Vertaling, validatie en implementatie van een Nederlandstalige EMPOWER-Brochure voor benzodiazepine gebruik in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterproject.

Brecht Mertens, KU Leuven

Promotoren: Dr. Kristien Coteur, KU Leuven, Prof. Marc Van Nuland, KU Leuven

Master in de Huisartsengeneeskunde

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2023 – 2025]

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

Abstract:

Context:
In België is er nog steeds een hoog gebruik van benzodiazepines, vaak als slaap- en kalmeringsmiddel. Deze medicatie wordt vaak chronisch gebruikt, hoewel dit voor veel indicaties wordt afgeraden. Er valt gezondheidswinst te boeken door deze af te bouwen. Meestal worden deze medicatie door de huisarts voorgeschreven. Het bespreken van afbouw van deze medicatie kost tijd en energie. In Nederlandstalig België bestaat er nog geen patiëntenbrochure om gebruikers te informeren en aan te zetten tot afbouw. In Canada, als deel van het 'Deprescribing network', bestaat dit wel. Dergelijke brochure is bewezen effectief en kan tijdswinst boeken voor de huisarts.

Onderzoeksvraag:
Deze masterproef wil de bestaande patiëntenbrochure vertalen naar het Nederlands, en deze laten testen door enkele huisartsen in de praktijk. Op basis van de ervaringen van deze huisartsen, zal de brochure aangepast en verbeterd worden.

Methode:
Eerst vertaalden we de brochure naar het Nederlands met een 'forward en backwards translation'. Bepaalde aspecten van de brochure werden aangepast aan onze situatie, zoals de merknamen van de medicatie. De brochure werd nagekeken door enkele huisartsen op 'face validity'. Als tweede deel verbeterden we aan de hand van een PDCA-cyclus deze versie. Twee praktijken, bestaande uit telkens drie vaste huisartsen en een huisarts in opleiding kregen twaalf weken de tijd om te werken met de brochure. Nadien bevroegen we de ervaringen van deze artsen aan de hand van een gestructureerd interview. Op basis van hun adviezen, pasten we de brochure aan. Dan herhaalden we deze cyclus met de vernieuwde brochure, en kwamen zo tot een finale versie.

Resultaten:
Na de eerste proefperiode waren de artsen tevreden over de brochure. Ze bevonden deze compleet en niet te langdradig, met informatie die zowel voor patiënt als arts interessant is. De brochure zorgde voor tijdswinst. De opmerking kwam dat de foto's in de brochure niet divers genoeg waren, het waren vooral oude vrouwen. Om deze reden werd een van de foto's vervangen. Verder gebeurden er geen aanpassingen aan de brochure. Wel benadrukten we dat de brochure aan elke patiënt die benzodiazepines als slaap- en kalmeringsmiddel neemt mag meegegeven worden, en dat de arts duidelijke instructies moet geven. Na de tweede periode bleven de artsen tevreden. Er gebeurden geen verdere aanpassingen meer aan de brochure.

Conclusie:
Op basis van de originele brochure en de opmerkingen van de huisartsen, sloegen we erin een brochure te maken die patiënten met chronisch benzodiazepine gebruik informeert en aanzet tot gedragsverandering. We raden aan deze brochure bij elk van deze patiënten mee te geven, met de instructie deze thuis door te nemen en zo gewenst hierop terug te komen. Op deze manier werd de brochure ervaren als een nuttig hulpmiddel dat tijdswinst oplevert en kan helpen bij de afbouw van benzodiazepines als slaap- en kalmeringsmiddel.

Inhoudstafel

1. Inleiding: 5
2. Methodologie 7
   2.1. Opstellen van de brochure 7
   2.2. Testen en bijwerken van de brochure 8
   2.3. Goedkeuring ethische commissie 9
3. Resultaten 10
   3.1. Opstellen van de brochure: 10
   3.2. Testperiode 1: 11
      3.2.1. Evaluatie: audit 11
      3.2.2. Evaluatie: interview 11
      3.2.3. Aanpassing: bemerkingen 12
      3.2.4. Aanpassingen aan de brochure 13
   3.3. Testperiode 2 13
      3.3.1. Evaluatie: Audit 14
      3.3.2. Evaluatie: interview 14
      3.3.3. Aanpassing: bemerkingen 15
      3.3.4. Aanpassingen aan de brochure 15
4. Discussie 16
5. Besluit 17
6. Dankwoord 18
7. Referenties 19

Bijlage 1: Goedkeuring Dr. Cara Tannenbaum: 21
Bijlage 2: Geïnformeerde toestemming artsen: 23
Bijlage 3: Informatie fiche patiënten: 25
Bijlage 4: Vragenlijst gestructureerd interview: 26
Bijlage 5: Goedkeuring ethische comissie 27
Bijlage 6: Brochure versie 1: 31
Bijlage 7: Interview 1 Dokterspraktijk De Leegheid 34
Bijlage 8: Interview 1 Huisartsen Rooi: 39
Bijlage 9: Brochure versie 2 (finale versie) 44
Bijlage 10: Interview 2 Dokterspraktijk De Leegheid: 47
Bijlage 11: Interview 2 Huisartsen Rooi: 49

1. Inleiding:

In België is er nog steeds een hoog gebruik van benzodiazepines als slaap- of kalmeermiddel, ondanks dat deze medicatie hier niet voor wordt aangeraden. In 2022 gebruikten 2,1 miljoen Belgen een slaap-of kalmeermiddel en ongeveer 80% van deze medicatie werd door huisartsen voorgeschreven (1). De richtlijn van ebpracticenet in samenwerking met Domus Medica geeft benzodiazepines als slaap- of kalmeermiddel enkel een plaats bij de behandeling van acute ernstige insomnia met een hoge lijdensdruk, en met een maximaal gebruik van zeven dagen. Bij patiënten boven de 65 jaar is er zelfs geen plaats voor medicatie in de behandeling van slapeloosheid (2). Het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft hetzelfde advies (3).

UpToDate behoudt een plaats voor Z-drugs bij chronische slapeloosheid en slapeloosheid bij ouderen 'na zorgvuldig afwegen van de risico-baten verhouding', en benadrukt de mogelijke nadelen (4).

Dankzij de inspanningen geleverd door zowel gezondheidsmedewerkers als de overheid, blijkt uit cijfers dat het gebruik van benzodiazepines de laatste jaren wel daalt. Waar in 2019 nog 2,6 miljoen Belgen slaap- en kalmeermiddelen gebruikt, zijn dit er in 2022 2,1 miljoen (1). Deze cijfers geven geen duidelijkheid over de indicatie en de frequent van het gebruik van deze middelen. Eerste resultaten van het afbouwprogramma benzodiazepines van het RIZIV zijn positief, wekelijks worden er 105 nieuwe afbouwprogramma's gestart en al 5500 patiënten startten een traject op (5).

45% Van de gebruikers van slaap- en kalmeermiddelen zijn ouder dan 65 jaar (1), terwijl deze medicatie in deze leeftijdsgroep als slaapmiddel wordt afgeraden wegens een nadelige risico-baten verhouding. De meest uitgesproken bijwerkingen zijn vermoeidheid overdag, draaierigheid en vallen, incontinentie en verhoogd risico op cognitieve stoornissen (6).

Patiënten zijn doorgaans niet voldoende geïnformeerd over hun medicatie en de mogelijke bijwerkingen, en vaak nemen ze deze medicatie al jaren. Ze komen zelden zelf met de vraag om medicatie aan te passen. Mede door de hoge werkdruk neemt de huisarts niet altijd de tijd om het gebruik van deze medicatie te bespreken, of is er de verwachting dat dit niet nuttig zal zijn omdat de patiënt niet wil stoppen. Het voorschrijven van deze medicatie komt vaak terloops ter sprake op het einde van een consultatie die een ander doel had, tezamen met de andere nodige voorschriften, waardoor de tijd ontbreekt dit te bespreken (7). Desondanks de tijdelijke tijdswinst door het niet bespreken van deze problemen zal het minderen en stoppen van deze medicatie op termijn veel meer gezondheids- en tijdswinst boeken (6-8).

Op dit moment is er beperkt patiëntmateriaal ter beschikking van de huisarts om de afbouw van benzodiazepines te bespreken. Gezondheid en wetenschap heeft een richtlijn die een informatief kader geeft over benzodiazepines, maar zet minder aan tot afbouw (9). De FOD-volksgezondheid en het FAGG maakten brochures ter preventie van het opstarten (10, 11). Er is dus nog een plaats voor een brochure gericht op patiënten die al een benzodiazepine als slaap- en kalmeringsmiddel nemen. Dit zou een tijdsefficiënte oplossing kunnen bieden. Wanneer de arts ziet dat de patiënt benzodiazepines gebruikt, geeft men een brochure mee met de aanbeveling dit te lezen. De consultatie kan dan worden afgerond zonder hier op dat moment dieper op in te gaan, waardoor het tijdsverlies minimaal is. De patiënt neemt het materiaal op zijn of haar tempo door, en zo deze dit wenst te bespreken, kan deze hiervoor een nieuwe consultatie inboeken. De agenda van de huisarts

komt zo niet in het gedrang. Dit is in lijn met eerdere bevindingen: zulke soortgelijke minimale interventie strategie is effectief en kostenefficiënt, zowel wanneer we actief alle relevante patiënten informatiemateriaal opsturen, als wanneer we dit passief meegeven wanneer patiënten op consult komen. Een studie vond een number needed to treat (NNT) van 12, dus per 12 interventies stopte één patiënt met benzodiazepines in een periode van 6 maanden (8).

Het Canadian Deprescribing netwerk houdt zich bezig met preventie in Canada en baseert zich hiervoor op de START-STOPP criteria. Ze ontwikkelden verschillende brochures om overbodige of ongewenst medicatiegebruik op te sporen en te stoppen. Een van deze brochures richt zich op benzodiazepines als slaap- en kalmeermiddel. Bewoners van een woonzorgcentrum vallen buiten de doelgroep van deze brochure. Deze brochure werd gevalideerd en effectief bevonden. De brochure werd ook in andere talen vertaald, maar nog niet in het Nederlands (12, 13).

Het doel van dit praktijkverbeterproject is het vertalen naar het Nederlands en het valideren in de huisartsenpraktijk van deze brochure**.**

2. Methodologie

Dit was een praktijkverbeterproject met volgende stappen:

1- Het opstellen van een Nederlandstalige brochure, gebaseerd op de Canadese EMPOWER brochure voor benzodiazepines.
2- Een groep huisartsen de kans geven om te werken met deze brochure, en hun bevindingen te bevragen om zo nodig de brochure aan te passen.
3- De aangepaste brochure laten testen door een groep huisartsen en zo nodig verder aan te passen om tot een definitieve brochure te komen.

Het testen van de brochure focuste vooral op hoe de huisartsen deze hebben ervaren en het gebruik ervan zo nuttig mogelijk te maken in de praktijk. Het was niet de bedoeling om de effectiviteit van deze interventie te meten met harde uitkomsten zoals in bovengenoemde artikels (8, 12).

2.1. Opstellen van de brochure

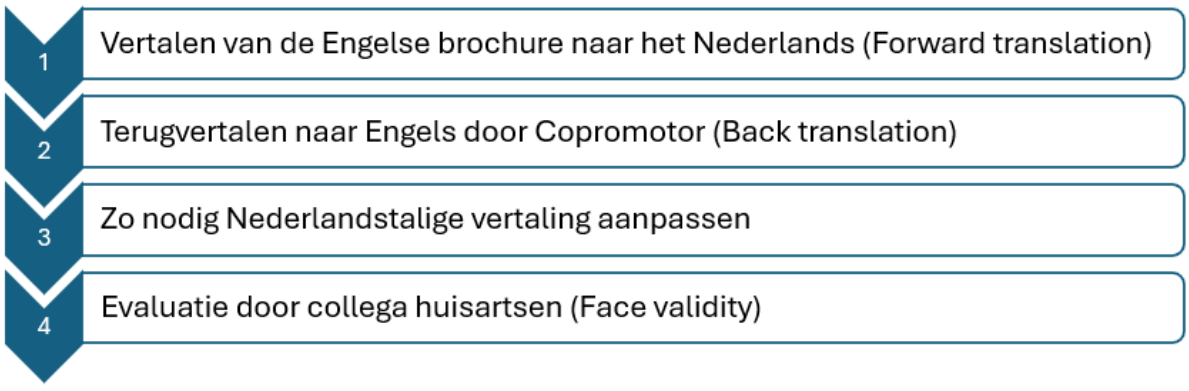
Voor het opstellen van de brochure, verkregen we toestemming van de Universiteit van Montreal en de ontwikkelaars van deze brochure voor ons project (bijlage 1). We voegden de vermelding van eigendomsrecht toe zoals gevraagd.

Op basis van de Engelse brochure als hoofdbron vertaalde ik de brochure naar het Nederlands.

Dan werd de Nederlandse versie door de copromotor opnieuw naar Engels vertaald, waarna we bekeken of de originele en de vertaalde Engelse brochure gelijkaardig zijn. Zo niet, pasten we de Nederlandstalige vertaling aan. Ook de originele opstellers van de brochure, gebruikte deze methode om hun brochure van Engels naar Frans te vertalen (13).

