou het gekozen middel gelimiteerd moeten zijn tot maximaal 1-2 weken en enkel voorgeschreven in acute (stress-)situaties (1, 3, 4). Om bijwerkingen, tolerantie en afhankelijkheid te vermijden, wordt er aangeraden om de patiënt terug op consultatie te zien na 1 week (3, 27). Als de patiënt goed gereageerd heeft op de medicatie en het lijden beheersbaar is geworden, moet het gekozen z-BZD na deze acute periode stopgezet worden en dient het slaapprobleem terug niet-medicamenteus behandeld te worden (2).

Dus slapeloosheid is in België een vaak voorkomend probleem waarvan de behandeling voornamelijk niet-medicamenteus dient aangepakt te worden (1, 2). Hoewel er meerdere indicaties zijn voor kortdurend z-BZD gebruik, is het niet aangewezen om z-BZD langdurig te gebruiken omwille van slapeloosheid (1-4). Echter laat Tabel 1 zien dat het chronisch gebruik van z-BZD nog te hoog ligt in België (5-8). Dit heeft nadelige gevolgen op zowel korte als lange termijn voor de gebruikers (2, 3, 9-13). Het is dus zeker nog nodig om verdere afbouw van z-BZD gebruik in de Belgische populatie na te streven. In september 2022 lanceerden de federale overheid en het RIZIV een nieuw programma waarin de afbouw van z-BZD voor slaapstoornissen via magistrale bereiding wordt terugbetaald voor de patiënten. Aan patiënten die aan de voorwaarden voldoen en willen afbouwen, kan sinds 1 februari 2023 een afbouwprogramma worden aangeboden, onder begeleiding van een arts en apotheker. Als voorwaarden gelden: elke volwassene (niet wonend in een woonzorgcentrum of instelling), die chronisch (gedurende 3 maanden of meer) 1 z-BZD gebruikt, in een dosering die niet hoger is dan driemaal de gebruikelijke dagdagelijks dosis. Aanvankelijk ging het om een proefproject van 1 jaar. In oktober 2023 werd echter beslist om het project te verlengen tot minstens 31 augustus 2024. De aanpak is een multidisciplinaire aangelegenheid tussen arts, apotheker en patiënt. Het afbouwen gebeurt via een magistrale bereiding door de apotheker op basis van een voorschrift van de arts. Dit multidisciplinair programma wordt, na het ondertekenen van een contract door de 3 partijen, vergoed door het RIZIV, en laat een afbouw of stabilisatie tot de laagst mogelijke dosis toe over maximaal 1 jaar. De patiënt dient zijn gebruikelijke verpakking z-BZD bij de apotheker en de consultatie bij zijn arts

te betalen (14-16, 28). Voor verdere uitleg over het magistrale contract wordt er verwezen naar 'Bijlage 8'.

Door het invoeren van het nieuwe programma van het RIZIV met een ontwenningsplan voor z-BZD als terugbetaalde magistrale bereiding, voelen we de noodzaak om te onderzoeken hoe deze multidisciplinaire aangelegenheid het best kan geïmplementeerd worden in de praktijk. Sinds januari 2023 werd het contract voor magistrale afbouw geïntegreerd in het bestaande MFO pakket 'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak' van het RIZIV. Een MFO biedt dan ook de ideale gelegenheid om het driedelig contract voor magistrale afbouw te introduceren en de rol van dit contract in de eerstelijngeneeskunde te identificeren.

Na het uitvoeren van een explorerende literatuurstudie werd beslist om 3 MFO's te organiseren. Het doel van een MFO is namelijk het chronisch z-BZD gebruik op lokaal niveau aan te snijden en aan te pakken. Aan de hand van deze MFO's worden artsen en apothekers uit dezelfde regio samengebracht. Ze worden geïnformeerd en worden aangezet tot het maken van afspraken op lokaal niveau. Aan de hand van vragenlijsten werden drempels en actiepunten van de deelnemende zorgverleners achterhaald. Deze drempels en actiepunten betreffen zowel de georganiseerde MFO's op zich, de gemaakte afspraken op die MFO's als het gebruik van het driedelig contract voor magistrale afbouw. Dit praktijkverbeterend project werd opgezet met als doel de plaats van een MFO in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik in de eerste lijn te onderzoeken.

2 Methodologie

Voor de realisatie van dit praktijkverbeterend project werd een goedkeuring aangevraagd via het ethisch comité van het UZ Gent. De toegekende projectnummers zijn THE-2022-0352, THE-2022-0370 en THE-2022-0374 (Bijlage 1).

Binnen dit praktijkverbeterproject bespreken we respectievelijk:

1. **Oriënterend praktijkonderzoek:** Wat zijn de vaststellingen inzake het chronisch z-BZD gebruik in de deelnemende huisartsenpraktijken? Eerst werd door de huisartsen-in-opleiding (HAIO's) een dossierstudie naar gebruik van z-BZD in de deelnemende huisartsenpraktijken uitgevoerd (Tabel 2). Vervolgens werden aan de hand van het opstellen van een visgraatanalyse verschillende determinanten in chronisch z-BZD gebruik in de deelnemende huisartsenpraktijken geïndentificeerd (Figuur 3).
2. **Literatuuronderzoek:** Welke determinanten in chronisch z-BZD gebruik worden in de literatuur neergeschreven? Hoe kan chronisch z-BZD afgebouwd worden? Wat is de plaats van een Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO) in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik?
3. **Praktijkverbeterproject:** Het uitvoeren van 3 MFO's rondom chronisch z-BZD gebruik. Deze MFO's werden door 3 HAIO's in 3 regio's georganiseerd: Bredene (MFO 1), Gistel (MFO 2) en Knokke-Heist (MFO 3).
4. **Analyse van de resultaten:** Over het verloop en de inhoud van het MFO vulden de deelnemende zorgverleners 4 vragenlijsten in. Er wordt een antwoord gezocht op de vraag wat de plaats is van een MFO in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik in de deelnemende huisartsenpraktijken van dit praktijkverbeterproject.

Praktijkonderzoek

Om een beter inzicht te krijgen in de problematiek van chronisch z-BZD gebruik in 3 huisartsenpraktijken te Bredene (Huisartsenpraktijk Groenendijk), Gistel (Huisartsenpraktijk De Koolaerd) en Knokke-Heist (Huisartsenpraktijk Kursaal) werd er in de eerste plaats door de 3 HAIO's in het elektronisch patiëntendossier (EPD) van hun praktijk een explorerend gegevensonderzoek uitgevoerd (Tabel 2). Er werd gezocht via de statistiek-functie van CareConnect. CareConnect is het elektronisch medisch programma (EMD) waar de 3 praktijken mee werken.

Bij een zoekopdracht in Careconnect wordt telkens het aantal patiënten met een actief globaal medisch dossier (GMD) in de praktijk automatisch weergegeven (Tabel 2). Er werd gezocht naar patiënten die benzodiazepines of verwante producten (z-drugs) gebruiken. Plantaardige alternatieven of antidepressiva (zoals het *off-label* gebruik van mirtazapine of trazodon) behoorden niet tot de zoekopdracht. Het effect en risicoprofiel van deze alternatieven is onvoldoende onderzocht (1, 2, 4).

Vervolgens werd het aantal 65-plussers en de proportie vrouwen in kaart gebracht, 2 belangrijke groepen van patiënten die een of meerdere z-BZD innemen. In 'Bijlage 2' wordt de methodologie van bovenstaande zoekopdrachten in Careconnect weergegeven.

Om verder inzicht te krijgen in de problematiek van chronisch z-BZD gebruik in de eerste lijn werd er per praktijk een brainstormsessie georganiseerd. In dit oriënterend gesprek tussen de artsen uit deze huisartsenpraktijk en de HAIO's konden verschillende determinanten die volgens hen deel uitmaken van het probleem van chronisch z-BZD gebruik benoemd worden. Nadien kwamen de HAIO's samen om een gemeenschappelijke visgraatanalyse op te stellen, weergegeven in Figuur 3. De 4 pijlers van het visgraatmodel werden bevraagd aan de artsen van de deelnemende praktijken: menselijke factoren, externe factoren, praktijkorganisatie en middelen. Om een mogelijke interventie te vinden die invloed kan hebben op verschillende determinanten uit de visgraatanalyse, werd hierop volgend een literatuuronderzoek uitgevoerd.

Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek, neergeschreven in de resultaten, werd oriënterend door de verschillende HAIO's de online '*Big Bird* conferentie' gevolgd van de KU Leuven. Verschillende bronnen vanuit deze '*Big Bird Trial*' werden gebruikt als basis voor het uitbreiden van onze literatuurlijst. Vervolgens zijn er via een sneeuwbalmethode meerdere artikels weerhouden.

De richtlijn 'slaapproblemen en slaapmiddelen' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (1) werd samen met de richtlijn 'aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn' van Domus Medica geraadpleegd. De website van het Belgisch Centrum voor Farmacotheurapeutische Informatie (BCFI) werd gebruikt voor het opzoeken van de indicaties, ongewenste effecten en contra-indicaties van z-BZD. Ook kwam op de BCFI website de eerste informatie over het afbouwprogramma van z-BZD van het RIZIV. Sciensano werd geraadpleegd voor recente cijfers van z-BZD gebruik in België.

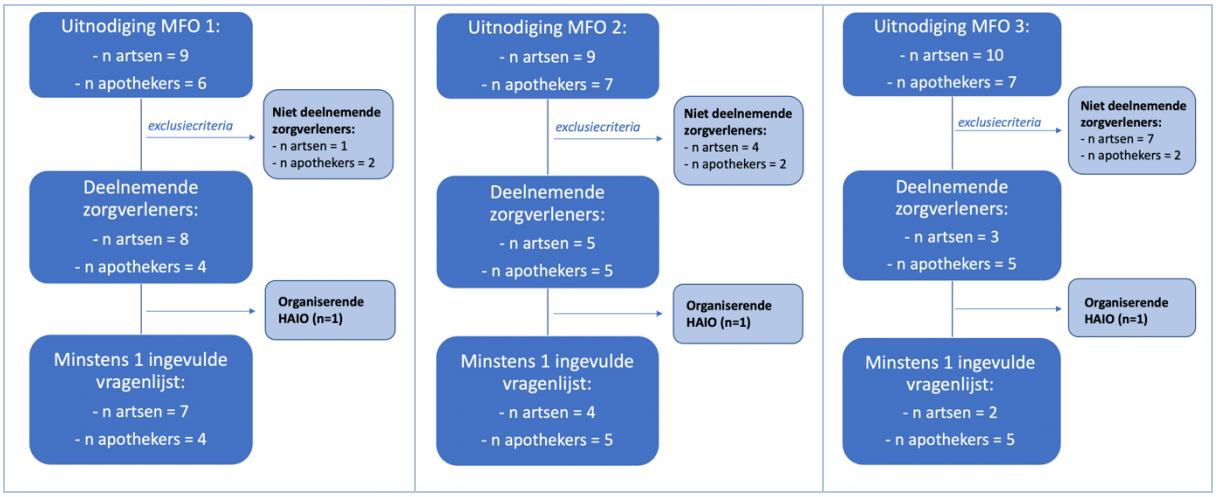
Vervolgens werden ook PubMed en Google Scholar als zoekmedia gebruikt in de periode tussen februari 2022 en februari 2024. In PubMed werden volgende MeSH-termen gebruikt: Benzodiazepines, Sleep Initiation and Maintenance Disorders, Drug Tapering, Adult, Primary Healthcare, Drug-Related Side Effects, Intersectoral collaboration, Patient Care Team, and Adverse Reactions. Om de meest recente artikels te kunnen includeren, werden in Google Scholar en PubMed artikels gezocht door middel van volgende zoektermen: benzodiazepines, Z-drugs, insomnia, *primary healthcare, drug-tapering, withdrawal* en *dependence*. In de database van het ICHO werd gezocht naar thesissen door middel van het trefwoord benzodiazepines. Ook hier werd de sneeuwbalmethode toegepast. De weerhouden artikels werden geselecteerd op basis van taal (Engels en Nederlands), beschikbaarheid

van het volledig artikel, titel en abstract. Tot slot verscheen er in maart-april 2022 een artikel (29) in Huisarts Nu Tijdschrift over een voorgaande thesis in verband met z-BZD gebruik.

Medisch-farmaceutisch overleg organiseren

De 3 medisch-farmaceutisch overleg momenten (MFO's) werden individueel georganiseerd door de HAIO's met behulp van de West-Vlaamse apothekersvereniging. Er werd toestemming gevraagd aan en gekregen van het RIZIV om een lokaal MFO-project te organiseren (Bijlage 3 en 4). Het eerste MFO, met toegekend projectnummer 0484, ging door op 29 maart 2023 te Bredene. Het tweede MFO (projectnummer 0497) en het derde MFO (projectnummer 0509) gingen respectievelijk door op 4 april 2023 in Gistel en op 9 mei 2023 in Brugge voor de praktijken uit Knokke-Heist en omgeving.

Alle apothekers en andere huisartsen(praktijken) in de directe omgeving van de deelnemende huisartsenpraktijken van de HAIO's, werden uitgenodigd om deel te nemen via een uitnodigingsbrief verzonden per e-mail (Bijlage 5). Het aantal uitgenodigde zorgverleners uit de nabije omgeving van de deelnemende huisartsenpraktijken werd bewust beperkt gehouden om zo een efficiënt debat te kunnen voeren (zie 'resultaten van het medisch-farmaceutisch overleg'). Figuur 2 toont het aantal uitgenodigde zorgverleners per MFO, het aantal deelnemers per MFO, alsook het aantal zorgverleners die minstens 1 vragenlijst hebben ingevuld.



Figuur 2 Flowchart van uitnodiging tot ingevulde vragenlijst per MFO. MFO 1 (Bredene), MFO 2 (Gistel), MFO 3 (Knokke-Heist).

De MFO's werden telkens door dezelfde moderator geleid, namelijk de directeur van De West-Vlaamse apothekersvereniging, Inge Huysentruyt. Voor de start van het MFO ondertekenden alle deelnemers een *informed consent* (Bijlage 6) om aan te geven dat ze vrijwillig deelnemen en dat hun gegevens gebruikt kunnen worden in deze thesis.

De organisatie van de MFO's werd door het RIZIV gefinancierd. Deelnemers kregen geen vergoeding voor hun participatie.

Het door het RIZIV bestaande MFO-pakket **'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak'** bevat 4 vragenlijsten die door de deelnemers op 3 verschillende momenten moeten ingevuld worden: 2 vragenlijsten onmiddellijk voor het MFO (voormeting), 1 vragenlijst onmiddellijk na het MFO (nameting) en 1 vragenlijst 6 maanden na het MFO (postmeting). Door de HAIO's werd er aan de hand van het uitgevoerde literatuuronderzoek enkele nieuwe vragen toegevoegd aan de bestaande vragenlijsten om zo te peilen naar de visie van de deelnemende zorgverleners op de hierboven genoemde onderzoeksvraag (Bijlage 7). De vragenlijsten werden aangeboden op papier voor de voor- en nameting van het MFO te Bredene. De apothekers in Gistel hadden de voormeting vragenlijst reeds op het online platform *Microsoft forms* ingevuld. De link hiernaartoe kregen ze van de moderator via e-mail in de week voorafgaand aan het MFO. Ook de artsen kregen dezelfde e-mail op voorhand. Geen enkele Gistelse arts vulde de vragenlijst echter op voorhand digitaal in, waardoor de artsen in Gistel de voormeting op papier invulden. De nameting werd in Gistel zowel door artsen als apothekers op papier ingevuld. Alle overige vragenlijsten in Bredene, Gistel en Knokke-Heist werden met een link aangeboden via hetzelfde online platform. Zes maanden na het aflopen van het MFO werd aan de deelnemende artsen en apothekers per e-mail gevraagd om de postmeting vragenlijst in te vullen via een link naar *Microsoft forms*. Hier werden tot 4 herinneringsmails voor verstuurd. Eventuele vragenlijsten van de postmeting die na 26 november 2023 werden ingevuld, zijn niet geïncludeerd in de resultaten van deze thesis. Indien een vragenlijst van een van de deelnemers ontbrak, had dit verder geen gevolgen voor de reeds ingevulde vragenlijsten. Deze eerder ingevulde vragenlijsten werden wel geïncludeerd in de dataset.

MFO: Gegevensverzameling en statistiek

De 4 vragenlijsten bestaan uit open en gesloten vragen. Voor deze thesis werden er enkel gegevens verwerkt uit 3 vragenlijsten: de voormeting (voor het MFO), de nameting (onmiddellijk na het MFO) en de postmeting (6 maanden na het MFO) (Bijlage 7). De vierde vragenlijst was louter voor het RIZIV ter evaluatie van het MFO, hieruit werden geen gegevens gebruikt. De gegevens uit de 3 vragenlijsten werden vanuit verschillende excel-bestanden gepseudonimiseerd, verzameld en gecodeerd. Voor de statistische analyse werd gebruik gemaakt van SPSS, versie 29. Er werd geen gebruik gemaakt van statistische testen door de lage participatiegraad aan de vragenlijsten.

Het is de taak van de moderator om na ieder MFO een verslag te bezorgen aan het RIZIV met hierin de gemaakte afspraken, drempels en opmerkingen voortkomend uit de MFO's. Deze gegevens werden verwerkt en weergegeven per MFO in Tabel 8.

3 Resultaten

Praktijkonderzoek

3.1.1 Epidemiologie in de huisartsenpraktijken

Zoals weergegeven in Tabel 1, ligt het z-BZD gebruik in België al jaren hoog (5-8). Binnen de verschillende huisartsenpraktijken in dit praktijkverbeterend project hadden de artsen en HAIO's eveneens de indruk dat er zeer veel patiënten langdurig een z-BZD innemen omwille van slapeloosheid.

In praktijk 1 stond de HAIO in de eerste periode van 18 maanden van het HAIO-traject in een groepspraktijk samen met 4 artsen en 1 secretariaatmedewerker. In praktijk 2 stond de HAIO in diezelfde periode eveneens 18 maanden in een groepspraktijk samen met 3 artsen en 2 secretariaatmedewerkers. In de derde praktijk stond de HAIO in de tweede periode van het HAIO-traject voor 18 maanden in een duopraktijk samen met 2 artsen, een HAIO en een secretariaatmedewerker (Tabel 2).

Tabel 2 Benzodiazepinegebruik in de geïncludeerde huisartsenpraktijken. (ELP = eerstelijnspsycholoog, GMD = globaal medisch dossier, z-BZD = benzodiazepines en z-drugs).

Gegevens per praktijk	**Praktijk 1 (Bredene)**	**Praktijk 2 (Gistel)**	**Praktijk 3 (Knokke-Heist)**
DEMOGRAFISCHE GEGEVENS			
Artsen, #	4	3	2
HAIO, #	1	1	1
Secretariaatmedewerker(s), #	1	2	1
Andere disciplines aanwezig in praktijk, #	/	1	/
- **Discipline**	n.v.t.	ELP	n.v.t.
Aantal actieve patiënten met GMD, #	**5200**	**7795**	**2608**
- **≥ 18-plussers, # (% van aantal actieve GMD patiënten)**	4344 (83,54%)	6417 (82,32%)	2259 (86,62%)
- **≥65-plussers, # (% van aantal actieve GMD patiënten)**	1318 (25,34%)	1621 (20,80%)	849 (32,55%)
BENZODIAZEPINEGEBRUIK			
Volwassen patiënten met actief z-BZD in medicatie, # (% van aantal volwassen patiënten met GMD)	**486 (11,19%)**	**527 (6,76%)**	**353 (15,63%)**
- **Vrouw (≥ 18 jaar), # (% van de z-BZD gebruikers)**	324 (66,67%)	358 (67,93%)	256 (72,52%)
- **≥65-plussers, # (% van de z-BZD gebruikers)**	281 (57,82%)	321 (60,91%)	246 (69,69%)

Bovenstaande cijfers bevestigen dat er in de geïncludeerde huisartsenpraktijken veel patiënten een z-BZD innemen (Tabel 2). We stellen dat deze cijfers het z-BZD gebruik tonen voor eender welke indicatiestelling en dus niet enkel z-BZD gebruik omwille van insomnia. Het bleek namelijk dat insomnia

vaak niet correct wordt gecodeerd in Careconnect. Bovendien wordt in de bevolkingsbevragingen over z-BZD gebruik hier ook geen onderscheid in gemaakt (Tabel 1) (5-7).

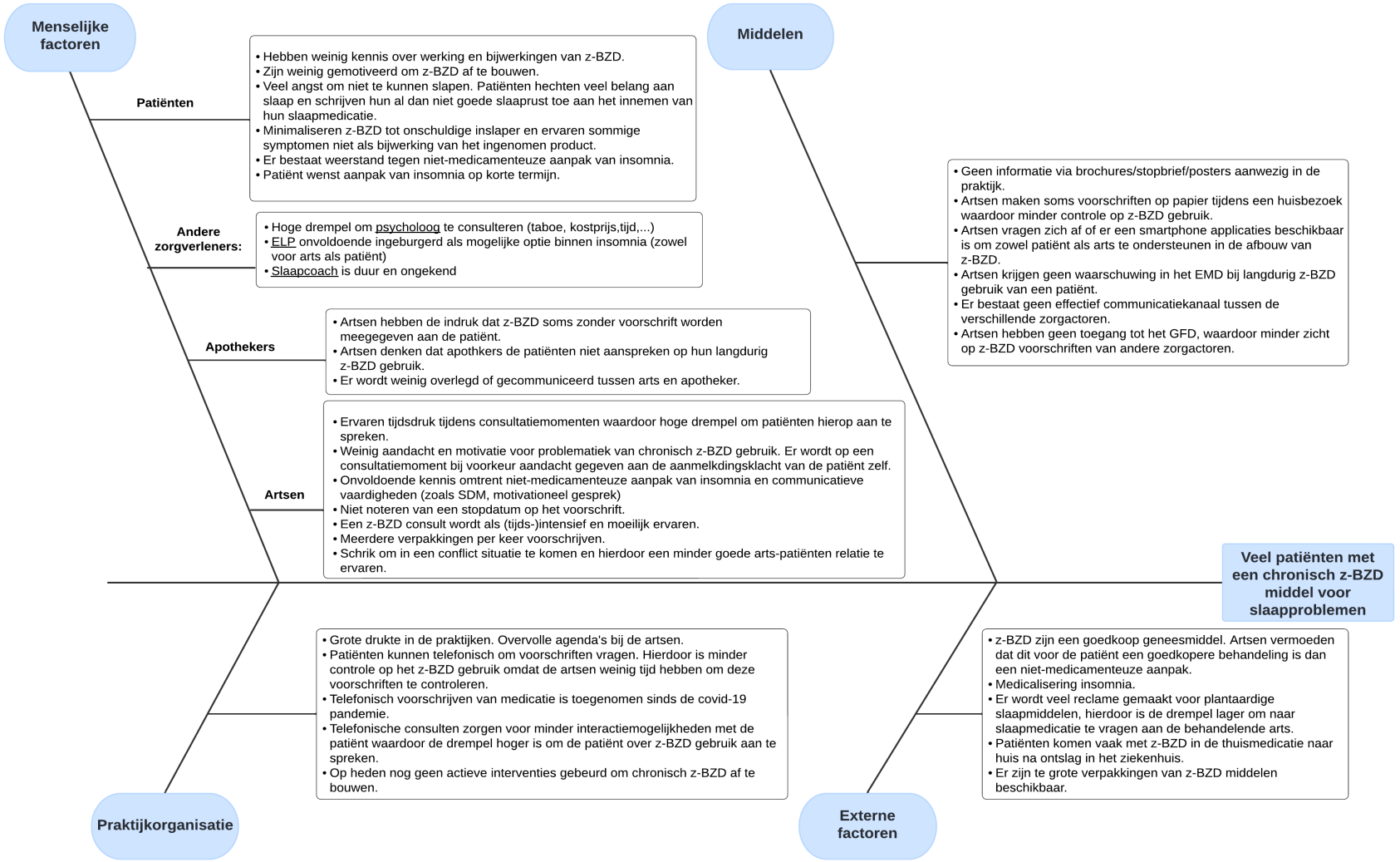
Het percentage z-BZD gebruik in Bredene en Knokke-Heist, respectievelijk 11,19% en 15,63%, stemt qua grootteorde overeen met de bestaande cijfers uit de BELHEALTH bevraging (7). In de praktijk in Gistel ligt het z-BZD gebruik procentueel duidelijk lager, namelijk 6,76% van de patiënten heeft een z-BZD in de thuismedicatie staan.

Binnen de z-BZD gebruikers is meer dan de helft van de patiënten ouder dan 65 jaar. In de groepspraktijk te Bredene namen 281 van 1318 65-plussers (21,3%) een z-BZD in. In praktijk 2 in Gistel namen 321 van 1621 patiënten (19,8%) en in praktijk 3 te Knokke-Heist 246 van 849 patiënten (29,0%) ouder dan 65 jaar een z-BZD in. Ongeveer 20 tot 30% van alle 65-plussers in de 3 praktijken nam dus een z-BZD in op het moment van de statistiek. Ook duidelijk meer vrouwen dan mannen hebben, net zoals in de Belgische bevolkingsbevragingen, een z-BZD in hun thuismedicatie staan.

De weergegeven cijfers van de deelnemende huisartsenpraktijken illustreren, zoals verwacht en neergeschreven in de literatuur, een discrepantie tussen het voorschrijfgedrag en de bestaande richtlijnen omtrent goed gebruik van benzodiazepines (1, 2, 4).

3.1.2 Probleemanalyse chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk

Voor de probleemanalyse van het overmatige z-BZD gebruik in de eerste lijn werd er per praktijk een brainstormsessie georganiseerd met de HAIO en de artsen van die praktijk. Nadien kwamen de HAIO's samen om een gemeenschappelijke visgraatanalyse op te stellen, weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3 Visgraatanalyse: chronisch benzodiazepinegebruik bij patiënten in de huisartsenpraktijk . Analyse en opinies van de artsen in de deelnemende huisartsenpraktijken, resultaat van een brainstormsessie zonder voorgaand literatuuronderzoek van deze artsen. (ELP = eerstelijnspsycholoog, EMD = elektrisch medisch dossier, GFD = globaal farmaceutisch dossier, SDM = shared decision making, z-BZD = benzodiazepines en z-drugs).

Naast de determinanten weergegeven in de visgraatanalyse, zijn er nog enkele extra bemerkingen van de deelnemende huisartsen die naar voren kwamen tijdens de brainstormsessie.

Hoewel intuïtief aangegeven dat de meeste patiënten met chronisch z-BZD-gebruik het gevolg zijn van een erfenis uit het verleden (m.a.w. gepensioneerde artsen of actieve pensioen-waardige artsen), wordt toch door de deelnemende artsen zelf ook z-BZD opgestart. In volgende situaties werd er nog z-BZD voorgeschreven in de praktijken: bij patiënten met angstproblematiek, bij patiënten die werken in ploegenarbeid en bij patiënten met musculaire problematieken, o.a. lumbago en nekstijfheid (*off-label*). Medicatie zoals trazodone, mirtazapine en quetiapine worden soms *off-label* voorgeschreven door artsen met als doel de opstart van z-BZD te vermijden. Naast het niet opstarten, is het afbouwen van chronisch z-BZD ook een manier om minder z-BZD voor te schrijven. Hiervoor werden er echter nog geen interventies uitgevoerd door de deelnemende artsen. De artsen uit deze 3 praktijken concluderen dat verschillende determinanten van het incorrect voorschrijven van z-BZD bij zichzelf liggen.

Over het patiënten-luik hadden de artsen van de verschillende praktijken opmerkingen zoals vermeld in de visgraatanalyse. Daarbij hadden de artsen nog de indruk dat patiënten die met een klacht van insomnia komen, frequent zelf vragen naar een medicamenteuze aanpak. Ze kregen soms al eens medicatie van familieleden of kennissen.

Rond het consulteren van een psycholoog heerst volgens de artsen, voornamelijk bij de oudere populatie, nog een taboesfeer. Zoals reeds vermeld in de visgraatanalyse vormen ook nog de lange wachttijd, de kostprijs en het tijdintensieve karakter belangrijke drempels om een psycholoog of slaapcoach te contacteren. De kostprijs van een interventie is volgens de deelnemende artsen voor de patiënten ook een belangrijke factor. In de praktijk in Gistel is er een eerstelijnspsycholoog (ELP) aanwezig. Het bestaan van ELP's werkt drempelverlagend volgens de artsen, maar was in de andere deelnemende praktijken bij het opstellen van de visgraatanalyse nog onvoldoende gekend. In Bredene werd door de artsen opgemerkt dat er 2 slaapcoaches actief zijn maar dat deze nog nooit gecontacteerd geweest zijn.

3.1.2.1 Besluit visgraatanalyse

Zoals weergegeven in de visgraatanalyse (Figuur 3), kunnen de deelnemende artsen verschillende determinanten in het chronisch z-BZD gebruik weerhouden bij 'menselijke factoren'. Niet enkel bij de artsen zelf maar ook bij de patiënten, psychologen, apothekers en de slaapcoaches. Voor een groot deel situeren artsen de determinanten die meespelen bij het chronisch z-BZD gebruik bij zichzelf of bij hun voorgangers die vaak z-BZD voorschreven voor insomnia. Ook wat de andere domeinen betreft (middelen, praktijkvoering en extern factoren) konden de deelnemende artsen een aantal

determinanten in het problematisch gebruik van z-BZD identificeren. In de 3 praktijken werd er nog nooit eerder een interventie omtrent chronisch z-BZD opgestart. Na het opstellen van de gemeenschappelijke visgraatanalyse, kon niet onmiddellijk een consensus gevonden worden over de strategie om het probleem van chronisch z-BZD in de praktijk aan te pakken. Dit heeft de HAIO's aangezet tot het opstellen van de eerste 2 onderzoeksvragen: welke determinanten van chronisch z-BZD gebruik worden in de literatuur neergeschreven en hoe kan chronisch z-BZD afgebouwd worden?

