Kwalitatieve implementatiestudie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines uitgebracht door het RIZIV in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk: het artsen-perspectief middels (semi-) gestructureerde interviews

Scheyvaerts Eline; Katholieke Universiteit Leuven

Van Mechelen Stephanie; Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Schoenmakers Birgitte

Co-promotor: Coteur Kristien

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022-2025

©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

Dankwoord

Via deze weg willen wij graag nog enkele mensen bedanken die deze thesis mede mogelijk hebben gemaakt.

Allereerst willen wij onze promotoren bedanken. Professor emeritus Marc Van Nuland bedanken we voor zijn begeleiding bij het kiezen van het onderwerp, zijn input bij het uitwerken van het protocol en de aanpak van de interviews. Vervolgens nam professor Birgitte Schoenmakers het promotorschap op zich. Ook haar zijn wij bijzonder dankbaar voor haar ondersteuning.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar onze co-promotor Kristien Coteur. Haar vlotte bereikbaarheid, inhoudelijke feedback, vernieuwende inzichten en bereidheid om onze vele vragen te beantwoorden, hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan ons onderzoek.

Verder willen wij de deelnemende huisartsen uitdrukkelijk bedanken voor hun medewerking. In hun drukke agenda maakten zij ruimte om geïnterviewd te worden.

Tot slot zijn wij onze families bijzonder dankbaar voor hun onvoorwaardelijke steun, begrip en aanmoediging gedurende dit hele traject. Hun aanwezigheid en vertrouwen betekenden heel veel voor ons.

Inhoudsopgave

1. Abstract 3
2. Inleiding 4
3. Methode 4
4. Resultaten 5
5. Bespreking 10
6. Besluit 12
7. Referenties 13
8. Bijlagen 15
    a. Persoonlijke reflectie Eline Scheyvaerts 15
    b. Persoonlijke reflectie Stephanie Van Mechelen 17
    c. Goedgekeurd protocol 19
    d. Goedkeuring ethisch comité 34
    e. Codeboom 36
    f. COREQ checklist 45

1. Abstract

Achtergrond: Het chronisch gebruik van benzodiazepines en Z-drugs als slaapmedicatie blijft een hardnekkig probleem in België, ondanks de gekende nevenwerkingen en risico's op afhankelijkheid. Om afbouw te faciliteren, lanceerde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in 2023 een pilootprogramma voor de afbouw van benzodiazepines en Z-drugs.

Doelstelling: Dit kwalitatief onderzoek peilt naar de ervaringen van huisartsen met het RIZIV-afbouwprogramma, met bijzondere aandacht voor de drempels en facilitatoren die een rol spelen bij de implementatie ervan. Verder trachten we ook na te gaan of het financieringsmodel van hun praktijk (prestatiegericht vs. forfaitair) een invloed zou hebben.

Methode: Tussen juli en december 2024 werden semigestructureerde interviews afgenomen bij 14 huisartsen uit twee groepspraktijken in regio Turnhout. De data werden thematisch geanalyseerd met behulp van NVivo en volgens de QUAGOL-methode gecodeerd.

Resultaten: Drie hoofdthema's kwamen naar voren als bepalend voor de implementatie: communicatie, tijd en praktijkvorm. Artsen gaven aan dat gebrekkige en onduidelijke communicatie vanuit het RIZIV leidde tot verwarring en een suboptimale implementatie, voornamelijk in prestatiegerichte praktijken. Tijdsgebrek bleek een universele belemmering. Artsen uit beide praktijken gaven aan dat in een forfaitaire praktijk multidisciplinaire samenwerking en taakdelegatie makkelijker uit te rollen zijn. De forfaitaire structuur werd daarom als faciliterend ervaren voor projectmatig werken. Andere bepalende factoren voor implementatie waren onder meer de beschikbaarheid van alternatieven voor slaapmedicatie, samenwerking met apothekers, de aard van de arts-patiëntrelatie, de terugbetaling van magistrale bereidingen, de duidelijke schema's van het programma en motivatie van de patiënt.

Conclusie: Het RIZIV-afbouwprogramma wordt in essentie positief onthaald, maar de implementatie ervan wordt bemoeilijkt door structurele barrières zoals tijdsgebrek, onduidelijke communicatie vanuit de overheid en beperkte middelen in prestatiegerichte praktijken. Forfaitaire praktijken lijken beter uitgerust om dit type programma te integreren. Een verbetering van communicatie vanuit het RIZIV, bredere beschikbaarheid van alternatieve therapieën en financieringsvormen waarbij meer ruimte is voor gefinancierde taakdelegatie kunnen de effectiviteit van het programma verder verhogen.

2. Inleiding

Het aanwenden van benzodiazepines en Z-drugs als slaapmedicatie ter behandeling van chronische insomnia blijft een groot maatschappelijk probleem. Wetende dat 12 % van de Belgische bevolking in 2019 minstens één benzodiazepine of Z-drug nam (1).

Benzodiazepines en Z-drugs kennen via de binding aan GABA-receptoren een kalmerend, sederend en anxiolytisch effect (2). Bij acute slapeloosheid kan deze medicatie kortdurend – dit is maximaal een week - overwogen worden ter behandeling, echter bij langdurig gebruik weegt de vermindering van het therapeutisch effect niet langer op tegen de vele nevenwerkingen (3). De meest voorkomende zijn concentratieproblemen, slaperigheid, sufheid, verhoogd risico op vallen en toegenomen verwardheid. Terwijl er reeds na 1 à 2 weken afhankelijkheid en tolerantie met afname van de gewenste effecten optreden (2–5). Afbouwen van deze medicatie blijkt echter niet zo eenvoudig aangezien er niet abrupt gestopt kan/mag worden in kader van ontwenningsverschijnselen (5). De intensiteit en duurtijd van deze ontwenning worden geacht toe te nemen naarmate er een langere innameperiode aan vooraf ging, er een hogere dosis gebruikt werd, de halfwaardetijd van het molecule korter was en de patiënt eerdere afbouwpogingen ondernam (5–8).