Dan werd de brochure nagekeken door de huisartsen in de praktijken of het hen een goede brochure leek om patiënten aan te manen tot afbouw, en of zij fouten vonden in de brochure of bepaalde zaken anders willen. Op basis hiervan maakten we nog aanpassingen tot een eerste afgewerkte brochure.

Figuur 1: Stappenplan opstelling van de Nederlandstalige brochure



2.2. Testen en bijwerken van de brochure

Twee huisartsenpraktijken, ‘Huisartsen Rooi’ en ‘Huisartsenpraktijk De Leegheid’, stemden toe om mee te doen aan het project. Beide praktijken bestaan uit drie huisartsen en één huisarts in opleiding. Tijdens het testen van de brochure liep ik stage in ‘Huisartsenpraktijk De Leegheid’ en was daar de huisarts in opleiding. Ook ik deed mee met het testen, en deelde de brochures uit zoals afgesproken.

Informeren van artsen en patiënten (Plan en Do)

De artsen kregen informatie over de brochure en de stappen die van hen werden verwacht. Alle patiënten die benzodiazepines gebruiken en op consultatie komen, al is het voor een andere klacht, dienden een brochure mee te krijgen, met een duiding in de aard van: ‘ik zie dat u deze medicatie neemt, ik heb een brochure met extra informatie over deze medicatie en zou graag hebben dat u die thuis eens doorneemt. Kom nadien langs als u dit verder wenst te bespreken’, naar gelang de persoonlijke stijl van de arts aan te passen.

De arts noteerde bij uitdelen in het dossier als diagnose de ICD 10 code P18, F13,1 (schadelijk slaapmiddelenmisbruik). Deze code werd gekozen omdat deze niet gebruikt wordt in de praktijken en wel toepasselijk is. Zo vonden we nadien terug hoe vaak dit element in de afgesproken periode genoteerd is. Tijdens consultaties waarbij de brochure opnieuw ter sprake komt, diende deze code opnieuw genoteerd te worden.

De artsen kregen en ondertekende een geïnformeerde toestemming over dit onderzoek (bijlage 2).

De patiënten werden op de hoogte gesteld van het feit dat dit om een studie ging via een informatieblad dat werd bijgevoegd in de brochure (bijlage 3).

Evaluatie (Check)

Na een periode van twaalf weken bevroegen we de artsen in een gespreksgroep over hoe ze de brochure ervoeren met een gestructureerd interview (bijlage 4). De vragenlijst toetste enerzijds naar de brochure zelf; de evaluatie hiervan en wat er eventueel anders kon qua taal en inhoud, als naar het werken met de brochure. Deze gesprekken werden opgenomen en uitgetypt.

Aanpassing (Act)

Deze informatie werd gesynthetiseerd tot de hoofdpunten, en op basis hiervan werden dan aanpassingen aan de brochure gemaakt.

Nadien herhaalden we deze cyclus op dezelfde manier met de aangepaste brochures. De deelnemende artsen werden op de hoogte gesteld van aanpassingen aan de brochure en van oplossingen voor ondervonden problemen. Aan de afloop van de tweede cyclus kunnen we een finale brochure voorleggen.

Figuur 2: PDCA cyclus



2.3. Goedkeuring ethische commissie

Alvorens te starten met de studie is goedkeuring van de ethische commissie vereist. Op 03-06-2024 werd dit onderzoek, met als kenmerknummer MP028969 goedgekeurd (bijlage 5).

3. Resultaten

3.1. Opstellen van de brochure:

Op basis van de Engelstalige brochure als hoofdbron, en de Duitstalige en Franstalige brochure vertaalde ik de brochure naar Nederlands. De Engelstalige brochure werd opgesteld op het taalniveau dat verwacht wordt gekend te zijn op het einde van het 6e leerjaar. Wij volgden de Europese taalniveaus en stelden de brochure op niveau B1 op. Ook de originele brochure werd op hetzelfde niveau opgesteld (13). Zo is de informatie toegankelijk voor iedereen. Hiervoor werden ook de taaltips van 'wablieft-tekstadvies' gebruikt.

Voor de formatering van de brochure kozen we ervoor deze volledig over te nemen uit de originele Engelse brochure zonder aanpassingen. De foto's werden overgenomen uit de Oostenrijkse brochure, omdat deze populatie dichter aanleunt bij onze populatie. Er werd gekozen voor de term 'slaap- en kalmeermiddelen' omdat de Belgische overheidsinstanties zo verwijzen naar benzodiazepines en z-drugs.

Op de voorpagina werd het logo van het academisch centrum voor huisartsengeneeskunde toegevoegd.

Inhoudelijk pasten we enkele zaken aan. Op de eerste pagina staat een lijst met benzodiazepines. We veranderden deze namen in de merknamen zoals ze op de Belgische markt zijn. In de Engelse brochure wordt het advies 'Try to get up in the morning and go to bed at night at the same time every day.' op bladzijde 8 gegeven. Omdat het advies om elke dag op hetzelfde uur te gaan slapen achterhaald is, en het vooral belangrijk is om te gaan slapen als men moe is, werd dit in onze brochure: 'Probeer elke ochtend op hetzelfde moment op te staan, en 's avonds te gaan slapen wanneer u moe bent.' (14, 15).

De verwijzingen naar websites werden aangepast: voor het slaapdagboek verwijzen we naar een dagboek van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, en voor de slaaptips verwijzen we naar de website van het Universitair Ziekenhuis Leuven.

In 'het verhaal van mevrouw Verschooren' staat in de Engelstalige brochure dat mevrouw 7 uur slaap nodig heeft, maar de Duitstalige en ook Franstalige brochure noteren hier 6 uur slaap. Wij kozen ervoor om deze 6 uur aan te houden.

Na de back translation werden nog enkele zaken aangepast om een correctere vertaling te bekomen. Zo komen we op de eerste brochure (bijlage 6). Deze werd door de huisartsen uit de praktijken nagekeken en goed bevonden. Er gebeurde geen verdere aanpassingen.

3.2. Testperiode 1:

De eerste testperiode liep nagenoeg parallel in de twee praktijken: van 05/07/2024 tot en met 27/09/2024 in Huisartsenpraktijk De Leegheid en van 08/07/2024 tot en met 30/09/2024 in Huisartsen Rooi. De beide praktijken kregen dezelfde brochure.

3.2.1. Evaluatie: audit

We deden een audit in het elektronisch patiëntendossier van elke praktijk voor de ICD 10 code P18, F13,1 (schadelijk slaapmiddelenmisbruik) in de afgebakende periode.

Huisartsenpraktijk De Leegheid	Huisartsen Rooi
De code werd 7 maal genoteerd, telkens bij het uitdelen van de brochure. Er werd in geen consultatie teruggekomen op de brochure.	De code werd 3 maal genoteerd, telkens bij het uitdelen van de brochure. Er werd in geen consultatie teruggekomen op de brochure.

3.2.2. Evaluatie: interview

De volledige interviews zijn bijgevoegd (bijlages 7 en 8).
Hier geven we een samenvatting van de interviews weer.

Over het werken met de brochure:	
Huisartsenpraktijk De Leegheid	Huisartsen Rooi
- Er wordt niet systematisch aan de brochure gedacht. Meegeven gebeurt per toeval. De artsen hebben het gevoel dat patiënten die open stonden voor afbouw, reeds afgebouwd zijn. De brochure kost geen extra tijd en kan tijdwinst boeken, door deze informatie door de patiënt thuis te laten lezen. De brochure bevat interessante informatie voor de patiënt, en ook zaken die de artsen zelf niet wisten. - Er is onduidelijkheid over het doel van de brochure. De focus lijkt zich vooral te leggen op mensen die een benzodiazepine als slaapmedicatie nemen, en niet als kalmeermiddel. - Er is een incident waarbij het beeld van de medicatie op de voorkant 'triggerend' was voor een patiënt. Het is echter onduidelijk wat de intentie van de patiënt was, of dit effectief zo was of eerder als een soort protest.	- Er werd volgens de artsen te weinig gebruik gemaakt van de brochure. De voornaamste reden is een gebrek aan tijd. Vaak wordt het gebruik van benzodiazepines terloops besproken. Patiënten aanmanen om dit te bespreken in een aparte consultatie zou een oplossing zijn. Dit zou kunnen door dit expliciet in de brochure te vermelden. Een andere voorgestelde oplossing is de brochure laten bespreken door een praktijkverpleegkundige. Anderzijds wordt de brochure wel ervaren als een handig houvast om de nadelen te bespreken en geeft zo tijdswinst. Ook wordt er tijdswinst geboekt doordat de patiënt dit zelf thuis kan lezen. - De tweede reden van minder gebruik is het idee dat bepaalde patiënten niet zou open staan voor deze informatie. Er wordt getwijfeld of de brochure bij deze patiënten het gedrag zou beïnvloeden. - Er wordt voorgesteld om ook in de wachtzaal te afficheren, met een affiche die de hoofdpunten bespreekt, en zo de patiënt aan te sporen dit met hun arts te bespreken.

Over de brochure zelf:	
Huisartsenpraktijk De Leegheid	Huisartsen Rooi
De vragen op pagina 7 staan misschien beter eerder in de brochure. De informatie op pagina 5 en 6 lijkt misschien wat te veel op elkaar. De foto's zijn weinig divers, ze bevatten vooral oudere vrouwen. De informatie over wanneer iemand gewenning heeft staat niet voldoende beschreven. De brochure is compleet en niet te langdradig. Er zijn geen spelfouten.	De brochure is goed opgesteld. De tekst is goed, de lay-out ook. Er zijn geen onduidelijkheden of spelfouten. Een pluspunt is dat de brochure niet aanvallend is opgesteld. Het is ook goed dat wordt herhaald dat de patiënt misschien risico loopt. Een van de artsen verkiest de stapsgewijze afbouw volgens het programma van het RIZIV boven de afbouw zoals beschreven in de brochure.

3.2.3. Aanpassing: bemerkingen

Op basis van de bemerkingen uit de interviews, bundelde we werkpunten en zochten we naar oplossingen.

Goede punten
- De brochure bevat informatie die zowel voor arts als patiënt interessant is. - De brochure is compleet en niet te langdradig. - Er zijn geen spelfouten of onduidelijkheden. - De brochure is niet aanvallend opgesteld.

Probleem	**Aanpassing of oplossing**
Het meegeven van de brochure gebeurt per toeval en niet systematisch. Er wordt door de artsen een triage gemaakt over bij welke patiënten deze brochure nuttig zou zijn.	Patiënten appreciëren een systematische toepassing van zulke interventies. Patiënten die 'niet geselecteerd' worden voelen zich benadeeld. Er is evidentie dat het beter is om bij elke patiënt de brochure uit te delen. (7) Daarnaast raden we aan de brochure uit te delen telkens men ziet dat een patiënt een benzodiazepine neemt, zonder hier verder over na te denken.
Tijdsgebrek wordt aangegeven als een reden van niet systematisch meegeven, doordat patiënten tijdens de consultatie op de brochure in gaan. Daarnaast is er de suggestie om expliciet te noteren in de brochure dat de patiënt hiervoor best een extra afspraak inboekt om dit te bespreken.	Deze problemen lijken ons oplosbaar door telkens duidelijk de instructies bij het uitdelen mee te delen. 'Ik heb een brochure over een medicament dat u neemt. Ik zou graag hebben dat u dit thuis eens doorneemt. En als u dat wenst, maakt u nadien een afspraak om dit te bespreken' Zo blijft de interventie kortduren en is het duidelijk dat de brochure niet nu besproken zal worden, maar dat de patiënt hiervoor moet terugkomen.
Er heerst het gevoel dat de patiënten die nu nog benzodiazepines nemen, hardnekkige gebruikers zijn en niet geneigd zijn tot afbouwen.	Dit wijst op de al reeds geleverde inspanningen van de artsen. Voor de hardnekkige patiënten is blijvende educatie en herhaling nuttig.

Er is onduidelijkheid over de focus van de brochure en een voorkeur voor het RIZIV-afbouwplan.	Het doelpubliek van de brochure is alle patiënten die benzodiazepines gebruiken, dus zowel als slaapmedicatie en als kalmeermiddel. Er zijn geen formele regels over welke patiënt deze informatie mag krijgen. Ook voor een patiënt die verschillende benzodiazepines of polypsychofarmaca neemt, kan deze informatie nuttig zijn. Het is dan aan de arts om in te schatten of een afbouw van deze medicatie in de huisartsenpraktijk gewenst is, of dit beter in de 2e lijn gebeurt. Het RIZIV-afbouwplan zou het doelpubliek van de studie vernauwen en het beperken tot benzodiazepines als slaapmedicatie. Het gegeven schema in de brochure dient ter informatie, de uitvoering van de afbouw verschilt per patiënt en mag de arts vrij kiezen.
De informatie op pagina 5 en 6 en de vragen op pagina 7: volgorde en herhaling?	Bij herbekijken van de brochure werd toch beslist om deze volgorde aan te houden.
Foto's zijn weinig divers.	De gebruikte foto's zijn inderdaad vooral van oudere vrouwen. Bij het ontwikkelen van de brochure door de onderzoekers lag de focus op ouderen (13). Hoewel de prevalentie van benzodiazepines het grootst is in deze groep, werd besloten de foto op pagina 9 aan te passen naar een jonger publiek.
Afficheren in de wachtzaal om patiënten aan te sporen dit te bespreken.	Uit onderzoek blijkt dat passieve overdracht via posters gezondheidsgedrag niet beïnvloedt (16).