Literatuuronderzoek

Na het opstellen van de visgraatanalyse, werd in de literatuur gezocht naar de 3 onderzoeksvragen zoals vermeld in hoofdstuk '2 Methodologie'. De resultaten worden hieronder weergegeven.

3.1.3 Welke determinanten van chronisch z-BZD gebruik worden in de literatuur neergeschreven?

3.1.3.1 Het eerste voorschrift

In een Vlaams onderzoek van 2012 tot 2016 uitgevoerd door Creupelandt H. *et al* (18), werd er voorafgaand aan een *e-learning* bij huisartsen en HAIO's, gepeild naar drempels om minder z-BZD voor te schrijven. In deze studie gaf bijna de helft van de Vlaamse huisartsen aan reeds een poging te hebben ondernomen om minder slaapmedicatie voor te schrijven, maar slechts 18,4% van de huisartsen had het gevoel hierin geslaagd te zijn (18).

Zoals reeds duidelijk was uit onze visgraatanalyse (Figuur 3) kent het incorrect voorschrijfgedrag van de huisarts verschillende oorzaken. Deze complexiteit wordt bevestigd in een systematische review uitgevoerd door Sirdifield C. *et al*. in 2013 waarin vanuit 8 kwalitatieve studies de perceptie en ervaringen van huisartsen en praktijkassistenten over het voorschrijven van z-BZD werd onderzocht (19). Factoren zoals de attitude van de arts ten opzichte van verschillende interventies, de perceptie van de arts over de verwachtingen en de (zorg)noden van de patiënt, de verantwoordelijkheidszin van de arts, de veranderende context en de kennis van alternatieven worden in deze review eveneens aangehaald. Zo gaf ook, in het hierboven vermelde Vlaamse onderzoek uitgevoerd door Creupelandt H. *et al.* (18), 35,7% van de huisartsen aan te twijfelen over de effectiviteit van een niet-medicamenteuze behandeling voor slaapproblemen ten opzichte van medicatie. Verder zegt 37% onzeker te zijn of ze genoeg tijd hebben en slechts 21,3% over voldoende expertise te beschikken om een niet-medicamenteuze behandeling te kunnen gebruiken. Bovendien denkt slechts 37,7% van de huisartsen dat ze een patiënt tevreden kunnen maken zonder medicatievoorschrift. Ook wordt het motiveren van een patiënt om een niet-medicamenteuze aanpak te kiezen als moeilijk ervaren door 69% van de huisartsen in de studie voorafgaand aan de interventie (18). In de systematische review uitgevoerd door Sirdifield C. *et al*. (19) wordt ten slotte vermeld dat bovenstaande factoren elkaar onderling beïnvloeden.

Daarnaast stelt Anthierens S. in een kwalitatieve doctoraatstudie uitgevoerd in 2008 (20), dat wanneer een patiënt voor het eerst om hulp komt vragen voor slapeloosheid, die patiënt volgens de arts de verantwoordelijkheid voor een oplossing bij die arts legt. De patiënt voelt zich op het moment van de hulpvraag vaak hulpeloos en vraagt een snelle oplossing. De arts kan zich hier overrompeld door voelen en wil snel helpen. Wanneer er dan een z-BZD voorgeschreven wordt, spelen de huisarts en patiënt op elkaars behoeften in. De huisarts zal de werking van een z-BZD overschatten en de nevenwerkingen onderschatten en de patiënt zal zijn z-BZD gebruik minimaliseren. Daarnaast blijkt dat de deelnemende huisartsen uit deze studie zich bij het initiële voorschrift nog weinig zorgen maakten over langdurig gebruik en de bijwerkingen, afhankelijkheid en tolerantie die hierbij optreden (20). Dit wordt eveneens bevestigd in een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in Hamburg in 2019 door Mokhar A. *et al.* (23) waarbij zowel zorgverleners (artsen, apothekers en verpleegkundigen) als patiënten werden geïnterviewd over mogelijke oorzaken van langdurig z-BZD gebruik. In dit onderzoek gaven de deelnemende apothekers aan de indruk te hebben dat patiënten bij het initiële voorschrift zelden geïnformeerd werden door hun huisartsen over mogelijke risico's en bijwerkingen bij langdurig z-BZD gebruik (23).

Het eerste voorschrift blijkt dus een cruciaal moment waarvan het belang en de consequenties bij onvoldoende opvolging grotendeels worden onderschat door de patiënten en artsen (20, 23). In deze thesis wordt er verder niet ingegaan op de redenen waarom er in de eerste lijn dan toch een z-BZD opgestart wordt. In het volgende hoofdstuk wordt gefocust op langdurig z-BZD gebruik, z-BZD afbouw en drempels in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik. We gaan vervolgens op zoek op welke manier het chronisch z-BZD gebruik in de praktijk kan aangepakt worden binnen dit praktijkverbeterproject.

3.1.3.2 Chronisch z-BZD gebruik

Zoals reeds vermeld in het Vlaamse onderzoek van Creupelandt H. *et al*. (18) in 2016, gaven huisartsen aan dat het voorschrijven en proberen afbouwen van z-BZD tot een van de meest veeleisende en oncomfortabele bezigheden van hun takenpakket behoort. In een Belgisch kwalitatief onderzoek verricht door Coteur K. *et al*. (17) in 2023 waarin artsen, apothekers en patiënten werden geïnterviewd over de afbouw van chronisch z-BZD gebruik, werd geconcludeerd dat zowel het gebrek aan kennis, tijd en motivatie bij zorgverleners en patiënten als het gebrek aan interprofessionele samenwerking en het willen behouden van een goede zorgverlener-patiënt relatie mogelijke barrières kunnen vormen in de afbouw van z-BZD. In het kwalitatief onderzoek uitgevoerd in Hamburg in 2019 door Mokhar A. *et al.* (23) werd daarnaast vermeld dat organisatorische drempels zoals overvolle wachtzalen het de artsen moeilijk maken om patiënten aan te spreken over hun langdurig z-BZD gebruik omwille van insomnia. Zoals reeds eerder vermeld tonen 2 studies dat artsen bij het eerste voorschrift vaak geen info over risico's en bijwerkingen bij langdurig z-BZD gebruik (23). Het is

nochtans de taak van de artsen om de patiënten te informeren bij de opstart en hen eveneens aan te spreken over hun chronisch z-BZD gebruik (1, 4). De manier waarop dit aangebracht wordt bij de patiënten is belangrijk. Het onderzoek vermeldt dat artsen vanuit het perspectief van de patiënt vaak onverwacht en onaangekondigd de intentie hebben om z-BZD stop te zetten. De reden en noodzaak tot afbouw werd volgens de patiënten in het onderzoek van Hamburg vaak onvoldoende gekaderd door de artsen. Het onverhoeds aankaarten, zeker bij de patiënten die nog nooit problemen ondervonden, zou de drempel om af te bouwen hierdoor verder kunnen verhogen (23).

In de visgraatanalyse werden er, naast de belangrijke rol van de artsen zelf, evenwel nog andere determinanten in het chronisch z-BZD gebruik vernoemd. Ook de patiënt speelt een determinerende rol volgens de deelnemende artsen in dit praktijkverbeterproject. Bij de transitie van een eenmalig voorschrift naar chronisch gebruik van z-BZD is er inderdaad een gedeelde verantwoordelijkheid tussen arts en patiënt, zo blijkt uit de systematische review (19). Eenmaal een z-BZD voorgeschreven, schatten de patiënten de werkingen van een z-BZD namelijk zeer hoog in. Bovendien gaan ze de inname van het z-BZD vaak minimaliseren ten opzichte van de arts om hun gebruik te rechtvaardigen (20). Daarnaast is de patiënt onvoldoende sceptisch ten opzichte van de voorgeschreven medicatie. Zo herkennen de patiënten nieuwe klachten vaak niet als bijwerkingen van hun reeds langdurig ingenomen slaapmedicatie (23). Bovendien nemen de patiënten vaak een afwachtende houding aan (30). Ze verwachten veelal dat de arts hen aanspreekt over hun medicatiegebruik. Sommige patiënten hebben daarnaast geen interesse of zijn moeilijk te motiveren tot het afbouwen van medicatie (23, 30). Ze hebben schrik voor het heropflakkeren van hun initiële symptomen van voor de start van hun z-BZD of van bijwerkingen bij de afbouw ervan (30). Tot slot wordt er in de literatuur op maatschappelijk niveau een onderhoudende factor in chronisch z-BZD gebruik bevestigd. Er worden in België vaak grote verpakkingen van z-BZD voorgeschreven. Er is nood aan meer beschikbaarheid van kleine verpakkingen (kleiner dan 30 tabletten) (8).

3.1.4 Hoe kan chronisch z-BZD gebruik afgebouwd worden?

De eerste stap in het afbouwen van z-BZD is de patiënt informeren over de werking en mogelijke bijwerkingen van het product (4). Uit onderzoek blijkt dat korte interventies zoals stopbrieven, zelfhulpinformatie en een consultatie met een zorgverlener effectief zijn om tot een afbouw van benzodiazepines te komen (27, 31). Zo toont een voorgaande thesis uitgevoerd in 2022 (29) dat patiënten aan de hand van een stopbrief verstuurd door de huisarts, kunnen geïnformeerd worden en dat dit bij bijna 40% van de patiënten tot een succesvolle afbouw van BZD leidde. Ook programma's waarbij zowel zorgverlener als patiënt aan de hand e-learnings geïnformeerd worden over het risico van z-BZD gebruik en over de afbouw ervan, blijken positieve verandering in het z-BZD gebruik teweeg te brengen (32).

Minimale interventies kunnen aangevuld worden met motivationele gesprekken aangepast aan de fase van motivatiecirkel van Prochaska en DiClemente waarin de patiënt zich op dat moment bevindt (4). In deze thesis wordt hierop niet verder ingegaan. Verdere info kan bijvoorbeeld gevonden worden in het slaap- en kalmeermiddelen hulpmiddelenboek, sinds kort gebruikvanpsychofarmaca-gids.be genoemd (4).

Eenmaal de patiënt voldoende geïnformeerd en gemotiveerd is, kan de afbouwfase ingezet worden (4). Over het afbouwen van z-BZD zelf is een vrij duidelijke consensus in de literatuur. Men stelt dat de afbouw bij langdurige gebruikers het best over een periode van verschillende weken wordt verspreid om ontwenning tegen te gaan. De snelheid van het afbouwen wordt hierbij het best afgestemd op de patiënt, die in min of meerdere mate ontwenningsverschijnselen zal ondervinden. Over het algemeen is het mogelijk om afbouwschema's te hanteren die tussen de 4 en 8 weken lopen. Concreet wordt aangeraden af te bouwen in stappen van 10-20% per 1 à 2 weken (31). In de afbouw van een combinatie van verschillende z-BZD moleculen kan een conversie naar een equivalente dagdosis van 1 langwerkend benzodiazepine zoals diazepam nuttig zijn. Antidepressiva, met name Trazodone, Gabapentine en Pregabaline zijn enkele van de vaak genoemde alternatieven in de afbouw van een z-BZD. Echter is hier weinig evidentie voor. Bijgevolg worden deze middelen in de meeste richtlijnen niet aanbevolen (1, 2, 4, 31, 33).

3.1.5 Wat is de plaats van een MFO in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik?

3.1.5.1 De rol van de apotheker bij afbouwen van benzodiazepines

Zoals hierboven beschreven, zijn er meerdere studies die focussen op afbouw van z-BZD met interventies gericht naar artsen en/of naar patiënten. Als belangrijke drempels om af te bouwen bij chronisch gebruik komen onvoldoende tijd bij artsen en onvoldoende kennis bij zowel arts en patiënt naar boven (23, 29, 32).

Vanuit onze visgraatanalyse weten we dat de deelnemende artsen ook een aantal determinanten van chronisch z-BZD gebruik bij de apothekers leggen (Figuur 3). Daarom werd ook naar de rol van de apotheker gezocht in de afbouw van z-BZD bij patiënten met insomnia.

De apotheker bevindt zich eigenlijk in een unieke positie om langdurig gebruik van z-BZD op te merken (34). Uit een gerandomiseerde studie (35) blijkt ten eerste dat als een apotheker samen met de patiënt de medicatielijst doorneemt en bespreekt, dit voor een significante daling van het aantal herhaalvoorschriften van z-BZD bij 65-plussers zorgt. Een observationele studie uit Italië (34) toont vervolgens aan dat de apotheker een belangrijke rol kan spelen in het opmerken van het chronisch z-BZD gebruik en bovendien een inschatting kan maken van de motivatie van de patiënt om deze medicatie af te bouwen. Bij het ophalen van een herhaalvoorschrift kan de apotheker overigens vragen

naar bijwerkingen of ontwenningsverschijnselen bij een poging tot afbouw (34). Ook in de D-PRESCRIBE studie (36) werd het effect van een interventie door apothekers op het chronisch gebruik van z-BZD geëvalueerd. Apothekers in de interventie-groep stuurden een stop-brief naar hun patiënten die chronisch z-BZD gebruikten zonder duidelijk indicatie, gevolgd door verdere patiënten-educatie en begeleiding bij de afbouw. Een duidelijk verschil werd opgemerkt tussen de apothekers die de standaardzorg boden en de apothekers die actief chronische gebruikers opspoorden en begeleidden. In de interventiegroep werd na 6 maanden bij 43% van de patiënten geen z-BZD buiten de indicatie meer afgeleverd in vergelijking met 12% in de controlegroep. Hieruit blijkt dat een interventie vertrekkend vanuit apothekers een gunstig effect heeft op het chronische z-BZD gebruik (36).

Toch blijkt uit het kwalitatief onderzoek uitgevoerd in Hamburg (23) en het kwalitatief onderzoek in België uitgevoerd door Coteur K. *et al*. (17) dat de apothekers terughoudend zijn om patiënten te informeren over hun medicatiegebruik uit schrik het medisch advies van de arts tegen te spreken. Deze 2 studies concluderen dat er meer samenwerking nodig is tussen de zorgverleners rondom de patiënt om goede zorg te kunnen creëren (23). Een gedeeld globaal farmaceutisch dossier voor arts en apotheker, als voorbeeld, laat meer effectieve monitoring en aanpak van chronisch z-BZD gebruik toe (37).

3.1.5.2 Medisch farmaceutisch overleg als interventie?

Een MFO is een overleg tussen artsen en apothekers om een betere zorg voor de patiënten te creëren, om medicatieproblemen te reduceren en om op lokaal niveau afspraken te maken in een gezamenlijk protocol rondom een thema (38). Het overleg verloopt in een beperkte groep (8-20 deelnemers) van artsen en apothekers uit eenzelfde regio (39). Deze regio is een afgebakend gebied waarin de meerderheid van de patiënten uit de huisartsenpraktijken wonen (38, 39).

Net zoals in de visgraatanalyse wordt in de literatuur de afwezigheid van overleg tussen huisartsen en apothekers als een determinant van problematisch z-BZD gebruik aangeduid (23). Huisartsen en apothekers lijken weinig inzicht te hebben in elkaars expertise. Verder zijn er geen of onvoldoende afspraken omtrent de taakverdeling tussen huisartsen en apothekers. Dit alles leidt tot een verminderd vertrouwen tussen huisartsen en apothekers (21). Het lijkt evident dat de organisatie van een Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO) een deel van het antwoord kan bieden op de complexiteit van het probleem omtrent chronisch z-BZD gebruik. Een MFO heeft net als doel de multidisciplinaire samenwerking te faciliteren en op die manier bij te dragen tot het rationeel voorschrijven, afleveren en het veilig gebruik van geneesmiddelen (38).

Twee kwalitatieve studies vermeldden reeds dat een interprofessionele samenwerking helpt in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik (17, 23). Er zijn tot op heden echter slechts een beperkt aantal studies die de waarde en impact van een MFO hebben onderzocht (28). In een Nederlands observationeel onderzoek (22) werd het effect van een MFO (in Nederland gekend als farmacotherapeutisch overleg of FTO) op het voorschrijfgedrag van huisartsen onderzocht. Er werd gekeken naar het aantal patiënten dat een geneesmiddel kreeg voorgeschreven dat minder dan 6 maanden op de markt was in vergelijking met de patiënten die langer bestaande, en dus beter onderbouwde, klasse-alternatieven kregen voorgeschreven. Uit het onderzoek bleek dat huisartsen die deelnamen aan kwalitatieve MFO's minder nieuwe geneesmiddelen voorschreven dan hun collega's. Dit wordt in de studie toegeschreven aan het feit dat artsen concrete afspraken maakten voor de praktijk tijdens het overleg en dat ze kritischer staan tegenover de farmaceutische industrie (22). Verder onderzocht het universitair ziekenhuis van Colorado in een observationele studie het effect van een samenwerking tussen huisartsen en apothekers bij het optimaliseren van het chronisch z-BZD gebruik. Volwassen patiënten die chronisch z-BZD gebruikten werden door een multidisciplinair team (apothekers, studenten en huisartsen) uitgenodigd op consultatie om hun z-BZD gebruik te evalueren en zo mogelijk aan te pakken. Bij meer dan de helft van de patiënten die opgevolgd werden in de studie, werd een optimalisatie van het z-BZD gebruik gezien (d.w.z. dat er een afbouw of een volledige stop kon worden bereikt). Daarnaast rapporteerden de patiënten globaal een verbetering van de slaapproblemen (21).

Deze studies tonen het belang aan van de samenwerking tussen huisartsen en apothekers bij het voorschrijven van medicatie. Zoals eerder vermeld zijn er slechts een beperkt aantal onderzoeken die focussen op de bijdrage van een MFO op het medicatiegebruik van patiënten en in het bijzonder op het effect van een MFO op het chronisch z-BZD gebruik in de eerste lijn. Het lijkt ons daarom nuttig en interessant om deze interventie te implementeren en te beoordelen in dit praktijkverbeterproject. Aan de hand van het MFO zou er namelijk invloed uitgeoefend kunnen worden op een groot aantal van de determinanten van chronisch z-BZD gebruik in onze visgraatanalyse: vergroten van de kennis bij artsen en apothekers, meer communicatie en samenwerking door het overleg. Bovendien komt er hierdoor meer controle op en aandacht voor het chronisch z-BZD gebruik van de patiënten (21, 22).

Resultaten medisch-farmaceutisch overleg

Er werden 3 MFO's georganiseerd in het voorjaar van 2023, respectievelijk in Bredene (MFO 1), Gistel (MFO 2) en Knokke-Heist (MFO 3). De moderator, Inge Huysentruyt, startte het MFO telkens met een inleidende PowerPointpresentatie. Hierin werd eerst en vooral uitgelegd wat een MFO is (zie hoofdstuk 'Medisch farmaceutisch overleg als interventie?'). Het thema van de 3 MFO's binnen dit kwaliteitsverbeterproject was **'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak'**. De specifieke doelstellingen van dit MFO pakket zijn:

1. **Het rationeel voorschrijven en afleveren van z-BZD**. Er werd kennis aangereikt door de moderator in verband met de werking en vooral bijwerkingen op korte en lange termijn van z-BZD's, ook te lezen in de inleiding van deze thesis. De indicatiestelling van het voorschrijven van een z-BZD voor kortdurend gebruik, zoals neergeschreven in hoofdstuk 'benzodiazepines voorschrijven' van ons literatuuronderzoek, werd vervolgens kort herhaald.
2. **De aanpak van afbouw van chronisch z-BZD gebruik:** Wanneer is afbouw te overwegen, welke tools zijn er beschikbaar om de patiënten te informeren en te motiveren tot afbouw en hoe kan een z-BZD product afgebouwd worden met een stappenplan?
3. Sinds het invoeren van het contract voor magistrale afbouw van z-BZD is er een derde doelstelling bij gekomen: **het introduceren en uitleggen van het contract** en afspraken maken over hoe het contract voor magistrale afbouw kan gebruikt worden in de praktijk.

Na de inleiding werd er telkens voldoende ruimte gelaten om een debat te voeren met de aanwezige artsen en apothekers. Hierin werd getracht om duidelijke afspraken te maken over voorschrijfgedrag, over de opvolging van patiënten met chronisch z-BZD gebruik en over hoe patiënten eenduidig kunnen gesensibiliseerd worden. Tot slot werd er ook in het debat aandacht besteed aan het nieuwe contract voor magistrale afbouw en hoe de betrokken zorgverleners dit lokaal willen invoeren.

3.1.6 MFO als interventie

Aan de hand van de visgraatanalyse, de bekomen resultaten van het literatuuronderzoek en uit het verloop van het MFO binnen dit praktijkverbeterproject lijkt het organiseren van een MFO een mogelijk antwoord te bieden op verschillende determinanten van het chronisch z-BZD gebruik in de eerste lijn. De inleiding, gegeven door de moderator, zorgt er namelijk voor dat artsen en apothekers bewust worden van het probleem rondom chronisch z-BZD gebruik en bijgeschoold worden in kennis. Vervolgens zorgt de bijeenkomst op zich en het debat voor meer communicatie tussen de artsen en apothekers. Beide zorgverleners erkennen door hun deelname aan het MFO elkaars rol in de afbouw van z-BZD. Er worden tot slot op lokaal niveau afspraken gemaakt om de zorg rondom de patiënt met

een chronisch z-BZD middel in de thuismedicatie te optimaliseren. Zo kan in theorie op verschillende determinanten van de visgraatanalyse ingespeeld worden.

3.1.7 Wie nam deel aan de MFO's?

Zoals ook reeds te zien was in Figuur 1 was de participatiegraad van de uitgenodigde artsen in Gistel en Knokke-Heist aan de MFO's eerder laag. Verdere demografische gegevens van de deelnemende zorgverleners worden weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3 Aantal uitgenodigde deelnemers en demografische gegevens van de zorgverleners die deelnamen aan 1 van de MFO's. Totaal over de 3 MFO's samen en opgesplitst per MFO.

Deelnemende zorgverleners	**Totaal**	**MFO 1 Bredene**	**MFO 2 Gistel**	**MFO 3 Knokke-Heist**
Aantal uitgenodigden (n)	**48**	**15**	**16**	**17**
Artsen	28	9	9	10
Apothekers	20	6	7	7
Aantal aanwezig (n)	**27**	**11**	**9**	**7**
Artsen	13	7	4	2
Apothekers	14	4	5	5
Aantal vrouwen (n, (%))	**19 (70,4%)**	**9 (81,8%)**	**7 (77,8%)**	**3 (42,9%)**
Vrouwelijke artsen	8 (61,5%)	5 (71,4%)	2 (50,0%)	1 (50,0%)
Vrouwelijke apothekers	11 (78,6%)	4 (100,0%)	5 (100,0%)	2 (40,0%)
Aantal praktiserende jaren (gemiddelde ± SD)				
Artsen	13,1 ± 12,54	8,8 ± 5,76	17,1 ± 17,77	20,0 ± 21,21
Apothekers	18,4 ± 11,51	26,8 ± 11,15	9,0 ± 8,49	21,2 ± 8,70
Eerdere deelname aan een MFO (n)				
Artsen	4	1	3	0
Apothekers	5	2	1	2
Eerdere deelname aan MFO over z-BZD gebruik (n)				
Artsen	0	0	0	0
Apothekers	2	0	0	2

Zoals weergegeven in Tabel 3 hadden de artsen en apothekers die deelnamen aan ons MFO voordien eerder weinig ervaring met MFO's, in het bijzonder met MFO's omtrent z-BZD gebruik. Toch blijkt uit navraag bij de artsen en apothekers die wel reeds een MFO bijwoonden in het verleden, dat hun deelname hieraan als positief ervaren werd.

Om de verder neergeschreven resultaten te kunnen interpreteren, wordt in Tabel 4 de participatiegraad per vragenlijst weergegeven.

Tabel 4 Het aantal ingevulde vragenlijsten bij de deelnemende artsen en apothekers. Totaal over de 3 MFO's samen en opgesplitst per MFO. Voormeting (net voor het MFO), nameting (net na het MFO) en postmeting (6 maanden na het MFO).

Vragenlijst	Totaal	MFO 1 Bredene	MFO 2 Gistel	MFO 3 Knokke-Heist
Artsen aanwezig op MFO	**(n =13)**	**(n = 7)**	**(n = 4)**	**(n = 2)**
- Voormeting	13	7	4	2
- Nameting	13	7	4	2
- Postmeting	9	3	4	2
Apothekers aanwezig op MFO	**(n = 14)**	**(n = 4)**	**(n = 5)**	**(n = 5)**
- Voormeting	12	4	3	5
- Nameting	13	4	5	4
- Postmeting	8	2	2	4

3.1.8 Wat vonden de deelnemende zorgverleners van dit MFO?

Onmiddellijk na het MFO werd aan de hand van een meerkeuzevraag de perceptie van de **artsen en apothekers** over het MFO bevraagd. Deze zorgverleners konden hun antwoord verklaren. In de postmeting, 6 maanden na het MFO, werd de open vraag 'Wat vond u positief aan het MFO?' gesteld. De antwoorden op deze vragen over de 3 MFO's samen werden weergegeven in Tabel 5 en in onderstaande tekst.

Bijna alle artsen en alle apothekers duidden aan dat ze het MFO als grotendeels tot helemaal zinvol hadden ervaren. Echter 1 arts uit de regio Knokke-Heist stond onmiddellijk na het MFO eerder neutraal tegenover zijn deelname aan het MFO. In de postmeting gaf deze arts vervolgens in de open vraag aan dat het MFO 'verloren geld' was. De andere 8 artsen in de postmeting waren positiever. Uit de antwoorden op de open vragen kwamen meerdere punten naar voren. Ten eerste is het MFO nuttig om in contact te komen met apothekers, om samen afspraken te maken en om elkaars ervaringen te horen. Ook zegt een arts in Gistel nu beter te zullen nadenken over het schrijven van herhaalvoorschriften. Verder kwam ook terug dat het MFO een goede manier is om de aandacht op het onderwerp te vestigen en voor meer bewustwording te zorgen. Een arts uit Bredene vond het overleg nuttig en merkte een toename in samenwerking tussen arts en apothekers op. Ten slotte werd door een arts in Knokke-Heist aangehaald dat het MFO een goede bron van informatie is omtrent het contract en dat het een nuttige opfrissing van de theorie rond slaapproblemen en z-BZD's was.

Ook bij de apothekers werd nagevraagd wat ze positief vonden aan het MFO. Voornamelijk het overleg tussen arts en apotheker en het versterken van het communicatiekanaal werden vaak vermeld als verklaring voor de positieve ervaring met het MFO. Vijf apothekers gaven gelijkaardige antwoorden hieromtrent. Andere positieve punten waren het maken van praktische afspraken, duidelijke uitleg over hoe afbouw van z-BZD werkt en weten hoe andere zorgverleners hiermee omgaan, sterkt ons in het informeren.

Tabel 5 Perceptie van artsen en apothekers over de zinvolheid het MFO, gemeten onmiddellijk na het MFO (nameting). Resultaten weergegeven over de 3 MFO's samen.

Deelname aan het MFO heb ik als zinvol ervaren: Duid aan wat van toepassing is.						
	Helemaal niet akkoord	**Eerder niet akkoord**	**Neutraal**	**Eerder akkoord**	**Helemaal akkoord**	**Niet aangeduid**
Nameting						
Artsen (n=13)	0	0	1 (7,7%)	8 (61,5%)	4 (30,7%)	0
Apotheek (n =12)	0	0	0	4 (33,3%)	8 (66,7%)	0

Samenvattend kan gezegd worden dat de meeste artsen en apothekers hun deelname aan een van de 3 georganiseerde MFO's omtrent z-BZD gebruik positief hebben ervaren. Voornamelijk de nood aan en het belang van een goede samenwerking en communicatie tussen artsen en apothekers kwam in de opmerkingen het meest naar voren als faciliterende factoren van het MFO op de complexe problematiek van chronisch z-BZD. Het MFO biedt dus voor de zorgverleners een platform voor communicatie en samenwerking, hetgeen 2 belangrijke determinanten waren in de opgestelde visgraatanalyse voor chronisch z-BZD gebruik (Figuur 3). Bovendien merkten de deelnemende zorgverleners in hun opmerkingen op dat deelname aan een MFO bijdraagt aan de bewustwording over de problematiek. In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op de samenwerking tussen artsen en apothekers.

3.1.8.1 Duo-samenwerking tussen artsen en apothekers

Uit de visgraatanalyse kwam zoals reeds gezegd de afwezigheid van een communicatiekanaal en de beperkte samenwerking tussen de zorgverleners naar voren als determinanten van chronisch z-BZD gebruik. Daar het MFO principieel zorgt voor een samenwerking tussen artsen en apothekers, kan de organisatie van een MFO inderdaad een manier zijn om een antwoord te bieden op deze determinant. Volgens de deelnemende artsen werkten de zorgverleners voor het MFO niet samen in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik. Zes maanden later werkten het merendeel van de artsen die de vragenlijst invulden, samen met de apothekers. Ook de apothekers merkten een toename in de samenwerking met de artsen 6 maanden na het MFO (Tabel 6).

Tabel 6 Evolutie in de samenwerking van artsen en apothekers in de afbouw van z-BZD, gemeten in de voormeting (vragenlijst van de artsen) en nameting (vragenlijst van de apothekers) ten opzichte van de postmeting, 6 maanden na het MFO. Resultaten weergegeven voor de 3 MFO's samen.