Daarnaast spelen er bij eerstelijnsactoren bepaalde drempels en facilitatoren mee in de afbouw. De voornaamste drempels zijn tijd, complexiteit, angst voor de arts-patiëntrelatie en het ontbreken van goede alternatieven (9–12).

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) van de Belgische overheid ontwikkelde een programma om afbouw van slaapmedicatie te faciliteren. Hierbij wordt onder begeleiding van een arts en in samenwerking met de apotheker een trage afbouw zonder nevenwerkingen beoogd. Dit pilootproject werd uitgerold op 1 februari 2023 en op 21 maart 2025 definitief verankerd binnen de gezondheidszorg (13,14).

De vraag rijst hoe de ervaringen van artsen zijn met betrekking tot dit pilootproject. Welke drempels en facilitatoren spelen hierbij een rol en zijn hierin verschillend naargelang het systeem van praktijkfinanciering?

3. Methode

Deze kwalitatieve studie peilt naar ervaringen en visies van artsen in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk met betrekking tot het implementeren van het afbouwprogramma voor benzodiazepines gelanceerd door het RIZIV. Hiervoor werden semigestructureerde interviews gevoerd tussen 01/07/2024 en 31/12/2024.

Interviews werden afgenomen door ES en SVM, beiden huisarts in opleiding en auteur van dit artikel. De onderzoekers waren alternerend werkzaam in de huisartsenpraktijken waar de interviews gevoerd werden. Er werd getracht de meeste interviews af te nemen alvorens effectief werkzaam te zijn in de desbetreffende praktijk.

Alle artsen van de twee praktijken werden persoonlijk uitgenodigd om deel te nemen aan de studie waarbij telkens één interview afgenomen werd. In totaal werden 14 deelnemers bekomen. Twee artsen werden niet geïnterviewd wegens pensionering of tijdsbeperking. Van alle interviews werden audio-opnamen gemaakt na formele toestemming van de deelnemers.

Na transcriptie werd de data door beide onderzoekers onafhankelijk thematisch geanalyseerd en gecodeerd met NVivo 12-software volgens de QUAGOL-methode. Iteratief overleg werd gehanteerd om discrepanties in de analyse op te lossen en interpretatie van de data te bespreken.

4. Resultaten

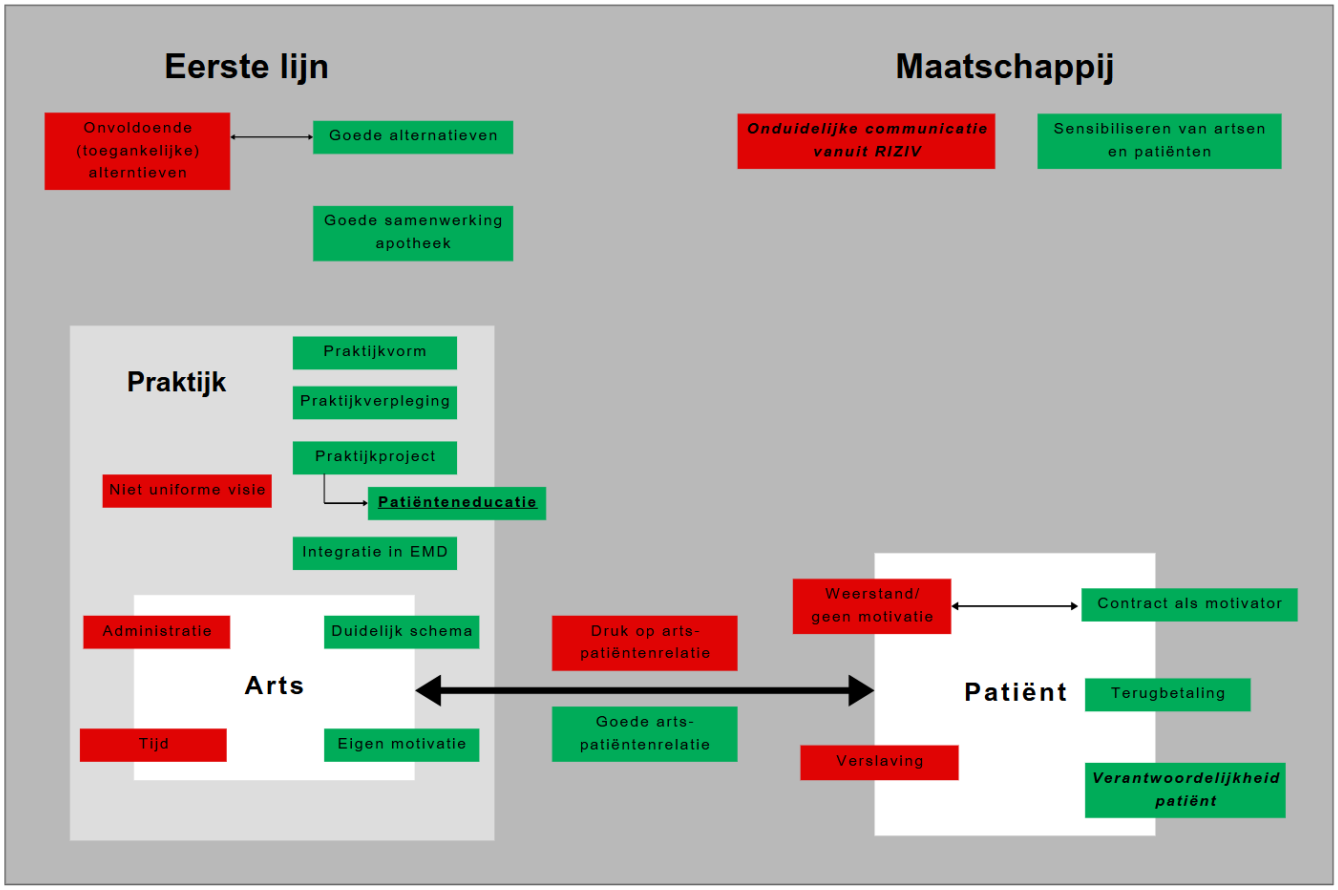
In totaal werden 14 artsen (4 mannen en 10 vrouwen) uit twee groepspraktijken van de huisartsenkring regio Turnhout geïnterviewd. Er namen 6 artsen uit een landelijke prestatiegerichte groepspraktijk deel. Deze praktijk heeft een patiëntenpopulatie van 11579 patiënten. Uit een stedelijke forfaitaire groepspraktijk namen 8 artsen deel. Het aantal ingeschreven patiënten in deze praktijk bedraagt 7731. De gemiddelde leeftijd van alle geïnterviewden was 44 jaar (SD: +/- 11 jaar) met een gemiddelde carrièreduur van 17 jaar (SD: +/- 12 jaar). Om de anonimiteit van de deelnemers te bewaren worden deze door een code weergegeven (tabel 1).