3.2.4. Aanpassingen aan de brochure

Aan de brochure gebeurde één aanpassing op basis van de bespreking: het veranderen van de foto op bladzijde 9 (zie bijlage 9).

3.3. Testperiode 2

Ook de tweede testperiode liep quasi parallel in de twee praktijken: van 10/01/2025 tot en met 04/04/2025 in Huisartsenpraktijk De Leegheid, en van 13/01/2025 tot en met 07/04/2025 in Huisartsen Rooi. De beide praktijken kregen de aangepaste brochure.

De bevindingen en onze antwoorden op de besproken punten werden besproken met de artsen.

Als extra instructie voor de artsen werd benadrukt om telkens men bemerkt dat een patiënt een benzodiazepine neemt, de brochure uit te delen, en het uitdelen van de brochure met duidelijke instructies gepaard te laten gaan, namelijk benadrukken dat dit een informatiebrochure is over een medicament dat de patiënt neemt, dat deze dit thuis moet doornemen en nadien, zo gewenst, hiervoor op consultatie kan komen ter bespreking.

3.3.1. Evaluatie: Audit

Huisartsenpraktijk De Leegheid	Huisartsen Rooi
De code werd 4 maal genoteerd, telkens bij het uitdelen van de brochure. De code werd geen enkele keer opnieuw genoteerd, ook bij patiënten die in de eerste periode een brochure meekregen.	De code werd 10 maal genoteerd. 9 Maal bij het uitdelen van de brochure. Bij 1 patiënt werd er tijdens een consultatie op de brochure teruggekomen.

3.3.2. Evaluatie: interview

De volledige interviews werden bijgevoegd (bijlages 10 en 11).

Wegens vakantie was één van de artsen in 'Huisartsenpraktijk De Leegheid' niet aanwezig bij het afnemen van het interview. Een uitgetypte versie van dit interview werd haar opgestuurd, met de vraag om haar opmerkingen en inzichten door te geven.

Hetzelfde gebeurde bij Huisartsen Rooi. Één van de artsen was met vakantie. Een tweede arts is halfweg de testperiode ziekgevallen en was ook niet aanwezig op het interview. Zij heeft dus 6 weken praktijk kunnen voeren met de vernieuwde brochure. Beide kregen het uitgewerkte interview uit hun praktijk opgestuurd met de vraag hun opmerkingen door te geven.

Over het werken met de brochure:	
Huisartsenpraktijk De Leegheid	Huisartsen Rooi
- De ervaring was gelijkaardig als in de eerste testperiode. De brochure is een nuttig hulpmiddel. - Een van de artsen merkt op dat het de taak van de huisarts is om patiënten te sensibiliseren over de medicatie die ze nemen, zelfs al kost dit tijd. - Er zou door de artsen meer tijd in preventie moeten gestoken worden, om gebruik te voorkomen.	- Patiënten blijven de gewoonte hebben om geen aparte afspraak te maken voor het bespreken van deze medicatie maar komen tijdens een consultatie voor een ander probleem ook terug op de brochure. Dit maakt het moeilijk om genoeg tijd aan dit probleem te besteden.
Over de brochure zelf:	
Huisartsenpraktijk De Leegheid	Huisartsen Rooi
- Een van de artsen stelt voor om meer in te zetten op negatieve emoties, zoals de foto's op pakjes sigaretten, om de patiënten zo te motiveren.	- Er is de suggestie om de informatie compacter weer te geven, bijvoorbeeld in A4-vorm. De boekvorm kan imponerend werken, patiënten zouden niet tot het einde lezen. Hierom wordt gesuggereerd om de 'wist u dat' pagina vooraan te plaatsen, zodat de patiënten zeker dit lezen. Dit informatieblad zou echter ook erg droog kunnen overkomen, wat ook afstoten kan werken. - De boekvorm met de vele foto's, doet wat denken aan een reclamefolder.

3.3.3. Aanpassing: bemerkingen

Op basis van de bemerkingen uit de interviews, bundelde we werkpunten en zochten we naar oplossingen.

Probleem	**Aanpassing of oplossing**
Gebruik van negatieve emoties om motivatie te beïnvloeden.	Beangstigende beelden zijn bewezen effectief bij het verminderen van roken (17). We kunnen dan ook denken dat dit voor het gebruik van benzodiazepines effectief is. De originele bedenkers van de brochure gebruikten de constructivistische leertheorie en gebruikte ook andere leertechnieken. Een angst gebonden leertheorie kwam hierbij niet aan bod (13). We verkiezen daarom om deze originele, gevalideerde brochure te volgen.
Patiënten die geen aparte afspraak inboeken.	Dit lijkt een praktijkgebonden probleem, gezien dit in één praktijk duidelijk aan bod kwam, en in de andere niet. Een mogelijke oplossing is sensibilisering en duidelijke afspraken binnen de praktijk. Denk aan '1 probleem = 1 consultatie', welke we wel eens zien op websites. Daarnaast kan de instructieboodschap aangepast worden om dit aan te kaarten. Er dreigt wel een groep te ontstaan die enkel terloops benzodiazepine gebruik zou bespreken en hiervoor nooit een afspraak zou boeken.
De vorm van de brochure. Reclame boekje met veel foto's, of een compacte tekst.	Deze keuze werd gemaakt door de originele ontwikkelaars. Gezien de artsen tijdens het interview aangaven dat er zowel voor als nadelen aan zijn en de originele studie gebruik maakt van een boekvorm met prenten, pasten we dit niet aan (13).

3.3.4. Aanpassingen aan de brochure

Op basis van de 2e interview ronde werd besloten om geen aanpassingen te maken aan de brochure.

4. Discussie

Interpretatie van de resultaten

Op basis van de bemerkingen uit de interviews waren we in staat om een brochure te creëren die door de artsen wordt aangegeven als nuttig te zijn en tijdswinst te geven. Het doel van deze studie was vooral kwalitatief, waarbij het vertalen voorop stond. Het was niet ons doel de positieve cijfers uit de literatuur na te streven (8, 12, 13).

In beide praktijken wordt het gebruik van benzodiazepines als een probleem ervaren, maar wordt er naar het gevoel van de artsen niet genoeg aan gedaan. Hoewel we de verschillende initiatieven zoals 'Gezondheid en wetenschap' en 'thuisarts' steunen, gaat het fysiek beschikbaar hebben en uitdelen van de brochure een stap verder. Het verzekert ons dat patiënten meteen correcte informatie krijgen, zelfs al zijn ze niet computervaardig

De brochure dient om patiënten in de pre-contemplatiefase in te lichten over de medicatie en patiënten in de contemplatiefase aan te zetten tot actie. Verdere concrete stappen, dient de behandelde arts zelf te kiezen.

Sterktes van het project

We ontwikkelden de eerste Belgische brochure in het Nederlands gericht op patiënten die een benzodiazepine als slaap- of kalmeermiddel nemen. We konden ons baseren op een brochure die effectief is bevonden. Acht artsen in twee praktijken konden gedurende zes maanden de brochure gebruiken. Deze brochure biedt een tijdsefficiënte manier om benzodiazepinegebruik te bespreken.

Beperkingen van het project

Er bestaan verschillende richtlijnen voor het vertalen van patiënten materiaal. We toetsten onze studie aan de 'Cross Cultural Adaption Method' (18). Zij raden aan om verschillende 'forward' vertalingen te maken, door verschillende vertalers, en deze ook allemaal en door verschillende 'back' vertalers terug te vertalen naar de originele taal. Er wordt ook aanbevolen om enkele 'back' vertalers te hebben die geen weet hebben van het doel van de studie om bias te voorkomen. In onze studie was er slechts één 'forward' vertaler, en één 'back' vertaler. De 'back' vertaler was ook op de hoogte van het doel van de studie. Daarna wordt aanbevolen om het materiaal in de bedoelde populatie te testen, wat wij deden. Hoewel deze methode vooral dient voor complexer materiaal en we kunnen argumenteren dat de informatie in onze brochure simpeler is, zou het een sterkte zijn, om dezelfde vertaaloefening te laten uitvoeren door verschillende onderzoekers om te kijken of we nog steeds hetzelfde resultaat zouden bekomen.

De originele studie deed aan 'direct to consumer education'. Élke patiënt die een benzodiazepine nam, kreeg een brochure per post opgestuurd. Om financiële redenen was het niet haalbaar dit te herhalen. In onze studie is er incidentele educatie, waarbij enkel wanneer de arts opmerkt dat de patiënt deze medicatie neemt, de brochure zal uitgedeeld worden. Hierdoor bestaan er patiënten die per toeval dit materiaal niet in handen krijgen. Anderzijds zullen we, als de studie lang genoeg loopt, elke patiënt op consultatie krijgen, gezien ze langs moeten komen voor voorschriften.

Ondanks dat de artsen aangeven dat het gebruik tijdswinst geeft, werd ook aangegeven dat het moeilijk was om aan de brochure te denken. Daarnaast werd ook ervaren dat de bespreking vaak toch nog terloops tijdens een andere consultatie ter sprake komt, ondanks de instructies.

Het aantal uitgedeelde brochures geeft ons een idee over hoeveel er met de brochures werd gewerkt. In de 24 weken werden er 24 brochures uitgedeelde. Het zou nog beter zijn moest een groot aantal artsen een langere periode met deze brochure kunnen werken om meer inzichten te verkrijgen.

Kansen voor het project

Het lijk ons zinvol ook de andere brochures van het Deprescribing Network in Canada te vertalen om patiënten te informeren. Het verspreiden van deze brochures kan dan incidenteel, zoals in onze studie, maar praktijken of overheden kunnen op basis van patiëntengegevens ook deze informatie per (elektronische) post aan patiënten bezorgen. Het is van belang om op een manier te werken die elke patiënt zal bereiken.

Weerstand van de huisarts om slaapmedicatie af te bouwen kan liggen aan de 'plaats' van gezondheidswinst. De moeite die het een huisarts kost om patiënten aan te zetten tot afbouw is vele malen groter dan de winst die zij voelen in hun kabinet. De bijwerkingen van deze medicatie zijn vaker ten laste van anderen. Valincidenten worden in het ziekenhuis opgelost, auto-ongevallen gaan ten koste van de maatschappij, en geheugen en concentratieproblemen worden vooral gedragen door de patiënt, mantelzorger en woonzorgcentra. Naast een taak voor de overheden is het echter ook de verantwoordelijkheid van de huisarts om zich bewust te zijn van deze bijwerkingen en ongepast benzodiazepine gebruik te stoppen.

5. Besluit

Als voornaamste voorschrijver van benzodiazepines, is het de taak en maatschappelijke verantwoordelijkheid van de huisarts om nadelen en afbouw van deze medicatie met elk van hun patiënten te bespreken. Zelfs al ondervinden huisartsen niet veel last van deze medicatie. Vaak worden deze onterecht voorgeschreven en wegen de voordelen niet op tegen de nadelen. Deze nieuwe ontwikkelde brochure, gebaseerd op de brochure van het Canadian Deprescribing netwerk en aangepast aan de adviezen en bemerkingen van de participerende artsen, biedt de huisarts een bijkomend hulpmiddel om de afbouw van benzodiazepines op een tijdsefficiënte manier te bespreken. De brochure biedt ons twee mogelijkheden: vanuit praktijken of overheden kan overgegaan worden op het systematisch verdelen van deze informatie naar patiënten, bijvoorbeeld jaarlijks, of artsen kunnen incidenteel deze brochure uit delen aan elke patiënt die deze medicatie neemt, met de boodschap dit thuis door te nemen en, als de patiënt dit wenst, hier op terug te komen in een volgende, aparte consultatie.

6. Dankwoord:

Aan het einde van deze masterproef zou ik graag enkele mensen bedanken, zonder wie dit werk me nooit gelukt zou zijn. Ten eerste mijn promotoren; Dr. Kristien Coteur, voor de aangename en erg behulpzame begeleiding, alsook Prof. Dr. Marc Van Nuland, die mij in het eerste deel van deze masterproef hielp.

Als tweede bedank ik mijn PO's, Ilse De Vos uit Huisartsen Rooi, en Eddy van Keerberghen uit Huisartsenprakijk De Leegheid, en alle andere artsen uit beide praktijken. Voor de leermogelijkheden, en voor het enthousiaste meewerken aan dit project.

Ook bedank ik graag mijn ouders, Dr. Annemie Dossche en Ing. Werner Mertens, voor alle steun die ik heb mogen ontvangen tijdens dit werk en mijn opleiding. Verder bedank ik mijn broers en zussen, Wies, May, Noor en in het bijzonder Dr. Ing. Joost Mertens, voor alle academische hulp.

Als laatste en voornaamste bedank ik mijn vriendin, Emma Van Molle, voor alle hulp en geduld tijdens mijn HAIO-jaren.