Huisarts en apotheker werken samen als duo voor de begeleiding van patiënten in de afbouw: Duid aan wat van toepassing is.		
	Ja	**Nee**
ARTS		
Voormeting (n=13)	0 (0%)	13 (100%)
Postmeting (n=9)	7 (77,8%)	2 (22,2%)
APOTHEKER		
Nameting (n=13)	3 (23,1%)	10 (76,9%)
Postmeting (n=8)	7 (87,5%)	1 (12,5%)

In de postmeting werd er vervolgens gepolst naar wat er nog zou kunnen verbeteren aan de samenwerking tussen artsen en apothekers. Er werd door een van de apothekers opgemerkt dat niet elke arts openstaat voor een samenwerking, voornamelijk bij die artsen die niet deelnamen aan het MFO. Drie apothekers gaven aan dat de artsen toch nog gemakkelijker bereikbaar zouden moeten zijn voor overleg en volgens 4 apothekers zou er bovendien regelmatiger een overlegmoment mogen ingepland worden, zoals een MFO. Gelijkaardige antwoorden kwamen vanuit 2 artsen die vonden dat er weinig feedback komt vanuit de apothekers.

Dankzij het MFO ervaren de artsen en apothekers dus een duidelijk verschil in samenwerking. Toch ontbreekt een efficiënt communicatiekanaal om de gemaakte afspraken op het MFO te kunnen toepassen en om de communicatie los van het MFO zelf te kunnen toelaten.

3.1.8.2 Drempels in de afbouw van z-BZD

De afwezigheid van een communicatiekanaal tussen arts en apotheker wordt ook weerspiegeld in de antwoorden op de vraag 'welke drempels denkt u/heeft u ervaren in de afbouw van z-BZD?' (Tabel 7).

Tabel 7 Ervaren drempels van de zorgverleners onmiddellijk na het MFO (nameting) en 6 maanden later (postmeting).

Welke drempels denkt u te ervaren/heeft u ondervonden in de afbouw van z-BZD? Duid 1 of meerdere antwoorden aan of vul aan.		
ARTSEN	**Nameting (n = 13)**	**Postmeting (n = 9)**
Tijdgebrek	12 (92,3%)	8 (88,9%)
Afwezigheid van communicatiekanaal tussen artsen en apothekers	5 (38,5%)	3 (33,3%)
Administratieve last	8 (61,5%)	5 (55,6%)
APOTHEKERS	**Nameting (n=13)**	**Postmeting (n=8)**
Tijdgebrek	9 (69,2%)	5 (62,5%)
Afwezigheid van communicatiekanaal tussen artsen en apothekers	4 (30,8%)	2 (25,0%)
Administratieve last	6 (46,2%)	2 (25,0%)

Uit Tabel 7 blijkt dat er weinig evolutie is in bovenstaande drempels. Het MFO alleen biedt dus geen antwoord op het ervaren tijdgebrek, de afwezigheid van een communicatiekanaal tussen de zorgverleners en de administratieve last van de zorgverleners die deelnamen aan het MFO. De deelnemende zorgverleners konden in een open vraag in de postmeting nog extra drempels aanvullen in de afbouw van z-BZD's. Eén enkele arts gaf hierbij aan de afspraken van het MFO niet te hebben onthouden. Een andere arts noteerde een weerstand van de patiënt tegenover de afbouw te ervaren. De patiëntenpopulatie van deze arts is waarschijnlijk nog niet voldoende gemotiveerd om hun z-BZD gebruik te veranderen. Die patiënten zullen dus eerst voldoende geïnformeerd en gemotiveerd moeten worden, alvorens de afbouwfase in te zetten.

3.1.9 Besluiten, afspraken en drempels die voortvloeiden uit elk MFO apart

Het organiseren van MFO op zich kan dus al een antwoord bieden op een aantal determinanten uit de visgraatanalyse: bewustwording van en aandacht vestigen op het probleem, kennis inwinnen omtrent afbouw bij de betrokken zorgverleners en samenwerking rondom het thema verhogen. Artsen en apothekers krijgen op het MFO de mogelijkheid om over de verschillende determinanten na te denken, in debat te gaan en afspraken op lokaal niveau te maken. Deze afspraken werden neergeschreven door de moderator, Inge Huysentruyt, en weergegeven in Tabel 8.

Tabel 8 Besluiten, afspraken en drempels zoals genoteerd door de moderator na ieder MFO te Bredene, Gistel en Knokke-Heist. (GFD = Globaal Farmaceutisch Dossier, z-BZD= benzodiazpines en z-drugs)

	MFO Bredene	MFO Gistel	MFO Knokke-Heist
BESLUITEN			
Hoe kunnen we nieuwe chronische gebruikers vermijden?	Door niet op te starten met een z-BZD.	Correct gebruik z-BZD: Niet opstarten bij chronische problemen.	Educatie van de patiënt: goede uitleg geven over 'wat is slaap, goede slaaphygiëne…'
	De aanwezige huisartsen werken via cognitieve gedragstherapie als er slaapproblemen zijn.	Patiënten worden actief geïnformeerd en gemotiveerd tot afbouw.	Indien een z-BZD moet voorgeschreven worden, dan is dit enkel voor kortdurend gebruik.
	Als er toch wordt aangedrongen om een pilletje te krijgen (zoals vb. bij examenstress): via magistraal voorschrift de 'kalmerende gelulen TMF'.	Dezelfde informatiebrochures bij arts en apotheker.	Huisartsen zullen steeds een kleine verpakking voorschrijven en de apothekers zorgen dat ze deze in voorraad hebben.
			De apotheker zal bij een 1ste z-BZD voorschrift proberen de patiënt te overtuigen het toch niet op te starten.
Herhaalvoorschriften - Wat als je opmerkt dat de patiënt meer z-BZD gebruikt?	Het GFD wordt door de apothekers steeds geraadpleegd. Wanneer er meer wordt gebruikt dan de voorgeschreven dosis, wordt er een gesprek gevoerd met de patiënt. Indien geen juiste reden kan worden gegeven, wordt het voorschrift niet uitgevoerd.		Wanneer er z-BZD gebruik is, kan er gepolst worden naar mate van overmatig z-BZD gebruik.
- Wat te doen bij valincidenten?	Wanneer de patiënt het zelf komt vertellen, dan is dat het uitgelezen moment om over z-BZD gebruik te spreken.	Valincidenten kunnen ook door de apotheker worden opgemerkt. Het is belangrijk de patiënt door te verwijzen naar de huisarts indien wordt gedacht aan een link met z-BZD gebruik.	De apothekers bevragen interesse tot afbouw. De apotheker brengt de huisarts hiervan op de hoogte.
Patiënt vraagt zelf om af te bouwen:	Het contract voor magistrale afbouw wordt voorgesteld aan de patiënt: Het eerste voorstel is om te kiezen voor het kortste afbouwschema: 5 stappenplan en om de 10 dagen de dosis verlagen met 10%.	Afbouw wordt zoveel mogelijk via het contract gedaan. Dit wordt best aangepast aan de patiënt, met een schema dat haalbaar is voor de patiënt.	Het 1ste voorstel is om te kiezen voor een afbouwschema in 7 stappen en per 20 dagen. Indien dit wat moeilijker of gemakkelijker verloopt, kan er dan nog overgegaan worden naar 30 dagen of 10 dagen.
	Eenmaal het afbouwprogramma gestart: begeleiding door de apotheker. Enkel bij	Apothekers kunnen een actieve rol spelen in het motiveren van de patiënt tot afbouw.	Wanneer patiënt aangeeft dat het toch niet zo gemakkelijk verloopt of ze een moeilijke

	problemen wordt de patiënt doorverwezen naar de huisarts.		periode doormaakt, wordt er afgesproken om een stabilisatiestap in te bouwen.
		Apothekers verwijzen de patiënt ook naar de huisarts indien er vraag naar afbouw komt.	Eventueel 5mg melatonine op te starten of iets bijgeven op basis van valeriaan.
AFSPRAKEN			
Opstart - Tijdsindicatie:	Bij een eerste uitgifte van een z-BZD herhalen de apothekers de boodschap die de huisartsen gegeven hebben: Er wordt geen tweede doosje zomaar voorgeschreven/meegegeven.	Huisartsen schrijven de duur van z-BZD gebruik op het voorschrift.	Het aantal dagen dat z-BZD moet worden genomen staat duidelijk vermeld op het voorschrift (consensus: max 7 dagen). De volledige doos (kleine) mag worden meegeven.
		Apothekers zorgen dat er zeker altijd kleine verpakkingen in voorraad zijn.	De apotheker zal bij het zien van een eerste z-BZD voorschrift proberen de patiënt te overtuigen het toch niet op te starten.
			Huisartsen zullen steeds een kleine verpakking voorschrijven en de apothekers zorgen dat ze deze in voorraad hebben.
Gebruik z-BZD - Bijwerkingen actief opzoeken en bevragen:	Wanneer een patiënt iets komt halen in de apotheek tegen hematomen na een valincident, controleren de apothekers de medicatielijst.	Bij valincidenten die bij de apotheek worden opgemerkt, wordt de patiënt doorverwezen naar de huisarts.	Bij chronisch z-BZD gebruik met valincidenten, brengt de apotheker ook de huisarts hiervan op de hoogte.
Gebruik z-BZD - Educatie:	Minimaal 1 keer per jaar worden de GMD's bekeken op z-BZD gebruik. Dit wordt genoteerd in het dossier en bij de volgende consultatie wordt hiervoor wat tijd voorzien om het bespreekbaar te maken.	Artsen en apothekers verstrekken dezelfde informatie. Hierbij wordt gewerkt met de "Sssst hoe slaap jij 's nachts" folders.	Huisartsen werken met dezelfde patiëntenfolder als de apothekers.
	Huisartsen en apothekers gaan actief werken met dezelfde educatieve folders. Zo wordt ook dezelfde boodschap gegeven aan de patiënten: • "Sssst hoe slaap jij 's nachts" te bestellen bij kristien.couteur@kuleuven.be • slaapfolder UGent via link https://www.uzgent.be/patient/zoek-een- arts-of-dienst/slaapkliniek/folders-slaapkliniek	Huisartsen schrijven patiënten aan met een stopbrief. Er worden aparte afspraken voorzien voor het afbouwen van benzodiazepines, zo kan voldoende tijd worden voorzien.	Wanneer de apotheker de patiënt toch kan overtuigen om geen z-BZD te nemen, brengt de apotheker de huisarts op de hoogte.
		Apothekers zullen sensibiliseren en zo veel mogelijk motiveren en verwijzen naar de huisarts.	

Afbouw - Gebruik van contract:	Het contract van afbouw z-BZD zal worden doorgemaild naar de huisarts na toestemming van de patiënt (platform Helena, Siilo of mail na toestemming van patiënt).	Wie voor afbouw openstaat, kan worden geïncludeerd in het project waarbij met contract wordt gewerkt.	/
	Alle aanwezig huisartsen engageren zich om bij minimum 2 patiënten een afbouwprogramma via het contract op te starten.		
AFSPRAKEN			
Algemene drempels	Het zou handig zijn mochten de huisartsen ook **toegang hebben tot het GFD**.	Wie voor afbouw openstaat, kan worden geïncludeerd in het project waarbij met contract wordt gewerkt.	Kleine verpakkingen zijn vaak niet voorradig in de apotheek. Vaak wordt dan toch een grotere verpakking meegegeven. Van sommige soorten z-BZD bestaat geen kleine verpakking.
			Er worden nog te vaak z-BZD voorgeschreven vanuit het ziekenhuis. Dit blijft vaak in de medicatielijst staan na ontslag, waarna hier onvoldoende aandacht aan wordt besteed.
Drempels van het contract voor magistrale afbouw:	Geen consensus over snelheid van afbouwen. Na discussie kwam er naar boven dat de keuze van het afbouwprogramma heel erg afhangt van de patiënt zelf. Een ander schema dan de 1e keuze kan nodig zijn. Is de patiënt angstig voor bijwerkingen? Hoe is de gezinssituatie? Wat is de voorgeschiedenis?	Er komt veel papierwerk kijken bij het contract. Ook is het contract op dit moment niet gebruiksvriendelijk. Het neemt zowel voor apotheker als arts veel tijd in beslag om het in te vullen.	/
	Verder vinden de artsen en apothekers dat er heel wat papierwerk bij komt kijken. Het is een afremmende factor dat er maar per 2 voorschriften mag worden voorgeschreven.	Het 'dwingende' karakter van het contract kan enerzijds motiverend werken maar anderzijds uiten de deelnemers dat ze vrezen dat dit ook heel wat patiënten kan afschrikken.	
	Dat er een voorschrift moet bij het begin (keuze afbouwprogramma door de huisarts) is goed, maar dat de patiënt bij het verder verloop steeds opnieuw naar de huisarts op consultatie moet gaan, vinden ze te veel. Dit zal volgens de deelnemende zorgverleners trouwens ook een belemmerende factor zijn voor de patiënt.		

Wanneer we de gemaakte afspraken per MFO vergelijken met elkaar, kunnen we een aantal opvallende zaken concluderen (Tabel 8). Behoudens enkele kleine verschillen, werden in de 3 MFO's gelijkaardige afspraken gemaakt tussen de deelnemende zorgverleners. Vermoedelijk heeft de begeleidende functie van moderator Inge Huysentruyt tijdens het debat hier een rol in.

Er werden in de visgraatanalyse reeds een aantal determinanten van chronisch z-BZD gebruik door de deelnemende artsen van de huisartsenpraktijken van de HAIO's bij artsen zelf gelegd: zo werd opgemerkt dat er regelmatig meerdere voorschriften voor een z-BZD in 1 keer worden gemaakt. Ook werd er volgens de artsen weinig aandacht besteed aan de duur van inname en werd het voorschrift gemakkelijk (soms telefonisch) verlengd. Bij alle 3 de MFO's werden dan ook afspraken gemaakt rond hoelang z-BZD voorgeschreven kunnen worden (zie Tabel 8). In Bredene en Knokke-Heist werd bovendien afgesproken dat de apothekers de maximale duur van inname nog eens dienen te herhalen op het moment van afgifte.

Vervolgens zijn een aantal determinanten van chronisch z-BZD gebruik op het niveau van de apothekers duidelijk aan bod gekomen in de 3 MFO's. De deelnemende artsen die de visgraatanalyse samenstelden hadden de indruk dat er vaak geen kleine verpakkingen voorradig zijn van z-BZD in de apotheken in hun regio. Daarenboven werd opgemerkt dat patiënten soms een doosje z-BZD meekregen zonder voorschrift. Er werd in Gistel en Knokke-Heist dan ook de afspraak gemaakt dat er kleine verpakkingen zullen voorradig zijn en dat ze geen z-BZD meegeven zonder voorschrift. Verder hadden de artsen in de visgraatanalyse aangegeven dat ze de indruk hebben dat de patiënten mogelijk niet worden aangesproken op hun z-BZD gebruik door de apothekers. Aldus werd in de 3 regio's afgesproken dat ook apothekers actief zullen sensibiliseren. Apothekers gaan sinds het MFO aan de slag met infobrochures om de patiënten te informeren over hun z-BZD gebruik. De artsen en apothekers van de 3 MFO's zullen hiervoor werken met dezelfde folders. De "Sssst hoe slaap jij 's nachts" folders werden namelijk als voorbeeld gesteld door de HAIO's van dit kwaliteitsverbeterproject. Ook kan de apotheker een rol spelen door het opmerken van bijvoorbeeld valincidenten en deze patiënten doorsturen naar de huisarts in Gistel of de patiënt hierop aan te spreken en de mogelijke bijwerkingen van z-BZD te vermelden in Bredene.

Het contract voor magistrale afbouw als mogelijke tool in de afbouw van z-BZD werd in 3 MFO's besproken. Er kwam een algemene consensus dat het contract dient aangepast te worden aan de noden van een individuele patiënt en er dus geen vast schema kan vooropgesteld worden. Vanuit Bredene en Gistel kwam er een kritische blik op het contract: het zorgt voor een extra administratieve last. Bovendien vinden de deelnemende zorgverleners in Bredene dat eenmaal het contract is opgestart bij de huisarts, de opvolging ervan met de verschillende stappen eigenlijk door de apotheker

zou kunnen gebeuren. Hierbij zou enkel bij problemen de huisarts terug moeten gecontacteerd worden.

Daarnaast gaven de artsen reeds bij de probleemanalyse aan dat er weinig tot geen overleg mogelijk is tussen de apothekers en artsen. Het viel hen op dat er geen effectief communicatiekanaal is tussen de huisartsen en apothekers. Opvallend is dat er hier amper afspraken over gemaakt zijn op de MFO's. Enkel in Bredene werd afgesproken dat het contract door de apotheker naar de huisarts wordt doorgestuurd via het platform 'Helena', 'Siilo' of via mail na toestemming van de patiënt. Deze afspraak beperkt zich enkel tot communicatie om het contract te bezorgen aan de huisarts en is weinig concreet. Ook kan worden opgemerkt dat het versturen van patiëntgerelateerde informatie via e-mail niet conform de GDPR-wetgeving is, ook al geeft de patiënt hier toestemming voor. Als mogelijke oplossing kwam in Bredene naar voren dat er een gedeeld GFD zou moeten zijn.

Ook op organisatorisch vlak werden er enkele afspraken gemaakt. Nochtans vonden de artsen die de visgraatanalyse opstelden, dat er te weinig actieve interventies gedaan worden om het overmatig z-BZD gebruik aan te pakken op praktijkniveau. In het MFO te Bredene werd wel afgesproken dat de huisartsen eenmaal per jaar de GMD's screenen op een z-BZD en dit noteren in het dossier. Zo kan bij de volgende consultatie tijd worden voorzien om dit te bespreken. In Gistel werd dan weer afgesproken om een stopbrief te versturen naar patiënten met een z-BZD in de medicatielijst.

Er werden in de 3 MFO's dus gelijkaardige afspraken gemaakt met betrekking tot verschillende determinanten van chronisch z-BZD gebruik genoteerd in de visgraatanalyse: op het niveau van de artsen en apothekers, op organisatorisch vlak en enkel in Bredene op communicatief vlak.

3.1.10 Perceptie van de zorgverleners over de gemaakte afspraken op de MFO's

Onmiddellijk na het MFO werd bij de 3 MFO's gepeild naar de meningen van de zorgverleners over de gemaakte afspraken op het MFO. In de vraag 'de gemaakte afspraken beschouw ik als' werd aan de hand van een likertschaal de zinvolheid en haalbaarheid van de gemaakte afspraken bevraagd. Vervolgens werd in een open vraag om een verklarend antwoord verzocht. In de postmeting 6 maanden later werd enkel de zinvolheid opnieuw via een likertschaal bevraagd. In een open vraag konden de deelnemers in de postmeting hun mening omtrent zinvolheid en haalbaarheid van de gemaakte afspraken verduidelijken. We bekijken de percepties van de deelnemende zorgverleners opgesplitst per MFO.

3.1.10.1 MFO Bredene

Alle zorgverleners die deelnamen aan het MFO te Bredene, vonden de gemaakte afspraken op dit MFO onmiddellijk nadien eerder zinvol en haalbaar (Tabel 9). Een van de artsen gaf als verklaring aan dat het MFO praktisch in elkaar stak, waardoor goede afspraken konden worden gemaakt. Een andere arts beaamde dat de gemaakte afspraken zeer nuttig zijn. De apothekers gaven geen verklaring in de nameting.

Hoewel er onmiddellijk na het MFO geen drempels over de gemaakte afspraken konden bedacht worden door de deelnemende artsen en apothekers, blijkt 6 maanden nadien dat er toch wat opmerkingen gekomen zijn. Een van de 3 artsen die de postmeting invulde, staat nu neutraal tegenover de zinvolheid van de afspraken aangezien die afspraken toch omslachtig bleken voor haar. Ook 1 van de 2 apothekers die de postmeting vragenlijst had ingevuld, gaf aan niet steeds tijd te hebben om uitgebreid in te gaan op het chronisch z-BZD gebruik van een patiënt. Toch vindt de andere apotheker dat het nu eenvoudiger is om de afbouw van z-BZD ter sprake te brengen met de huisarts en patiënt.

Tabel 9 Perceptie van de zorgverleners uit Bredene over de gemaakte afspraken onmiddellijk na het MFO (nameting) en 6 maanden nadien (postmeting).

De gemaakte afspraken beschouw ik als: Duid aan wat van toepassing is.						
ZINVOL	**Helemaal niet zinvol**	**Eerder niet zinvol**	**Neutraal**	**Eerder zinvol**	**Helemaal zinvol**	Niet aangeduid
Artsen						
Nameting (n=7)	0	0	0	7 (100%)	0	0
Postmeting (n=3)	0	0	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0	0
Apothekers						
Nameting (n=4)	0	0	0	4 (100%)	0	0
Postmeting (n=2)	0	0	0	2 (100%)	0	0
HAALBAAR	**Helemaal niet haalbaar**	**Eerder niet haalbaar**	**Neutraal**	**Eerder haalbaar**	**Helemaal haalbaar**	Niet aangeduid
Artsen nameting (n=7)	0	0	0	7 (100%)	0	0
Apothekers nameting (n=4)	0	0	0	4 (100%)	0	0

3.1.10.2 MFO Gistel

Onmiddellijk na het MFO werden de afspraken in Gistel door alle deelnemende zorgverleners als zinvol en haalbaar beschouwd (Tabel 10). Opvallend is dat de artsen in Gistel onmiddellijk na het MFO al wat kritischer tegenover de afspraken staan ten opzichte van de artsen in Bredene. Nochtans zijn er zoals eerder beschreven slecht kleine verschillen waargenomen in de gemaakte afspraken tussen deze MFO's. Een van de 4 artsen geeft aan dat hij graag wilt evalueren of de afspraken na verloop van tijd nog zullen nagevolgd worden en haalbaar blijken. Twee andere artsen hebben een vermoeden dat de gemaakte afspraken tijdsintensief zijn maar wel haalbaar kunnen zijn. De apothekers hebben geen verdere verklaring voor hun standpunt gegeven onmiddellijk na het MFO.

In de postmeting blijft het standpunt van de zorgverleners gelijkaardig. Een van de artsen vindt vooral de extra bewustmaking die voortvloeit uit het maken van deze afspraken positief. Er wordt sinds het MFO volgens die arts extra nagedacht vooraleer een z-BZD herhaalvoorschrift afgeleverd wordt. Net zoals in de nameting vermeldde 1 van deze 3 artsen dat het gebruik van het contract wel tijdsintensief en omslachtig blijkt. De vierde arts staat neutraal ten opzichte van de afspraken omwille van het tijdsintensieve karakter ervan. Specifiek denkt hij dat het gebruik van het contract extra consultatietijd zal vergen. Deze bedenking kwam 6 maanden eerder nog niet naar boven bij deze arts. De 2 apothekers die de postmeting invulden merken reeds initiatieven op met het contract en merken dat dit positief werkt voor de motivatie van de patiënt.

Tabel 10 Perceptie van de zorgverleners uit Gistel over de gemaakte afspraken onmiddellijk na het MFO (nameting) en 6 maanden nadien (postmeting).

De gemaakte afspraken beschouw ik als: Duid aan wat van toepassing is.						
ZINVOL	**Helemaal niet zinvol**	**Eerder niet zinvol**	**Neutraal**	**Eerder zinvol**	**Helemaal zinvol**	Niet aangeduid
Artsen						
Nameting (n=4)	0	0	0	4 (100%)	0	0
Postmeting (n=4)	0	0	1 (25%)	3 (75%)	0	0
Apothekers						
Nameting (n=5)	0	0	0	5 (100%)	0	0
Postmeting (n=2)	0	0	0	2 (100%)	0	0
HAALBAAR	**Helemaal niet haalbaar**	**Eerder niet haalbaar**	**Neutraal**	**Eerder haalbaar**	**Helemaal haalbaar**	Niet aangeduid
Artsen nameting (n=4)	0	0	0	4 (100%)	0	0
Apothekers nameting (n=5)	0	0	0	5 (100%)	0	0

3.1.10.3 MFO Knokke-Heist

Ook in Knokke-Heist vonden alle deelnemende zorgverleners de gemaakte afspraken eerder zinvol. De 2 artsen vonden de afspraken bovendien ook haalbaar (Tabel 11). Bij een van de artsen heerst er echter wel onmiddellijk schrik dat er meer consultatietijd mee gepaard zou gaan. Verschillend met de 2 andere MFO's, is dat hier 1 van de 4 apothekers aangaf dat niet alle afspraken even haalbaar lijken. Hier werd echter ook geen verklarende reden voor gegeven.

De arts die de afspraken in de postmeting nog steeds eerder zinvol vond, gaf wel aan te ondervinden dat het concept van een contract de patiënten toch wat afschrikt. De andere arts verklaart zijn neutrale houding doordat er simpelweg te veel tijd kruipt in het uitvoeren van afspraken. Van de 5 deelnemende apothekers vulden er 4 de postmeting in. De apotheker die de nameting niet invulde, was niet dezelfde apotheker die de postmeting niet invulde. De apothekers waren in de postmeting wel enthousiaster dan de artsen over de gemaakte afspraken. De apotheker die initieel twijfelde over

de haalbaarheid, geeft zelfs aan dat dit in de praktijk veel beter te doen blijkt dan verwacht. Een andere apotheker spreekt dit dan weer tegen en vindt het toepassen van de afspraken in de praktijk niet altijd makkelijk, zeker omdat de patiënt vaak geen tijd heeft of wil maken om het chronisch z-BZD gebruik te bespreken. Het probleem van tijdgebrek wordt door hem dus eerder bij de patiënt gesitueerd en niet zozeer bij de apotheker. De derde apotheker vindt dat het voor de apothekers zelf veel tijd vraagt, maar is van mening dat elke geslaagde afbouw het wel waard is. De laatste apotheker vertelt dat het toepassen van het contract allemaal niet zoveel inhoudt, maar dat het wel nog eens bovenop de hoge werkdruk komt.

Tabel 11 Perceptie van de zorgverleners uit Knokke-Heist over de gemaakte afspraken onmiddellijk na het MFO (nameting) en 6 maanden nadien (postmeting).

De gemaakte afspraken beschouw ik als: Duid aan wat van toepassing is.						
ZINVOL	**Helemaal niet zinvol**	**Eerder niet zinvol**	**Neutraal**	**Eerder zinvol**	**Helemaal zinvol**	Niet aangeduid
Artsen						
Nameting (n=2)	0	0	0	2 (100%)	0	0
Postmeting (n=2)	0	0	1 (50%)	1 (50%)	0	0
Apothekers						
Nameting (n=5)	0	0	0	4 (100%)	0	1
Postmeting (n=5)	0	0	0	4 (100%)	0	1
HAALBAAR	**Helemaal niet haalbaar**	**Eerder niet haalbaar**	**Neutraal**	**Eerder haalbaar**	**Helemaal haalbaar**	Niet aangeduid
Artsen nameting (n=2)	0	0	0	2 (100%)	0	0
Apothekers nameting (n=5)	0	1 (25%)	0	3 (75%)	0	1

3.1.11 Magistrale bereiding in de afbouw van z-BZD: met en zonder contract.

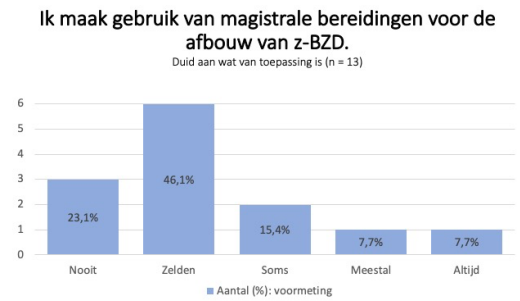
In het voorgaande stuk werd het organiseren van een MFO zelf en de gemaakte afspraken op het MFO uitgelicht. Binnen de afspraken ging het in de 3 MFO's onder andere over het afbouwen van een z-BZD via een magistrale bereiding met of zonder contract. Chronisch z-BZD gebruik wordt het best gradueel afgebouwd, zoals eerder besproken (31). Een magistrale bereiding, met of zonder contract, kan hierop een antwoord bieden. Deze 2 tools werden in de inleiding van de 3 MFO's door moderator Inge Huysentruyt daarom uitgebreid uitgelicht, naast de reeds bestaande tools in de afbouw van z-BZD zoals neergeschreven in het hoofdstuk 'Hoe chronisch z-BZD gebruik afbouwen?'. De derde doelstelling van het MFO om het contract voor magistrale afbouw te introduceren als tool in de afbouw van z-BZD is sowieso al behaald dankzij de inleiding van de moderator.

Per MFO trachtten de deelnemende artsen en apothekers vervolgens afspraken te maken omtrent de implementatie van deze 2 manieren van aanpak in de afbouw van z-BZD. Er wordt hieronder gekeken

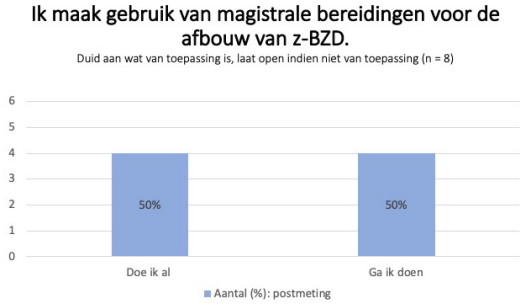
hoe de implementatie van deze 2 tools na het MFO verlopen is. Resultaten worden weergegeven van de 3 MFO's samen.

3.1.11.1 Gebruik van een magistrale bereiding zonder contract in de afbouw van z-BZD

Het gebruik van een magistrale bereiding in de afbouw van z-BZD werd op 2 momenten in de vragenlijsten bevraagd bij de **artsen**. Een eerste keer voor het MFO (Figuur 4) en de volgende keer tijdens de postmeting, 6 maanden na afloop van het MFO (Figuur 5).