Huisarts	Geslacht	Duur interview (min:sec)	Praktijkvorm	Ligging
H1	M	27:32	Prestatie	Landelijk
H2	V	26:15		
H3	V	35:15		
H4	V	30:32		
H5	M	24:17		
H6	V	34:49		
H7	V	31:17	Forfaitair	Stedelijk
H8	V	35:14		
H9	V	41:39		
H10	V	39:42		
H11	M	27:58		
H12	M	35:46		
H13	V	39:15		
H14	V	32:15		

Tabel 1. Demografische gegevens van de deelnemers. M: man. V: vrouw.

De interviews duurden tussen 24 en 41 minuten, met een gemiddelde duur van 33 minuten (SD: +/- 5 min).

Na analyse van de interviews kwamen enkele hoofdthema's naar voor die een rol spelen bij de implementatie van het RIZIV-programma om slaapmedicatie af te bouwen: communicatie, tijd en praktijkvorm. Daarnaast werden ook nog andere barrières en facilitatoren aangehaald die hieronder toegelicht zullen worden. Deze worden schematisch weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Schematisch overzicht van barrières en facilitatoren voor de implementatie van het project voor de afbouw van benzodiazepines of Z-drugs als slaapmedicatie. Groen: facilitator. Rood: barrière. *Cursief: specifiek voor prestatiegericht praktijk.* Onderlijnd: specifiek voor forfaitair praktijk. Enkelvoudige pijl: een gevolg. Dubbele pijl: tegenovergestelden.

Communicatie – project, media, artsen

De deelnemende huisartsen van de prestatiegerichte praktijk gaven aan onvoldoende op de hoogte gesteld te zijn van de start en inhoud van het project. Informatie was veelal verbrokkeld en ingewikkeld waardoor het project hier geen goede uitrol kende of zelfs vergeten werd. In beide praktijkvormen werd een slechte communicatie vanuit het RIZIV ervaren omtrent de duur en multipele verlengingen van het project. Zo was het voor hen onduidelijk hoelang het project nog zou lopen, met daaraan gekoppeld hoelang patiënten nog konden opstarten. Dit wordt geduid in figuur 2 en geïllustreerd door volgende quote:

> *"Wat ik een groot nadeel vind is de eindigheid in de tijd en dat er lang onduidelijkheid over geweest is. Mogen we er nu nog wel of niet mensen opzetten "ja het mag nog wel maar het is nog maar 2 maanden". Dat vind ik gewoon slecht, dat is slecht dat kan je niet anders zeggen."* - H7

Volgens de geïnterviewden zouden de media een nog grotere faciliterende rol kunnen spelen op vlak van patiënteducatie, preventie en sensibilisatie in de algehele populatie m.b.t. het gebruik van slaapmedicatie. Dit door bijvoorbeeld tv-programma's, spotjes, herhaaldelijk terugkomen in de kranten... Door enkele artsen werd ervaren dat de media ook zijn keerzijde kennen waarbij de perceptie heerst dat de algehele bevolking eerder ingelicht wordt bij de start van nieuwe projecten dan de effectieve uitvoerders van een project.



Figuur 2. Schematische voorstelling van het thema communicatie rond het afbouwproject van het RIZIV. Groene kader: facilitator. Rode kader: barrière. Rood-groene kader: zowel facilitator als barrière.

> *"Dat vind ik dikwijls het nadeel aan alle projecten die gestart worden, dat het altijd op het nieuws al komt en dat wij dan nog niet de juiste zaken weten hoe dat we het moeten aanpakken of wat dat we ermee gaan doen."* - H12

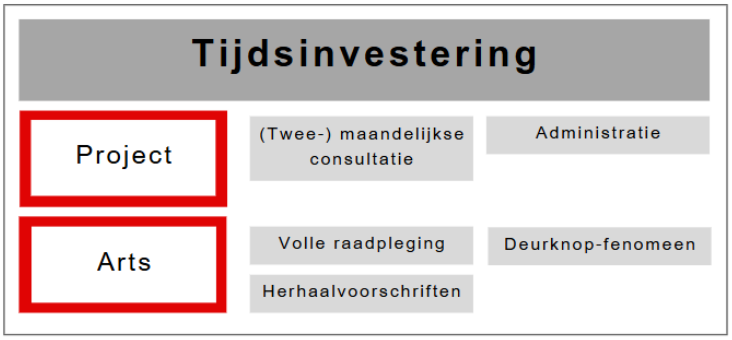
De deelnemers gaven aan dat door een grote hoeveelheid aan e-mails en lopende projecten ze de indruk hebben dat ze overspoeld worden door informatie, waardoor zaken vergeten of op de achtergrond geschoven worden.