7. Referenties

1. s.n. Benzodiazepines en Z-drugs: cijfers en tendensen 2022 2022 [Available from: https://www.gebruikvanpsychofarmaca.be/benzodiazepinen-en-z-medicijnen-cijfers-en-trends-2022.
2. Cloetens H DT, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Slaapklachten en insomnia bij volwassenen in de eerste lijn WOREL2018 [Available from: https://www.worel.be/worel/document?globals=%7B%22gSessionId%22%3A%22bfa9c83b-2977-4537-ad9c-d9605fd869a7%22%7D&parameters=%7B%22PublicationId%22%3A%22c948ee83-6347-471c-8f4a-a97500d96b44%22%2C%22pJumpFrom%22%3A%22Search%22%7D.
3. Bhogal-Statham M. DZ, Greving J., Lucassen P., Van Beek C., Warmerdam M, Wittkampf K. NHG- Standaard Slaapproblemen NHG-Richtlijnen: NHG; 2014 [updated 02-07-2024. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen#volledige-tekst-medicamenteuze-behandeling.
4. Winkelman JW. Overview of the treatment of insomnia in adults UpToDate: Wolters Kluwer; 2024 [Available from: https://www-uptodate-com.kuleuven.e-bronnen.be/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults?sectionName=INITIAL%20ASSESSMENT%20AND%20COUNSELING&topicRef=144461&anchor=H3610382671&source=bqp#H3610382671.
5. s.n. Flash VIG-news: afbouwprogramma benzodiazepines verlengd tot 31 augustus: FAGG; 2024 [Available from: https://www.fagg.be/nl/news/flash_vig_news_afbouwprogramma_benzodiazepines_verlengd_tot_31_augustus.
6. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. Bmj. 2005;331(7526):1169.
7. 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(1):191.
8. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2011;61(590):e573-8.
9. s.n. Slaap- en kalmeermiddelen - Patiëntenrichtlijn -: Gezondheid en Wetenschap; [updated 11/05/2020. Available from: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/slaapmedicatie-benzodiazepines-afhankelijkheid-en-ontwenning.
10. s.n. slaap- en kalmeermiddelen, denk eerst aan andere oplossingen. . In: Volksgezondheid F, editor.
11. s.n. Een geneesmiddel is geen snoepje: slaap- en kalmeeringsmiddelen: Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten; [Available from: https://www.faggcampagnes.be/nl/een-geneesmiddel-geen-snoepje/slaap-en-kalmerings-middelen.
12. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med. 2014;174(6):890-8.
13. Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, Tannenbaum C. An educational intervention to reduce the use of potentially inappropriate medications among older adults (EMPOWER study): protocol for a cluster randomized trial. Trials. 2013;14(1):80.
14. Hauri PJ. Insomnia. Clin Chest Med. 1998;19(1):157-68.

15. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. Sleep Med Rev. 2003;7(3):215-25.
16. Christophe B. Research on health behaviour change determinants in primary care waiting rooms and behaviour changes or artefacts related to this research: University of Antwerp; 2023.
17. Fong GT, Hammond D, Hitchman SC. The impact of pictures on the effectiveness of tobacco warnings. Bull World Health Organ. 2009;87(8):640-3.
18. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. Journal of Clinical Epidemiology. 1993;46(12):1417-32.

Bijlage 1: Goedkeuring Dr. Cara Tannenbaum:

From: Camille Gagnon (CCSMTL DEUR) <Camille.Gagnon.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca>
Sent: donderdag 16 november 2023 20:10
To: Kristien Coteur <kristien.coteur@kuleuven.be>
Cc: Cara Tannenbaum <cara.tannenbaum@umontreal.ca>
Subject: Re: Translation and validation of EMPOWER benzodiazepine brochure

Dear Dr. Coteur,

My name is Camille Gagnon and I am a member of Dr. Tannenbaum's research team. Dr. Tannenbaum has kindly asked me to follow up with you on her behalf.

We wish to thank you for your interest in this work. The planned process you describe to translate, adapt, and test the brochures in your local context appears very thorough. On behalf of Dr. Tannenbaum, I am pleased to provide consent for this work to be undertaken by your team. Our only requests would be to please include the following statement on the final brochure (this can be written in the language of your choice): "*Adapted with permission from Dr. Cara Tannenbaum (University of Montréal)*" – we also kindly ask that you send us a version of the final product (adapted brochure) once it will be ready, as well as information on any related publications, for our team's internal tracking purposes.

I would also like to share that a few years ago, we were contacted by pharmacists in Belgium wishing to translate the EMPOWER benzodiazepine brochure to Flemish (see copy of translated brochure attached). The translation was done locally but not revalidated - and so the attached document should be considered a draft. When shared with Flemish-speaking collaborators a few months ago, we were informed that some linguistic corrections would be made to this draft by their team but have yet to receive this revised version. Please let me know if you think it would be useful for me to connect you with these Belgian collaborators? I would be happy to do so.

Thank you again for reaching out, and all the best with this important work.

Kindest regards,

Camille

Camille Gagnon, PharmD MSc (elle/she/her)

Assistant Director | Directrice adjointe

Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network | Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription

Phone | Téléphone : 514-340-3540 x4104

Email | Courriel : camille.gagnon.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

DeprescribingNetwork.ca | ReseauDeprescription.ca

Twitter : @DeprescribeNet

Click here to sign up for our newsletter | Cliquez ici pour vous abonner à notre infolettre

Address | Adresse :
Research Centre | Centre de recherche

Institut universitaire de gériatrie de Montréal
4545 chemin Queen-Mary, bureau M4824
Montréal (Québec) H3W 1W5

Bijlage 2: Geïnformeerde toestemming artsen:

Geïnformeerde toestemming
Vertaling, validatie en implementatie van een Nederlandstalige EMPOWER-Brochure voor benzodiazepine gebruik in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterproject. Brecht Mertens Brecht.mertens@student.kuleuven.be Onder begeleiding van Prof. Dr Marc Van Nuland (promotor) Krsitien Couteur (co-promotor)

Het doel van dit praktijkverbeterproject is als volgt:

1. Het opstellen van een Nederlandstalige brochure, gebaseerd op de Canadese EMPOWER-brochure voor benzodiazepines. Het doel is om een brochure te maken in klein formaat en die toegankelijk is, patiënten en huisartsen helpt om dit onderwerp bespreekbaar te maken, handvaten geven om dit probleem aan te pakken en zo betere patiëntenzorg te leveren en gezondheidswinst te maken.

2. Een groep huisartsen de kans geven om te werken met deze brochure, en hun bevindingen mee te delen om zo nodig de brochure nog beter te maken.

3. De verbeterde brochure laten testen door een groep huisartsen.

De studie loopt gedurende de 3 jaren van mijn opleiding.
Voor de betrokken huisartsen verwacht ik dat deze studie 6 maanden zal in beslagnemen: 2 cycli van 3 maanden.

Concreet betekent dit voor de huisarts volgende zaken:
Tijdens consultaties waarbij het gebruik van benzodiazepines aan bod komt, kan u de brochure aan patiënten meegeven om dit door te nemen.
Wanneer u de patiënt een brochure meegeeft markeert u dit in het dossier met een afgesproken code [*ICD 10 code P18, F13,1 (schadelijk slaapmiddelenmisbruik)]*, zodat deze gegevens later gemakkelijk opgevraagd kunnen worden. Daarna noteert u of deze brochure in een later consult aan bod is gekomen, met dezelfde code. Dit doet u gedurende 3 maanden.

Na deze drie maanden wordt in een gespreksgroep het gebruik van deze brochure overlopen aan de hand van een vragenlijst (zie bijage). Dit gesprek zal voor een makkelijkere verwerking achteraf worden opgenomen. Uiteraard valt alles wat u zegt hier onder het beroepsgeheim, en uw antwoorden worden op een vertrouwelijke manier verwerkt. Op basis hiervan passen we eventueel de brochure aan. Daarna doen we hetzelfde, waarbij opnieuw gedurende 3 maanden het gebruik van de brochure genoteerd wordt.

Voor deelname aan dit onderzoek zal u geen bijkomende compensatie ontvangen.

U kan uw deelname op elk moment stopzetten, zonder daardoor nadelige effecten te ondervinden.

- Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.

- Mijn deelname levert een bijdrage aan het wetenschappelijk onderzoek. Ik weet ik geen verdere beloning of compensatie voor mijn deelname zal ontvangen.

- Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

- Ik weet dat er in dit onderzoek opnames van mij gemaakt kunnen worden.

- Mijn persoonsgegevens zullen verwerkt worden in lijn met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG/GDPR). Hierbij worden alleen de gegevens verwerkt die strikt noodzakelijk voor het behalen van de onderzoeksdoelstellingen. Doorheen het onderzoek zullen mijn gegevens steeds vertrouwelijk behandeld worden. De onderzoekers nemen maatregelen om mijn privacy te beschermen. Zo zullen mijn persoonsgegevens gepseudonimiseerd worden, wat betekent dat mijn gegevens niet meer aan mij gekoppeld kunnen worden zonder gebruik van aanvullende informatie die alleen toegankelijk is voor de onderzoekers. Ik begrijp dat mijn gepseudonimiseerde gegevens kunnen hergebruikt worden voor ander wetenschappelijk onderzoek en mogelijk ook in het kader van onderwijs en academische lezingen. Meer informatie over de verwerking van mijn persoonsgegevens kan teruggevonden worden in de bijgevoegde informatiebrief.

- Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek. De onderzoeker mag mij hiervoor contacteren op het volgende e-mailadres:

- Voor verdere vragen over het onderzoek weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij:
    - Brecht Mertens (brecht.mertens@student.kuleuven.be)

- Deze studie werd beoordeeld en goedgekeurd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven (MP028969)

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.

Datum:

Naam en handtekening deelnemend arts

Naam en handtekening onderzoeker

Bijlage 3: Informatie fiche patiënten:

Informatie brochure patiënt
Vertaling, validatie en implementatie van een Nederlandstalige EMPOWER-Brochure voor benzodiazepine gebruik in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterproject.
Beste patiënt, U hebt deze brochure van uw behandelende arts meegekregen, omdat u gebruik maakt van een slaap- en kalmeringsmiddel. Deze brochure is onderdeel van een onderzoek van Brecht Mertens, huisarts in opleiding in deze praktijk en de KULeuven. De bedoeling is dat u vrijblijvend deze brochure doorneemt, en zo gewenst, de inhoud bespreekt met uw arts. Als onderdeel van dit onderzoek zal bijgehouden worden in uw dossier of u deze brochure hebt ontvangen, en of deze bij een later consult ter sprake is gekomen. Dit betekent dat Brecht Mertens voor deze gegevens toegang krijgt tot uw dossier. Uiteraard zal hij enkel deze gegevens bekijken. De gegevens worden anoniem verwerkt, dit betekent zonder dat uw naam of andere persoonlijke informatie hierbij staat of zal worden bijgehouden. Als u niet wenst dat uw gegevens gebruikt worden, gelieve dit aan uw behandeld arts mee te delen. Ook als u ervoor kiest om uw gegevens niet te laten opslaan, kan u natuurlijk de brochure nog doornemen en bespreken met uw arts. Bij vragen kan u terecht bij uw arts, of bij mij via onderstaande gegevens. Hartelijke groeten, Brecht Mertens (Brecht.mertens@student.kuleuven.be) Onder begeleiding van Prof. Dr Marc Van Nuland (promotor) Krsitien Couteur (co-promotor)

Bijlage 4: Vragenlijst gestructureerd interview:

Gebruik	
Hoe ervaarden jullie het gebruik van de brochure?	
Bespaart de brochure jullie tijd, of zorgt het voor tijdsverlies?	
Vinden jullie de brochure nuttig?	
Wat zijn de sterktes en zwaktes van deze brochure volgens jullie?	
Hebben jullie het idee dat deze het gedrag en de motivatie van patiënten beïnvloedt?	
Inhoud:	
Hebben jullie opmerkingen over de inhoud van de brochure? Zijn er onduidelijkheden? Zijn er zaken waar jullie anders over denken?	
Zijn er zaken die jullie nog zouden toevoegen of juist weglaten?	
Zijn er zaken waarop patiënten botsen, die voor hen onduidelijk zijn? Zijn er termen te moeilijk of te vaag?	
Formatering:	
Zijn er spelfouten?	
Zijn er formateringskeuzes gemaakt die jullie anders zouden doen?	