Figuur 4 Gebruik van magistrale bereiding zonder contract in de afbouw van z-BZD bij artsen uit de 3 MFO's in de voormeting (net voor het MFO).



Figuur 5 Gebruik van magistrale bereiding zonder contract in de afbouw van z-BZD bij artsen uit de 3 MFO's in de postmeting (6 maanden na het MFO).

Afbouw via een magistrale bereiding is een strategie die door de deelnemende artsen over het algemeen relatief weinig wordt gebruikt (Figuur 4). Zes maanden na deelname aan het MFO is het gebruik van de magistrale bereiding percentueel toegenomen (Figuur 5).

Ook de deelnemende **apothekers** merkten een toename in het gebruik van een magistrale bereiding in de afbouw van z-BZD. Onmiddellijk na afloop van het MFO, werd een magistrale bereiding door slechts 1 van de 13 apothekers gebruikt in de afbouw van z-BZD. In de postmeting is het gebruik toegenomen naar 5 van de 7 apothekers die deze vraag hadden ingevuld, de overige 2 apothekers gaven bovendien aan deze tool in de toekomst zeker te willen gebruiken.

Tabel 12 Evolutie in de perceptie van de artsen en apothekers over het gebruik van een magistrale bereiding zonder contract in de afbouw van z-BZD, gemeten onmiddellijk na het MFO (nameting) en 6 maanden na het MFO (postmeting). Resultaten weergegeven van de 3 MFO's samen.

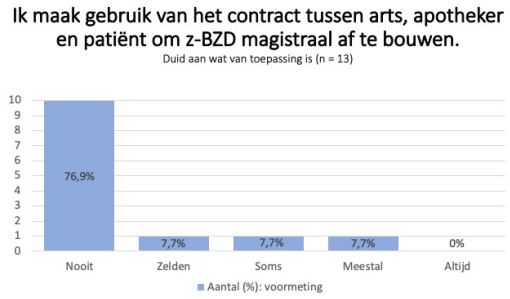
Magistrale bereiding zonder contract beschouw ik als bruikbaar: Duid aan wat van toepassing is.					
	Helemaal niet akkoord	**Eerder niet akkoord**	**Neutraal**	**Eerder akkoord**	**Helemaal akkoord**
Artsen					
Nameting (n=12)			3 (25,0%)	6 (50,0%)	3 (25,0%)
Postmeting (n=9)		1 (11,1%)	1 (11,1%)	4 (44,4%)	3 (33,3%)
Apothekers					
Nameting (n=13)			2 (15,4%)	7 (53,8%)	4 (30,8%)
Postmeting (n=8)		2 (25,0%)	2 (25,0%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)

Het gebruik van een magistrale bereiding werd in de MFO's uitgelicht als tool in de afbouw van z-BZD door de moderator. Bij de artsen bleef het gebruik van magistrale bereiding in absolute cijfers

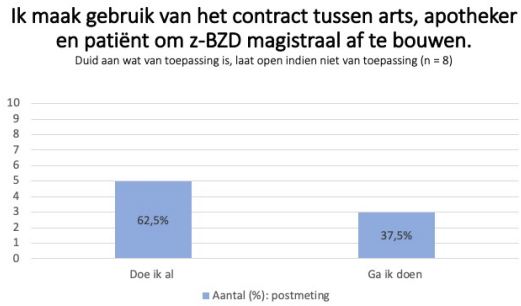
nagenoeg stabiel over de 6 maanden heen. Procentueel werd er toch een stijging in het gebruik opgemerkt. In ieder geval stonden 6 maanden na het MFO de deelnemende artsen wel open voor het toepassen van deze tool in de toekomst. De apothekers merkten een stijging op in het gebruik van de tool gemeten voor en 6 maanden na afloop van het MFO. De deelnemende artsen en apothekers gaven bij afronding van het MFO over het algemeen aan dat het gebruik van een magistrale bereiding zonder contract een bruikbare tool is in de afbouw van z-BZD. Deze meningen veranderden weinig 6 maanden na het MFO (Tabel 12).

3.1.11.2 Gebruik van het contract voor magistrale bereiding in afbouw van z-BZD (voor MFO – 6m na MFO)

Tijdens de voormeting en de postmeting werd er vervolgens bij de **artsen** gepeild naar het gebruik van het contract voor magistrale afbouw. Voor de start van het MFO maakten weinig artsen gebruik van het contract voor magistrale afbouw, namelijk 11 van de 13 (84,6%) artsen gebruikten het contract zelden of nooit (Figuur 6). Nochtans gaven de meeste deelnemende artsen en apothekers onmiddellijk na het MFO aan dat het gebruik van het contract voor magistrale bereiding een bruikbare tool is in de afbouw van z-BZD (Tabel 13).



Figuur 6 Gebruik van magistrale afbouw met contract bij artsen in de voormeting.



Figuur 7 Gebruik van magistrale afbouw met contract bij de artsen in de postmeting.

Zes maanden later maakten 5 van de 9 artsen die de postmeting vragenlijst ingevuld hadden, gebruik van het contract (Figuur 7). Opvallend is dat 1 arts die voordien wel gebruik maakte van het contract, teruggekeerd is op haar stappen en vindt dat het contract te omslachtig is om te gebruiken. Deze arts maakt wel nog gebruik van een magistrale bereiding zonder contract in de afbouw van z-BZD. Vervolgens is een van deze 5 artsen het contract blijven gebruiken en ze vindt bovendien dat het gebruiksgemak van deze tool is toegenomen dankzij de informatie op het MFO. Het MFO heeft dus 4 extra artsen ertoe gezet om het contract voor magistrale afbouw te gaan gebruiken. Eén van deze artsen geeft aan dat het contract zorgt voor een bindend karakter waardoor enkel gemotiveerde patiënten de verbintenis aangaan. Een andere arts gaf aan dat het contract ervoor zorgt dat er meer bewustmaking van het probleem is. Echter, bij het gebruik van het contract gaven artsen enkele drempels aan: 2 artsen ervaarden dat het gebruik van het contract omslachtig en tijdsintensief is. Drie

van de 5 artsen die gebruik maken van het contract vinden verder dat er nood is aan een beter communicatiekanaal tussen arts en apotheker. Een arts geeft als mogelijke oplossing de digitalisering van het contract aan.

Vervolgens geven 3 van de 4 artsen die het contract niet gebruiken eveneens tijdgebrek aan als belangrijkste drempel. De vierde arts die het contract niet gebruikt, vindt het gebruik van deze tool wel haalbaar maar kreeg tot nu toe haar patiënten niet gemotiveerd om een contract op te starten. Zij heeft het gevoel dat het contract op zich de drempel verhoogt voor de patiënten. De evolutie naar deze eerder kritische houding van de artsen 6 maanden na het MFO is ook terug te vinden in de antwoorden op de vraagstelling 'Vindt u het contract voor magistrale afbouw bruikbaar?' (Tabel 13).

De **apothekers** blijven op bovenstaande vraag eerder positief over het gebruik van deze tool in de afbouw van z-BZD (Tabel 13). Zij merkten bovendien een toename in het gebruik van het contract voor magistrale afbouw op. In de nameting werd een magistrale bereiding door 3 van de 13 apothekers gebruikt. In de postmeting is het gebruik toegenomen naar 6 van de 7 apothekers die deze vraag hadden ingevuld. Toch haalden ook de apothekers zowel positieve als negatieve punten aan in verband met het gebruik van deze tool: 5 apothekers merkten meer motivatie bij de patiënten eens ze in het contract stappen. Ook merkte een apotheker op dat het contract de patiënt het gevoel heeft er niet alleen voor te staan. Als laatste positieve element aan het contract merken 2 apothekers op dat deze tool voor een nauwere opvolging van de patiënten zorgt en dus meer controle biedt. Volgende valkuilen in het gebruik van het contract worden aangehaald door de apothekers die gebruik maken van deze tool: een apotheker haalt tijdgebrek en te lage vergoeding voor de apotheker aan. Twee apothekers merken een moeizame communicatie op met de huisartsen, voornamelijk bij artsen die niet aanwezig waren op het MFO. Door 2 apothekers werden er ook op patiëntenniveau moeilijkheden ervaren: een apotheker had het gevoel dat de patiënten zich 'op het matje geroepen' voelen en een andere apotheker merkte op dat de eerste stap van het contract, namelijk het innemen van de magistrale gelules aan 100% van gebruikelijke dosis van de patiënt, de moeilijkste lijkt en vindt dat deze zou mogen overgeslagen worden.

Als conclusie kan dus gesteld worden dat het contract meer lijkt gebruikt te worden na het MFO door zowel artsen en apothekers. Na 6 maanden ervaring met het contract, lijkt de kritische kijk van de zorgverleners toe te nemen en komen verschillende barrières naar boven. De zorgverleners gaven, naast positieve punten, ook enkele belemmeringen aan bij het gebruik van het contract: tijdgebrek en administratieve last maar ook moeilijke motivatie van patiënten en de blijvende afwezigheid van een goed communicatiekanaal werden vernoemd.

Tabel 13 Evolutie in de perceptie van de artsen en apothekers over het gebruik van een magistrale bereiding met een contract in de afbouw van z-BZD, gemeten onmiddellijk na het MFO (nameting) en 6 maanden na het MFO (postmeting).

Contract voor magistrale afbouw als bruikbaar: Duid aan wat van toepassing is.					
	Helemaal niet akkoord	**Eerder niet akkoord**	**Neutraal**	**Eerder akkoord**	**Helemaal akkoord**
ARTSEN					
Nameting (n=12)			1 (8,3%)	9 (75,0%)	2 (16,7%)
Postmeting (n=9)	1 (11,1%)	2 (22,2%)		5 (55,6%)	1 (11,1%)
APOTHEKERS					
Nameting (n=13)			2 (15,4%)	3 (23,1%)	8 (61,5%)
Postmeting (n=8)			2 (25,0%)	4 (50,0%)	2 (25,0%)

Tenslotte werd er in de postmeting aan de artsen en apothekers gevraagd of het invoeren van het contract voor magistrale afbouw een positieve invloed heeft gehad op de afbouw van z-BZD in hun praktijk (Tabel 14) . Hierover waren de meningen duidelijk verdeeld, zoals ook te verwachten valt uit bovenstaande resultaten. De contracten lopen echter over 1 jaar heen en na 6 maanden kan dus nog geen definitief en duidelijk verschil merkbaar zijn.

Tabel 14 Invloed van het contract voor magistrale bereiding in de afbouw van z-BZD. Perceptie van de artsen en apothekers 6 maanden na het MFO. (z-BZD = z-drugs en benzodiazepines)

Contract voor magistrale afbouw: positieve invloed in de afbouw van z-BZD?			
ARTSEN	**Ja**	**Nee**	Vraag niet beantwoord
Postmeting (n = 9)	3	4	2
APOTHEKERS			
Postmeting (n = 8)	3	3	2

3.1.12 Heeft het MFO een impact op het chronisch z-BZD gebruik in de praktijk?

Het MFO kan dus een antwoord bieden op verschillende determinanten die terugkomen in de visgraatanalyse. De belangrijkste invloeden die door de deelnemers werden aangehaald zijn: het verhogen van bewustwording en kennis rond het probleem van chronisch z-BZD en faciliteren van de samenwerking tussen apothekers en huisartsen. Hieronder wordt weergegeven wat de deelnemende zorgverleners op het einde van dit project aangeven dat er is veranderd in hun praktijk.

3.1.12.1 Artsenperspectief

Bij navraag in de deelnemende praktijken van de HAIO's blijken er sinds het MFO heel wat veranderingen, dewelke hieronder worden beschreven.

3.1.12.1.1 Bredene

In de huisartsenpraktijk in Bredene werd door dit verbeterproject het voorschrijven van medicatie per telefoon afgebouwd over een periode van 3 maand tot een bijna volledige stop. Patiënten werden per mail en via een infofiche in de wachtzaal verwittigd dat ze hun medicatie op consultatie zelf moeten vragen voor een periode van 3 tot 6 maanden afhankelijk van de indicatiestelling. Enkel per

uitzondering wordt er op die manier nog telefonisch voorgeschreven. Voor een voorschrift van z-BZD werd de patiënt telkens bij de behandelende arts op consultatie gevraagd.

Vervolgens werd er zoals afgesproken op het MFO gebruik gemaakt van de folders omtrent slaaphygiëne en z-BZD gebruik. Deze werden ter beschikking gesteld in wachtzaal of werden meegegeven op consultatie.

Ook werd er door de artsen contact gelegd met de slaapcoach in de buurt. Ze werden op de hoogte gesteld van groepssessies omtrent slaapproblemen die werden georganiseerd door de slaapcoach. Een affiche werd via mail naar de artsen van praktijk gestuurd en in de wachtzaal opgehangen.

3.1.12.1.2 Gistel

In de praktijk in Gistel werd gekeken naar de mogelijkheid om stopbrieven te versturen naar de patiënten. Dit bleek echter praktisch (nog) niet haalbaar. Er is namelijk zeker niet bij elke patiënt een e-mailadres bekend en niet elke patiënt kan vlot overweg met digitale platformen. Vooral ouderen vormen een belangrijke groep onder de patiënten met z-BZD gebruik. Het versturen van stopbrieven per post heeft een hoog kostenplaatje en zou veel materiaal en tijd vergen, alsook veel tijd. Het meegeven van de stopbrief wanneer de patiënt toevallig op consultatie komt, leek de artsen van de huisartsenpraktijk van de HAIO tot slot niet efficiënt genoeg om de volledige doelpopulatie te bereiken. Volgens hen is dit geen toegevoegde waarde op het gewoon aanspreken van de patiënten tijdens de consultatie, in tegenstelling tot wat beschreven wordt in de literatuur (27, 29).

Verder worden voor z-BZD geen voorschriften meer afgeleverd op telefonisch verzoek. Dit werd op voorhand met de patiënten gecommuniceerd tijdens de consultatie en op de website. Patiënten dienen op consultatie te komen voor het verkrijgen van hun medicatie. Voor medicatie in het kader van chronische pathologie (zoals hypertensie, diabetes…) wordt per uitzondering af en toe nog medicatie voorgeschreven na telefonisch consult.

Ten slotte hebben de artsen folders liggen over slaaphygiëne en z-BZD, op deze manier kunnen deze worden meegegeven tijdens de consultatie. Deze folders liggen op dit moment echter niet in de wachtzaal of aan het onthaal. Het gaat over dezelfde folders die werden voorgesteld op het MFO.

3.1.12.1.3 Knokke-Heist

In de praktijk in Knokke-Heist werden afspraken rond het telefonisch voorschrijven van geneesmiddelen nog eens verduidelijkt. Het doel in de praktijk was al langer om het aantal telefonische contacten terug te dringen voor herhaalvoorschriften. Concreet werd het protocol dat het telesecretariaat moest volgen, aangepast: voor herhaalvoorschriften werd verzocht om een afspraak te maken en voldoende voorschriften te vragen voor 3 tot 6 maand, afhankelijk van de pathologie.

Helemaal geen telefonische contacten voor het voorschrijven van medicatie, bleek in deze praktijk niet haalbaar. Vaak bellen patiënten pas wanneer ze slechts 1 of enkele pillen over hebben, waardoor het moeilijk is om hen op korte termijn een afspraak te geven. Om deze reden werden informatiebrochures over chronisch gebruik van z-BZD meegegeven aan patiënten die herhaalvoorschriften kwamen ophalen. Daarnaast werd er in het medisch programma een snellink gemaakt naar het contract en de te ondernemen stappen om de administratie tot een minimum te beperken. Ten slotte werd opgemerkt dat er sneller contact werd opgenomen door apothekers met de artsen via de gsm. Dit is vermoedelijk het gevolg van het uitwisselen van mobiele telefoonnummers op het MFO. Op die manier kwamen apothekers niet in dezelfde 'wachtrij' terecht als de patiënten. In Knokke-Heist is er dus een toch communicatiemogelijkheid gekomen tussen de deelnemende zorgverleners.

3.1.12.1.4 Schatting z-BZD gebruik

Aan de artsen werd gevraagd een schatting te maken van het percentage patiënten met een z-BZD in hun medicatielijst in de voormeting en 6 maanden later, in de postmeting. De vragen zoals gesteld in de vragenlijsten zijn weergegeven in Tabel 15. De antwoorden werden opgesplitst per MFO en volgens het tijdstip van bevraging.

Tabel 15 Geschatte percentages van de deelnemende artsen over het z-BZD gebruik en het afbouwen van z-BZD bij patiënten in de voormeting (voor het MFO) en de postmeting (6 maanden na het MFO). Weergegeven over de 3 MFO's samen en opgesplitst per MFO. (SD = standaarddeviatie, z-BZD= benzodiazepines en z-drugs)

Geschatte percentage door de artsen (Gemiddelde ± SD)								
	Totaal 3 MFO's		**MFO 1 Bredene**		**MFO 2 Gistel**		**MFO 3 Knokke-Heist**	
Welk percentage van uw patiënten gebruikt momenteel een z-BZD?								
Voormeting	**11,9 ± 7,51**	*n=13*	14,3 ± 3,45	*n=7*	11,3 ± 12,50	*n=4*	5,0 ± 0,00	*n=2*
Postmeting	**7,6 ± 4,33**	*n=9*	8,3 ± 5,77	*n=3*	7,5 ± 5,00	*n=4*	6,5 ± 2,12	*n=2*
Welk percentage van uw patiënten onder z-BZD probeert momenteel af te bouwen?								
Voormeting	**6,9 ± 3,45**	*n=12*	5,5 ± 3,83	*n=6*	7,5 ± 2,89	*n=4*	10,0 ± 0,00	*n=2*
Postmeting	**15,3 ± 13,22**	*n=9*	27,7 ± 15,70	*n=3*	11,3 ± 6,29	*n=4*	5,0 ± 7,07	*n=2*
Welk percentage van de afbouwpogingen zijn succesvol?								
Voormeting	**27,7 ± 18,64**	*n=13*	30,4 ± 17,45	*n=7*	19,3 ± 21,96	*n=4*	35,0 ± 21,21	*n=2*
Postmeting	**27, 6 ± 19,35**	*n=9*	40,0 ± 17,32	*n=3*	14,5 ± 15,15	*n=4*	35,0 ± 21,21	*n=2*
Hoeveel procent van de mensen in afbouw maakt gebruik van het contract?								
Voormeting	**0,4 ± 0,65**	*n=13*	0,6 ± 0,79	*n=7*	0,3 ± 0,50	*n=4*	0,0 ± 0,00	n=2
Postmeting	**21,8 ± 34,38**	*n=9*	11,7 ± 16,07	*n=3*	40,25 ± 45,90	*n=4*	0,0 + 0,00	n=2

Het gemiddelde geschatte percentage z-BZD gebruikers over de 3 MFO's samen bedroeg ongeveer 12% volgens de deelnemende artsen van het MFO in de voormeting. Dit komt in grootteorde overeen met het werkelijke percentages z-BZD gebruik in de verschillende huisartsenpraktijken samen (tabel 2). Echter schatten de artsen in Gistel het z-BZD hoger en de artsen in Knokke-Heist lager in dan in werkelijkheid werd gezien. De cijfers zijn echter niet volledig representatief, aangezien er ook andere artsen dan die uit de deelnemende huisartsenpraktijken deelnamen aan de MFO's. Zes maanden later lijken alle artsen, met uitzondering van de 2 artsen in Knokke-Heist, in te schatten dat het z-BZD gebruik

lager ligt dan voor het MFO. De artsen uit Bredene en Gistel schatten dan ook in dat er 6 maanden na het MFO meer patiënten hun z-BZD proberen af te bouwen. Het geschatte percentage succesvolle afbouwpogingen lijkt in de 3 MFO regio's weinig verschillend voor het MFO en 6 maanden nadien. Een periode van 6 maand is dan ook eerder kort om een effect op lange termijn te kunnen waarnemen. Artsen geven aan dat ze de indruk hebben dat er meer patiënten afbouwen. Dit is op zich al een vooruitgang. De bewustwording en toegenomen kennis voortlopend uit het organiseren van MFO kan hier mogelijk als verklaring voor worden gegeven. Zoals ook vermeld in het hoofdstuk 'Gebruik van het contract voor magistrale bereiding in afbouw van z-BZD (voor MFO – 6m na MFO)' schatten de artsen tot slot correct in dat het gebruik van het contract voor magistrale afbouw is toegenomen 6 maanden na het MFO.

3.1.12.2 Apothekersperspectief

Uit een rapport van de apothekersvereniging 'De Westvlaamse', verkregen van Inge Huysentruyt, blijkt dat er al redelijk wat afbouwtrajecten gestart zijn in de periode van april tot en met september 2023 (Tabel 16).

Tabel 16 Aantal contracten geregistreerd door de deelnemende apothekers in de periode april tot september 2023. Weergegeven over de 3 MFO's samen en per MFO apart.

Aantal (n)	Totaal 3 MFO's	MFO 1 Bredene	MFO 2 Gistel	MFO 3 Knokke-Heist
Deelnemende apothekerszaken	10	3	3	4
Deelnemende apothekers	19	4	5	10
Opgestarte contracten	**42**	**10**	**21**	**11**

Besluit resultaten MFO

We concluderen dat de deelnemende artsen en apothekers eerder weinig ervaring hadden met MFO's, meer specifiek met MFO's omtrent z-BZD gebruik. De zorgverleners vonden hun deelname aan het MFO binnen dit kwaliteitsverbeterproject zinvol.

Uit dit praktijkverbeterproject blijkt dat de organisatie van een MFO een antwoord kan bieden op verschillende determinanten van chronisch z-BZD gebruik uit de visgraatanalyse: eerst en vooral zorgde het uitvoeren van dit praktijkverbeterproject voor **bewustwording en aandacht** voor het probleem bij de deelnemende artsen en apothekers. De artsen van de deelnemende huisartsenpraktijken van de HAIO's wisten dat er een probleem was maar hadden tot nu toe nog geen interventies uitgevoerd. Door de opstart van het praktijkverbeterproject en door het organiseren van het MFO gebeurden er per praktijk al enkele **kleine interventies** zoals het afbouwen van telefonische voorschriften, toename in het gebruik van flyers en een toename in het aanspreken van patiënten tijdens de consultatie. Vervolgens wordt het gebrek aan voldoende **kennis** over de niet-medicamenteuze alternatieven bij artsen en apothekers enerzijds opgevangen door de inleidende

presentatie van de moderator op het MFO en bij patiënten anderzijds door de intentie om aan meer patiënteneducatie te doen (door o.a. gebruik van flyers) bij aflevering van het eerste voorschrift door zowel arts als apotheker. Verder geven de deelnemende zorgverleners aan dat ze sinds het MFO meer **samenwerking** ervaren tussen de zorgverleners die hebben deelgenomen aan het MFO. Een efficiënt communicatiekanaal los van het MFO bestaat echter nog niet. In Bredene werd afgesproken te communiceren via verschillende kanalen (Helena, Siilo en mail) en in Knokke-Heist werden privé telefoonnummers uitgedeeld tijdens het MFO. Tot slot zorgde het MFO ervoor dat er een gezamenlijke aanpak van het complexe probleem van chronisch z-BZD gebruik en de afbouw ervan wordt vooropgesteld. Door deelname aan het MFO hebben de deelnemende zorgverleners de kans gekregen om **op lokaal niveau afspraken** te maken omtrent de afbouw van chronisch z-BZD gebruik. Ook was het MFO de ideale aangelegenheid om het driedelig contract te introduceren en afspraken te maken omtrent de implementatie van dit contract in de praktijk. Deze afspraken werden door de deelnemende zorgverleners grotendeels als zinvol en haalbaar beschouwd.

Het was te verwachten dat een aantal drempels niet volledig weggenomen zijn door het MFO en/of door het invoeren van het contract. Als belangrijke drempels in de afbouw van z-BZD werden in de vragenlijsten, net zoals in de visgraatanalyse en in de literatuur, weerhouden: tijdgebrek, afwezigheid van een goed communicatiekanaal en administratieve last. Als laatste, maar zeker niet onbelangrijk en bovendien geen gemakkelijke opdracht, moet ook de patiënt eerst voldoende geïnformeerd en gemotiveerd zijn om open te staan voor de afbouw van een z-BZD middel.

De afbouw van chronisch z-BZD gebruik is een complexe multidisciplinaire aangelegenheid waarbij een MFO helpend is maar als interventie niet alleen zal kunnen staan. In de discussie wordt hier verder op ingegaan.

4 Discussie

Het probleem van chronisch z-BZD gebruik

Insomnia of slapeloosheid is een zeer vaak voorkomend probleem. Ondanks de richtlijnen die een niet-medicamenteuze aanpak voorop plaatsen, wordt nog te vaak z-BZD voorgeschreven voor chronische slaapproblemen (1-3, 24). Uit de gezondheidsbevragingen van Sciensano en de BELHEALTH studie blijkt inderdaad dat het z-BZD gebruik in België nog steeds te hoog ligt in de periode van 2018 tot en met 2022 (5-7). Meer actuele cijfers vanuit de gezondheidsenquête van 2023 en de HIS-bevraging van 2023 zullen pas in 2025 bekend worden gemaakt.

Door het gebruik van het EPD in de verschillende praktijken kon een schatting gemaakt worden van het gebruik van z-BZD per deelnemende praktijk. Deze cijfers komen ruwweg overeen met de Sciensano gezondheidsbevragingen en de BELHEALTH studie (5-7). Nochtans kan worden bemerkt dat de cijfers uit de praktijk alle patiënten includeren die een z-BZD in de medicatielijst hebben staan. Het is namelijk zo dat insomnia zelden als zorgelement wordt genoteerd en hier dus niet op kon geselecteerd worden. Er kon voorts geen vergelijking worden gemaakt met de cijfers voor de start van het project en 6 maanden na het MFO. De praktijken in Gistel en Bredene ondergingen in die tijd namelijk grote veranderingen. Zo startte in Gistel een extra arts en in Bredene verliet een arts de praktijk en werd hij vervangen door een nieuwe arts. Ook startte een verpleegkundige in deze praktijk om de artsen te ondersteunen. Deze veranderingen brachten een grote evolutie van het aantal GMD's en de patiëntenpopulatie met zich mee, wat de vergelijking moeilijk maakt.

De HAIO's en de artsen in hun respectievelijke praktijken erkennen dat er in hun praktijk een probleem is wat het chronische gebruik van z-BZD betreft. Er werden voorheen binnen deze praktijken echter nog **geen interventies uitgevoerd** om de patiënten die chronisch een z-BZD gebruiken te informeren en het medicatiegebruik te verminderen. Aldus werd een brainstormsessie gehouden in de verschillende praktijken om de visie van de deelnemende artsen omtrent de problematiek van chronisch z-BZD te achterhalen. Uit de visgraatanalyse (Figuur 3) die hieruit voortvloeide bleek dat het chronisch gebruik van z-BZD en de afbouw hiervan een **complex en multifactorieel probleem** is. Dit werd bevestigd in de literatuur (18-20) en is niet verwonderlijk. Het feit dat het gebruik van z-BZD nog zo hoog ligt, ondanks dat hulpverleners zich bewust zijn van de gevaren hiervan, toont dat hier geen eenduidige en gemakkelijke oplossing voor bestaat. Het is verder wel belangrijk te noteren dat de visgraatanalyse onvermijdelijk onvolledig is, aangezien deze brainstormsessie enkel werd gehouden onder de artsen van de 3 deelnemende praktijken, tevens zonder begeleidend literatuuronderzoek. Deze analyse was dan ook vooral bedoeld om de ideeën rond een praktijkverbeterproject in de praktijken te achterhalen. Er werden hierbij dus ook geen andere zorgverleners betrokken.

De richtlijnen omtrent z-BZD afbouw raden aan de patiënt te informeren en motiveren tot afbouw aan de hand van minimale interventies, zo mogelijk aangevuld met motivationele gesprekken (1, 2, 4, 27). In een review uitgevoerd door Lynch T *et al*. (27) in 2020 waarin de effectiviteit van verschillende kleine interventies onderzocht werd, kwam onder andere het versturen van stopbrieven als goede interventie naar boven in het afbouwen en/of stoppen van chronisch z-BZD gebruik ten opzichte van reguliere zorg. Deze interventie werd in 2021 in het praktijkverbeterproject van Vansteenkiste K. (29, 40) geïmplementeerd met goede resultaten. Andere mogelijke actiepunten die werden geformuleerd uit de literatuur als antwoord op de verschillende determinanten van de visgraatanalyse opgesteld door de deelnemende huisartsenpraktijken zijn: bewustwording van zorgverleners rond het onderwerp, informatieverstrekking en betere samenwerking tussen artsen en apothekers in verband met z-BZD (23). Het organiseren van een MFO is theoretisch gezien een manier om de samenwerking tussen zorgverleners te verhogen. In de literatuur bestaan er echter slechts weinig studies hierover. Om hierop in te spelen werd bijgevolg door de HAIO's en deelnemende praktijken gekozen om een MFO te organiseren binnen dit praktijkverbeterproject.

MFO als interventie

De primaire doelstellingen van het bestaande MFO pakket opgesteld door het RIZIV zijn behaald zoals blijkt uit de resultaten. De deelnemende zorgverleners werden namelijk geïnformeerd over de problematiek, de aanpak van afbouw aan de hand van verschillende tools en (sinds kort) het bestaan van het contract voor magistrale afbouw. Bovendien kregen de deelnemende zorgverleners de mogelijkheid om op lokaal niveau afspraken te maken. Maar biedt het MFO ook antwoord op het groter probleem van chronisch z-BZD gebruik?