Tijdsinvestering

Één van de voornaamste obstakels in het implementeren van dit programma was tijd, dit onderwerp werd door alle artsen aangehaald ongeacht het type praktijk.

> *"Dat is dan tijdsdruk of ja daar bots je makkelijker op dan als je zegt "weet je daar zullen we het volgende maand nog eens over hebben dat gaan we nu niet aankaarten". Dan schrijf je het maar rap voor."* - H13

Tijd was nodig om het project voor te bereiden in de praktijk, bijvoorbeeld door een praktijkrichtlijn op te maken. Het project leverde ook extra administratieve taken op zoals het zoeken van de nodige documenten en het ondertekenen van het contract. Daarenboven zorgde het project voor extra consulten met een verhoogde druk op de agenda's van de deelnemende artsen. Extra tijd moest gemaakt worden om afbouw te bespreken tijdens de consultatie, terwijl die vaak al vol zitten met meerdere hulpvragen. Een herhaalvoorschrift is vaak ook een deurknopfenomeen op het einde van de raadpleging waardoor op dat moment een voorschrift makkelijker gemaakt wordt wegens tijdsgebrek dan afbouw aan te kaarten (figuur 3).



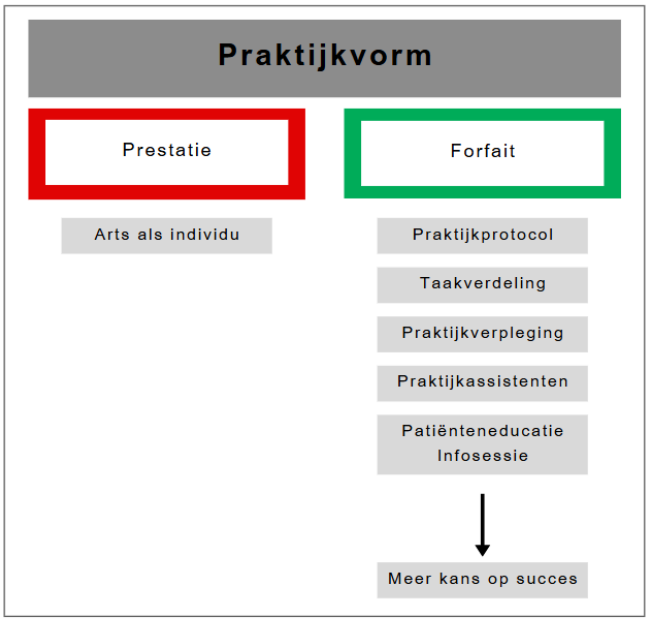
Figuur 3. Schematische voorstelling van het thema tijd die een grote barrière vormt om het afbouwproject van het RIZIV te implementeren. Rode kader: barrière.

"Wat mij vooral tegenhoudt, dat mensen die dat chronisch nemen, met een hele boel andere vragen komen. Die komen niet met "ah ik ben hier voor de afbouw van mijn slaapmedicatie". Het tijdsgebrek of de agenda van de patiënt. Als die al drie vragen hebben, om dan nog over dat slaappilletje te beginnen, daar is dan niet de ruimte voor. Dus je moet wel een setting hebben waar je tijd in kan pakken om die dingen te doen." - H3

Praktijkvorm – forfait, prestatie

De ervaring met betrekking tot de implementatie lijkt tussen de twee praktijksystemen te verschillen. In de prestatiegerichte praktijk gingen enkele artsen individueel met het project aan de slag maar werd er nooit concreet overleg gepleegd. In de forfaitaire praktijk kende het project een uitrol in een praktijkprotocol waarbij een folder voor patiënten werd opgemaakt, het project werd geïntegreerd in het elektronisch medisch dossier (EMD) en er infosessies voor patiënten werden gehouden. Dit protocol werd uitgewerkt door o.a. een praktijkverpleegkundige en huisarts-in-opleiding die hier tijd voor kregen.

Artsen uit beide praktijken gaven aan dat het type praktijkvorm een rol speelt in het succesvol implementeren van dit programma. Multidisciplinair werken is hier van essentieel belang. Zo zou het inschakelen van meerdere zorgverleners (praktijkverpleging, psycholoog en praktijkassistenten) een voordeel kunnen bieden. Op deze manier kan in een gelaagd systeem een taakverdeling opgezet worden om een praktijkrichtlijn uit te werken en te implementeren. Dit alles lijkt volgens de artsen van beide praktijken eenvoudiger te implementeren in een forfaitair systeem dan binnen een prestatiegerichte praktijk (figuur 4).



Figuur 4. Schematische voorstelling van de verschillen tussen de prestatie en forfaitaire praktijk in de implementatie van het afbouwproject van het RIZIV. Groene kader: facilitator. Rode kader: barrière.

Op de vraag of het type praktijkvorm een meerwaarde zou kunnen bieden, gaven de artsen aan dat een forfaitair systeem enkele voordelen zou kennen ten aanzien van prestatiegerichte praktijken voor de implementatie van dit project, omdat er meer ruimte en personeel voor zou zijn.

> *"Misschien dat zij nu wel iets meer ruimte hebben om zo'n project te doen. Dat ze meer geschikt personeel hebben dat zich daarop kan toeleggen. Dat zal een factor kunnen zijn. Dat ze sneller projecten kunnen invoeren."* - H1

"Ik denk dat je dan ook echt consulten kan inplannen bij een andere zorgverlener, bijvoorbeeld een verpleegkundige die gespreksmotivering kan doen. Of eventueel een psycholoog die rond dat thema kan werken. Of echt een groots project opstarten dat iemand verantwoordelijk is voor de opvolging van patiënten die benzo's gebruiken voor slaapproblematiek." - H6

Zo werd er ook verteld dat de kwaliteit van de zorg en het projectmatig werken vergemakkelijkt werd in een forfaitaire praktijk.