Bijlage 5: Goedkeuring ethische comissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP028969
Uw kenmerk: Masterproef studie: Vertaling en implementatie van de EMPOWER brochure in het Nederlands
Leuven, 03-06-2024

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Dr Marc Van Nuland
Geachte Brecht Mertens

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 03-06-2024

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het doel van dit praktijk verbeterend onderzoek is het opstellen van een Nederlandstalige brochure over het gebruik van benzodiazepines. De Nederlandse vertaling is gebaseerd op een Canadese brochure. Vervolgens wordt een groep huisartsen de kans geven om te werken met deze brochure waarna de brochure aangepast kan worden om een definitieve versie te bekomen. Procedure is goed uitgelegd, brochure wordt vertaald/terug vertaald en gedeeld met 6 huisartsen. De huisartsen worden bevraagd over de vragenlijst, er zijn geen patiënten data. Het ICF is aangepast nav de geboden feedback. Geen bezwaren.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 31-05-2024 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de OnderwijsBegeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels

Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP028969
Your reference: Master's thesis study: Vertaling en implementatie van de EMPOWER brochure in het Nederlands
Leuven, 03-06-2024

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Dr Marc Van Nuland
Dear Brecht Mertens

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby confirms that there are no objections to conducting the proposed study, as it was described in the protocol. After a thorough ethical review, the Commission found no concerns regarding the study. The study was approved on 03-06-2024

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het doel van dit praktijk verbeterend onderzoek is het opstellen van een Nederlandstalige brochure over het gebruik van benzodiazepines. De Nederlandse vertaling is gebaseerd op een Canadese brochure. Vervolgens wordt een groep huisartsen de kans geven om te werken met deze brochure waarna de brochure aangepast kan worden om een definitieve versie te bekomen. Procedure is goed uitgelegd, brochure wordt vertaald/terug vertaald en gedeeld met 6 huisartsen. De huisartsen worden bevraagd over de vragenlijst, er zijn geen patiënten data. Het ICF is aangepast nav de geboden feedback. Geen bezwaren.

The Committee has no objection to the project provided that the data are handled confidentially and there is compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven reminds the principal investigator/promotor of the study of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This letter of no objection concerns the submission of 31-05-2024v and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file must be submitted.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent version of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Yours sincerely,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

EC Research emphasizes that GCP-training is expected from every principal investigator. EC Research refers also to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

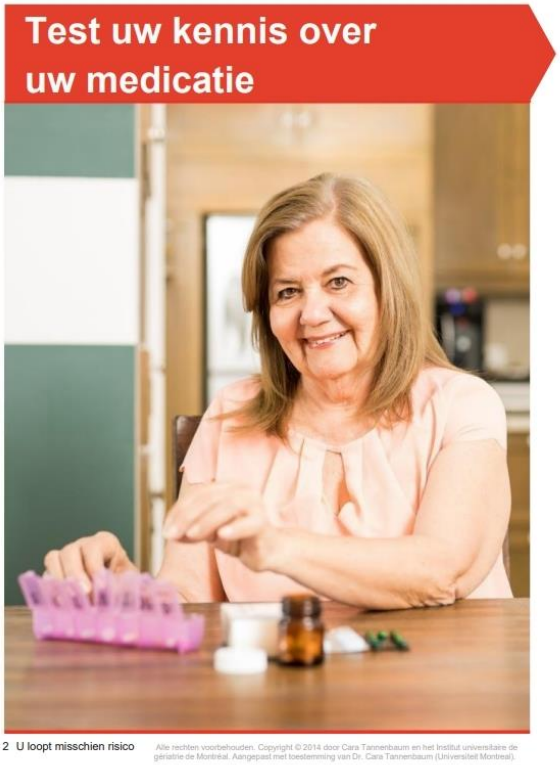
For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical departmental board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

This opinion from EC Research does not imply that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

Bijlage 6: Brochure versie 1:

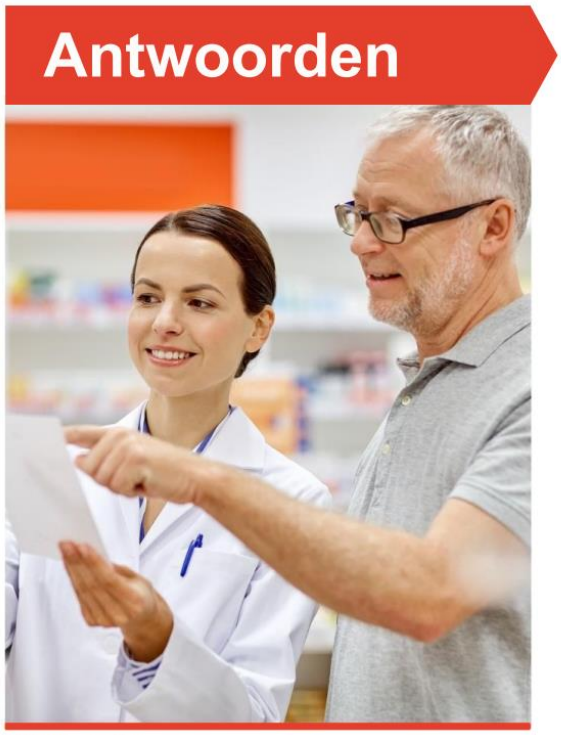




2 U loopt misschien risico Alle rechten voorbehouden. Copyright © 2014 door Cara Tannenbaum en het Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Aangepast met toestemming van Dr. Cara Tannenbaum (Universiteit Montreal).



U loopt misschien risico 3



4 U loopt misschien risico

1. Fout

Hoewel slaap- en kalmeermiddelen werken voor korte tijd, zijn ze niet de beste langdurige behandeling voor een slaapprobleem of angst. Deze middelen behandelen enkel de symptomen maar lossen de oorzaak niet op. Verder veroorzaken ze bijwerkingen. In deze brochure leest u meer over hoe u een gezonder slaappatroon kan ontwikkelen en uw stress en angst kan verminderen.

2. Fout

Zelfs in lage dosis kunnen slaap- en kalmeermiddelen bijwerkingen hebben. Ze verminderen uw reflexen en de werking van uw hersenen.

3. Juist

Als u 'juist' antwoordde, ontwikkelde uw lichaam waarschijnlijk al een afhankelijkheid. Als u deze medicatie ineens stopt, krijgt u problemen met slapen en meer angst. Maar: duizenden mensen slaagden er al in om deze medicatie langzaam te stoppen. Zij vonden andere, betere oplossingen voor hun problemen.

4. Fout

Voor de behandeling van slaapproblemen en angst raden experten geen slaap- en kalmeermiddelen meer aan. Deze middelen geven namelijk volgende gevolgen voor de gezondheid:

- 5 keer meer kans op geheugen- en concentratieproblemen
- 4 keer meer kans om overdag moe te zijn
- 2 keer meer kans op vallen en breuken (heup, pols)
- 2 keer meer kans op auto-ongevallen
- Verhoogde kans op problemen met het ophouden van urine

Wist u dat:

Slaap- en kalmeermiddelen kunnen erg verslavend zijn en veel bijwerkingen veroorzaken. Buiten in enkele bijzondere gevallen, is deze medicatie afgeraden.

Wanneer u ouder wordt, duurt het langer om medicatie uit het lichaam te verwijderen. Hierdoor blijft medicatie langer dan gewenst actief. Dit kan vermoeidheid en een zwak gevoel geven overdag. Daarnaast kan het evenwichtsproblemen veroorzaken en beïnvloedt het de andere zintuigen.

Het nemen van deze medicatie is ook verbonden aan heupfracturen, geheugenproblemen en problemen met het ophouden van urine. Slaperigheid overdag kan tot auto-ongevallen leiden. Zelfs als u deze bijwerkingen niet ervaart, praat u best met uw arts om te kijken of er geen betere behandelingen zijn voor u.

Andere behandelingen kunnen uw slaapkwaliteit verbeteren en angst verminderen, met minder bijwerkingen en een verbetering van uw levenskwaliteit.

Plots met slaap- en kalmeermiddelen stoppen veroorzaakt onaangename ontwenningsverschijnselen. Daarom moet de dosis stapsgewijs verminderd worden. Op pagina 11 vindt u een voorbeeld van zulk stappenplan.

Vraag altijd eerst raad aan uw arts voor u stopt met het nemen van een medicijn.

Stel uzelf volgende vragen:

Neemt u deze medicatie al lang?	◯ Ja	◯ Nee
Voelt u zich regelmatig moe of slaperig overdag?	◯ Ja	◯ Nee
Hebt u soms het gevoel dat u een kater hebt, ook al hebt u geen alcohol gedronken?	◯ Ja	◯ Nee
Hebt u ooit geheugenproblemen of moeite met uw evenwicht?	◯ Ja	◯ Nee

Ouder worden

Bij het ouder worden verandert het lichaam:

- Uw lichaam verwerkt medicatie anders dan vroeger
- Uw nieren en lever werken minder goed
- Andere ziektes beïnvloeden uw lichaam

Dit betekent dat medicatie langer in uw lichaam blijft, en het risico op bijwerkingen groter wordt.

Jammer genoeg spreken we weinig over deze bijwerkingen wanneer we slaap- en kalmeermiddelen voorschrijven. Bespreek dit met uw arts. Andere therapieën kunnen uw slaapprobleem of angst ook verhelpen, en dit met minder bijwerkingen en een verbeterde levenskwaliteit.

Andere manieren om u te helpen slapen

- Probeer elke ochtend op hetzelfde moment op te staan, en 's avonds te gaan slapen wanneer u moe bent.
- Ontspan voor u gaat slapen met ademhalings- of ontspanningsoefeningen
- Beweeg dagelijks, maar niet meer tijdens de laatste drie uur voor u gaat slapen.
- Lees een boek of kijk televisie vanuit een stoel of zetel, maar niet in uw bed.
- Beperk middelen die uw slaap verstoren, zoals cafeïne, alcohol, tabak en andere producten die nicotine bevatten.
- Gebruik een slaapdagboek om beter te begrijpen wat uw slaap verstoort. U vindt hier een voorbeeld van via onderstaande link, of vraag dit aan uw arts:
  - https://usagepsychotropes-guide.be/wp-content/uploads/2024/03/NL-SLAAPDAGBOEK-minimum-maart-2024.pdf
- Online kan u tips vinden over hoe u beter kan slapen. Een voorbeeld vindt u hier. Bespreek dit steeds met uw arts.
  - https://www.uzleuven.be/nl/insomnia



Andere manieren om met stress en angst om te gaan

- Overweeg een therapeut of zelfhulpgroep. Beiden helpen mensen om beter met stress en angst om te gaan.
- Probeer ontspanningstechnieken zoals stretchen, yoga, massage, meditatie of Tai-Chi. Deze kunnen u helpen dagelijkse stress te verwerken en angst verminderen.
- Bespreek met uw arts of er een ander middel met minder bijwerkingen bestaat dat uw angst ook kan verminderen.





Het verhaal van mevrouw Verschooren:

Zij nam jarenlang Temesta als slaapmedicatie

'Ik ben 65 jaar oud, en heb ongeveer 10 jaar Temesta (Lorazepam) genomen. Enkele maanden geleden ben ik 's nachts onderweg naar de badkamer gevallen en moest naar het ziekenhuis. Ik had geluk, want buiten enkele blauwe plekken had ik geen ernstige verwondingen. Ik heb gelezen dat Temesta een verhoogd risico geeft op vallen. Maar ik wist niet of ik zonder zou kunnen leven, want 's nachts heb ik altijd moeite om in slaap te vallen en door te slapen.

Ik sprak met mijn arts die me vertelde dat mijn lichaam door mijn leeftijd minder slaap nodig heeft. Met 6 uur slaap zou ik genoeg hebben, iets wat ik niet wist. Op dat moment besloot ik te stoppen met Temesta, maar wist nog niet hoe. Mijn arts stelde een afbouwschema met verschillende stappen voor (zoals op de volgende pagina). Daarmee zou ik minder problemen hebben met het verminderen van Temesta.

Ook veranderde ik mijn slaapgewoontes na dit te bespreken met mijn arts. Als eerste stopte ik met inspanningen voor het slapen gaan. Dan ben ik met mijn middagdutje gestopt. Daarna stopte ik met in bed lezen. De laatste verandering was elke ochtend op hetzelfde uur opstaan, zelfs wanneer ik niet goed geslapen heb. Dat was niet gemakkelijk, maar hielp enorm!

Na enkele weken kon ik zonder Temesta slapen. Ik merk nu dat ik de laatste 10 jaar niet maximaal heb geleefd. Het voelt alsof ik altijd half slapend door het leven ging. Het stoppen met Temesta heeft echt de sluier over mijn leven opgelicht. Ik heb meer energie en voel me evenwichtiger. Daarnaast ben ik ook meer alert en wakker. Ik slaap 's nachts niet altijd goed, maar voel me 's ochtends toch minder moe. Ik ben er trots op dat ik erin geslaagd ben om zonder Temesta te leven. En wat ik kon, kan u ook!'

Afbouwschema

Overleg eerst met uw arts voor u beslist te starten met dit afbouwschema.

WEEK	AFBOUWSCHEMA							✓
	MA	DI	WO	DO	VR	ZA	ZO	
1 en 2	◓	●	●	●	◓	●	●	
3 en 4	◓	●	◓	◓	●	◓	◓	
5 en 6	◓	◓	◓	◓	◓	◓	◓	
7 en 8	◓	◔	◓	◓	◔	◓	◓	
9 en 10	◓	◔	◓	◔	◓	◔	◓	
11 en 12	◔	◔	◓	◔	◔	◓	◔	
13 en 14	◔	◔	◔	◔	◔	◔	◔	
15 en 16	×	◔	×	×	◔	×	◔	
17 en 18	×	×	×	×	×	×	×	

UITLEG

● Volledige dosis ◓ Halve dosis ◔ Kwart dosis × Geen medicament

5 vragen om aan uw arts te stellen:

1. Moet ik dit medicament blijven nemen?
2. Hoe kan ik mijn dosis verminderen?
3. Bestaat er een andere behandeling?
4. Waar moet ik op letten als ik mijn medicatie afbouw?
5. Aan wie kan ik mijn vragen stellen en wanneer kom ik best terug op controle?