MFO als antwoord op determinanten in de visgraatanalyse

Aangezien chronisch z-BZD gebruik een complex en multifactorieel probleem is, kan er in de aanpak van z-BZD afbouw op verschillende facetten ingespeeld worden (27, 29, 30, 40, 41). Zowel patiënt-, arts- en apotheker-gerelateerde factoren als organisatorische problemen en externe belemmeringen spelen een rol in dit multifactorieel probleem (Figuur 3) en de aanpak ervan. Aangezien de organisatie van een MFO ervoor zorgt dat artsen en apothekers met elkaar in contact worden gebracht en dat er een vorm van overleg ontstaat, werd voornamelijk voor een MFO gekozen om in te spelen op de samenwerking tussen artsen en apothekers. Achteraf bleek dat het organiseren van de 3 MFO's echter ook invloed had op andere determinanten uit de visgraatanalyse. Zo werden afspraken gemaakt rondom patiënteneducatie, het gebruik van flyers en het reduceren van telefonische voorschriften. Bovendien werd er ook in Gistel nagedacht over het versturen van een stopbrief en werd er in Bredene contact gelegd met een slaapcoach uit de buurt.

Het MFO kan dus **een gedeeltelijk antwoord** bieden op het complexe probleem van chronisch z-BZD gebruik. Hoewel het organiseren van een MFO een deel van de complexiteit buiten beschouwing laat, lijkt het toch een waardevolle aanvulling op de bestaande interventies. Het vergelijken van de impact van verschillende interventies die inspelen op chronisch z-BZD gebruik is in de literatuur tot dusver nog niet succesvol gebeurd. Het is bijgevolg (nog) niet mogelijk om de impact van de ene interventie boven de andere te kunnen plaatsen (27). Wel merken we op dat het MFO voor sommige huisartsen-praktijken binnen dit praktijkverbeterproject te vroeg kwam als interventie. Zoals reeds aangegeven, is de rol van de patiënt zelf samen met de rol van de arts en hun motivatie niet los te zien van de afbouw van z-BZD (23). Het patiëntenperspectief kwam in dit praktijkverbeterend project nagenoeg niet aan bod, terwijl dit ook een belangrijke invloed heeft op de slaagkansen van een afbouwpoging. Mogelijk was het nuttiger geweest om eerst de patiënten te informeren en te motiveren tot afbouwen (vb. gebruik van stopbrief, motivationeel gesprek) en hierbij de betrokken zorgverleners, aan de hand van bijvoorbeeld een e-learning zoals in de studie van Creupelandt H. (18), bij te scholen om zich comfortabel te voelen binnen hun rol in de afbouw van z-BZD. Ook zou er in de toekomst op het MFO bijvoorbeeld meer aandacht kunnen besteed worden aan het uitvoeren van een motivationeel gesprek. Toch werden er op het MFO wel meerdere andere tools aangereikt in de afbouw van z-BZD, die afhankelijk van de positie van de patiënt in de motivationele cirkel, kunnen aangeboden worden aan de patiënt door de beide zorgverleners. Artsen en apothekers worden dankzij het MFO geïnformeerd en/of herinnerd aan deze tools en dit kan faciliterend werken om aan de slag te gaan met deze tools, patiënten aan te spreken en aan te sporen tot afbouw. Binnen dit praktijkverbeterproject hadden andere interventies dus zeker eerder kunnen komen, maar dit was niet noodzakelijk om het MFO te kunnen uitvoeren.

De HAIO's organiseerden, in de regio's waarin zij werkzaam waren, een MFO waarbij alle artsen en apothekers in de directe omgeving van hun respectievelijke praktijken werden uitgenodigd. Het is interessant om op te merken dat de deelnemende artsen in deze context nog nooit eerder hadden deelgenomen aan een MFO met betrekking tot z-BZD gebruik, hoewel ze er wel interesse in toonden. Met name bij het MFO in Gistel en Knokke-Heist waren veel zorgverleners afwezig, ondanks dat ze wel werden uitgenodigd. Er werd echter geen duidelijke reden gevonden voor deze afwezigheid. Aangezien tijdgebrek reeds duidelijk als belangrijke drempel voor het afbouwen van z-BZD werd beschouwd, kan dit ook hier mogelijk een rol spelen.

De resultaten tonen aan dat deelname aan een van de 3 MFO's een positieve impact had op de samenwerking tussen artsen en apothekers betrokken in dit praktijkverbeterproject. Niettemin benadrukken de zorgverleners dat er behoefte is aan een effectief communicatieplatform dat hen in staat stelt om de gemaakte afspraken te implementeren en om buiten het MFO te communiceren.

Nochtans werden hier slechts **weinig afspraken** rond gemaakt. Zoals vermeld in de resultaten werden er enkel in Bredene en Knokke-Heist afspraken gemaakt rond communicatie tussen huisarts en apotheker en ook dit werd 6 maanden na het MFO niet als voldoende ervaren, de ervaring van een gebrek aan communicatietools blijft namelijk gelijk volgens de deelnemende zorgverleners. Het is overigens niet onlogisch dat de gemaakte afspraken op de MFO's niet volledig overeenstemmen met de verwachte aandachtspunten uit de visgraatanalyse. Op de MFO's waren namelijk ook andere zorgverleners aanwezig, wiens ideeën niet noodzakelijk naar voren kwamen in de visgraatanalyse en aan wie deze visgraatanalyse ook niet getoond werd. Het opstellen van een gemeenschappelijke visgraatanalyse op het MFO zou mogelijk het maken van gerichtere afspraken kunnen faciliteren.

Vervolgens hadden de artsen graag een globaal farmaceutisch dossier gezien die door alle zorgverleners kan geraadpleegd worden. Dit wordt ook ondersteund in de literatuur (37). Daar is sinds kort een antwoord op gekomen want sinds 11 december 2023 kunnen artsen op de webmodule '*recip-e*' voorschriften van andere zorgprofessionals raadplegen. Op *www.recip-e.be* kunnen voorschriften gemaakt en geraadpleegd worden door zorgprofessionals. Patiënten kunnen aanduiden wie al dan niet de verschillende voorschriften mag raadplegen.

Een andere afspraak die werd gemaakt was dat in Gistel zou worden gekeken naar de mogelijkheid om stopbrieven te versturen naar de patiënten. Zoals reeds vermeld bleek dit echter om praktische redenen niet haalbaar te zijn op dit moment. Indien gewenst kan op later tijdstip worden teruggekomen op deze kleine interventie. Dit zou namelijk een goede opportuniteit zijn voor een nieuw praktijkverbeterproject waarbij, aan de hand van verschillende PDCA-kwaliteitscycli (=*plan, do, control, act*), de gegevens van de doelpopulatie opgevraagd worden en het patiëntendossier op orde gezet kan worden (met name het correct noteren van de diagnose insomnia en de juiste hoeveelheid z-BZD gebruik in medicatiebeheer plaatsen).

Ten slotte willen we benadrukken dat hoewel de deelnemende zorgverleners nog steeds werkpunten zien in de afbouw van z-BZD die niet opgelost geraakt zijn door aan een MFO deel te nemen, ze hun deelname wel als bevorderlijk en zinvol hebben ervaren.

Magistrale bereiding als tool in de afbouw van z-BZD

Sinds de introductie van het contract voor magistrale afbouw door het RIZIV in januari 2023, wordt er in de bestaande MFO pakketten extra aandacht besteed aan uitleg van en afspraken maken rond het gebruik van magistrale bereidingen (met of zonder contract) in de afbouw van z-BZD.

Het gebruik van het contract werd geëvalueerd na het MFO, waarbij de artsen die deelnamen aan het MFO vaker het contract gebruikten na een periode van 6 maanden. Ook de cijfers van de apothekersvereniging 'De Westvlaamse' tonen dat er op relatief korte tijd binnen dit

praktijkverbeterproject toch een aanzienlijk aantal contracten opgestart zijn (Tabel 16). Echter, er werd ook een toename waargenomen in kritische opmerkingen over het contract. Barrières zoals tijdgebrek, moeilijke motivatie van patiënten en problemen in de communicatie tussen zorgverleners werden geïdentificeerd. Deze opmerkingen waren verwacht, aangezien tijdgebrek inherent lijkt te zijn aan het beroep van huisarts. Desondanks is het belangrijk om manieren te onderzoeken om de opstart en opvolging van het contract efficiënter te laten verlopen. Een suggestie die werd gegeven door huisartsen is de digitalisering van het contract, om het vele papierwerk te vermijden. De artsen uitten verder ook bezorgdheid over de rigiditeit van het contract. Er zou dus ook meer mogelijkheid moeten zijn om de stappen aan te passen aan de patiënt gedurende het verloop van de afbouw. Over het algemeen werd het contract wel gezien als een nuttige en bruikbare tool. Verder onderzoek is nodig om de effectiviteit van het contract en mogelijke verbeteringen te beoordelen, rekening houdend met de genoemde barrières en suggesties van de zorgverleners.

Uit een persbericht van de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) gepubliceerd op 14 februari 2024 blijkt dat 1 jaar na de lancering van het programma meer dan 2000 Belgische apothekers al bij ruim 5500 patiënten een contract zijn opgestart voor magistrale afbouw van z-BZD. Het project is omwille van deze voorzichtige positieve resultaten reeds verlengd tot ten minste 31 augustus 2024.

Sterktes en zwaktes van dit project

Dit praktijkverbeterend project slaagde erin om op lokaal niveau artsen en apothekers **te informeren en samen te brengen** omtrent de afbouw van z-BZD gebruik. Hierbij stond een praktijkgerichte aanpak voorop die voor een betere samenwerking tussen de betrokken zorgverleners in de regio's heeft gezorgd. Het was niet de bedoeling om gegeneraliseerde conclusies te trekken uit de cijfers en antwoorden die we van de deelnemers konden ontvangen. Wel was het de bedoeling om het project te evalueren en enkele interessante opmerkingen te maken met betrekking tot de deelnemende artsen, apothekers en huisartsenpraktijken in het algemeen.

Toch zijn er nog een aantal bemerkingen over dit project en de beperkingen ervan. Ten eerste ging het over een beperkt en lokaal project, met een klein aantal deelnemers. Verder was de reactie op de uitnodiging door de artsen voor het MFO in regio Gistel en Knokke-Heist ook eerder beperkt, wat het aantal deelnemers verder verkleinde. Dit betekent enerzijds dat de steekproef niet representatief is voor de grotere groep van huisartsen en apothekers in de regio. De cijfers geven enkel informatie weer over de deelnemende zorgverleners en mogen dus niet veralgemeend worden. Daarenboven bleek dat de participatiegraad van de vragenlijst 6 maanden na het project eerder laag lag. Dit kan te wijten zijn aan algemeen tijdgebrek, vragenlijst moeheid, of een te lange vragenlijst die de drempel verhoogde. Er werd verder geen informatie verkregen over de reden waarom artsen of apothekers initieel niet ingingen op de uitnodiging of waarom ze de vragenlijsten 6 maand na het MFO niet

invulden. Dit had relevante informatie kunnen opbrengen. Gezien de kleinschaligheid van dit project kunnen dan wel geen conclusies worden getrokken buiten de betrokken praktijken, toch tonen de resultaten dat er zeker mogelijkheid is om de plaats van het MFO op grotere schaal te onderzoeken.

Voor dit praktijkverbeterproject, en dus het organiseren van het MFO, werd er vertrokken vanuit het bestaande MFO-pakket **'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak'** aangeboden door het RIZIV. Dit bracht, naast veel positieve punten beschreven in de resultaten, een aantal drempels met zich mee:

- Het betreft een vaststaand MFO pakket aangeboden vanuit het RIZIV. Hierdoor was er eerder weinig ruimte voor afstemming op de regionale noden en belemmeringen. De drempels waar zorgverleners mee geconfronteerd werden en concrete oplossingen die ze hiervoor in de gedachten hadden of afspraken die hierover konden gemaakt worden, kwamen pas laat in het overleg aan bod en worden wat overschaduwd door het informatieve deel in de inleiding. De focus werd voornamelijk gelegd op de nieuwe afbouwmethode, namelijk het contract voor magistrale afbouw. Om tot meer concrete afspraken te komen en meer tegemoet te komen aan de noden van zorgverleners, kan het dus nuttig zijn om bij het organiseren van MFO's vroeger in te gaan op problemen of drempels van de zorgverleners. Wellicht is het gezamenlijk opstellen van een eigen visgraatanalyse per MFO een nuttige toevoeging. Bovendien is het zeker nuttig en zou het eigenlijk noodzakelijk zijn om een vervolg-MFO te organiseren. Dit werd omwille van tijdgebrek niet meer geïncludeerd binnen het praktijkverbeterproject. Er wordt vanuit het RIZIV aangeraden om iedere 6 maanden een MFO te organiseren omtrent dit thema.
- Het MFO-pakket, zoals voorzien vanuit het RIZIV, bevatte reeds vragenlijsten voor de artsen en apothekers om een inschatting te maken over hun perceptie, kennis, mening e.d. omtrent het thema. Een groot deel van deze thesis is gebaseerd op antwoorden die de deelnemende artsen en apothekers gaven. Echter was de vraagstelling soms suggestief en werden ze gedurende dit praktijkverbeterproject gewijzigd vanuit het RIZIV door de aanpassing van het MFO pakket met het nieuwe deel over contract voor magistrale afbouw. Aan de vaste vragen werd er niets gewijzigd om de reproduceerbaarheid niet te compromitteren. Een voorbeeld van een dergelijke suggestieve vraag is *'Wat vond u positief aan het MFO?'* terwijl er niet naar de negatieve punten van het MFO werd gevraagd. Bovendien kwamen vragen soms terug over de 3 vragenlijsten heen, maar niet met dezelfde antwoordmogelijkheden of in een andere vraagstelling. Dit zorgt ervoor dat de antwoorden op dit soort vragen minder betrouwbaar zijn dan gewenst en ze dus moeten geïnterpreteerd worden met enige terughoudendheid.
- De bestaande vragenlijsten binnen het MFO-pakket werden aangevuld met vragen die na het literatuuronderzoek zinvol leken voor dit project. Hoewel er dus een literatuurstudie gebeurde

vooraleer deze vragen toe te voegen, zijn deze niet gevalideerd door middel van uitgebreid onderzoek. Er kon dus niets worden aangetoond over de validiteit van de bekomen antwoorden hierop.

Aanbevelingen voor praktijk

Het organiseren van een MFO kent zeker een plaats in de afbouw van chronisch z-BZD gebruik. Voornamelijk het opstellen van een visgraatanalyse lijkt een nuttige toevoeging aan het bestaande pakket aangezien de deelnemende zorgverleners op die manier gerichtere afspraken kunnen maken. Bovendien is het van cruciaal belang om een tweede MFO te organiseren voor verdere opvolging. Vanuit het RIZIV raden ze aan om het MFO minstens tweejaarlijks te organiseren. Artsen en apothekers worden momenteel gemotiveerd om deel te nemen aan een MFO aan de hand van accrediteringspunten. De deelnamegraad kan echter nog beter. Misschien kan vanuit het RIZIV een nomenclatuurnummer 'deelname aan een MFO' voorzien worden voor de deelnemende zorgverleners. Ook de universiteiten kunnen tot slot door de studenten Geneeskunde en Farmacie (jaarlijks?) een MFO laten organiseren om zo het belang van samenwerking te benadrukken vanuit de opleiding.

Een MFO staat tot slot niet alleen in de afbouw van z-BZD middelen. Voornamelijk het herkennen en erkennen van het patiëntenperspectief, het informeren van de patiënten en het uitvoeren van een motivationeel gesprek staan mogelijk eerder op de tijdslijn binnen het afbouwen van z-BZD middelen.

5 Conclusie

Chronisch z-BZD gebruik is een complex en multifactorieel probleem. Hoewel het MFO als interventie niet op zichzelf kan staan en het enkele uitdagingen met zich meebrengt, biedt het een waardevolle aanvulling in de multidisciplinaire aanpak van chronisch z-BZD gebruik. Verder onderzoek op grotere schaal kan nuttig zijn om de effectiviteit en optimalisatie van MFO's in dit kader verder te onderzoeken, met name gericht op het identificeren van een effectieve volgorde van de verschillende bestaande interventies rondom z-BZD afbouw.

6 Referenties

1. Gorgels W KNA, Lucassen PLBJ, Smelt A, Damen-van Beek Z, Bouma M, Verduijn MM, Van Venrooij M. Slaapproblemen en slaapmiddelen. Nederlandse Huisartsen Genootschap. [updated juli 2014. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen.
2. Cloetens H DT, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Aanpak van slaapklachten en insomnie in de eerste lijn: Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn van EBPracticeNet; 2018. Available from: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/aanpak-van-slaapklachten-en-insomnie-bij-volwassenen-de-eerste-lijn. .
3. BCFI. Benzodiazepines 2022. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?matches=Benzodiazepines%7Cbenzodiazepines%7Cbenzodiazepine&frag=7476.
4. Christiaens T CH, Callens J, Callens J, Pauwelyn J, Rogiers R, Thoen A, Kornreich C, Rogiers A. Slaap- en kalmeermiddelen hulpmiddelenboek: FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Available from: http://www.slaapenkalmeermiddelen-hulpmiddelenboek.be/.
5. J. Van der Heyden, F. Berete, S. Drieskens. Gezondheidsenquête 2018: Gebruik van geneesmiddelen. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/17. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be.
6. Vijfde COVID-19-gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer/2020/14.440/95. Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/69j2-hf10.
7. Helena B, Gwendoline N, Elise B, Rana C, Stefaan D, Sabine D, et al. Bulletin n° 1 - BELHEALTH - NL. Brussels: Nélis Gwendoline; 2023.
8. Kiridis S. SJ, Maenhaut N., Sabbe M., Wuillaume F., Hamdani J. Survey on the use of benzodiazepines and Z-drugs to treat insomnia in Belgium. FAGG. 2022;Version 1.
9. Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? British Journal of Clinical Pharmacology. 2014;77(2):295-301.
10. van der Sluiszen NN, Vermeeren A, Verster JC, Van De Loo AJ, van Dijken JH, Veldstra JL, et al. Driving performance and neurocognitive skills of long-term users of benzodiazepine anxiolytics and hypnotics. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental. 2019;34(6):e2715.
11. van der Sluiszen NN, Vermeeren A, Jongen S, Vinckenbosch F, Ramaekers JG. Influence of long-term benzodiazepine use on neurocognitive skills related to driving performance in patient populations: a review. Pharmacopsychiatry. 2017;50(05):189-96.
12. Willems IAT, Gorgels WJMJ, Oude Voshaar RC, Mulder J, Lucassen PLBJ. Tolerance to benzodiazepines among long-term users in primary care. Family Practice. 2013;30(4):404-10.
13. Kripke DF, Langer RD, Kline LE. Hypnotics' association with mortality or cancer: a matched cohort study. BMJ open. 2012;2(1):e000850.
14. BCFI. Lancering van een afbouwprogramma voor benzodiazepines en verwante middelen 2023. Available from: https://www.bcfi.be/nl/lancering-van-een-afbouwprogramma-voor-benzodiazepines-en-verwante-middelen/.
15. Medi-Sfeer. Ontwenningsplan voor patiënten die te veel benzodiazepinen nemen 2023. Available from: https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/medisch-nieuws/ontwenningsplan-voor-patienten-die-te-veel-benzodiazepinen-nemen.html.
16. Merckx G. Terugbetaling kosten voor magistrale bereiding slaapmedicatie vanaf 1 februari '23 Domus Medica2023. Available from: https://www.domusmedica.be/actueel/terugbetaling-kosten-voor-magistrale-bereiding-slaapmedicatie-vanaf-1-februari-23?fbclid=IwAR3W_p7SguUFdmSD4TkwFZZ9t2JdvNMjEY-n2EA-kfTXm1XJMUxwJs6GZok.
17. Coteur K, Peters S, Jansen P, Schoenmakers B, Van Nuland M. Reducing long-term use of benzodiazepine receptor agonists: In-depth interview study with primary care stakeholders. Health Expectations. 2024;27(1):e13888.
18. Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Sirdifield C, Siriwardena AN, Christiaens T. A tailored e-learning gives long-term changes in determinants of GPs' benzodiazepines prescribing: a pretest-posttest study with self-report assessments. Scand J Prim Health Care. 2019;37(4):418-25.
19. 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 family practice. 2013;14:191.

20. Anthierens S. Executive summary: Benzodiazepines sleeping through the problem:(avoiding of) initiation of benzodiazepines in primary health care: perceptions of general practitioners and nurses. ARCHIVES OF PUBLIC HEALTH. 2008;66:215--7.
21. Furbish SM, Kroehl ME, Loeb DF, Lam HM, Lewis CL, Nelson J, et al. A pharmacist–physician collaboration to optimize benzodiazepine use for anxiety and sleep symptom control in primary care. Journal of pharmacy practice. 2017;30(4):425-33.
22. Florentinus SR, Hulten Rv, Kloth ME, Heerdink ER, Griens AF, Leufkens HG, Groenewegen PP. The effect of pharmacotherapy audit meetings on early new drug prescribing by general practitioners. Annals of Pharmacotherapy. 2007;41(2):319-24.
23. Mokhar A, Kuhn S, Topp J, Dirmaier J, Härter M, Verthein U. Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perceptions and possible levers for change. BJGP Open. 2019;3(1):bjgpopen18X101626.
24. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Chest. 2014;146(5):1387-94.
25. Boddaert J, Raux M, Khiami F, Riou B. Hip fractures: Epidemiology and risk factors. Annales françaises de médecine d'urgence. 2015;5:119-25.
26. Donnelly K, Bracchi R, Hewitt J, Routledge PA, Carter B. Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: A systematic review and meta-analysis. PloS one. 2017;12(4):e0174730.
27. Lynch T, Ryan C, Hughes CM, Presseau J, van Allen ZM, Bradley CP, Cadogan CA. Brief interventions targeting long-term benzodiazepine and Z-drug use in primary care: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2020;115(9):1618-39.
28. RIZIV. Medisch-farmaceutisch overleg 2023 [updated 07/04/2023. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/geneesmiddelen/medisch-farmaceutisch-overleg/Paginas/default.aspx.
29. Vansteenkiste K, Pauwelyn J, Anthierens S. Helpt een stopbrief om het gebruik van slaapmedicatie te verminderen? Resultaten van een kwaliteitsverbeterend project in twee huisartsenpraktijken. Huisarts nu: maandblad van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen-Brussel. 2022;51(2):86-9.
30. Ashkanani FZ, Rathbone AP, Lindsey L. The role of pharmacists in deprescribing benzodiazepines: A scoping review. Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy. 2023;12:100328.
31. Soyka M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. New England Journal of Medicine. 2017;376(12):1147-57.
32. Klaasen G, Helsen C, Klaasen B, Nuland M. "Afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik. Resultaten van een interactieve en patiëntgerichte webmodule.". Huisarts Nu. 2015;44:186-91.
33. Baandrup L, Ebdrup BH, Rasmussen JØ, Lindschou J, Gluud C, Glenthøj BY. Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018(3).
34. Urru SA, Pasina L, Minghetti P, Giua C. Role of community pharmacists in the detection of potentially inappropriate benzodiazepines prescriptions for insomnia. Int J Clin Pharm. 2015;37(6):1004-8.
35. Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. Bmj. 2001;323(7325):1340-3.
36. Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S, Tannenbaum C. Effect of a Pharmacist-Led Educational Intervention on Inappropriate Medication Prescriptions in Older Adults: The D-PRESCRIBE Randomized Clinical Trial. Jama. 2018;320(18):1889-98.
37. Oldenhof E, Mason T, Anderson-Wurf J, Staiger PK. Role of the prescriber in supporting patients to discontinue benzodiazepines: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2021;71(708):e517-e27.
38. KOVAG CB. Handleiding: Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking. 2022.
39. pharmacy.brussels HvG, BRUSANO. Handleiding voor een kwalitatief overleg tussen apotheker en huisarts 2019. Available from: https://www.mfo-cmp.brussels/praktisch/mfo-zelf-organiseren/uitnodigingen.
40. Vansteenkiste K. Hoe ziet een interventie eruit om ambulante patiënten te laten

afbouwen in hun chronisch benzodiazepine of Z-productgebruik tijdens een praktijkverbeterproject? : Universiteit Gent; 2021.
41. Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Sirdifield C, Siriwardena AN, Christiaens T. A tailored e-learning gives long-term changes in determinants of GPs' benzodiazepines prescribing: a pretest-posttest study with self-report assessments. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2019;37(4):418-25.

7 Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité.

Bijlage 2: Methode statistiek in CareConnect.

Bijlage 3: Aanvraag lokaal MFO project.

Bijlage 4: Goedkeuring lokaal MFO project door het RIZIV.

Bijlage 5: Uitnodiging deelname aan het MFO.

Bijlage 6: *Informed Consent.*

Bijlage 7: Vragenlijsten.

Bijlage 8: Informatie over het contract voor magistrale afbouw.

Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité.

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Ellen Van Leeuwen
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Ben Casteleyn	20/01/2023	1/6

Onze referentie:	EudraCT-nr:	Belg. Regnr:
THE-2022-0352	nvt	nvt

Betreft:

De betekenis van een medisch-farmaceutisch overleg bij het afbouwen van benzodiazepines in de eerste lijn: een kwaliteitsverbeterproject.- Scriptie Ben Casteleyn

Positief advies onder de bevoegdheid van de wet van 7/5/2004

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.
De CME geeft op 20/01/2023 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.
De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,

ALGEMENE DIRECTIE Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Philippe Deron VOORZITTER: Voorzitter

Prof.dr. P. Deron

Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

SECRETARIS

Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75

ROUTE 7522

Unofficial translation in English:

Positive advice within the scope of the Law of 7/5/2004

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined the above mentioned dossier.

EC gives on 20/01/2023 a favourable opinion on this study

EC emphasizes that a favorable opinion does not mean that the Medical Ethics Committee assumes responsibility for the investigation.
The promoter and the principal investigator are responsible for the correct ethical and legal conduct of the research

Submitted documents: see Annex 1
List of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

Bijlage 1: Documenten

Categorie: CV
- Ellen_Van_Leeuwen, versie 1 dd. 28/11/2022 (Nederlands)
- Ben Casteleyn, versie 1 dd. 19/11/2022 (Nederlands)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- AVG register, versie 4 dd. 29/11/2022 (Nederlands)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ICF, versie 2.1 dd. 30/11/2022 (Nederlands)

Categorie: Rekruteringsmateriaal
- Uitnodiging MFO, versie 1 dd. 29/11/2022 (Nederlands)

Categorie: Vragenlijsten
- Vragenlijst_voormeting, versie 2 dd. 29/11/2022 (Nederlands)
- Vragenlijst_postmeting, versie 4 dd. 29/11/2022 (Nederlands)
- Vragenlijst_MFO_algemeen, versie 2 dd. 29/11/2022 (Nederlands)
- Vragenlijst_nameting, versie 2 dd. 29/11/2022 (Nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. P. Deron

Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. dr. S. ROTTEY (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UGENT - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UGENT - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZ GENT – kindercardioloog, ♀)	Prof. dr. P. SCHELSTRAETE (UZ GENT – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof. dr. W. NOTEBAERT (UGENT – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZ GENT – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZ GENT – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZ GENT – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZ GENT – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZ GENT – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZ GENT - moraaltheoloog, ♂)	Prof. dr. S. STERCKX (UGENT - moraalfilosoof, ♀)
Prof. Dr. T. GOFFIN (UGENT - jurist, ♂)	
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZ GENT – chirurg, ♂)	Prof. dr. W. CEELEN (UZ GENT – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZ GENT - internist/pneumoloog, ♂)	Prof. dr. H. VERSTRAELEN (UZ GENT – Vulva-arts, ♂)
Prof. dr. J. DECRUYENAERE (UZ GENT – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZ GENT – fertiliteitsarts, ♀)
Prof. dr. R. RUBENS (UZ GENT – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof. dr. W. VAN BIESEN (UZ GENT – nefroloog, ♂)
Prof. dr. M. De MUYNCK (UZ GENT – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZ GENT – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZ GENT – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZ GENT – neonatoloog, ♀)

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek met betrekking tot de privacy van de persoons/patiëntgegevens in contact met patiënten, of bij de toegang tot patiëntgegevens, inclusief de juiste implementatie hiervan door collega's en studenten.

De CME verlangt dat het hoofd/personeel van de klinische afdeling geïnformeerd wordt over en akkoord gaat met dit onderzoek; dit is de verantwoordelijkheid van de PI.

De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst naar de ICH/GCP-richtlijnen op haar website en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft.

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de nieuwste versie van de Verklaring van Helsinki, het Oviedo-verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde en toepasselijke wet- en regelgeving.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit advies van De CME houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor het geplande onderzoek op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

EC bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

The EC emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contact with patients, or when accessing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students.

The EC requires that the head/staff of the clinical department are informed about and concur with this study; this is the PI's responsibility.

The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

The EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The EC confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

The EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.

Provided that there is a Clinical Trial Agreement, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Gent (and/or by an authorized representative of UGent).

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This advice of the EC does not imply that it will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study.

The EC approval given for a specific project, is valid for one year. We request you to inform us if the study will not be initiated or if the study does not start within 1 year after approval.

EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Dr. Ellen Van Leeuwen
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Alhier

contact
Commissie voor medische ethiek

telefoon
+32 (0)9 332 33 36

e-mail
Ethisch.comite@uzgent.be

Aanvrager
Siel Judith Devlieger

datum
11/01/2023

Onze referentie:
THE-2022-0370

EudraCT-nr:

Belg. Regnr:
B6702023000022

Betreft:

De betekenis van een medisch-farmaceutisch overleg bij het afbouwen van benzodiazepines in de eerste lijn: een kwaliteitsverbeterproject. - scriptie Siel Judith Devlieger
The significance of a medical-pharmaceutical consultation in tapering benzodiazepines in primary care: a quality improvement project.