"Samenwerking dat is in de prestatiepraktijken moeilijker om financieel samen te werken met een verpleegkundige terwijl dat wel vlotter kan in de forfaitaire praktijken." - H8

"Als er nu één ding is wat ik vind dat sinds we van prestatie naar forfaitair gegaan zijn, kwantiteit durf ik niet te zeggen, maar kwaliteit, onze dossiers zijn beter in orde, we hebben betere afspraken, we hebben meer projecten, we proberen meer in te zetten op bevolkingsonderzoek en het benzo-project is er daar een van. Iedereen doet daar een stukje van en niet alles ligt bij dezelfde, dus ik geloof dat je meer kwaliteit kan bieden als je samenwerkt." - H10

Andere barrières en facilitatoren

Wanneer gekeken wordt naar het eerstelijnsniveau gaven de bevraagde artsen vooral aan dat er momenteel een duidelijk tekort of moeilijke toegankelijkheid is van goede alternatieven (vb. slaaptrainingen, slaapcoaches, psychologen, mindfulness workshops) omtrent slaapproblemen in de regio. Meer alternatieven zou in de toekomst een facilitator kunnen zijn. Ze gaven ook aan dat een goede samenwerking met de apotheker de implementatie van het project faciliteert. Daarentegen stootten enkele artsen op het feit dat in de media enkel de rol van de apothekers benoemd werd. Hierdoor werd het multidisciplinaire karakter van het programma onderbelicht.

"Ik vind wel dat zij (apothekers) de pluim in hun hoed steken in de kranten en op het nieuws. Meestal was in de pers: "De apothekers hebben zo veel mensen kunnen doen stoppen" en dan denk ik "Ja allee, en van ons werd niet gesproken"." - H14

De bevraagde artsen vinden dat een goede arts-patiëntrelatie van absoluut belang is, maar dat het aankaarten van deze problematiek druk zet op de relatie waardoor de arts tegengehouden wordt om het onderwerp ter sprake te brengen. Op niveau van de patiënt hadden de artsen het gevoel dat volgende barrières een rol spelen: verslaving, weerstand en afwezigheid van motivatie. Als facilitatoren zien ze hier het ondertekende contract dat motiverend kan werken voor de patiënt omwille van de officiële verbintenis die aangegaan wordt, de terugbetaling van magistrale bereidingen (kostprijs 16.55€/maand) en wanneer de patiënt zelf zijn verantwoordelijkheid neemt en vraagt naar afbouw.

Op artsenniveau vindt men vooral tijd (cf. supra) en administratie belastend. Het project brengt voor hen onnodige en ingewikkelde administratie mee (zoals het invullen van het contract). Wat daarentegen wel positief onthaald wordt is het duidelijk te gebruiken schema, dat een leidraad biedt om op een individuele manier af te bouwen.

"Ik ben blij dat er duidelijker handvaten zijn, dat je het niet op eigen houtje moet uitzoeken wat werkt en dat we dat aan mensen beter kunnen meegeven van de concrete handvaten zo gaan we het doen dit is het stappenplan." - H7

Een andere facilitator bij de artsen zijn eigen succesverhalen. Het geeft blijdschap en een goed gevoel bij een succesvolle afbouw.

"Elke patiënt bij wie het voor mij lukt is voor mij toch een endorfineshotje." - H7

5. Bespreking

De resultaten van dit kwalitatieve onderzoek tonen dat vooral in de prestatiegerichte huisartsenpraktijk een gebrek aan promotie en onduidelijke communicatie ervoor zorgden dat de implementatie van het afbouwproject suboptimaal verlopen is. Daarnaast blijkt de extra tijdsinvestering ongeacht het type praktijk een hinderpaal tot succesvolle implementatie van het project. Afstappen van het prestatiegerichte systeem zou dit deels kunnen opvangen door meer taakdelegatie naar praktijkverpleegkundigen of praktijkassistenten. De deelnemende artsen beoordeelden de verschillende voorgestelde afbouwschema's binnen het project als een werkbaar en goed instrument om hun patiënten bij te ondersteunen in de afbouw van de slaapmedicatie.

Optimaliseren communicatie vanuit het RIZIV

In deze studie werd aangegeven dat er onvoldoende duidelijkheid was over het project door suboptimale communicatie vanuit het RIZIV. De studie van Albright et al. toonde dat implementatie van een project meer succesvol wordt door communicatie op 5 manieren te optimaliseren: door een duidelijke rationale aan het project te geven, het vooraf verstrekken van noodzakelijke kennis, communicatie via verschillende wegen, voldoende tijd tussen informatie en introductie van het programma en de mogelijkheid tot bidirectionele communicatie (15). Het toepassen van deze concepten door het RIZIV zou kunnen leiden tot een verhoogde implementatie van het programma. Idealiter zou communicatie vanuit het RIZIV allereerst dienen te verlopen via de partijen die het project moeten uitvoeren, dit bijvoorbeeld via de eHealthBox, het BCFI , een nieuwsbrief of het voorafgaand publiceren van een geaccrediteerde e-learning over de afbouw van slaapmedicatie met dit project. Enkele maanden later zou het project bekend gemaakt kunnen worden aan de algehele bevolking via de media. Op deze manier krijgen zorgverleners voldoende tijd om een project te implementeren in de praktijk, alvorens er vragen komen vanuit patiënten.

Als kanttekening bemerken we dat artsen sensibilisering van de bevolking via de media belangrijk vinden. Hierdoor wordt de bevolking beter geïnformeerd en geëduceerd over het gebruik van slaapmedicatie. Dit kan leiden tot een verhoogde motivatie bij de patiënt.