Andere vragen die u wilt stellen:

Schrijf hier andere vragen op die u aan uw arts wil stellen:

Alle rechten voorbehouden. Copyright © 2014 door Cara Tannenbaum en het Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Aangepast met toestemming van Dr. Cara Tannenbaum (Universiteit Montreal).

Bijlage 7: Interview 1 Dokterspraktijk De Leegheid

Gebruik	
Hoe ervaarden jullie het gebruik van de brochure?	Arts 1: Ik ben er weinig of niet mee bezig geweest, ondanks dat het op mijn bureau lag. **Éénmalig** meegegeven. Arts 2: **3**x meegegeven, maar nadien is het vakantie geweest en was dit meegeven wat uit mijn systeem. Bij de laatste keer meegeven kreeg ik deze negatieve reactie: een patiënt gaf aan meteen pillen te willen nemen door het zien van de afbeelding (op de voorpagina staat een foto van pillen). Interviewer: en hebt u iets van de andere (waaraan een brochure werd gegeven) gehoord? Arts 2: deze patiënten zijn hier niet op teruggekomen. Het probleem is denk ik ook dat de vorige HAIO hier al heel erg op gewerkt heeft. De meeste patiënten die bereid waren om te stoppen zijn volgens mij al afgebouwd. Arts 1: De vorige HAIO heeft zich hier echt actief mee beziggehouden. Interviewer: degene die het nog nemen, zijn de meer resistente patiënten? Arts 2: ik denk dat zowel de Ex collega als de vorige HAIO hier erg op gehamerd hebben. Ik heb ook mijn best gedaan om af te bouwen. Voordien waren het echt veel meer patiënten die deze medicatie nemen. Arts 1: er bestaat ook het afbouwsysteem (van het Riziv) met deze verschillende stappen getekend via de apotheek. Dit heb ik toch enkele keren gebruikt (5-6x), en bij al deze patiënten is het ook gelukt om af te bouwen. Er zijn ook mensen die 80 jaar zijn en deze medicatie al jaren nemen: veel zijn niet bereid om te stoppen. Sommige wel. Arts 2: sommige weten inderdaad niet wat de negatieve effecten zijn. Maar ik denk dat het feit dat er al zo veel mee gewerkt is een van de redenen is van de weinige response.

	Arts 3**: 3-4** meegegeven, vaak op het einde van de raadpleging, patiënten komen voor een andere oorzaak, en dan bij nakijken van het dossier zien we dan dit, maar er blijft niet zo veel tijd voor over om dit te bespreken. Ik heb niet de tijd om met de patiënt dit door te nemen. Interviewer: inderdaad was dit de bedoeling om het zo mee te geven. Arts 3: je botst inderdaad op een muur; degene die het nu nog nemen zijn de laatste, de 'resistenten'. Interviewer: wat is dan de reden om bij bepaalde patiënten wel de brochure mee te geven? Arts 2: meer omdat het opviel: tijdens het voorschrijven van medicatie valt mijn oog dan (per ongeluk) op de benzo's. Arts 1: ook bij mij gebeurde dit eerder per ongeluk; bij welke patiënten ik dit wel of niet meegeef. Interviewer: wat was de reden van de negatieve reactie van patiënt N op de brochure? Arts 2: ik gok toch dat dit was om negatief te reageren. Arts 3: Context speelt ook: geen werk op dit moment. Misschien is er in de toekomst wel mogelijkheid tot afbouw. Arts 2: misschien in de toekomst maar ik betwijfel het; komt ook uit een familie van heroïne verslaafden.
Bespaart de brochure jullie tijd, of zorgt het voor tijdsverlies?	Arts 2: goed brochure, het kost zeker geen extra tijd. Arts 3: zeker als ze voor iets anders komen, dan kunnen we het meegeven. Als patiënt toch komt voor bespreking van de medicatie niet, want dan hebben we toch de tijd om dit te bespreken. Arts 2: Er is nog een patiënte begonnen die niet opgezet was met het krijgen van de brochure; jullie slaan me rond de oren met brochures en commentaren. Wel een goede brochure. Arts 3: zelfde met rokers: patiënten weten dat wat ze doen niet gezond is, maar willen er niet van weten.

	Interviewer: dit is toch de eerste brochure hier. Arts 2: alle artsen komen dan met brochures af, ik ben al afgebouwd met de vorige HAIO, ik heb hier hard voor gewerkt en afgebouwd tot een halve, laat me nu gerust. ## verdere uitweiding over afbouw met de vorige HAIO##
Vinden jullie de brochure nuttig?	Arts 1: ja. Ik denk dat we meer gaan bereiken door het uitdelen van zo'n brochure, dan het enkel te zeggen. Arts 2: ja absoluut, ik heb spijt dat ik ze niet meer heb gebruikt. Ik denk ook dat het nuttig is om de brochure in de wachtzaal te leggen, er zijn veel mensen die dit dan oppikken en wij moeten er zelf dan niet aan denken. Arts 1: akkoord, lees de brochure even rustig en maak dan een afspraak. Interviewer: we kozen ervoor om de brochure niet in de wachtzaal te leggen om dichter bij de originele studie te blijven. Dit bestaat ook voor andere medicatie. Arts 2: ##Uitweiding over PPi's.## Arts 3: alles wat we lezen is voor ons evident en gekende kennis, maar voor een normale patiënt staat hier wel informatie in die nieuw is. Maar veel patiënten zullen denken: dat kan wel, maar zal mij niet overkomen. Ik zou nog meer hameren op de cijfers om dit de mensen voor te houden.
Wat zijn de sterktes en zwaktes van deze brochure volgens jullie?	Arts 2: Ik vind het heel goed. Het enige wat ik interessant zou vinden is eerste de 'stel uzelf de volgende vragen' laten komen in het boekje, en daarna pas de andere vragen en informatie geven. Het komt volgens mij meer binnen moesten ze eerste de vragen eerlijk voor zichzelf beantwoorden, en dan de theorie lezen. Zo kunnen ze hun problemen minder gemakkelijk ontkennen. Verder: goede informatie, aanvullend, zelfs voor mij ook leerrijk op sommige details, zoals tips om te slapen. Het is goed, ook die casus is ook goed. Arts 1 beaamt: de brochure is bondig en niet langdradig.

	Arts 2: goed afbouwschema met voorbeeld, ontspannende foto's, ik vind het een hele goede brochure, met veel uitleg die op maat van de patiënt is. Arts 3: goed samenvattend. Ik mis enkel: vanaf wanneer ben je afhankelijk; dit is al na een week of twee. Het staat er niet in dat dit na korte tijd ook al is, voor de patiënt is dit interessant: is dit na 10 jaar, na 5 jaar, …
Hebben jullie het idee dat deze het gedrag en de motivatie van patiënten beïnvloedt?	Arts 2: neen, ik denk wederom dat dit komt doordat er al veel werk is gedaan bij de afbouw van de benzo's.
Inhoud:	
Hebben jullie opmerkingen over de inhoud van de brochure? Zijn er onduidelijkheden? Zijn er zaken waar jullie anders over denken?	Arts 1: akkoord met alles. Arts 3: het is niet voor iedereen, denk aan de cirkel van Korthagen, hier moeten we wat selecteren waar de patiënt staat. Arts 2: staat er ook niet meer in op enkel slaap? Ik heb het ook meegegeven voor mensen die angst hebben. Interviewer: de brochure is meer gericht op het gebruik van deze middelen voor slaap. Arts 2: er staat op de brochure: neemt u een van deze middelen, dan loopt u risico, zonder dat erbij staat dat het voor slaap is. Er zijn ook veel mensen bij mij die dit nemen voor angsten, misschien moet dit aan bod komen. We geven dit dan mee, er staat op 'angst en kalmeringsmiddelen', maar uiteindelijk staat er niet veel in voor mensen die dit als kalmeringsmiddel nemen. Eventueel zetten je deze informatie er best ook bij Interviewer: eventueel het op de voorkant zetten. Arts 3: er staat wel wat in over relaxeren op het einde. Arts 1: of eventueel verduidelijken dat dit ook voor angstmedicatie is.

	Interviewer: en inderdaad, de tips om stress te verminderen zijn vooral om beter te slapen, en niet primair als tegen angststoornis. Arts 3: op de prenten zijn het vooral ouderen, mannen en vrouwen en vooral veel vrouwen, maar eigenlijk komt dit bij alle leeftijden aan bod. Misschien is het goed om de prenten wat meer te diversifieren naar jongeren (en mannen)
Zijn er zaken die jullie nog zouden toevoegen of juist weglaten?	Arts 1: niet direct Arts 2: neen.
Zijn er zaken waarop patiënten botsen, die voor hen onduidelijk zijn? Zijn er termen te moeilijk of te vaag?	Arts 2: niemand is er terug over begonnen. Incident van de triggerende foto. Arts 1: voor mij zeker oke. Arts 2: Het enige wat ik wat dubbel vind zijn de vargen op pagina 5 en 6: er zijn antwoorden op de vargen en nadien wordt deze informatie opnieuw herhaald. Ik vind het niet slecht, maar het is een beetje dubbel met dan nog meer uitleg. Over dit stuk heb ik gedacht: er is wel wat veel informatie dat dubbel komt. Arts 1: soms is het goed dat het herhaald wordt; dit hangt af van patiënt tot patiënt. Interviewer: nog iets dat jullie willen zeggen Allen: neen
Formatering:	
Zijn er spelfouten?	Niet aanwezig.
Zijn er formateringskeuzes gemaakt die jullie anders zouden doen?	Eigenlijk niet.

Bijlage 8: Interview 1 Huisartsen Rooi:

Gebruik	
Hoe ervaarden jullie het gebruik van de brochure?	Arts 1: Beperkt gebruik; **één** patiënt bewust zelf meegegeven, een patiënt heeft de brochure genomen omdat de patiënt hierdoor geïntrigeerd was. De brochure werd niet overlopen. Patiënt de brochure meegegeven, nadien patiënt nog niet teruggezien. Wat jammer dat er zo weinig werden uitgedeeld. Soms had ik patiënten die slaapmedicatie namen waarvan ik dacht: om daar nu bij te beginnen, ik denk dat de patiënt hier helemaal nog niet aan toe is, en deze kregen ook geen brochure mee. De patiënten die wel een brochure kregen leken toegankelijker of gaven de indruk voor zulke zaken open te staan. Ik gaf de brochure aan patiënten waarvan ik inschatte dat ze er voor open zouden staan. ## Telefonische onderbreking ## Arts 2: **2** uitgedeeld. Het moet in mijn hoofd zitten, we moeten er attent op zijn; in het verleden heb ik al wel wat moeizame afbouwen, gehad bij twee patiënten is dit goed gegaan met magistrale afbouw (cfr het schema van de overheid). **Één** patiënt van de twee uitgedeelde brochures heb ik uiteindelijk teruggezien, deze was zelf begonnen met verminderen op eigen houtje. Ik ben voorstander van afficheren in de wachtzaal Arts 3: Geen enkele meegegeven met de patiënt. Soms moeite om tijd en energie hierin in te steken: soms denk ik ‘dat is een goeie patiënt om het aan mee te geven’ maar dat is dan voor de volgende keer of dan geef ik de volgende keer de brochure mee, omdat de tijd nu te kort komt. Het vraagt meer werk dan ik dacht om hier actief mee bezig te zijn. Ik vind als we eraan beginnen, we dit goed moeten doen, maar dit vraagt dan opvolging en extra werk. Arts 2: het is geen tussendoortje, eigenlijk zou dit als consultatie apart moeten doen om de tijd in te plannen. Arts 3: eigenlijk moeten we de patiënten motiveren om hiervoor terug te komen, of zou dit iets zijn voor een praktijkverpleegkundige. Het ontbreekt ons aan tijd, en mensen aanvaarden het niet gemakkelijk om enkel hiervoor terug te komen: dit komt vaak maar heel kort ter spraken (schrijft u nog mijn slaappilleke voor?), dus lijkt het kleiner voor de patiënt. Interviewer: jullie hebben het idee dat het moeilijk is om de brochure gewoon mee te geven, omdat de patiënten er altijd meteen vragen over stellen. Arts 3: ik denk dat als we de bal in het kamp van de mensen leggen, er niets mee gebeurt. Zou eventueel nuttig zijn voor een verpleegkundige.