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 27/12/2022.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 09/01/2023 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS

Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 on experiments on the human person

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 27/12/2022.

After consulting the additional information and/or modified documents related to this dossier, the CME is of the opinion that the proposed study, as described in the protocol, is scientifically relevant and ethically justified.

EC therefore gives on 09/01/2023 a favourable opinion on this study

Submitted documents: see Annex 1
List of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

Bijlage 1: Documenten

Categorie: CV
- Ellen_Van_Leeuwen, versie 1 dd. 28/11/2022 (Nederlands)
- Siel_Devlieger, versie 1 dd. 01/11/2022 (Nederlands)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- AVG register, versie 4 dd. 29/11/2022 (Nederlands)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ICF, versie 2.1 dd. 30/11/2022 (Nederlands)

Categorie: Rekruteringsmateriaal

- Uitnodiging MFO, versie 1 dd. 29/11/2022 (Nederlands)

Categorie: Vragenlijsten
- Vragenlijst_voormeting, versie 2 dd. 29/11/2022 (Nederlands)
- Vragenlijst_postmeting, versie 4 dd. 29/11/2022 (Nederlands)
- Vragenlijst_MFO_algemeen, versie 2 dd. 29/11/2022 (Nederlands)
- Vragenlijst_nameting, versie 2 dd. 29/11/2022 (Nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. P. Deron

Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. dr. S. ROTTEY (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UGENT - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UGENT - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZ GENT – kindercardioloog, ♀)	Prof. dr. P. SCHELSTRAETE (UZ GENT – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof. dr. W. NOTEBAERT (UGENT – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZ GENT – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZ GENT – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZ GENT – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZ GENT – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZ GENT – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZ GENT - moraaltheoloog, ♂)	Prof. dr. S. STERCKX (UGENT - moraalfilosoof, ♀)
Prof. Dr. T. GOFFIN (UGENT - jurist, ♂)	
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZ GENT – chirurg, ♂)	Prof. dr. W. CEELEN (UZ GENT – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZ GENT - internist/pneumoloog, ♂)	Prof. dr. H. VERSTRAELEN (UZ GENT – Vulva-arts, ♂)
Prof. dr. J. DECRUYENAERE (UZ GENT – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZ GENT – fertiliteitsarts, ♀)
Prof. dr. R. RUBENS (UZ GENT – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof. dr. W. VAN BIESEN (UZ GENT – nefroloog, ♂)
Prof. dr. M. De MUYNCK (UZ GENT – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Prof. dr. S. JANSSENS (UZ GENT – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZ GENT – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZ GENT – neonatoloog, ♀)

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek ten aanzien van de privacy van de persoons/patiëntgegevens in contacten met patiënten, of bij het inzien van patiëntgegevens, inclusief de juiste uitvoering daarvan door collega's en studenten. De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/ 8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst op haar website naar de ICH/GCP-richtlijnen en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft. De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Wij vestigen uw aandacht op het feit dat de CME verwacht dat haar eerste opmerkingen ab initio in aanmerking worden genomen bij de volgende indiening door dezelfde sponsor.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek en bepaalde studies met "medical devices" dienen door de klant (PI of sponsor) te worden ingediend bij het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek mogen enkel uitgevoerd worden op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaar maakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art. 13 van de Belgische wet van 7/5/2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon en in art. 21 van de Belgische wet van 7/05/2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Bepaalde onderzoeken met medische hulpmiddelen vallen ook onder wettelijke termijnen (KB van 17/3/2009). Raadpleeg de website van het FAGG voor meer informatie: www.fagg-afmps.be .

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek. U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijk verband met de studie onduidelijk is.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Indien het onderzoek niet binnen een jaar wordt beëindigd, eist de ICH-GCP dat jaarlijks een voortgangsrapportage aan de CME wordt verstrekt.

Tot slot verzoeken wij u de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Houd er in het geval van een klinische proef (EudraCT) rekening mee dat de resultaten moeten worden gepubliceerd in het European Clinical Trial Register. Het rapport van deze resultaten kan als CSR naar de EC worden gestuurd.

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek ten aanzien van de privacy van de persoons/patiëntgegevens in contacten met patiënten, of bij het inzien van patiëntgegevens, inclusief de juiste uitvoering daarvan door collega's en studenten. De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/ 8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst op haar website naar de ICH/GCP-richtlijnen en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft. De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Wij vestigen uw aandacht op het feit dat de CME verwacht dat haar eerste opmerkingen ab initio in aanmerking worden genomen bij de volgende indiening door dezelfde sponsor.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek en bepaalde studies met “medical devices” dienen door de klant (PI of sponsor) te worden ingediend bij het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek mogen enkel uitgevoerd worden op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaar maakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art. 13 van de Belgische wet van 7/5/2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon en in art. 21 van de Belgische wet van 7/05/2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Bepaalde onderzoeken met medische hulpmiddelen vallen ook onder wettelijke termijnen (KB van 17/3/2009). Raadpleeg de website van het FAGG voor meer informatie: www.fagg-afmps.be .

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek. U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijk verband met de studie onduidelijk is.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Indien het onderzoek niet binnen een jaar wordt beëindigd, eist de ICH-GCP dat jaarlijks een voortgangsrapportage aan de CME wordt verstrekt.

Tot slot verzoeken wij u de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Houd er in het geval van een klinische proef (EudraCT) rekening mee dat de resultaten moeten worden gepubliceerd in het European Clinical Trial Register. Het rapport van deze resultaten kan als CSR naar de EC worden gestuurd.

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Dr. Ellen Van Leeuwen
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Alhier

contact
Commissie voor medische ethiek

telefoon
+32 (0)9 332 33 36

e-mail
Ethisch.comite@uzgent.be

Aanvrager
Léonie Vande Vannet

datum
11/09/2023

Onze referentie:
THE-2022-0374

EudraCT-nr:

Belg. Regnr:
B6702022000728

Betreft:

De betekenis van een medisch-farmaceutisch overleg bij het afbouwen van benzodiazepines in de eerste lijn: een kwaliteitsverbeterproject.
- Scriptie Léonie Vande Vannet
The significance of a medical-pharmaceutical consultation in tapering benzodiazepines in primary care: a quality improvement project.

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 27/12/2022.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 09/01/2023 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek
VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 on experiments on the human person

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 27/12/2022.

After consulting the additional information and/or modified documents related to this dossier, the CME is of the opinion that the proposed study, as described in the protocol, is scientifically relevant and ethically justified.

EC therefore gives on 09/01/2023 a favourable opinion on this study

Submitted documents: see Annex 1 List
of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

Bijlage 1: Documenten

Categorie: CV
- Ellen_Van_Leeuwen, versie 1 (Nederlands)
- Léonie_Vande_Vannet, versie 1 (Nederlands)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- AVG register, versie 4 dd. 29/11/2022 (Nederlands)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ICF, versie 2.1 (Nederlands)

Categorie: Rekruteringsmateriaal
- Begeleidende brief : Uitnodiging medisch farmaceutisch overleg, versie 1 (Nederlands)

Categorie: Vragenlijsten
- Vragenlijst MFO voormeting, versie 1 (Nederlands)
- Vragenlijst MFO postmeting, versie 4.2 (Nederlands)
- Vragenlijst MFO algemene evaluatie, versie 1 (Nederlands)
- Vragenlijst MFO nameting, versie 1 (Nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. P. Deron

Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. dr. S. ROTTEY (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UGENT - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UGENT - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZ GENT – kindercardioloog, ♀)	Prof. dr. P. SCHELSTRAETE (UZ GENT – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof. dr. W. NOTEBAERT (UGENT – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZ GENT – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZ GENT – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZ GENT – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZ GENT – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZ GENT – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZ GENT - moraaltheoloog, ♂)	Prof. dr. S. STERCKX (UGENT - moraalfilosoof, ♀)
Prof. Dr. T. GOFFIN (UGENT - jurist, ♂)	
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZ GENT – chirurg, ♂)	Prof. dr. W. CEELEN (UZ GENT – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZ GENT - internist/pneumoloog, ♂)	Prof. dr. H. VERSTRAELEN (UZ GENT – Vulva-arts, ♂)
Prof. dr. J. DECRUYENAERE (UZ GENT – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZ GENT – fertiliteitsarts, ♀)
Prof. dr. R. RUBENS (UZ GENT – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof. dr. W. VAN BIESEN (UZ GENT – nefroloog, ♂)
Prof. dr. M. De MUYNCK (UZ GENT – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Prof. dr. S. JANSSENS (UZ GENT – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZ GENT – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZ GENT – neonatoloog, ♀)

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek ten aanzien van de privacy van de persoons/patiëntgegevens in contacten met patiënten, of bij het inzien van patiëntgegevens, inclusief de juiste uitvoering daarvan door collega's en studenten. De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/ 8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst op haar website naar de ICH/GCP-richtlijnen en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft. De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Wij vestigen uw aandacht op het feit dat de CME verwacht dat haar eerste opmerkingen ab initio in aanmerking worden genomen bij de volgende indiening door dezelfde sponsor.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek en bepaalde studies met “medical devices” dienen door de klant (PI of sponsor) te worden ingediend bij het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek mogen enkel uitgevoerd worden op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaar maakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art. 13 van de Belgische wet van 7/5/2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon en in art. 21 van de Belgische wet van 7/05/2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Bepaalde onderzoeken met medische hulpmiddelen vallen ook onder wettelijke termijnen (KB van 17/3/2009). Raadpleeg de website van het FAGG voor meer informatie: www.fagg-afmps.be .

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek. U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijk verband met de studie onduidelijk is.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Indien het onderzoek niet binnen een jaar wordt beëindigd, eist de ICH-GCP dat jaarlijks een voortgangsrapportage aan de CME wordt verstrekt.

Tot slot verzoeken wij u de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Houd er in het geval van een klinische proef (EudraCT) rekening mee dat de resultaten moeten worden gepubliceerd in het European Clinical Trial Register. Het rapport van deze resultaten kan als CSR naar de EC worden gestuurd.

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

The EC emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contacts with patients, or when viewing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students. The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

The EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.
We would like to draw your attention to the fact that the EC expects her initial comments to be taken into account ab initio at the next submission by the same sponsor.

*Provided that there is a **Clinical Trial Agreement**, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Gent (and/or by an authorized representative of UGent).*

Studies with investigational medicinal products and certain studies with "medical devices" should be submitted by the client (PI or sponsor) to the FAMHP (Federal Agency for Medicines and Health Products).
Studies with investigational medicinal products are only allowed to be conducted, provided that the minister (FAMHP) does not state objections within legal deadlines as described in art. 13 of the Belgian law of 7/5/2004 concerning experiments on the human person and art. 21 of the Belgian law of 7/5/2017 concerning clinical trials with medicines for human use.

Certain studies using medical devices are also covered by legal deadlines (KB of 17/3/2009). Please consult the FAMHP website for more information: www.fagg-afmps.be.

Research on embryos in vitro is covered by the law of May 11, 2003. Before the research project can start, such research also requires a positive advice of the Federal Committee for medical and scientific research on embryos in vitro.

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This favorable advice of the EC does not imply that it will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study. You are reminded that concerning clinical studies, any observed serious event needs to be reported immediately to the sponsor and the ethics committee, even if the causal relationship with the study is unclear.

The EC approval given for a specific project, is valid for one year. We request you to inform us if the study will not be initiated or if the study does not start within 1 year after approval.

The EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.
*If the study will not be terminated within a year, the ICH-GCP demands that an **annual progress report** will be provided to the EC.*

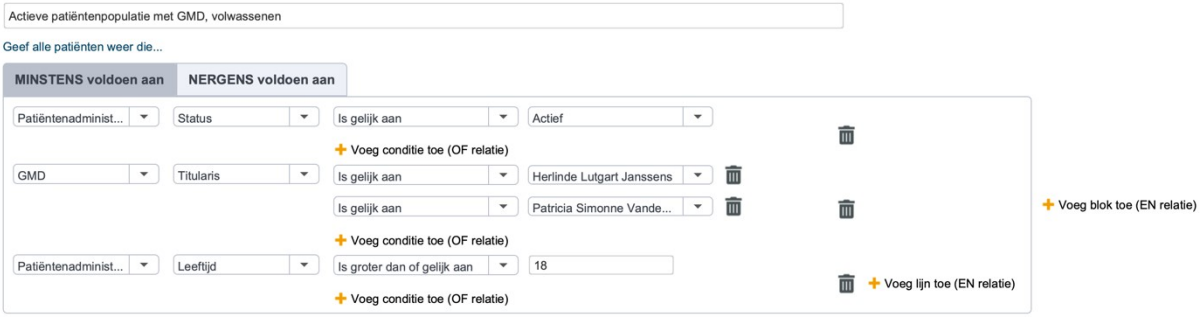
*Finally, we request you to report the termination (early or planned) of the study within the legal deadlines and provide the **Clinical Study Report** (CSR) to the EC.*

In case of a clinical trial (EudraCT), please be informed that the results must be published in the European Clinical Trial Register. The report of these results can be sent to the EC as the CSR.

Bijlage 2: Methode statistiek in CareConnect.

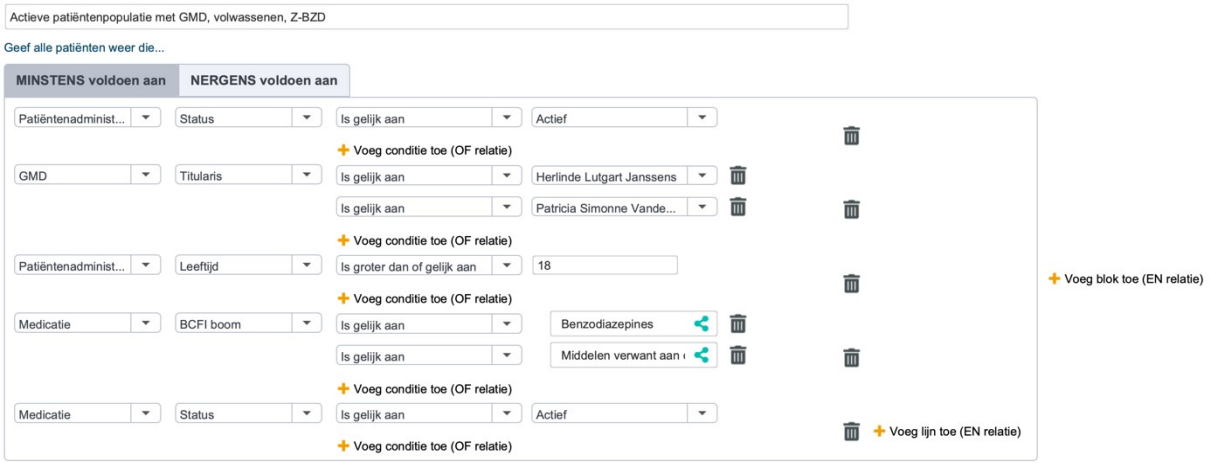
Aantal patiënten die een benzodiazepine innemen in de praktijk

1) Log in “Careconnect” met uw inloginformatie.
2) Ga naar het tabblad “statistiek” door op het tandwiel in de rechterbovenhoek te klikken en “statistiek” aan te duiden.
3) Nu heeft U een overzicht van de reeds uitgevoerde zoekopdrachten. Sommige zoekopdrachten werden reeds standaard door “Careconnect” verricht. Voor een nieuwe zoekopdracht klikt U op de rubriek “Nieuw” onder de hoofding “Statistiek” bovenaan uw scherm.
4) In de eerste balk (van bovenaan te beginnen) kan U een titel kiezen voor uw zoekopdracht.Daaronder ziet U de tekst “Geef alle patiënten weer die…”. Dan krijgt U de optie tussen “MINSTENS voldoen aan” of “NERGENS voldoen aan”. Gezien we hier patiënten zoeken die wel aan bepaalde criteria moeten voldoen, kiezen we voor “MINSTENS voldoen aan”
5) In de eerste kader kan u het “Domein” kiezen. Gezien het hier gaat om actieve patiënten dieslaapmedicatie gebruiken, kiezen we hier voor “GMD”. Zo selecteer je dus je actieve patiënten. Naastdeze balk zie je het woord “element”. Als je hierop klikt kan U kiezen om de GMD’s per jaar of per titularis (GMD-houder) te gaan zoeken. In dit geval koos de onderzoeker om alle actieve patiënten van alle artsen in de praktijk weer te geven.



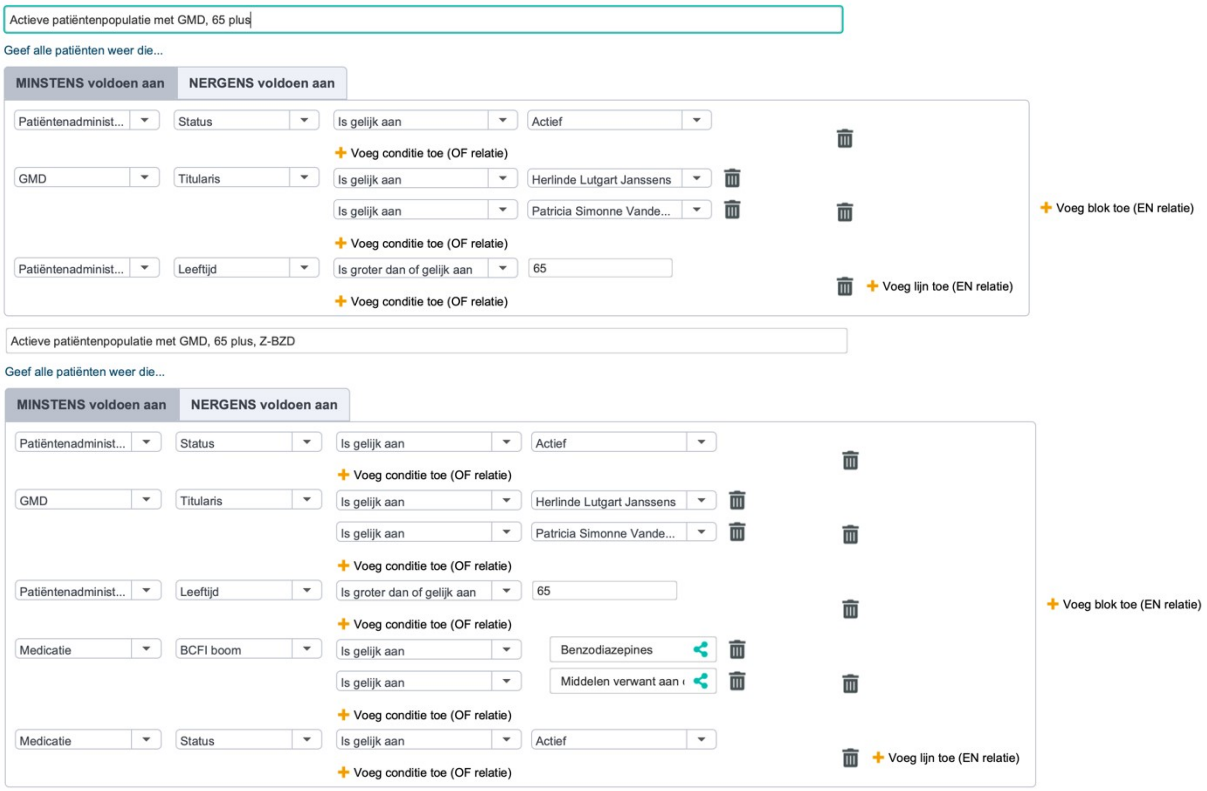
6) Omdat we actieve patiënten willen zoeken die actief patiënt (ouder dan 18jaar) zijn in de praktijk én slaapmedicatie nemen, moeten we een extra domein toevoegen. De zoekdracht moet aan beide voorwaardenvoldoen, dus hebben we een EN-relatie nodig. In hetzelfde vak klik je dus op “+ Voeg lijn toe (EN relatie)”. U ziet een tweede balk met “Domein” verschijnen onder de “GMD”-balk.
7) Gezien we geneesmiddelen moeten includeren als zoekopdracht, kiezen we als domein voor “medicatie”.
8) Naast de balk waarin U net medicatie heeft aangeklikt, ziet U een balk met “element” in. Gezien we alle bestaande slaapmiddelen gaan moeten onderzoeken, kiest U nu na het aanklikken van de balk “element” voor het onderdeel “BCFI boom”.

9) U ziet nu een balk “is gelijk aan” verschijnen. Dit is reeds correct. In de balk rechts van deze, kan u nu “benzodiazepines”. Hierna kan U “middelen verwant aan de benzodiazepines (z-drugs)” toevoegen door onder de “is gelijk aan”-balk op de “+ Voeg een relatie toe (OF relatie)” te klikken.
10) Alvorens de start zoekopdracht knop aan te klikken, voegen we nog een extra conditie toe (met EN relatie) door op de gelijknamige “+” knop te klikken.
11) Als “domein” kiezen we nu “patiëntenadministratie”.
12) Selecteer vervolgens “leeftijd” in het vakje “element”.
13) Aangezien we het aantal patiënten willen weten die z-BZD innemen en 18-plussers zijn, selecteren we ‘is groter dan of gelijk aan” en noteren we 18.
14) Nadat U alle te onderzoeken medicatie aangeduid hebt door middel van een “OF relatie”, klikt u op de “Start zoekopdracht”-knop onderaan het kader waar U net in heeft gewerkt. Vervolgens krijgt U de patiënten ouder dan 18 jaar die een actief GMD bij u hebben en één van de gekozen geneesmiddelen neemt.



Aantal 65-plussers die een benzodiazepine nemen in de praktijk

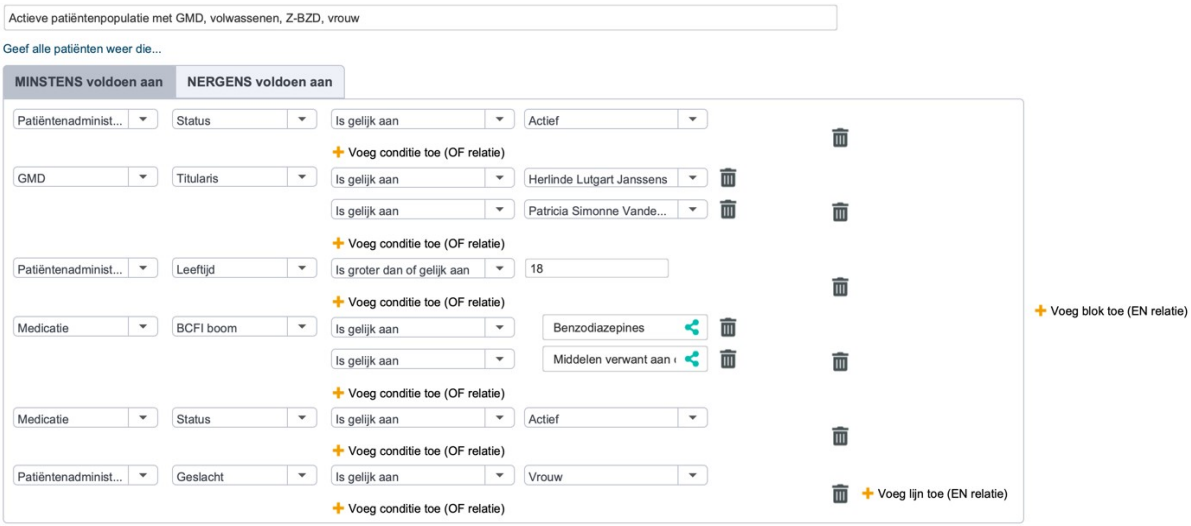
15) Aangezien we het aantal patiënten willen weten die z-BZD innemen en 65-plussers zijn, selecteren we “is groter dan of gelijk aan” en noteren we 65.



Druk op “ start zoekopdracht”.

Aantal vrouwen die een benzodiazepine nemen in de praktijk

16) Alvorens de start zoekopdracht knop aan te klikken, voegen we nog een extra conditie toe (met EN relatie) door op de gelijknamige “+” knop te klikken.
17) Als “domein” kiezen we nu “patiëntenadministratie”.
18) Selecteer vervolgens “geslacht” in het vakje “element”. We willen alle vrouwen selecteren die een benzodiazepine gebruiken. Dus we selecteren “is gelijk aan” en “vrouw”.



Druk op “ start zoekopdracht”

Bijlage 3: Aanvraag lokaal MFO-project bij het RIZIV.

Medisch-farmaceutisch overleg - Lokaal project
Aanvraagformulier

(Koninklijk besluit van 3 april 2015 tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

I – Identificatie van het project

1. Benaming van het project :	"Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking"
2. Projectteam :	
2.1 Arts :	
• Naam :	Dr. Patricia Vandepitte
• Functie :	huisarts
• Volledig adres :	Kursaalstraat 61 Knokke-Heist
• E-mail adres(sen) :	casteleyn.ben@gmail.com
• Telefoonnummer :	050/513737
• Naam of identificatienummer van de LOK en/of van de huisartsen-kring :	**HABO**
2.2 Apotheker :	
• Naam :	Apr. Desrumaux Yves
• Functie :	apotheker
• Volledig adres :	Stadhuisstraat 16 Knokke-Heist
• E-mail adres(sen) :	info@apotheekdesrumauxheist.be
• Telefoonnummer :	050/512251
• Naam van de lokale apothekers-vereniging:	De Westvlaamse apothekersvereniging
3. Naam van de verslaggever :	Apr. Inge Huysentruyt
4. Betaling :	
• Bankrekeningnummer en volledige benaming :	BE53 2850 5481 7153 De Westvlaamse apothekersvereniging
• Naam en adres van de rekeninghouder :	De Westvlaamse apothekersvereniging Kwadestraat 153 bus 1 8800 Roeselare

II – Beschrijving van het project

1. Voorziene duur van het project:	1 jaar
2. Aantal vergaderingen dat voorzien wordt:	2
3. Datum van de vergadering(en) en plaats(en):	09/05/2023 HAWAP in Brugge (AZ Sint-Jan).
4. Genodigden :	
• Aantal artsen :	10
• Aantal apothekers :	7
5. **Aan te snijden onderwerp(en) :**	• Hoe kunnen we nieuwe chronische gebruikers vermijden?

	• Hoe kunnen we chronisch gebruik afbouwen?
6. Identificatie van het erkend MFO programma waarop het project is gebaseerd :	"Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking"
7. Tussenkomst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma :	
	Ja MODERATOR: Apr Inge Huysentruyt aanwezig op de Train the trainer opleiding op 10 oktober 2019 te Roeselare
8. Andere documentatie die zal gebruikt worden : (FACULTATIEF)	Beschikbare powerpoint presentaties vanuit het kwaliteit bevorderend programma aangevuld met eigen opzoekwerk

III – Aanvraag van RIZIV-gegevens (FACULTATIEF)

1. Vraag om regionale en nationale Farmanetgegevens :	neen
2. Vraag om gepersonaliseerde Farmanet-gegevens :	neen
[De volgende inlichtingen moeten verduidelijk worden voor elke zorgverstrekker die Farmanetgegevens wil ontvangen : - Naam van de zorgverstrekker - RIZIV-nummer - E-mail adres(sen) - Nadere beschrijving van de gevraagde gegevens: ATC-code(s), afleveringsja(a)r(en)[1]]	
3. Andere gewenste gegevens [2]:	[Verduidelijken aub]

IV - Verbintenissen

Het projectteam verbindt zich er toe dat er bij overleg geen vermenging is met een derde partij die directe of indirecte banden heeft met de farmaceutische sector.

Het projectteam verbindt zich er toe om een verslag van de vergadering [3]met de volgende elementen te bezorgen :

1. nummer van het project toegekend door het CEG
2. uitgevoerde activiteit
3. aantal deelnemende artsen
4. aantal deelnemende apothekers
5. actie(s) en akkoord(en) die voortvloeien uit het overleg
6. toegepaste kwaliteitsindicatoren
7. gebruikte geregistreerde gegevens (facultatief)
8. (al dan niet met) de tussenkomst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma
9. de logistiek van een erkend MFO programma waarop beroep gedaan werd (documenten, materiële hulp, animatie)

---

[1] De gegevens van de 5 laatste beschikbare jaren kunnen overgemaakt worden.

[2] Het projectteam zal ingelicht worden over de mate waarin de gewenste informatie kan overgemaakt worden.

[3] Een template is beschikbaar op www.riziv.be.