Tijdsgebrek

Zoals eerder aangehaald vormt tijd een belangrijke belemmerende factor. Het blijft binnen elke praktijkvorm een uitdaging om aparte consultaties in te plannen voor de bespreking van slaapmedicatie en de afbouw ervan. Daarnaast spelen ook andere elementen een rol, zoals het feit dat het onderwerp vaak niet als prioriteit wordt beschouwd binnen de consultatie of dat de patiënt zelf geen nood of wens voelt om de medicatie te bespreken/af te bouwen. Alternatieven overlopen en patiënteducatie vraagt nu eenmaal meer tijd (11).

Impact van financieringsmodellen op de implementatie

Uit deze studie blijkt dat alle geïnterviewde artsen het gevoel hadden dat een financieringsvorm waarbij meer ruimte is voor gefinancierde taakdelegatie een positief effect zou hebben op de implementatie van het afbouwprogramma. Op die wijze wordt er meer tijd gecreëerd om projecten uit te werken. Gezien de afwezigheid van studies die de vergelijking maken tussen forfaitaire en

prestatiegerichte praktijken kunnen we dit niet staven met de literatuur. Wat wel beschreven werd door Ceuterick et al. is dat in het prestatiegerichte systeem het voor sommige artsen een financieel voordeel oplevert om patiënten met een benzodiazepineverslaving te hebben omdat ze telkens moeten terugkomen voor herhaalvoorschriften (16). Wat maakt dat het afbouwprogramma voor deze artsen financieel niet aantrekkelijk is en een extra drempel kan vormen om de medicatie af te bouwen. Hetzelfde geldt wellicht voor de apothekers die ook betrokken zijn in het project en ook een rol kunne spelen in het motiveren de betreffende patiënten.

Alternatieven opnemen in het programma

Vergelijkbaar met andere studies die peilen naar barrières en facilitatoren bij het afbouwen van slaapmedicatie komen in deze studie dezelfde thema's naar boven. Shapoval et al. en Evrard et al. rapporteerden dat onvoldoende kennis en vaardigheden om af te bouwen, onvoldoende alternatieven, onvoldoende agendatijd, eigen frustraties die gepaard gaan met afbouwen, onvoldoende tijd voor patiënteducatie en druk vanuit de patiënt/familie de grootste barrières bij huisartsen zijn (9,12). Het programma biedt hierin een gedeeltelijke oplossing waarbij vaardigheden om af te bouwen aangereikt worden. Het tekort aan alternatieven aanpakken zou een extra mogelijkheid bieden om de drempel tot afbouw te verlagen en de succeskans te verhogen. Zo toont de studie van Takaesu Y et al. dat de combinatie van trage afbouw en cognitieve gedragstherapie meer succes kent dan afbouwen alleen (17).

Samenwerking

Rechtstreeks tegenover de arts zit de patiënt die ook akkoord moet zijn om in dit project te stappen. Onderzoek naar de patiëntervaringen zou inzichten bieden over wat hen beïnvloed. Als deze gekend zijn, kunnen de artsen hier mogelijks ook op inspelen. De apotheker is de derde persoon in deze verbinding. Ook hun ervaringen met dit project zijn relevant. Doordat in de media afgelopen maanden uitsluitend de rol van apothekers belicht werd, ervaarden enkele huisartsen dat hun inbreng van minder belang was. Uiteindelijk zijn het meestal de huisartsen die de eerste stap dienen te zetten om de patiënt te informeren en te motiveren om aan het afbouwproces te starten op basis van het RIZIV-project. In een multidisciplinair programma zoals dit is het belangrijk dat alle partijen als gelijke erkend en behandeld worden.

STERKTES EN LIMITATIES VAN DE STUDIE

Dit onderzoek is de eerste studie omtrent de ervaringen van artsen over gebruik van het afbouwprogramma. Elk interview werd door beide onderzoekers afzonderlijk gecodeerd waarna herhaaldelijk overleg plaatsvond om de thematische analyse uit te voeren.

Het betrof echter een kleine studie met slechts twee praktijken met elk een beperkte populatie. Enkele artsen waren minimaal op de hoogte van het afbouwproject, waardoor weinig verdieping over het gebruik van het programma zelf kon bekomen worden.

Daarnaast konden we met dit project enkel het artsenperspectief in kaart brengen. Zoals gebleken is uit dit onderzoek spelen diverse factoren op verschillende niveaus mee en zijn ook de visies van andere actoren, zoals patiënten en apothekers, van belang om te komen tot een goede integratie van het RIZIV afbouwprogramma in de dagelijkse praktijkvoering.

TOEKOMSTBLIK ONDERZOEK/IMPLEMENTATIE IN DE PRAKTIJK

Deze studie betreft een onderzoek waarbij een beperkte populatie artsen uit dezelfde provincie geïnterviewd werd. Het is een aanzet voor grotere studies die naar de ervaringen van artsen polsen om een beter inzicht te krijgen in de factoren die de implementatie van het project faciliteren in België. Naast het forfaitaire en prestatiegerichte systeem lijkt het zinvol om deze bevraging ook uit te voeren in het derde financieringssysteem: de New Deal - waarbij een vergoeding per prestatie en een forfaitair bedrag per patiënt gecombineerd worden.

Naar de toekomst toe kunnen de inclusiecriteria van dit project verbreed worden om meer patiënten te kunnen begeleiden in de afbouw van hun slaapmedicatie. Meer patiënten komen in aanmerking wanneer de voorwaarden van de maximumdosis van driemaal de aanbevolen dagdosis of slechts één benzodiazepine of Z-drug gebruiken vervalt. Bewoners van woonzorgcentra worden momenteel geweerd uit het project, hoewel we weten dat tussen de 46.7 en 52.4% van hen benzodiazepines gebruiken en een grotere kans hebben om nevenwerkingen te ervaren (18–20). Het kan opportuun zijn om ook deze populatie te includeren.