	Interviewer: het niveau zou gemakkelijk genoeg zijn om voor de patiënt zelf door te nemen, maar door tijdsgebrek zouden jullie de voorkeur geven om dit door iemand anders te laten doen?
Bespaart de brochure jullie tijd, of zorgt het voor tijdsverlies?	Arts 3: bespaart tijd, er staat veel in, op deze manier bespaart het tijd. Arts 2: brochure is heel goed opgesteld. Interviewer: nu in de concrete consultaties kost het wel tijd? Arts 3: nu inderdaad vind ik dat het tijd kost, ik vind dit een drempel. Arts 1: valkuil om dit nog bovenop de consultatie te doen bovenop waar de patiënt voor komt, maar anderzijds is de patiënt hier nu en kunnen we dit aangrijpen.
Vinden jullie de brochure nuttig?	Arts 2: Ik vind het zeker nuttig, het is een goede stap, maar de vraag is of de patiënt er op terug komt. Arts 1: absoluut, het is een handige tool. Ik had de brochures naast de computer gelegd opdat patiënten er zelf naar kijken. Maar hierdoor trekt het misschien soms de verkeerde mensen aan. Arts 2: Voor de mensen die zelf willen stoppen zal dit zeker voldoende zijn, maar voor de mensen die zelf niet willen stoppen denk ik dat enkel de brochure niet voldoende is om de motivatie van de patiënt te veranderen. Arts 1: misschien in de wachtzaal leggen om die patiënten te triggeren die hiervoor zelf gemotiveerd zijn. Interviewer: over de wachtzaal is inderdaad al nagedacht.
Wat zijn de sterktes en zwaktes van deze brochure volgens jullie?	Arts 2: Ik ben voor de -10% stapsgewijze afbouw van het RIZIV, ik ben niet zo voor halfjes en kwartjes. Arts 1: mooie lay out, tekst is oke, spreekt aan, goeie opbouw. Ook niet aanvallend. Arts 2 stemt in. Arts 3: leuke brochure, goed opgesteld.
Hebben jullie het idee dat deze het gedrag en de motivatie van patiënten beïnvloedt?	Arts 1: nog geen idee van en eerder niet. Arts 3: mensen willen niet te veel verandering, willen een makkelijke oplossing. Geef me maar een pilleke. En dit is voor ons ook veel gemakkelijker. Arts 2: succes ligt enkel bij de mensen die gemotiveerd zijn om te stoppen. Maar ik denk dat in de groep waar enkel wij het willen het succes minder hoog is. Arts 3: ik vraag altijd hoelang we de slaappillen gaan doornemen; mensen willen dit niet levenslang nemen, maar voor concrete afbouw zijn mensen

	altijd wat terughoudend. Zelden is er motivatie om te stoppen. Ik probeer er wel op te letten om dit regelmatig na te kijken en te bevragen. Arts 1: nog veel patiënten die jaren lang veel pillen hebben genomen, daar is nog geen sensibilisering geweest. Interviewer: in de vorige prakijk werd aangehaald dat er al wat sensibilisering is geweest de laatste jaren, en dat het merendeel van de benzo gebruikers eerder de hardnekkige patiënten zijn. Wat vinden jullie daarvan? Arts 1: Hier vind ik het anders, zeker bij patiënten die bij Dr Vanderberge (lokale huisarts die op pensioen is), hier is er toch nog veel te winnen omdat er in deze groep nog maar weinig sensibilisering is gebeurt.
Inhoud:	
Hebben jullie opmerkingen over de inhoud van de brochure? Zijn er onduidelijkheden? Zijn er zaken waar jullie anders over denken?	Arts 2: voorkeur voor de -10% afbouw. Verder heel duidelijk, tot he point, en zoals Arts 1 zei: niet beschuldigend, gewoon sec to the point: 'zo is het' Spelfouten: niets gevonden.
Zijn er zaken die jullie nog zouden toevoegen of juist weglaten?	Niet meteen, niet direct. Alles was duidelijk.
Zijn er zaken waarop patiënten botsen, die voor hen onduidelijk zijn? Zijn er termen te moeilijk of te vaag?	Arts 2: duidelijk geschreven, en heel laagdrempelig. Arts 3: ik had de gewoonte om het met de patiënt even door te nemen, en heb nooit onduidelijkheden opgemerkt.
Formatering:	
Zijn er spelfouten?	(vraag werd hierboven kort besproken, antwoord was neen).
Zijn er formateringskeuzes gemaakt die jullie anders zouden doen?	Neen. Arts 1: Goed dat op elke pagina staat: 'u loopt misschien risco'. Interviewer: nabeschouwing.

	Arts 2: misschien als het in de wachtzaal ligt met eventueel een affiche, dan kan dit de mensen wat motiveren. Arts 3: ik heb er geen uitgedeeld maar wel besproken, en ik vond het een goede houdvast om dit thema samen met de patiënt te bespreken, maar dit kost wel veel tijd. Als we dit echt succesvoller willen maken moeten we misschien apart verwoorden dat patiënten hiervoor apart moeten komen. Arts 2: Patiënten moeten hiervoor terugkomen, en serieus gemotiveerd zijn om terug te komen enkel om dit te bespreken. Arts 3: misschien op het einde iets schrijven van: als u dan effectief risico loopt, maak een afspraak. Interviewer: dus bijvoorbeeld schrijven: maak een afspraak met uw huisarts om dit te bespreken, in plaats van 'bespreek dit met uw huisarts'. Om patiënten aan te zetten hiervoor een afspraak te laten maken. Arts 2: Of zelfs zetten: 'aparte afspraak' Arts 3: ik zou dat ook durven, niemand maakt hier ooit een aparte afspraak voor. Zodat de arts dit grondig kan bespreken met u. Als de patiënten het al meenemen en het thuis lezen is dit teken dat ze hier erg over nadenken. Interviewer: tijdswinst is meer voor de 2e lijn, dan de huisartsenpraktijk. De tijd die wij erin steken halen we er minder uit. Arts 1: maar uiteindelijk is dit wel winst voor de patiënt. Arts 2: je bent niet van plan een affiche aan het maken, als een smaakmaker? Interviewer: in de originele studie werden de brochures gericht opgestuurd naar de benzo gebruikers. Het is niet zo gemakkelijk om een affiche te becijferen. Arts 1: ik denk dat het ook wel goed zou zijn naar sensibilisering. Karel: een poster in de wachtzaal is wel goed: korte highlights op de poster, dat trekt de aandacht. Arts 2: we hebben ooit een poster gehangen over tetanus vaccinatie, en dit is altijd een trigger/reminderd om patiënten eraan te doen denken. Ik denk dat dit wel nuttig kan zijn. Interviewer: zouden jullie een poster hangen met info of gewoon om mensen aan te sporen de brochure te lezen?

	Arts 2: neen; gewoon een paar zinnen om de patiënt wakker te schudden met: slaapmedicatie; bespreek dit met uw huisarts. Interviewer: dus de poster om de patiënten te informeren en de brochures liggen dan bij de patiënt. Arts 2: ik denk dat brochures in onze wachtzaal niet zo goed is; er zijn interessantere boekjes en het vliegt van hot naar her. Karel: langs de poster kan je niet heel zien, want deze hangt er. Arts 2: misschien moeten we ze op een of andere manier even wakker schudden. Interviewer: afronding, bedankt!

Bijlage 9: Brochure versie 2 (finale versie)



U loopt misschien risico

U neemt een van de volgende slaap- en kalmeermiddelen in:

- Alprazolam (Xanax ®)
- Bromazepam (Lexotan ®)
- Brotizolam (Lendormin ®)
- Clobazam (Frisium ®)
- Clonazepam (Rivotril ®)
- Clorazepaat (Tranxene ®)
- Clotiazepam (Clozan ®)
- Diazepam (Valium ®)
- Ethylloflazepaat (Victan ®)
- Flurazepam (Staurodorm ®)
- Loprazolam (Dormonoct ®)
- Lorazepam (Temesta ®, Serenase ®)
- Lormetazepam (Loramet ®, Metatop ®)
- Nitrazepam (Mogadon ®)
- Oxazepam
- Triazolam (Halcion ®)
- Zolpidem (Stilnoct ®, Zolpitop ®)
- Zopiclon (Imovane ®)

CIHR IRSC · iugm · Université de Montréal · KU LEUVEN ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE · Canadian Medication Appropriateness and Deprescribing Network

Test uw kennis over uw medicatie



Alle rechten voorbehouden. Copyright © 2014 door Cara Tannenbaum en het Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Aangepast met toestemming van Dr. Cara Tannenbaum (Université Montréal).

Quiz:

Slaap- en kalmeermiddelen

1. De medicatie die ik neem, is maar een mild slaap- en kalmeermiddel dat ik veilig lange tijd kan gebruiken. ◯ Juist ◯ Fout
2. De dosis die ik neem, veroorzaakt geen nevenwerkingen. ◯ Juist ◯ Fout
3. Zonder deze medicatie kan ik niet slapen of krijg ik angstgevoelens. ◯ Juist ◯ Fout
4. Deze medicatie is de beste therapie tegen mijn slaapprobleem of angst. ◯ Juist ◯ Fout



Antwoorden



1. Fout

Hoewel slaap- en kalmeermiddelen werken voor korte tijd, zijn ze niet de beste langdurige behandeling voor een slaapprobleem of angst. Deze middelen behandelen enkel de symptomen maar lossen de oorzaak niet op. Verder veroorzaken ze bijwerkingen. In deze brochure leest u meer over hoe u een gezonder slaappatroon kan ontwikkelen en uw stress en angst kan verminderen.

2. Fout

Zelfs in lage dosis kunnen slaap- en kalmeermiddelen bijwerkingen hebben. Ze verminderen uw reflexen en de werking van uw hersenen.

3. Juist

Als u 'juist' antwoordde, ontwikkelde uw lichaam waarschijnlijk al een afhankelijkheid. Als u deze medicatie ineens stopt, krijgt u problemen met slapen en meer angst. Maar: duizenden mensen slaagden er al in om deze medicatie langzaam te stoppen. Zij vonden andere, betere oplossingen voor hun problemen.

4. Fout

Voor de behandeling van slaapproblemen en angst raden experten geen slaap- en kalmeermiddelen meer aan. Deze middelen geven namelijk volgende gevolgen voor de gezondheid:

- 5 keer meer kans op geheugen- en concentratieproblemen
- 4 keer meer kans om overdag moe te zijn
- 2 keer meer kans op vallen en breuken (heup, pols)
- 2 keer meer kans op auto-ongevallen
- Verhoogde kans op problemen met het ophouden van urine

Wist u dat:

Slaap- en kalmeermiddelen kunnen erg verslavend zijn en veel bijwerkingen veroorzaken. Buiten in enkele bijzondere gevallen, is deze medicatie afgeraden.

Wanneer u ouder wordt, duurt het langer om medicatie uit het lichaam te verwijderen. Hierdoor blijft medicatie langer dan gewenst actief. Dit kan vermoeidheid en een zwak gevoel geven overdag. Daarnaast kan het evenwichtsproblemen veroorzaken en beïnvloedt het de andere zintuigen.

Het nemen van deze medicatie is ook verbonden aan heupfracturen, geheugenproblemen en problemen met het ophouden van urine. Slaperigheid overdag kan tot auto-ongevallen leiden. Zelfs als u deze bijwerkingen niet ervaart, praat u best met uw arts om te kijken of er geen betere behandelingen zijn voor u.

Andere behandelingen kunnen uw slaapkwaliteit verbeteren en angst verminderen, met minder bijwerkingen en een verbetering van uw levenskwaliteit.

Plots met slaap- en kalmeermiddelen stoppen veroorzaakt onaangename ontwenningsverschijnselen. Daarom moet de dosis stapsgewijs verminderd worden. Op pagina 11 vindt u een voorbeeld van zulk stappenplan.

Vraag altijd eerst raad aan uw arts voor u stopt met het nemen van een medicijn.

Stel uzelf volgende vragen:

Neemt u deze medicatie al lang?	○ Ja	○ Nee
Voelt u zich regelmatig moe of slaperig overdag?	○ Ja	○ Nee
Hebt u soms het gevoel dat u een kater hebt, ook al hebt u geen alcohol gedronken?	○ Ja	○ Nee
Hebt u ooit geheugenproblemen of moeite met uw evenwicht?	○ Ja	○ Nee

Ouder worden

Bij het ouder worden verandert het lichaam:

- Uw lichaam verwerkt medicatie anders dan vroeger
- Uw nieren en lever werken minder goed
- Andere ziektes beïnvloeden uw lichaam

Dit betekent dat medicatie langer in uw lichaam blijft, en het risico op bijwerkingen groter wordt.

Jammer genoeg spreken we weinig over deze bijwerkingen wanneer we slaap- en kalmeermiddelen voorschrijven. Bespreek dit met uw arts. Andere therapieën kunnen uw slaapprobleem of angst ook verhelpen, en dit met minder bijwerkingen en een verbeterde levenskwaliteit.