V - Handtekening

Dr. Vandepitte Patsy Kursaalstraat 61,8300 Knokke-heist 050/51 37 37 1.35780.20.004 17/04/2023	APOTHEEK DESRUMAUX-DEBRUYNE Stadhuisstr. 16 - 8301 HEIST A ZEE Tel. 050 51 22 51 Stamnr. 31.09.07 Ondern.nr. BE 0480 099 520 17/04/23
(handtekening - naam – datum) (arts)	(handtekening - naam - datum) (apotheker)

Medisch-farmaceutisch overleg - Lokaal project
Aanvraagformulier

(Koninklijk besluit van 3 april 2015 tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

I – Identificatie van het project

1. Benaming van het project :	"Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking"
2. Projectteam :	
2.1 Arts :	
• Naam :	Joost Blontrock
• Functie :	Huisarts
• Volledig adres	Koolaerdstraat 111, 8470 Gistel
• E-mail adres(sen) :	Siel.Devlieger@UGent.be
• Telefoonnummer :	059/277764
• Naam of identificatienummer van de LOK en/of van de huisartsen-kring :	**Huisartsenkring Houtlandpolder**
2.2 Apotheker :	
• Naam :	Apr.Van Overberge
• Functie :	apotheker
• Volledig adres :	Stationstraat 30 8470 Gistel
• E-mail adres(sen) :	justinevanoverberge@gmail.com
• Telefoonnummer :	059/278798
• Naam van de lokale apothekers-vereniging:	De Westvlaamse apothekersvereniging
3. Naam van de verslaggever :	Apr. Inge Huysentruyt
4. Betaling :	
• Bankrekeningnummer en volledige benaming :	BE53 2850 5481 7153 De Westvlaamse apothekersvereniging
• Naam en adres van de rekeninghouder :	De Westvlaamse apothekersvereniging Kwadestraat 153 bus 1 8800 Roeselare

II – Beschrijving van het project

1. Voorziene duur van het project:	1 jaar
2. Aantal vergaderingen dat voorzien wordt:	2
3. Datum van de vergadering(en) en plaats(en):	11/04/2023 WZC Sint-Godelieve te Gistel
4. Genodigden :	
• Aantal artsen :	5
• Aantal apothekers :	6
5. **Aan te snijden onderwerp(en) :**	• Hoe kunnen we nieuwe chronische gebruikers vermijden? • Hoe kunnen we chronisch gebruik afbouwen?

"Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking"

6. Identificatie van het erkend MFO programma waarop het project is gebaseerd :	"Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking"
7. Tussenkomst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma :	Ja MODERATOR: Apr Inge Huysentruyt aanwezig op de Train the trainer opleiding op 10 oktober 2019 te Roeselare
8. Andere documentatie die zal gebruikt worden : (FACULTATIEF)	Beschikbare powerpoint presentaties vanuit het kwaliteit bevorderend programma aangevuld met eigen opzoekwerk

III – Aanvraag van RIZIV-gegevens (FACULTATIEF)

1. Vraag om regionale en nationale Farmanetgegevens :	neen
2. Vraag om gepersonaliseerde Farmanet-gegevens :	neen
[De volgende inlichtingen moeten verduidelijk worden voor elke zorgverstrekker die Farmanetgegevens wil ontvangen : - Naam van de zorgverstrekker - RIZIV-nummer - E-mail adres(sen) - Nadere beschrijving van de gevraagde gegevens: ATC-code(s), afleveringsja(a)r(en)[1]]	
3. Andere gewenste gegevens [2]:	[Verduidelijken aub]

IV - Verbintenissen

Het projectteam verbindt zich er toe dat er bij overleg geen vermenging is met een derde partij die directe of indirecte banden heeft met de farmaceutische sector.

Het projectteam verbindt zich er toe om een verslag van de vergadering [3]met de volgende elementen te bezorgen :

1. nummer van het project toegekend door het CEG
2. uitgevoerde activiteit
3. aantal deelnemende artsen
4. aantal deelnemende apothekers
5. actie(s) en akkoord(en) die voortvloeien uit het overleg
6. toegepaste kwaliteitsindicatoren
7. gebruikte geregistreerde gegevens (facultatief)
8. (al dan niet met) de tussenkomst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma
9. de logistiek van een erkend MFO programma waarop beroep gedaan werd (documenten, materiële hulp, animatie)

---

[1] De gegevens van de 5 laatste beschikbare jaren kunnen overgemaakt worden.

[2] Het projectteam zal ingelicht worden over de mate waarin de gewenste informatie kan overgemaakt worden.

[3] Een template is beschikbaar op www.riziv.be.

V - Handtekening

17/03/23 Dr. J. BLONTROCK Koolaardstraat 111 8470 GISTEL Tel. 059/27.77.64 – 1/36026/65/004	17/3/'23 Justine Van Overberge
(handtekening - naam – datum) (arts)	(handtekening - naam - datum) (apotheker)

Medisch-farmaceutisch overleg - Lokaal project
Aanvraagformulier

(Koninklijk besluit van 3 april 2015 tot vaststelling van de voorwaarden en nadere regels waaronder het medisch-farmaceutisch overleg wordt toegepast en tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

I – Identificatie van het project

1. Benaming van het project :	"Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking"
2. Projectteam :	
2.1 Arts :	
• Naam :	HAIO Leonie Vande Vannet
• Functie :	Huisarts in opleiding
• E-mail adres(sen) :	lvandevannet@icloud.com
• Telefoonnummer :	059/33 06 98
• Naam of identificatienummer van de LOK en/of van de huisartsen-kring :	**Huisartsenkring Oostende Bredene**
2.2 Apotheker :	
• Naam :	Apr. Ann Dekoninck
• Functie :	apotheker
• Volledig adres :	Driftweg 1 8450 Bredenee
• E-mail adres(sen) :	ann.dekoninck@apotheekbredene.be
• Telefoonnummer :	059/330724
• Naam van de lokale apothekers-vereniging:	De Westvlaamse apothekersvereniging
3. Naam van de verslaggever :	Apr. Inge Huysentruyt
4. Betaling :	
• Bankrekeningnummer en volledige benaming :	BE53 2850 5481 7153 De Westvlaamse apothekersvereniging
• Naam en adres van de rekeninghouder :	De Westvlaamse apothekersvereniging Kwadestraat 153 bus 1 8800 Roeselare

II – Beschrijving van het project

1. Voorziene duur van het project:	1 jaar
2. Aantal vergaderingen dat voorzien wordt:	2
3. Datum van de vergadering(en) en plaats(en):	29/03/2023 Driftweg 1
4. Genodigden :	
• Aantal artsen :	9
• Aantal apothekers :	6
5. **Aan te snijden onderwerp(en) :**	• Hoe kunnen we nieuwe chronische gebruikers vermijden? • Hoe kunnen we chronisch gebruik afbouwen?

6. Identificatie van het erkend MFO programma waarop het project is gebaseerd :	"Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking"
7. Tussenkomst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma :	Ja MODERATOR: Apr Inge Huysentruyt aanwezig op de Train the trainer opleiding op 10 oktober 2019 te Roeselare
8. Andere documentatie die zal gebruikt worden : (FACULTATIEF)	Beschikbare powerpoint presentaties vanuit het kwaliteit bevorderend programma aangevuld met eigen opzoekwerk

III – Aanvraag van RIZIV-gegevens (FACULTATIEF)

1. Vraag om regionale en nationale Farmanetgegevens :	neen
2. Vraag om gepersonaliseerde Farmanet-gegevens :	neen
[De volgende inlichtingen moeten verduidelijk worden voor elke zorgverstrekker die Farmanetgegevens wil ontvangen : - Naam van de zorgverstrekker - RIZIV-nummer - E-mail adres(sen) - Nadere beschrijving van de gevraagde gegevens: ATC-code(s), afleveringsja(a)r(en)[1]]	
3. Andere gewenste gegevens [2]:	[Verduidelijken aub]

IV - Verbintenissen

Het projectteam verbindt zich er toe dat er bij overleg geen vermenging is met een derde partij die directe of indirecte banden heeft met de farmaceutische sector.

Het projectteam verbindt zich er toe om een verslag van de vergadering [3]met de volgende elementen te bezorgen :

1. nummer van het project toegekend door het CEG
2. uitgevoerde activiteit
3. aantal deelnemende artsen
4. aantal deelnemende apothekers
5. actie(s) en akkoord(en) die voortvloeien uit het overleg
6. toegepaste kwaliteitsindicatoren
7. gebruikte geregistreerde gegevens (facultatief)
8. (al dan niet met) de tussenkomst van een animator opgeleid in het kader van een erkend MFO programma
9. de logistiek van een erkend MFO programma waarop beroep gedaan werd (documenten, materiële hulp, animatie)

---

[1] De gegevens van de 5 laatste beschikbare jaren kunnen overgemaakt worden.

[2] Het projectteam zal ingelicht worden over de mate waarin de gewenste informatie kan overgemaakt worden.

[3] Een template is beschikbaar op www.riziv.be.

V - Handtekening

24/2/23 Dr. Leonie Vande Vannet 1.04926.05.006 Groenendijkstraat 12 bus 1 8450 Bredene Tel: 059 33 06 98	9/2/2023
(handtekening - naam – datum) (arts)	(handtekening - naam - datum) (apotheker)

Bijlage 4 : Goedkeuring lokaal MFO-project door het RIZIV.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Aan

Patricia Vandepitte, Desrumaux Yves, Inge Huysentruyt
VERSTUURD VIA E-MAIL

Dienst voor geneeskundige verzorging

Correspondent: Herman Beyers
attaché
Tel.: 02/739 77 30
E-Mail: MFO-CMP@riziv-inami.fgov.be
Onze Referte: 150-hb-MFO

Brussel, 26-04-2023

Beslissing i.v.m. een voorstel van lokaal project Medisch-Farmaceutisch Overleg (MFO): Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking - Nr. 0509

Beste

U heeft ons een aanvraag opgestuurd met een voorstel van lokaal project voor het MedischFarmaceutisch Overleg (MFO).

Het Secretariaat van het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen (CEG) heeft uw voorstel geëvalueerd. De beslissing van het Secretariaat is:

Positief (aanvaarding)
Motivatie: De beschrijving van het ontwerp van lokaal project is in overeenstemming met een proces van verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven, het afleveren en/of het gebruik van geneesmiddelen.
Kwaliteitsbevorderend programma waarop uw project gebaseerd is: “Rationeel gebruik van benzodiazepines voor slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking”

Bijgevolg zult u binnenkort een eerste storting ontvangen van 500 EURO.

Als u bij uw lokaal project gebruik maakt van animatoren zoals voorgesteld in het kwaliteitsbevorderend programma, dan kan een bijkomende vergoeding worden betaald (afhankelijk van de kostprijs van die animatoren, met een maximum van 600 EURO (300 EURO voor eerste vergadering + 300 EURO voor de evaluatievergadering). Factuur doorsturen naar MFO-CMP@riziv-inami.fgov.be). Opgelet: de animator moet ofwel verbonden zijn aan het kwaliteitsbevorderend programma waarop uw project zich baseert ofwel een opleiding als animator (‘algemene’ opleiding of opleiding door het kwaliteitsbevorderend programma waarop u zich baseert) hebben gevolgd.

Tijdens uw eerste vergadering van uw lokaal project kunt u dan kwaliteitsindicatoren vastleggen al dan niet in overleg met de animator(en). Het verslag van die vergadering, met dus vermelding van de gekozen indicatoren, de volgende schijf van 500

uitbetaald.

Met vriendelijke groeten

moet u ons dan digitaal toesturen en bij goedkeuring ervan wordt EURO gestort.

Tenslotte zal na de goedkeuring van het evaluatieverslag (digitaal opsturen) dat een effect aantoont van de initieel geformuleerde aanbevelingen de laatste schijf van 900 EURO worden

Het Secretariaat van het CEG

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Aan

Joost Blontrock, Van Overberge, Inge Huysentruyt
VERSTUURD VIA E-MAIL

Dienst voor geneeskundige verzorging

Correspondent: Herman Beyers
attaché
Tel.: 02/739 77 30
E-Mail: MFO-CMP@riziv-inami.fgov.be
Onze Referte: 150-hb-MFO

Brussel, 24-03-2023

Beslissing i.v.m. een voorstel van lokaal project Medisch-Farmaceutisch Overleg (MFO): Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking - Nr. 0497

Beste

U heeft ons een aanvraag opgestuurd met een voorstel van lokaal project voor het MedischFarmaceutisch Overleg (MFO).

Het Secretariaat van het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen (CEG) heeft uw voorstel geëvalueerd. De beslissing van het Secretariaat is:

Positief (aanvaarding)
Motivatie: De beschrijving van het ontwerp van lokaal project is in overeenstemming met een proces van verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven, het afleveren en/of het gebruik van geneesmiddelen.
Kwaliteitsbevorderend programma waarop uw project gebaseerd is: “Rationeel gebruik van benzodiazepines voor slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking”

Bijgevolg zult u binnenkort een eerste storting ontvangen van 500 EURO.

Als u bij uw lokaal project gebruik maakt van animatoren zoals voorgesteld in het kwaliteitsbevorderend programma, dan kan een bijkomende vergoeding worden betaald (afhankelijk van de kostprijs van die animatoren, met een maximum van 600 EURO (300 EURO voor eerste vergadering + 300 EURO voor de evaluatievergadering). Factuur doorsturen naar MFO-CMP@riziv-inami.fgov.be). Opgelet: de animator moet ofwel verbonden zijn aan het kwaliteitsbevorderend programma waarop uw project zich baseert ofwel een opleiding als animator (‘algemene’ opleiding of opleiding door het kwaliteitsbevorderend programma waarop u zich baseert) hebben gevolgd.

Tijdens uw eerste vergadering van uw lokaal project kunt u dan kwaliteitsindicatoren vastleggen al dan niet in overleg met de animator(en). Het verslag van die vergadering, met dus vermelding van de gekozen indicatoren, de volgende schijf van 500

uitbetaald.

Met vriendelijke groeten

moet u ons dan digitaal toesturen en bij goedkeuring ervan wordt EURO gestort.

Tenslotte zal na de goedkeuring van het evaluatieverslag (digitaal opsturen) dat een effect aantoont van de initieel geformuleerde aanbevelingen de laatste schijf van 900 EURO worden

Het Secretariaat van het CEG

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Aan

Leonie Vande Vannet, Ann Dekoninck, Inge Huysentruyt
VERSTUURD VIA E-MAIL

Dienst voor geneeskundige verzorging

Correspondent: Herman Beyers
attaché
Tel.: 02/739 77 30
E-Mail: MFO-CMP@riziv-inami.fgov.be
Onze Referte: 150-hb-MFO

Brussel, 02-03-2023

Beslissing i.v.m. een voorstel van lokaal project Medisch-Farmaceutisch Overleg (MFO): Rationeel gebruik van benzodiazepines bij slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking - Nr. 0484

Beste

U heeft ons een aanvraag opgestuurd met een voorstel van lokaal project voor het MedischFarmaceutisch Overleg (MFO).

Het Secretariaat van het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen (CEG) heeft uw voorstel geëvalueerd. De beslissing van het Secretariaat is:

Positief (aanvaarding)
Motivatie: De beschrijving van het ontwerp van lokaal project is in overeenstemming met een proces van verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven, het afleveren en/of het gebruik van geneesmiddelen.
Kwaliteitsbevorderend programma waarop uw project gebaseerd is: “Rationeel gebruik van benzodiazepines voor slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking”

Bijgevolg zult u binnenkort een eerste storting ontvangen van 500 EURO.

Indien u bij uw lokaal project gebruik maakt van animatoren zoals voorgesteld in het kwaliteitsbevorderend programma, dan kan een bijkomende vergoeding worden betaald (afhankelijk van de kostprijs van die animatoren, met een maximum van 600 EURO (300 EURO voor eerste vergadering + 300 EURO voor de evaluatievergadering). Factuur doorsturen naar MFO-CMP@riziv-inami.fgov.be). Opgelet: de animator moet ofwel verbonden zijn aan het kwaliteitsbevorderend programma waarop uw project zich baseert ofwel een opleiding als animator (‘algemene’ opleiding of opleiding door het kwaliteitsbevorderend programma waarop u zich baseert) hebben gevolgd.

Tijdens uw eerste vergadering van uw lokaal project kunt u dan kwaliteitsindicatoren vastleggen al dan niet in overleg met de animator(en). Het verslag van die vergadering, met dus vermelding van de gekozen indicatoren, de volgende schijf van 500

uitbetaald.

Met vriendelijke groeten

Het Secretariaat van het CEG

moet u ons dan digitaal toesturen en bij goedkeuring ervan wordt EURO gestort.

Tenslotte zal na de goedkeuring van het evaluatieverslag (digitaal opsturen) dat een effect aantoont van de initieel geformuleerde aanbevelingen de laatste schijf van 900 EURO worden

Bijlage 5: Uitnodiging deelname aan het MFO.

WANNEER HUISARTS EN APOTHEKER ELKAAR ONTMOETEN …

Uitnodiging: lokaal overleg tussen huisartsen en apothekers

Een kwaliteitsverbeterend project uitgevoerd door drie HAIO's binnen een masterthesis aan de Ugent.

Wij nodigen u graag uit voor een medisch-farmaceutisch overleg (MFO):

DATUM EN UUR:

PLAATS :

Accreditatie aangevraagd :

Thema : "Rationeel gebruik van benzodiazepines voor slapeloosheid door multidisciplinaire samenwerking"

Deze ontmoeting biedt u de gelegenheid om de **lokale** samenwerking met huisartsen en apothekers in de **afbouw van benzodiazepines bij slapeloosheid** te verbeteren. Tijdens dit MFO kunnen er duidelijke afspraken gemaakt worden omtrent de aanpak van opstart en afbouw van benzodiazepines alsook over de manier waarop de patiënt kan gemotiveerd worden om af te bouwen. De avond wordt gemodereerd m.b.v. een kwaliteitsbevorderend programma erkend door het RIZIV. Er worden verschillende **tips, tools en handvaten** aangeboden. Indien gewenst, kan ook de nieuwe regelgeving omtrent de terugbetaling van magistrale afbouw van benzodiazepines besproken worden.

Het MFO vindt plaats binnen een thesisonderzoek uitgevoerd aan de Ugent. Indien u wenst deel te nemen aan dit thesisonderzoek, zal u gevraagd worden om op drie verschillende momenten (voor en na het MFO) vragenlijsten correct en zorgvuldig in te vullen. U krijgt voor het MFO een informed consent formulier om uw toestemming te geven dat de resultaten van deze vragenlijsten mogen gebruikt voor de thesis.

Vooraf inschrijven voor het MFO is verplicht en kan via mail of post.

Hopend u hier te mogen verwelkomen,

Dr. HAIO Léonie Vande Vannet
Dr. HAIO Siel Devlieger
Dr. HAIO Ben Casteleyn

WANNEER HUISARTS EN APOTHEKER ELKAAR ONTMOETEN …

Antwoordstrook om terug te sturen:

@ leonie.vandevannet@ugent.be
@ ben.casteleyn@ugent.be
@ siel.devlieger@ugent.be

Groenendijkstraat 12, 8450 Bredene
(adres)
(adres) **Naam:**

Beroep : □ HUISARTS □ APOTHEKER □ ANDERE

(Telefoon:) **EMAIL*:**

❑ Zal deelnemen aan het overleg ❑ Zal deelnemen aan de studie

Handtekening

Bijlage 6: *Informed consent.*

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Wat is de betekenis van een medisch-farmaceutisch overleg bij het afbouwen van benzodiazepines in de eerste lijn?

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U werd uitgenodigd om deel te nemen aan een medisch-farmaceutisch overleg (MFO) omtrent rationeel voorschrijven van benzodiazepines bij slapeloosheid. Dit
MFO maakt deel uit van een kwaliteitsverbeterend project uitgevoerd door drie Huisartsen-in-opleiding (HAIO’s) kaderend binnen een thesis aan de Universiteit Gent (UGent), vakgroep huisartsengeneeskunde. Deze thesis heeft als doel haalbare actiepunten en drempels bij het afbouwen van benzodiazepines en Z-drugs (z-BZD) bij hulpverleners te achterhalen en de meerwaarde van het MFO te onderzoeken.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om op 3 verschillende momenten (voor en na het MFO) vier vragenlijsten voor ons in te vullen. Dit zal telkens ongeveer 5 à 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is UGent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Ellen Van Leeuwen en met medewerking van Ben Casteleyn, Siel Devlieger en Léonie Vande Vannet.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe, multidisciplinaire en meer efficiënte methodes voor de afbouw van benzodiazepines in de eerste lijn.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (zijnde het recht om uw gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, om uw toestemming in te trekken en om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.
Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent
(https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens **gebeurt op basis van uw toestemming, zoals vermeld in artikel 6, paragraaf 1 (a)** en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijst aan de deelnemer.

Daartoe zal u gevraagd worden een persoonlijk email-adres te bezorgen waarop u deze vragenlijst wenst te ontvangen.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité.
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. Ellen Van Leeuwen (UGent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000
Brussel Tel. +32 2 274 48 00 e-
mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Ben Casteleyn e-mailadres :

ben.casteleyn@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem in tot deelname aan de studie.	
2) Ik ga akkoord dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor huidig wetenschappelijk onderzoek.	
3) Ik ga akkoord dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage 7: Vragenlijsten.

1. Algemene evaluatie (huisartsen en apothekers)

1. **Wat zijn uw eerdere ervaringen met een MFO?**
    - *Nog nooit eerder deelgenomen. Ga naar vraag 2*
    - *Reeds eenmaal een MFO bijgewoond*
    - *Meerdere MFO's (>1) bijgewoond)*
    a. **Hoe staat u tegenover uw eerdere deelname(s) aan een MFO?** Duid aan: *Negatief / Positief / Neutraal*
    b. **Had u eerder al een MFO in verband met benzodiazepinegebruik bijgewoond?** Duid aan: *Ja / Nee*
2. **Hoelang bent u reeds praktiserend huisarts/apotheker?** … jaar.
3. **Ik ben:**
    - *Huisarts*
    - *HAIO*
    - *Apotheker / Student-apotheker*
    - *Apotheker-assistent*
    - *Anders: Open antwoordmogelijkheid*
4. ***In welke regio werkt u?*** *Open antwoordmogelijkheid*

2a. Voormeting (huisartsen)

1. **Geslacht:** Duid aan: *Man/vrouw/anders/wil ik niet zeggen*
2. **Ik ben:** Duid aan:
    - *Solo-arts*
    - *Arts in een duopraktijk (arts en/of HAIO)*
    - *Groepspraktijk: 3 of meer artsen en/of HAIO's*
    - *Wijkgezondheidscentrum*
    - *Anders: Open antwoordmogelijkheid*
3. **Welk van onderstaande stellingen past het best bij u?** Duid alle uitspraken aan die van toepassing zijn.
    - *Ik ben niet van plan minder z-BZD (benzodiazepines en z-drugs) voor te schrijven.*
    - *Ik heb de intentie om de komende weken (binnen de maand) minder z-BZD voor te schrijven.*
    - *Ik heb de intentie om op langere termijn minder z-BZD voor te schrijven.*
    - *Ik tracht momenteel minder z-BZD voor te schrijven.*
    - *Ik tracht sinds geruime tijd minder z-BZD voor te schrijven (langer dan 6 maand).*
    - *Ik heb de intentie om minder z-BZD voor te schrijven, maar ik weet niet hoe.*
    - *Ik tracht momenteel minder z-BZD voor te schrijven maar ik slaag hier niet in.*
    - *Ik tracht momenteel minder z-BZD voor te schrijven en ik slaag hier ook in.*
    - *Ik schrijf reeds jaren weinig z-BZD voor.*

4. **Maak een schatting:**
    a. **Welk percentage van uw patiënten gebruiken een of meerdere Z-BZD chronisch* omwille van insomnia:** (* gebruik van benzodiazepines en z-drugs gedurende meer dan 60 dagen in de afgelopen maand.) *(… %)*
    b. **Welk percentage van deze patiënten proberen hun Z-BZD af te bouwen:** *(… %)*
    c. **Welk percentage van de afbouwpogingen in uw praktijk zijn succesvol met de huidige afbouwmethodes?** *(… %)*
    d. **Hoeveel procent van de patiënten die proberen af te bouwen, maken gebruik van het contract tussen arts, apotheker en patiënt om magistraal af te bouwen?** *(… %)*
5. **In welke mate onderschrijft u als huisarts volgende visies omtrent slaapproblemen?** Duid aan op de Likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*
    a. De voordelen van Z-BZD wegen op tegen de nadelen.
    b. Als huisarts is het moeilijk om een patiënt te motiveren tot een niet-medicamenteuze aanpak.
    c. Ik heb geen tijd om een slaapprobleem op een niet-medicamenteuze manier aan te pakken.
    d. Het niet-medicamenteuze aanpakken van slaapproblemen is de taak van andere zorgverleners.
    e. Ik beschik over de nodige expertise om een niet-medicamenteuze behandeling van slaapproblemen voor te stellen.
    f. Een niet-medicamenteuze aanpak van slaapproblemen moet ondersteund worden met medicatie.
    g. Het gebruiken van een magistrale bereiding faciliteert de afbouw van benzodiazepines voor de patiënten.
    h. Ik voel mij in staat om de patiënt te begeleiden bij een magistrale afbouw.
    i. Ik weet hoe ik een magistraal voorschrift moet maken of waar ik het voorschrift kan terugvinden in het medisch programma.
    j. Het magistraal voorschrijven van benzodiazepines en z- drugs vind ik omslachtig.
6. **In welke mate gebruikt u als arts de volgende methode**? Duid aan.
Nooit / Zelden / Soms / Meestal / Altijd
    a. Wanneer een patiënt vraagt om een geneesmiddel voor slaapproblemen, probeer ik eerst de oorzaak te achterhalen.
    b. Wanneer een patiënt vraagt om een geneesmiddel voor slaapproblemen, geef ik eerst niet-medicamenteuze adviezen.
    c. Bij het voorschrijven van z-BZD informeer ik de patiënt over de gevaren van langdurig gebruik.
    d. Bij het voorschrijven van z-BZD noteer ik de stopdatum op het voorschrift.
    e. Ik breng de nadelige effecten van z-BZD zelf ter sprake bij patiënten die chronisch z-BZD gebruiken.
    f. Ik geef patiënten die chronisch z-BZD gebruiken een educatiebrochure mee.
    g. Ik stel samen met de patiënt een afbouwschema op om z-BZD af te bouwen.