Gezien het reeds multidisciplinaire karakter van het programma zou het voordelen kunnen opleveren om nog andere zorgverleners te betrekken, bijvoorbeeld (thuis)verpleging, psychotherapeuten en slaapcoaches. Om de efficiëntie van het project te verhogen dienen alle partijen op een gelijke manier te worden geïnformeerd en gewaardeerd.

Michaël Storme van de Algemene Pharmaceutische Bond ziet het project als een groot succes (21). De eerste data geven weer dat in de eerste 61 weken, er 6527 patiënten in het project gestapt zijn (13). Er zijn nog geen recentere data gekend over het aantal patiënten dat succesvol afgebouwd zou zijn. Op 21/03/2025 werd dit project definitief opgenomen in het takenpakket van de apotheker.

Tot slot biedt dit afbouwprogramma potentieel om uit te breiden naar andere psychofarmaca, zoals antidepressiva. Stapsgewijze afbouw middels magistrale bereidingen kan ook hier bijdragen tot het verminderen van ontwenningsverschijnselen en een grotere kans op een succesvolle afbouw (22).

6. Besluit

Deze kwalitatieve studie biedt waardevolle inzichten in de ervaringen van huisartsen met het afbouwprogramma voor slaapmedicatie. Hoewel het programma als werkbaar en zinvol wordt ervaren, vormen structurele knelpunten zoals gebrekkige communicatie vanuit het RIZIV, tijdsdruk en het huidige prestatiegerichte financieringsmodel belangrijke drempels voor een vlotte implementatie. Taakdelegatie binnen de praktijk en duidelijke, tijdige informatieverstrekking aan zorgverleners zijn essentieel om implementatiekansen te vergroten. Daarnaast blijkt er nood aan meer praktische ondersteuning, zoals het aanbieden van alternatieven en het versterken van de multidisciplinaire samenwerking.

De resultaten onderstrepen het belang van verdere beleidsmatige en wetenschappelijke uitdieping, met aandacht voor de rol van verschillende praktijkvormen en de uitbreiding van de inclusiecriteria van het programma. Zo kan het afbouwprogramma verder evolueren naar een duurzaam en gedragen initiatief binnen de eerstelijnszorg.

7. Referenties

1. Coteur K, Mamouris P, Vaes B, Van Nuland M, Matheï C, Schoenmakers B. Evolution of benzodiazepine receptor agonist prescriptions in general practice: A registry-based study. Front Public Health. 2022;10:1014734.

2. Pan B, Ge L, Lai H, Hou L, Tian C, Wang Q, e.a. The Comparative Effectiveness and Safety of Insomnia Drugs: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of 153 Randomized Trials. Drugs. mei 2023;83(7):587-619.

3. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, e.a. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. december 2017;26(6):675-700.

4. BCFI [Internet]. [geciteerd 31 maart 2025]. BCFI | Specialiteiten. Beschikbaar op: https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=8901803

5. Ng BJ, Le Couteur DG, Hilmer SN. Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients: Impact of Interventions Targeting Physicians, Pharmacists, and Patients. Drugs Aging. juni 2018;35(6):493-521.

6. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, e.a. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician Med Fam Can. mei 2018;64(5):339-51.

7. O'Brien CP. Benzodiazepine Use, Abuse, and Dependence. Prim Care Companion CNS Disord. 15 februari 2005;7(Suppl 1: Editor Choice):1829.

8. Horowitz MA, Framer A, Hengartner MP, Sørensen A, Taylor D. Estimating Risk of Antidepressant Withdrawal from a Review of Published Data. CNS Drugs. februari 2023;37(2):143-57.

9. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract. 13 december 2013;14:191.

10. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. BMJ Open. 8 december 2014;4(12):e006544.

11. Evrard P, Pétein C, Beuscart JB, Spinewine A. Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. Implement Sci IS. 8 juli 2022;17(1):41.

12. Shapoval V, de Saint Hubert M, Evrard P, Sibille FX, Aubert CE, Bolt L, e.a. Barriers to Deprescribing Benzodiazepines in Older Adults in a Survey of European Physicians. JAMA Netw Open. 3 maart 2025;8(3):e2459883.

13. 4007.pdf [Internet]. [geciteerd 31 maart 2025]. Beschikbaar op: https://www.bcfi.be/nl/articles/4007.pdf?folia=4002&version=long

14. Kovag [Internet]. [geciteerd 31 maart 2025]. Afbouw benzodiazepines & Z-drugs. Beschikbaar op: https://kovag.be/kennisdomeinen/afbouw-benzodiazepines-z-drugs

15. Albright K, Navarro EI, Jarad I, Boyd MR, Powell BJ, Lewis CC. Communication strategies to facilitate the implementation of new clinical practices: a qualitative study of community mental health therapists. Transl Behav Med. 17 november 2021;12(2):324-34.

16. Ceuterick M, Van Ngoc P, Bracke P, Scholtes B. From prescribing dilemma to knowledge in practice: The ontological politics of benzodiazepines and Z-drugs. Soc Sci Med. 1 december 2023;339:116358.

17. Takaesu Y, Utsumi T, Okajima I, Shimura A, Kotorii N, Kuriyama K, e.a. Psychosocial intervention for discontinuing benzodiazepine hypnotics in patients with chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. december 2019;48:101214.

18. Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RR. Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages. Eur J Clin Pharmacol. mei 2012;68(5):833-44.

19. Evrard P, Henrard S, Foulon V, Spinewine A. Benzodiazepine Use and Deprescribing in Belgian Nursing Homes: Results from the COME-ON Study. J Am Geriatr Soc. december 2020;68(12):2768-77.