Andere manieren om u te helpen slapen

- Probeer elke ochtend op hetzelfde moment op te staan, en 's avonds te gaan slapen wanneer u moe bent.
- Ontspan voor u gaat slapen met ademhalings- of ontspanningsoefeningen
- Beweeg dagelijks, maar niet meer tijdens de laatste drie uur voor u gaat slapen.
- Lees een boek of kijk televisie vanuit een stoel of zetel, maar niet in uw bed.
- Beperk middelen die uw slaap verstoren, zoals cafeïne, alcohol, tabak en andere producten die nicotine bevatten.
- Gebruik een slaapdagboek om beter te begrijpen wat uw slaap verstoort. U vindt hier een voorbeeld van via onderstaande link, of vraag dit aan uw arts:
  - https://usagepsychotropes-guide.be/wp-content/uploads/2024/03/NL-SLAAPDAGBOEK-minimum-maart-2024.pdf
- Online kan u tips vinden over hoe u beter kan slapen. Een voorbeeld vindt u hier. Bespreek dit steeds met uw arts.
  - https://www.uzleuven.be/nl/insomnia



Andere manieren om met stress en angst om te gaan

- Overweeg een therapeut of zelfhulpgroep. Beiden helpen mensen om beter met stress en angst om te gaan.
- Probeer ontspanningstechnieken zoals stretchen, yoga, massage, meditatie of Tai-Chi. Deze kunnen u helpen dagelijkse stress te verwerken en angst verminderen.
- Bespreek met uw arts of er een ander middel met minder bijwerkingen bestaat dat uw angst ook kan verminderen.





Het verhaal van mevrouw Verschooren:

Zij nam jarenlang Temesta als slaapmedicatie

'Ik ben 65 jaar oud, en heb ongeveer 10 jaar Temesta (Lorazepam) genomen. Enkele maanden geleden ben ik 's nachts onderweg naar de badkamer gevallen en moest naar het ziekenhuis. Ik had geluk, want buiten enkele blauwe plekken had ik geen ernstige verwondingen. Ik heb gelezen dat Temesta een verhoogd risico geeft op vallen. Maar ik wist niet of ik zonder zou kunnen leven, want 's nachts heb ik altijd moeite om in slaap te vallen en door te slapen.

Ik sprak met mijn arts die me vertelde dat mijn lichaam door mijn leeftijd minder slaap nodig heeft. Met 6 uur slaap zou ik genoeg hebben, iets wat ik niet wist. Op dat moment besloot ik te stoppen met Temesta, maar wist nog niet hoe. Mijn arts stelde een afbouwschema met verschillende stappen voor (zoals op de volgende pagina). Daarmee zou ik minder problemen hebben met het verminderen van Temesta.

Ook veranderde ik mijn slaapgewoontes na dit te bespreken met mijn arts. Als eerste stopte ik met inspanningen voor het slapen gaan. Dan ben ik met mijn middagdutje gestopt. Daarna stopte ik met in bed lezen. De laatste verandering was elke ochtend op hetzelfde uur opstaan, zelfs wanneer ik niet goed geslapen heb. Dat was niet gemakkelijk, maar hielp enorm!

Na enkele weken kon ik zonder Temesta slapen. Ik merk nu dat ik de laatste 10 jaar niet maximaal heb geleefd. Het voelt alsof ik altijd half slapend door het leven ging. Het stoppen met Temesta heeft echt de sluier over mijn leven opgelicht. Ik heb meer energie en voel me evenwichtiger. Daarnaast ben ik ook meer alert en wakker. Ik slaap 's nachts niet altijd goed, maar voel me 's ochtends toch minder moe. Ik ben er trots op dat ik erin geslaagd ben om zonder Temesta te leven. En wat ik kon, kan u ook!'

Afbouwschema

Overleg eerst met uw arts voor u beslist te starten met dit afbouwschema.

WEEK	AFBOUWSCHEMA							✓
	MA	DI	WO	DO	VR	ZA	ZO	
1 en 2	◓	●	●	●	◓	●	●	
3 en 4	◓	●	◓	◓	●	◓	◓	
5 en 6	◓	◓	◓	◓	◓	◓	◓	
7 en 8	◓	◔	◓	◓	◔	◓	◓	
9 en 10	◓	◔	◓	◔	◓	◔	◓	
11 en 12	◔	◔	◓	◔	◔	◓	◔	
13 en 14	◔	◔	◔	◔	◔	◔	◔	
15 en 16	×	◔	×	×	◔	×	◔	
17 en 18	×	×	×	×	×	×	×	

UITLEG

● Volledige dosis ◓ Halve dosis ◔ Kwart dosis × Geen medicament

5 vragen om aan uw arts te stellen:

1. Moet ik dit medicament blijven nemen?
2. Hoe kan ik mijn dosis verminderen?
3. Bestaat er een andere behandeling?
4. Waar moet ik op letten als ik mijn medicatie afbouw?
5. Aan wie kan ik mijn vragen stellen en wanneer kom ik best terug op controle?

Andere vragen die u wilt stellen:

Schrijf hier andere vragen op die u aan uw arts wil stellen:

Alle rechten voorbehouden. Copyright © 2014 door Cara Tannenbaum en het Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Aangepast met toestemming van Dr. Cara Tannenbaum (Université Montréal).

Bijlage 10: Interview 2 Dokterspraktijk De Leegheid:

Gebruik	
Hoe ervaarden jullie het gebruik van de brochure?	Arts 1: De ervaring is voor mij hetzelfde. Wat is er in feite veranderd, enkel de beelden. Op zich geef ik het op dezelfde manier door aan de patiënt, zonder specifiek te tonen wat nu de nieuwe beelden zijn. Voor mij is het hetzelfde gebleven. Arts 2: ik heb ze bij een iemand uitgedeeld, verder geen veranderingen.
Bespaart de brochure jullie tijd, of zorgt het voor tijdsverlies?	Arts 1: Als ze erop terugkomen, is het tijdswinst. Als ze er niet op terugkomen is het tijdsverlies, al is het goed de patiënt te informeren over wat hij neemt. Arts 2: we trachten toch de mensen te sensibiliseren, het zal misschien niet vanaf de eerste keer lukken, maar in principe zouden we er de volgende keer op terugkomen. Het is natuurlijk niet door een brochure dat ze meteen gemotiveerd gaan zijn om ermee te stappen. Arts 1: anderzijds is het ons beroep om de mensen te informeren, dus we kunnen dit nooit tijdsverlies noemen. Arts 2: Het is wel een hulpmiddel dat zeker heel zinvol is.
Vinden jullie de brochure nuttig?	Arts 2: ja zeker. Arts 1: Ik denk dat een poster in de wachtzaal nuttig zal zijn. ### hier werd de studie over posters besproken ###
Wat zijn de sterktes en zwaktes van deze brochure volgens jullie?	Arts 1: ik heb hier niet persee nog over nagedacht, we hebben alles gezegd vorige keer. Arts 2: idem . ### hier werd de studie besproken over de NNT bij Minimale interventie strategie voor benzodiazepines ###
Hebben jullie het idee dat deze het gedrag en de motivatie van patiënten beïnvloedt?	Arts 1: ja, maar 1/12 is toch niet zo veel vind ik, je geeft het dan bijna mee zonder er zelf in te geloven. Het zal toch ook aan de patiënt en zijn profiel liggen of er iet smee gebeurt. ### bespreking over de studie over de impliciete foutieve bias die artsen hebben over de slaapmedicatie ### Arts 2: ik denk ook dat er vermoedelijk verschil is tussen patiëntenpopulaties, maar het is inderdaad een subjectief gevoel. En we selecteren puur op gevoel. Arts 1: dit zou ook de cirkel meteen kunnen doorbreken: een brochure meegeven bij elke patiënt die start met een benzo, zal ze meteen sensibiliseren

	waardoor de kans veel minder is dat ze erin blijven. Als we het zo doen anticiperen we. Misschien is dit de beste manier om te voorkomen dat mensen verslaafd geraken of chronische gebruiker worden.
Inhoud:	
Hebben jullie opmerkingen over de inhoud van de brochure? Zijn er onduidelijkheden? Zijn er zaken waar jullie anders over denken?	Arts 2: Nee Arts 1: Ik zou misschien meer 'gewelddadige' of provocerende beelden, zoals een verslaafd persoon of een auto-ongeval gebruiken om mensen hiertoe meer aan te zetten. Of op basis van echte gebeurtenissen, zoals een bericht in de pers of een bekend persoon die een negatief effect hiervan heeft gehad. Misschien meer inzetten op negatieve emoties? Arts 2: misschien zal het shock effect de patiënt meer aanspreken.
Zijn er zaken die jullie nog zouden toevoegen of juist weglaten?	Arts 2: niet meteen.
Zijn er zaken waarop patiënten botsen, die voor hen onduidelijk zijn? Zijn er termen te moeilijk of te vaag?	Geen melding van gekregen.
Formatering:	
Zijn er spelfouten?	Neen.
Zijn er formateringskeuzes gemaakt die jullie anders zouden doen?	Ok.

Bijlage 11: Interview 2 Huisartsen Rooi:

Gebruik	
Hoe ervaarden jullie het gebruik van de brochure?	Arts 1: Ik vind het handig en toegankelijk. Arts 2: Eigenlijk geen verschil gevoeld met vorige keer. Het blijft lastig om de brochure mee te geven opdat de patiënten er voor terugkomen. Voor mij was dit niet verschillend genoeg met de vorige keer, niet duidelijk genoeg dat patiënten hiervoor moeten terugkomen. Ik kreeg over het algemeen weinig feedback. Patiënten blijven de gewoonte hebben om hier geen aparte afspraak voor te maken, zelfs al vraag je dit. Ze vinden het niet belangrijk genoeg. Maar ze komen hier zelf op terug, maar steeds in combinatie met een andere klacht. Hierdoor blijft het moeilijk om er genoeg tijd voor uit te halen. Arts 1: we zouden bijna op voorhand moeten zeggen: we boeken een vervolgconsultatie in specifiek om dit te bespreken. Ik heb de ervaring dat patiënten anders niet gemotiveerd genoeg zijn om hiervoor een aparte consultatie in te boeken. Voor veel mensen is het gebruik van deze medicatie een 'fait divers'. Arts 1: vorige keer heb ik dit ook gezegd, ik verkies de afbouw van het RIZIV, want hier moeten de patiënten ook voor terugkomen, anders hebben ze geen medicatie. Als we de afbouw doen volgens het programma in het brochure, hebben we er minder zicht op. Interviewer: Het doel van de brochure is patiënten die nog niet gemotiveerd zijn, motiveren tot afbouw. Eens de patiënt hiertoe gemotiveerd is, hebben we een beter zicht met het RIZIV plan.
Bespaart de brochure jullie tijd, of zorgt het voor tijdsverlies?	Beide: duidelijk tijdswinst. Arts 2: ik vind het een handige tool.
Vinden jullie de brochure nuttig?	Ja.
Wat zijn de sterktes en zwaktes van deze brochure volgens jullie?	Arts 2: Ik vind het goed. Misschien: ik vraag me af of patiënten zo ene boekje helemaal lezen. Misschien is een fiche beter; iets compacters. Mijn ervaring is dat mensen boekjes maar half lezen, omdat ze het maar 'een boekje vinden'. Een fiche of A4 met info nodigt meer uit omdat het einde dan duidelijk is. Voor een boekje moet je je meer zetten. Maar anderzijds kan een fiche dan te droog zijn en kunnen de prenten helpen om te motiveren. Arts 1: uiteindelijk blijft het 'gratuit', we krijgen het boekje en denken: inderdaad moet ik eens iets met

	die medicatie doen, maar het dan naast zich neerleggen. Arts 2: ze beschouwen het misschien als een reclame foldertje. Arts 1: net zoals er ook boekjes zijn over cholesterol en dieet etc. Misschien is het goed voor ons om toch een afspraak vast te leggen en zo al meteen af te spreken wanneer we erover praten. Anders is het te vrijblijvend voor de patiënt.
Hebben jullie het idee dat deze het gedrag en de motivatie van patiënten beïnvloedt?	Arts 2: Ja. Ik merk wel dat we er dikwijls moeten achter vragen. Mensen beginnen er niet zelf over. Arts 1: ik heb ook niemand die er voor is teruggekomen. Arts 2: misschien moeten wij er ook veel strikter in zijn, en zeggen: het gaat zo niet verder, alles telefonisch. Maar sommige mensen zijn hier echt weerstandig over. Op den duur voel je je de dwarsligger, degene die nooit benzodiazepines wil voorschrijven.
Inhoud:	
Hebben jullie opmerkingen over de inhoud van de brochure? Zijn er onduidelijkheden? Zijn er zaken waar jullie anders over denken?	Arts 2: Het is een goed boekje. Maar het mag misschien compacter. Sommige dingen doen te veel denken aan reclame, zo met al die foto's. Arts 1: soms doet het inderdaad wat denken aan een foldertje zoals dat in de krant wordt gezet.
Zijn er zaken die jullie nog zouden toevoegen of juist weglaten?	Arts 2: eigenlijk is het laatste blad zeer goed en heel overzichtelijk. Maar, om hier te geraken moeten we het hele boekje door. Misschien is het beter om te beginnen met de essentie en dan de rest? Het belangrijkste in het begin, en dan de rest erachter.
Zijn er zaken waarop patiënten botsen, die voor hen onduidelijk zijn? Zijn er termen te moeilijk of te vaag?	Neen.
Formatering:	
Zijn er spelfouten?	Neen.
Zijn er formateringskeuzes gemaakt die jullie anders zouden doen?	Arts 2: Eventueel de samenvatting eerst. Verder niets. En eigenlijk moeten we als huisarts meer onze verantwoordelijkheid nemen. En als we meer tijd hadden gehad, konden we er ook meer tijd insteken.