*Deze vragenlijsten komen vanuit het MFO-pakket **'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak'** en werden aangevuld met extra vragen na een uitgebreide literatuurstudie enerzijds en extra vragen die nuttig zijn binnen dit praktijkverbeterproject anderzijds.*

h. Ik verstuur een stopbrief naar patiënten die chronisch z-BZD gebruiken om hen te informeren over de nadelige effecten.
i. Ik maak gebruik van magistrale bereiding in het kader van de afbouw van benzodiazepines en z-drugs

7. **Hoe ziet de begeleiding van een patiënt die Z-BZD wil afbouwen er momenteel uit?** Duid alle antwoorden aan die van toepassing zijn.
   - *Geen begeleiding*
   - *Begeleiding via een zelfhulpbrief*
   - *Telefonische begeleiding/teleconsultatie*
   - *Consultaties bij arts (op afspraak)*
   - *Via de apotheker*
   - *Samen met de apotheker*
   - *Samenwerking met apotheker via contract voor terugbetaalde magistrale afbouw*
   - *Via een slaapcoach*
   - *Anders: Open antwoordmogelijkheid*
8. **Hoe ziet uw samenwerking (huisarts-apotheker) ifv patiënten met slaapproblemen er op dit moment uit?** Duid aan: *Nooit / Zelden / Soms / Meestal / Altijd*
   a. *De apotheker verwijst patiënten met slaapproblemen door naar mij*.
   b. *Indien de patiënt vragen heeft in verband met bijwerkingen omwille van chronisch gebruik van Z-BZD dan verwijs ik de patiënt naar de apotheker voor verdere info*.
   c. Als een patiënt z-BZD wil afbouwen, contacteert de apotheker mij om samen een afbouwschema op te stellen (niet via het contract om magistraal af te bouwen).
   d. Ik maak gebruik van het contract tussen arts, apotheek en patiënt om benzodiazepines en z-drugs magistraal af te bouwen.
   e. Indien de patiënt vragen heeft in verband met dervingsverschijnselen bij de afbouw van een Z-BZD dan verwijs ik de patiënt naar de apotheker voor verdere info.
   f. *Wanneer de patiënt start met afbouwen van z-BZD, informeer ik de apotheker van de patiënt vb. door STS (start-to-stop) te noteren op het voorschrift*.
   g. *Wanneer een patiënt start met het afbouwen van Z-BZD, maak ik afspraken met de apotheker van de patiënt om de patiënt goed te begeleiden*.
   h. *Wanneer een patiënt start met het afbouwen van Z-BZD, stel ik samen met de apotheker van de patiënt een afbouwschema op*.
   i. *De apotheker informeert mij wanneer hij/zij samen met de patiënt een afbouwschema heeft opgesteld*.*
   j. *Als een patiënt Z-BZD wil afbouwen, contacteert de apotheker mij om samen een afbouwschema op te stellen*.*

9. **Ik vind Z-BZD een veilig geneesmiddel.** Duid aan op de Likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*

2b. Voormeting (apothekers)

1. **Geslacht**. Duid aan: *Man / Vrouw /Andere, voorkeur liever niet zeggen*
2. **Maak een schatting:**
    a. **Welk percentage van uw cliënten gebruikt chronisch* slaapmedicatie?** (*gebruik van benzodiazepines en z-drugs gedurende meer dan 60 dagen in de afgelopen maand.) *(… %)*
    b. **Hoe vaak spreken patiënten verschillende apothekers aan om slaapmedicatie te bemachtigen?** Duid aan: *Meerdere keren per dag / Dagelijks / Wekelijks / Maandelijks / anders: open antwoordmogelijkheid*
    c. **Hoeveel procent van uw cliënten probeert momenteel de slaapmedicatie af te bouwen?** *(… % van de cliënten die chronisch slaapmedicatie gebruikt.)*
    d. **Bij welk percentage van deze cliënten verloopt de afbouw succesvol met de huidige methodes?** *(… %)*
3. **Welke van onderstaande stellingen past het best bij u?** Duid een of meerdere antwoorden aan.
    - *Ik ben niet van plan om patiënten te informeren (mondeling, via folder,…) over de nadelige effecten van benzodiazepines.*
    - *Ik trachtte in het verleden reeds patiënten te informeren over de nadelige effecten van (langdurig) z-BZD gebruik.*
    - *Ik heb de intentie om de komende weken (binnen 1 maand) patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD.*
    - *Ik heb de intentie om op langere termijn (>1 maand) patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD.*
    - *Ik heb de intentie om patiënten die z-BZD afhalen te infomeren over de nadelige effecten van slaapmedicatie, maar ik weet niet hoe.*
    - *Ik tracht momenteel patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD, maag slaag hier niet in.*
    - *Ik informeer momenteel patiënten over de nadelige effecten van z-BZD en slaag hier in.*
    - *Ik informeer patiënten al jaren over de nadelige effecten van z-BZD.*
4. **In welke mate informeert u patiënten die chronisch Z-BZD gebruiken over de nadelige effecten hiervan?** Duid aan: *Nooit / Zelden / Soms / Meestal / Altijd*
    a. **Bij eerste herhaalvoorschrift**
    b. **Na 1 jaar**
5. **In welke mate onderschrijft u als apotheker de volgende visies omtrent slaapproblemen?** Duid aan op de Likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*
    a. *De voordelen van z-BZD wegen op tegen de nadelen.*

b. *Als apotheker is het moeilijk om een patiënt met slaapproblemen te motiveren tot een niet-medicamenteuze aanpak.*
c. *Ik heb geen tijd om slaapproblemen op een niet-medicamenteuze manier aan te pakken*
d. *Het niet-medicamenteus aanpakken van slaapproblemen is de taak van andere zorgverleners.*
e. *Ik beschik over de nodige expertise om een niet-medicamenteuze behandeling van slaapproblemen voor te stellen.*
f. *Een niet-medicamenteuze aanpak van slaapproblemen moet ondersteund worden door medicatie.*
g. *Het gebruik van een magistrale bereiding faciliteert de afbouw van z-BZD voor de patiënten.*
h. *Ik voel mij in staat om de patiënt te begeleiden bij een magistrale afbouw.*
i. *Ik voel mij vertrouwd met het maken van een magistrale bereiding.*
j. *Het magistraal bereiden van benzodiazepines en z-drugs vind ik omslachtig.*

6. **In welke mate gebruik u als apotheker volgende methode?** Duid aan: *Nooit / Zelden / Soms / Meestal / Altijd.*
   - *Wanneer een patiënt vraagt om een OTC (over-the-counter) geneesmiddel voor slaapproblemen, geef ik eerst niet-medicamenteus advies (psycho-educatie rond slaap, tips rond slaaphygiënte).*
   - *Wanneer een patiënt vraagt om een OTC geneesmiddel voor slaapproblemen verwijs ik door naar de huisarts.*
   - *Bij de eerste aflevering van z-BZD informeer ik de patiënt over de nadelige effecten van langdurig gebruik.*
   - *Bij de eerste aflevering van z-BZD noteer ik de stopdatum op de verpakking*
   - *Ik informeer patiënten die chronisch z-BZD gebruiken herhaaldelijk over de nadelige effecten hiervan.*
   - *Ik informeer patiënten die chronisch z-BZD gebruiken over de nadelige effecten hiervan en geef ze een educatiebrochure mee.*
   - *Ik stel samen met de patiënt een afbouwschema op om z-BZD af te bouwen en breng de huisarts hiervan op de hoogte. (mits toestemming van de patiënt)*
   - *Ik verstuur een stopbrief naar patiënten die langdurig z-BZD gebruiken om hen te wijzen op de nadelige effecten en raad hen aan om te stoppen.*
7. **Hoe ziet uw samenwerking (huisarts-apotheker) ifv patiënten met slaapproblemen er op dit moment uit?** Duid aan: *Nooit / Zelden / Soms / Meestal / Altijd.* (*: mits toestemming van de patiënt)
   - *Ik stuur patiënten met (langdurige) slaapproblemen door naar de huisarts.*
   - *Als een patiënt z-BZD wil afbouwen, verwijs ik de patiënt naar de huisarts.*
   - *De huisarts noteert STS (start to stop) op het voorschrift als een patiënt start met de afbouw van z-BZD.*
   - *Wanneer een patiënt start met afbouwen van z-BZD, neemt de huisarts contact met mij op en worden er afspraken gemaakt om de patiënt goed te begeleiden.*

- *Wanneer een patiënt start met het afbouwen van BZD's , stel ik samen met de huisarts een afbouwschema op (niet via het contract om magistraal af te bouwen).**
- *Ik stel samen met de patiënt een afbouwschema op en breng hiervan de huisarts op de hoogte.*

8. **Ik waarschuw de arts indien Z-BZD langer dan 1 jaar gegeven worden.** Duid 1 antwoordmogelijkheid aan: *Helemaal niet, eerder niet, neutraal, eerder goed, helemaal goed*.
9. **Ik vind Z-BZD een veilig geneesmiddel.** Duid aan op de Likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*

3a. Nameting (huisartsen)

1. **Beschouwt u de aangereikte tools/kennis op het MFO als <u>zinvol</u> i.v.m. patiënten met slaapklachten?** Duid aan op de likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*
    a. Psycho-educatie voor de patiënten
    b. Advies rond slaaphygiëne om slapeloosheid aan te pakken
    c. Noteren van stopdatum op voorschrift z-BZD
    d. Minimale interventie – educatiebrochure
    e. Minimale interventie – stopbrief
    f. Opstellen afbouwschema – gereguleerde dosisreductie
    g. Afbouw – noteren STS op het voorschrift
    h. Afbouw – huisarts-apotheker werken samen als duo voor begeleiding patiënt
    i. Afbouw via magistrale bereiding zonder contract
    j. Magistrale afbouw met contract tussen arts, apotheker en patiënt
2. **Beschouwt u de aangereikte tools/kennis op het MFO als <u>bruikbaar</u> i.v.m. patiënten met slaapklachten?** Duid aan op de likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*
    a. Psycho-educatie voor de patiënten
    b. Advies rond slaaphygiëne om slapeloosheid aan te pakken
    c. Noteren van stopdatum op voorschrift z-BZD
    d. Minimale interventie – educatiebrochure
    e. Minimale interventie – stopbrief
    f. Opstellen afbouwschema – gereguleerde dosisreductie
    g. Afbouw – noteren STS op het voorschrift
    h. Afbouw – huisarts-apotheker werken samen als duo voor begeleiding patiënt
    i. Afbouw via magistrale bereiding zonder contract
    j. Magistrale afbouw met contract tussen arts, apotheker en patiënt
3. **Deelname MFO.** Duid aan wat van toepassing is op de likert-schaal: *1. Helemaal niet zinvol, 2. Eerder niet zinvol, 3. Neutraal, 4. Eerder zinvol, 5. Helemaal zinvol*
    a. **Mijn deelname aan het MFO heb ik als zinvol ervaren.**

*Deze vragenlijsten komen vanuit het MFO-pakket **'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak'** en werden aangevuld met extra vragen na een uitgebreide literatuurstudie enerzijds en extra vragen die nuttig zijn binnen dit praktijkverbeterproject anderzijds.*

   b. **Verklaar uw antwoord.** Open antwoordmogelijkheid.
4. **Gemaakte afspraken op het MFO.** Duid aan.
   a. **De gemaakte afspraken op het MFO ervaar ik als:**
      Helemaal niet zinvol – Helemaal zinvol op een schaal van 1-5
   b. **De gemaakte afspraken op het MFO ervaar ik als:**
      Helemaal niet haalbaar – Helemaal haalbaar op een schaal van 1-5
   c. **Verklaar hieronder uw antwoord: (vb. tijd, indeling, inhoud, mogelijke drempels…):** open antwoordmogelijkheid.
   d. **Welke drempels denkt u te ervaren?** Vink alle toepasselijke opties aan.
      - *Tijdsgebrek tijdens de consultatie*
      - *Tijdsgebrek algemene praktijkvoering*
      - *Afwezigheid van een communicatiekanaal tussen arts-apotheker Administratieve last van het MFO*
      - *Anders: Open antwoordmogelijkheid*

5. **Welk van onderstaande stellingen past het best bij u?** Duid alle uitspraken aan die op u van toepassing zijn.
   - *Ik ben niet van plan om minder z-BZD voor te schrijven*
   - *Ik trachtte in het verleden reeds minder z-BZD voor te schrijven*
   - *Ik heb de intentie om de komende weken (binnen 1 maand) minder z-BZD voor te schrijven*
   - *Ik heb de intentie om op langere termijn minder z-BZD voor te schrijven*
   - *Ik tracht momenteel om minder z-BZD voor te schrijven*
   - *Ik tracht sinds geruime tijd minder z-BZD voor te schrijven (langer dan 6 maand).*
   - *Ik heb de intentie om minder z-BZD voor te schrijven, maar ik weet niet hoe.*
   - *Ik tracht momenteel minder z-BZD voor te schrijven maar ik slaag hier niet in.*
   - *Ik tracht momenteel minder z-BZD voor te schrijven en ik slaag hier ook in.*
   - *Ik schrijf reeds jaren minder z-BZD voor.*
   - *Ik heb de intentie om minder Z-BZD op te starten.*

6. **Duid aan welke tools u reeds toepaste (in de praktijk/apotheek) en met welke tools u aan de slag wil gaan.** Laat open indien niet van toepassing.
   Antwoordmogelijkheden: doe ik al / Ga ik doen
   a. Psycho-educatie om alle stadia van slaap uit te leggen aan de patiënt, wat slaap is, wat de verwachtingen zijn.
   b. Advies geven aan patiënt omtrent slaaphygiëne
   c. Noteren van stopdatum op het z-BZD voorschrift
   d. Minimale interventie – educatiebrochure
   e. Minimale interventie – stopbrief
   f. Afbouw: huisarts-apotheker werken als duo voor begeleiding patiënt
   g. Afbouw - Magistrale bereiding zonder contract
   h. Magistrale afbouw- contract tussen arts, apotheker en patiënt

3b. Nameting (apothekers)

1. **Beschouwt u de aangereikte tools/kennis op het MFO als <u>zinvol</u> i.v.m. patiënten met slaapklachten?** Duid aan op de likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*
    a. Psycho-educatie voor patiënt
    b. Advies rond slaaphygiëne om slapeloosheid aan te pakken
    c. Eerste uitgiftebegeleiding z-BZD
    d. Noteren van stopdatum op verpakking bij eerste aflevering van z-BZD
    e. Bewaking van consumptiepatroon nieuwe gebruikers via GFD
    f. Minimale interventie – educatiebrochure
    g. Minimale interventie – de stopbrief
    h. Opstellen afbouwschema – gereguleerde dosisreductie
    i. Afbouw – noteren STS op voorschirft
    j. Afbouw: huisarts-apotheker werken samen als duo voor begeleiding patiënt
    k. Afbouw via magistrale bereiding zonder contract.
    l. Magistrale afbouw via contract tussen arts, apotheker en patiënt.
2. **Beschouwt u de aangereikte tools/kennis op het MFO als <u>bruikbaar</u> i.v.m. patiënten met slaapklachten?** Duid aan op de likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*
    a. Psycho-educatie voor patiënt
    b. Advies rond slaaphygiëne om slapeloosheid aan te pakken
    c. Eerste uitgiftebegeleiding z-BZD
    d. Noteren van stopdatum op verpakking bij eerste aflevering van z-BZD
    e. Bewaking van consumptiepatroon nieuwe gebruikers via GFD
    f. Minimale interventie – educatiebrochure
    g. Minimale interventie – de stopbrief
    h. Opstellen afbouwschema – gereguleerde dosisreductie
    i. Afbouw – noteren STS op voorschirft
    j. Afbouw: huisarts-apotheker werken samen als duo voor begeleiding patiënt
    k. Afbouw via magistrale bereiding zonder contract.
    l. Magistrale afbouw via contract tussen arts, apotheker en patiënt.
3. **Deelname MFO.** Duid aan wat van toepassing is op de likert-schaal: *1. Helemaal niet zinvol, 2. Eerder niet zinvol, 3. Neutraal, 4. Eerder zinvol, 5. Helemaal zinvol*
    a. Mijn deelname aan het MFO heb ik als zinvol ervaren.

4. **Gemaakte afspraken op het MFO.**
    a. **De gemaakte afspraken op het MFO ervaar ik als:** *Helemaal niet zinvol – Helemaal zinvol op een schaal van 1-5*
    b. **De gemaakte afspraken op het MFO ervaar ik als:** *Helemaal niet haalbaar – Helemaal haalbaar op een schaal van 1-5*
    c. **Verklaar hieronder uw antwoord:** (vb. tijd, indeling, inhoud…). Open antwoordmogelijkheid.

*Deze vragenlijsten komen vanuit het MFO-pakket **'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak'** en werden aangevuld met extra vragen na een uitgebreide literatuurstudie enerzijds en extra vragen die nuttig zijn binnen dit praktijkverbeterproject anderzijds.*

d. **Welke drempels denkt u te ervaren?** Vink alle toepasselijke opties aan.
    - *Tijdsgebrek*
    - *Afwezigheid van communicatiekanaal tussen arts-apotheker*
    - *Administratieve last*
    - *Anders: Open antwoordmogelijkheid*

5. **Welk van onderstaande stellingen past het best bij u?** Duid alle uitspraken aan die op u van toepassing zijn.
    - *Ik ben niet van plan om patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD*
    - *Ik trachtte in het verleden reeds patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD*
    - *Ik heb de intentie om de komende weken (binnen 1 maand) patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD*
    - *Ik heb de intentie om op langere termijn patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD*
    - *Ik heb de intentie om patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD, maar ik weet niet hoe.*
    - *Ik tracht momenteel patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD maar ik slaag hier niet in.*
    - *Ik tracht momenteel patiënten te informeren over de nadelige effecten van z-BZD en ik slaag hier ook in.*
    - *Ik informeer patiënten reeds jaren over de nadelige effecten van z-BZD*

6. **Duid aan welke tools u reeds toepaste in de apotheek en met welke tools u aan de slag wil gaan.** Duid aan: *Ga ik niet doen / Doe ik al / Ga ik doen*.
    a. Psycho-educatie voor patiënt
    b. Advies rond slaaphygiëne om slapeloosheid aan te pakken
    c. Noteren van stopdatum op verpakking bij eerste aflevering van z-BZD
    d. Bewaking van consumptiepatroon nieuwe gebruikers via GFD
    e. Minimale interventie – educatiebrochure
    f. Minimale interventie – de stopbrief
    g. Opstellen afbouwschema – gereguleerde dosisreductie
    h. Afbouw: huisarts-apotheker werken samen als duo voor begeleiding patiënt
    i. Afbouw via magistrale bereiding zonder contract.
    j. Magistrale afbouw via contract tussen arts, apotheker en patiënt.

4a. Post-meting (huisartsen)

ALGEMEEN

1. **Regio**
2. **Postcode**
3. **Hoelang bent u reeds praktiserend huisarts/ HAIO?** … jaar.
4. **Ik ben/ik werk in:**
    - *Soloarts*

*Deze vragenlijsten komen vanuit het MFO-pakket **'Ra$oneel voorschrijven van benzodiazepines door mul$disciplinaire aanpak'** en werden aangevuld met extra vragen na een uitgebreide literatuurstudie enerzijds en extra vragen die nu=g zijn binnen dit prak>jkverbeterproject anderzijds.*

- *Arts in een duopraktijk (arts en/of HAIO)*
- *Groepspraktijk: 3 of meer artsen en/of HAIO's*
- *Wijkgezondheidscentrum*
- *Anders: open antwoordmogelijkheid*

5. **Maak een schatting:**
    a. **Welk percentage van uw patiënten gebruikt een of meerdere Z-BZD (benzodiazepines en z-drugs) omwille van insomnia?** *(…%)*
    b. Welk percentage van deze patiënten probeert hun Z-BZD af te bouwen? *(…%)*
    c. Welk percentage van de afbouwpogingen in uw praktijk zijn succesvol met de huidige afbouwmethodes? *(…%)*
    d. **Hoeveel van uw patiënten in afbouw, maken gebruik van het contract voor magistrale afbouw?** *(…%)*

DEELNAME AAN HET MFO

6. **Deelname aan het MFO heeft mijn praktijkvoering veranderd.** Duid aan op de likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*.
7. **Beschouwt u de aangereikte tools / kennis op het MFO als zinvol/bruikbaar i.v.m. patiënten met slaapklachten?** Duid aan op de likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord*
    a. Afbouw via magistrale bereiding.
    b. Magistrale afbouw met contract tussen arts, apotheker en patiënt.
8. **Merkt u dat het MFO een positieve invloed heeft gehad op het gebruik van het contract voor magistrale afbouw in uw praktijk?** Duid aan: *Ja / Nee*.
9. **Gemaakte afspraken MFO**
    a. **De gemaakte afspraken op het MFO ervaar ik als:** Duid aan op de likert-schaal: *1. Helemaal niet zinvol, 2. Eerder niet zinvol, 3. Neutraal, 4. Eerder zinvol 5. Helemaal zinvol*.
    b. Verklaar hieronder uw antwoord: bv. tijd, indeling, inhoud, mogelijke drempels, …
10. **Welke drempels heeft u ondervonden bij de toepassing van de gemaakte afspraken op het MFO?** Vink alle toepasselijke opties aan.
    - *Tijdsgebrek tijdens de consultatie*
    - *Tijdsgebrek algemene praktijkvoering*
    - *Afwezigheid van een communicatiekanaal tussen arts-apotheker*
    - *Administratieve last van het MFO*
    - *Afspraken niet onthouden*
    - *Anders: Open antwoordmogelijkheid*
11. **Wat vond u positief aan het MFO?** Open antwoordmogelijkheid.

MAGISTRAAL AFBOUWEN VIA HET CONTRACT

12. **Merkt u dat het invoeren van het contract tussen arts, apotheker en patiënt om magistraal af te bouwen een positief effect heeft gehad op de afbouw van Z-BZD in uw praktijk?** Duid aan: *Ja / Nee*.
13. **Maakt u gebruik van het contract tussen arts, apotheker en patiënt om Z-BZD magistraal af te bouwen?** Duid aan: *Ja / Nee*.

*Deze vragenlijsten komen vanuit het MFO-pakket **'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak'** en werden aangevuld met extra vragen na een uitgebreide literatuurstudie enerzijds en extra vragen die nuttig zijn binnen dit praktijkverbeterproject anderzijds.*

a. **Indien ja:** Open antwoordmogelijkheid.
    i. **Hoeveel patiënten maken gebruik van het contract tussen arts, apotheker en patiënt om hun Z-BZD magistraal af te bouwen? Maak een schatting, graag een getal.**
    ii. **Welke voordelen ervaart u bij het contract?**
    iii. **Wat loopt er moeilijk bij het gebruik van het contract?**
    iv. **Wat is er nodig om de samenwerking tussen huisarts en apotheker nog te verbeteren?**
    v. **Wat zou u veranderen aan het contract?**
b. **Indien nee:** Open antwoordmogelijkheid.
    i. **Wat verloopt er moeilijk om het contract te kunnen gebruiken?**
    ii. **Wat is er nodig om het contract toch te kunnen gebruiken tijdens de afbouw van een Z-BZD?**
    iii. **Wat is er nodig om de samenwerking tussen huisarts en apotheker te verbeteren?**
    iv. **Welke voordelen zou het contract kunnen bieden?**

IN DE PRAKTIJK

14. **Welke van onderstaande stellingen passen bij u?** Duid alle uitspraken aan die op u van toepassing zijn.
    - *Ik ben niet van plan om minder z-BZD voor te schrijven.*
    - *Ik trachtte in het verleden reeds minder z-BZD voor te schrijven.*
    - *Ik heb de intentie om op de komende weken (binnen 1 maand) minder z-BZD voor te schrijven. Ik heb de intentie om op langere termijn minder z-BZD voor te schrijven (>1 maand).*
    - *Ik tracht momenteel minder z-BZD voor te schrijven.*
    - *Ik tracht sinds geruime tijd minder z-BZD voor te schrijven (langer dan 6 maand).*
    - *Ik heb de intentie om minder z-BZD voor te schrijven, maar ik weet niet hoe.*
    - *Ik tracht momenteel minder z-BZD voor te schrijven, maar slaag hier niet in.*
    - *Ik tracht momenteel minder z-BZD voor te schrijven en slaag hier ook in.*
    - *Ik schrijf reeds jaren weinig z-BZD voor.*
    - *Ik heb de intentie om minder z-BZD op te starten.*
    - *Ik start zelf geen z-BZD meer op bij een chronisch slaapprobleem.*
    - *Ik heb de intentie om bij chronische gebruikers van z-BZD een poging te doen tot afbouw*
    - *Anders: Open antwoordmogelijkheid*

TOOLS IN DE AFBOUW VAN BENZODIAZEPINES

15. **Gebruikt u de aangereikte tools/kennis in de praktijk voor patiënten met slaapklachten sinds het MFO nooit, minder, gelijk of meer?** Duid aan: *Nooit / Minder / Gelijk / Meer.*
    a. **Psycho- educatie voor de patiënt (wat is slaap, wanneer is er iets een slaapprobleem, hoe houdt slaap verband met het functioneren (stress) overdag, …)**

*Deze vragenlijsten komen vanuit het MFO-pakket **'Ra$oneel voorschrijven van benzodiazepines door mul$disciplinaire aanpak'** en werden aangevuld met extra vragen na een uitgebreide literatuurstudie enerzijds en extra vragen die nu=g zijn binnen dit prak>jkverbeterproject anderzijds.*

   b. **Advies rond slaaphygiëne om slapeloosheid van de patiënt aan te pakken.**
   c. **Eerste uitgiftebegeleiding benzodiazepines.**
   d. **Noteren van een stopdatum op het voorschrift**

16. **Duid aan welke tools u reeds toepaste in de praktijk en met welke tools u aan de slag wil gaan.** Duid aan: *Doe ik al / Ga ik doen. Laat open indien niet van toepassing.*
   a. **Afbouw - magistrale bereiding zonder contract.**
   b. **Magistrale afbouw - contract tussen arts, apotheker en patiënt.**
17. **Ondervond u moeilijkheden om bepaalde tools in uw praktijk toe te passen? Wat kan in de toekomst helpen om deze tools alsnog te gebruiken? Welke tools gebruikt u het meest?** Open antwoordmogelijkheid.
18. **Afbouw: huisarts en apotheker werken samen als duo voor de begeleiding van patiënten.** Duid aan*: Ja / Nee.*
   a. Indien neen: wat houdt jullie tegen? Wat loopt moeilijk? Wat is er nodig om de samenwerking tussen huisarts en apotheker te verbeteren?

4b. Post-meting (apothekers)

ALGEMEEN

1. **Regio**
2. **Postcode**
3. **Hoelang bent u reeds praktiserend apotheker / assistent-apotheker?** … jaar.
4. **Welk percentage van uw patiënten staat momenteel onder een benzodiazepine?** Maak een schatting. *(…%)*
5. **Welk percentage van deze patiënten zijn momenteel hun benzodiazepinegebruik aan het afbouwen?** Maak een schatting. *(…%)*
6. **Welk percentage van de patiënten die hun benzodiazepinegebruik aan het afbouwen zijn, maken gebruik van het contract voor magistrale afbouw?** Maak een schatting: *(…%)*

DEELNAME AAN HET MFO:

7. **Deelname aan het MFO heeft mijn praktijkvoering veranderd.** Duid aan op de likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, geen mening, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord.*
8. **De gemaakte afspraken op het MFO ervaar ik als:** Duid aan*: Helemaal niet zinvol / Eerder zinvol / Neutraal, geen mening / Eerder zinvol / Helemaal zinvol.*
9. **De gemaakte afspraken op het MFO ervaar ik als:** Duid aan: *Helemaal niet haalbaar / Eerder niet haalbaar / Neutraal, geen mening / Eerder haalbaar / Helemaal haalbaar.*
10. **Verklaar hieronder uw antwoord:** bv. tijd, indeling, inhoud, … *Open antwoordmogelijkheid.*
11. **Beschouwt u de aangereikte tools/kennis op het MFO als zinvol/bruikbaar i.v.m. patiënten met slaapklachten?** Duid aan op de likert-schaal: *1. Helemaal niet akkoord, 2. Eerder niet akkoord, 3. Neutraal, geen mening, 4. Eerder akkoord, 5. Helemaal akkoord.*
   a. **Afbouw via magistrale bereiding zonder contract.**

*Deze vragenlijsten komen vanuit het MFO-pakket **'Rationeel voorschrijven van benzodiazepines door multidisciplinaire aanpak'** en werden aangevuld met extra vragen na een uitgebreide literatuurstudie enerzijds en extra vragen die nuttig zijn binnen dit praktijkverbeterproject anderzijds.*

   b. **Magistrale afbouw via contract tussen arts, apotheker en patiënt.**
12. **Welke drempels heeft u mogelijks ondervonden bij het toepassen van de gemaakte afspraken op het MFO?** Duid aan wat van toepassing is of vul aan. *(Meerdere antwoordmogelijkheden mogelijk)*
    a. *Tijdsgebrek*
    b. *Afwezigheid van communicatiekanaal tussen arts-apotheker Administratieve last*
    c. *Afspraken niet onthouden*
    d. *Anders: Open antwoordmogelijkheid.*
13. **Wat vond u positief aan het MFO?**

MAGISTRAAL AFBOUWEN VIA HET CONTRACT

14. **Merkt u dat het MFO een positieve invloed heeft gehad op het gebruik van het contract voor magistrale afbouw in uw apotheek?** Duid aan: *Ja/ Nee*.
15. **Merkt u dat het invoeren van het contract tussen arts, apotheker en patiënt om benzodiazepines magistraal af te bouwen een positief effect heeft gehad op de afbouw van benzodiazepines in uw apotheek?** Duid aan: *Ja/ Nee*.
16. **Maakt u gebruik van het contract tussen arts, apotheker en patiënt om z-BZD magistraal af te bouwen?** Duid aan*: Ja/ Nee*.
    a. **Indien ja:** *Open antwoordmogelijkheid.*
        i. Hoeveel patiënten maken gebruik van het contract tussen arts, apotheker en patiënt om hun Z-BZD magistraal af te bouwen? Maak een schatting.
        ii. Welke voordelen ervaart u bij het contract?
        iii. Wat loopt er moeilijk bij het gebruik van het contract?
        iv. Wat is er nodig om de samenwerking tussen huisarts en apotheker nog te verbeteren?
        v. Wat zou u veranderen aan het contract?
    b. **Indien nee:** *Open antwoordmogelijkheid.*
        i. Wat verloopt er moeilijk om het contract te kunnen gebruiken?
        ii. Wat is er nodig om het contract toch te kunnen gebruiken tijdens de afbouw van een Z-BZD?
        iii. Wat is er nodig om de samenwerking tussen huisarts en apotheker te verbeteren?
        iv. Welke voordelen zou het contract kunnen bieden?

IN DE PRAKTIJK:

17. **Gebruikt u de aangereikte tools/kennis in de apotheek voor patiënten met slaapklachten sinds het MFO nooit, minder, gelijk of meer?** Duid aan: *Nooit / Minder / Gelijk / Meer*.
    a. **Psycho- educatie voor de patiënt (wat is slaap, wanneer is er iets een slaapprobleem, hoe houdt slaap verband met het functioneren (stress) overdag, …)**
    b. **Advies rond slaaphygiëne om slapeloosheid van de patiënt aan te pakken.**
    c. **Eerste uitgiftebegeleid ing benzodiazepine s.**
    d. **Noteren van een stopdatum op de verpakking.**

*Deze vragenlijsten komen vanuit het MFO-pakket **'Ra$oneel voorschrijven van benzodiazepines door mul$disciplinaire aanpak'** en werden aangevuld met extra vragen na een uitgebreide literatuurstudie enerzijds en extra vragen die nu=g zijn binnen dit prak>jkverbeterproject anderzijds.*

    e. **Bewaken van het consumptiepatr oon van nieuwe gebruikers via het GFD.**

18. **Duid aan welke tools u reeds toepaste in de apotheek en met welke tools u aan de slag wil gaan.** Duid aan: *Doe ik al / Ga ik doen*. Laat open indien niet van toepassing.
    a. **Afbouw - magistrale bereiding zonder contract.**
    b. **Magistrale afbouw - contract tussen arts, apotheker en patiënt.**
19. **Gebruikt u onderstaande tools/ kennis in de apotheek voor patiënten met slaapklachten?**
    a. **Afbouw - huisarts-apotheker werken samen als duo voor begeleiding van de patiënt.** Duid aan: *Ja / Nee (Indien nee: vul 19b in)*.
    b. **wat houdt jullie tegen/ wat loopt er moeilijk/ wat is er nodig om de samenwerking tussen huisarts en apothekers te verbeteren?** *Open antwoordmogelijkheid.*
20. **Tijdens het MFO werden verschillende tools zoals hierboven beschreven (educatiebrochure, stopbrief, gereguleerde dosisreductie, STS op voorschrift, samenwerking arts- apotheek, magistrale afbouw via een contract…) aangeboden. Ondervond u moeilijkheden om bepaalde tools in uw praktijk toe te passen? Wat kan in de toekomst helpen om deze tools alsnog te gebruiken? Welke tools gebruikt u het meest?** *Open antwoordmogelijkheid.*

Deze vragenlijsten werden via 'Google Forms' aan de deelnemende zorgverleners toegedeeld.

Bijlage 8: Info over het contract voor magistrale afbouw.

Verwijzing naar domus medica:
https://www.domusmedica.be/actueel/terugbetaling-kosten-voor-magistrale-bereidingslaapmedicatie-vanaf-1-februari-23

Verwijzing naar info over het contract zelf:
https://www.apb.be/APB_LIBRARY/PUBLIC/Overeenkomst%20pati%C3%ABnt-arts-apotheker-afbouw%20BENZO.pdf#search=benzodiazepines