20. Anrys PMS, Strauven GC, Foulon V, Degryse JM, Henrard S, Spinewine A. Potentially Inappropriate Prescribing in Belgian Nursing Homes: Prevalence and Associated Factors. J Am Med Dir Assoc. oktober 2018;19(10):884-90.

21. Afbouw van slaapmiddelen: apothekers begeleiden al ruim 5.500 patiënten [Internet]. 2024 [geciteerd 31 maart 2025]. Beschikbaar op: http://www.apb.be/nl-BE/Artikel/afbouw-van-slaapmiddelen-apothekers-begeleiden-al-ruim-5500-patienten~1482NL

22. Horowitz MA, Moncrieff J. Gradually tapering off antipsychotics: lessons for practice from case studies and neurobiological principles. Curr Opin Psychiatry. 1 juli 2024;37(4):320-30.

8. Bijlagen

a. Persoonlijke reflectie Eline Scheyvaerts

Groepsproces en samenwerking

Voor deze thesis hebben Stephanie en ik als duo samengewerkt. Voorafgaand aan deze thesis kenden we elkaar niet, waardoor deze samenwerking nieuw en spannend was. We zaten in dezelfde seminariegroep waar we elkaar hebben leren kennen. Bleek dat we beiden dezelfde twee opleidingspraktijken hebben, één forfaitaire en één prestatiepraktijk. De eerste contacten voelden goed aan waarna we besloten om samen te werken en een project te zoeken waarbij we beide praktijken zouden betrekken. In de zoektocht naar een onderwerp waren we het snel eens dat we iets rond slaapmedicatie zouden doen omdat we merkten dat veel patiënten benzodiazepines of Z-drugs gebruiken. Samen met onze promotor Marc Van Nuland kwamen we uit bij het afbouwprogramma van benzodiazepines van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering RIZIV. We kozen voor een kwalitatief onderzoek waarbij we de ervaring, barrières en facilitatoren van de artsen onderzochten aan de hand van interviews en de vergelijking maakten tussen de twee praktijken (forfaitair vs prestatie).

De communicatie tussen ons beiden verliep vlot en constructief. Op regelmatige basis hadden we vergaderingen, zowel fysiek als online. Beslissingen namen we gezamenlijk waarbij we open stonden voor elkaars inzichten en suggesties. Bij twijfel konden we altijd overleggen om tot een consensus te komen. Door kort op de bal te spelen konden we misverstanden voorkomen en efficiënt werken. Beiden namen we onze verantwoordelijkheid op en ondersteunde we elkaar tijdens het proces. Dit resulteerde in een positieve werksfeer.

Ook de co-promotor (Kristien Coteur) konden we laagdrempelig bereiken en we hadden regelmatig overleg met haar.

Aan het begin van onze samenwerking stelden we een tijdlijn op. Echter, de zwangerschap van Stephanie was hierbij een grote uitdaging. Omdat ze gedurende drie maanden afwezig was, moesten we onze oorspronkelijke planning aanpassen. We besproken dit en kwamen tot de conclusie dat bepaalde interviews doorgeschoven moesten worden naar een latere periode. Hierdoor liepen we een vertraging van enkele maanden op. We pasten onze taakverdeling aan: gedurende haar afwezigheid nam ik extra taken op, zoals het afnemen van de resterende interviews en aanvullend literatuuronderzoek voor de inleiding. Ondanks haar afwezigheid bleven we in contact, wat de continuïteit van het proces waarborgde. Ik apprecieer de flexibiliteit van haar kant om toch bereikbaar te zijn. Bij haar terugkomst heeft zij een tandje bijgestoken. Uit deze ervaring leer ik dat flexibiliteit en open communicatie belangrijk zijn. Je kan niet alles voorspellen en volledig onder controle hebben. Doordat je met twee bent zijn er meer factoren om rekening mee te houden. Door hier open over te communiceren konden we anticiperen op de planning en mogelijke frustraties vermijden. Hoewel we hier goed mee omgingen en het uiteindelijk ons niet in de problemen bracht, besef ik dat dit toch efficiënter had kunnen verlopen. Naar de toekomst toe zou dit voorkomen kunnen worden door duidelijke buffers in te plannen en voorafgaand mogelijke obstakels te identificeren zodat er sneller geanticipeerd kan worden op onvoorziene omstandigheden.

Persoonlijk aandeel

De taakverdeling groeide organisch tijdens ons schrijfproces. Ik voerde onder meer het voornaamste opzoekwerk uit over de achtergrondinformatie/inleiding en stelde een initieel protocol op. Stephanie schreef de interviewleidraad uit. De interviews werden verdeeld, ieder van ons interviewde de artsen van één praktijk. In de praktijk van Stephanie namen 8 artsen deel, in mijn praktijk voerde ik 6 interviews uit. Elk van ons transcribeerde en vatte zijn eigen afgenomen interviews samen. Tijdens de codering en analyse werkten we nauw samen en hadden we frequent vergaderingen om samen de data te interpreteren en verder uit te diepen. Bij het verder uitschrijven van de thesis spitste ik mij vooral toe op de resultaten van de thematische analyse en de visuele voorstelling ervan.

Dit onderzoek was voor mij ook een uitdaging omdat dit de eerste keer was dat ik kwalitatief onderzoek deed. De interviews afnemen was ook nieuw voor mij. Dit was een drempel voor mij waar ik over moest gezien dit helemaal uit mijn comfort zone was. Ik merk dat ik zelf een groeiproces doormaakte in mijn interviewvaardigheden. Het eerste interview verliep eerder stroef, naarmate de interviews vorderden, merkte ik dat ik meer zelfvertrouwen kreeg en meer diepgaande gesprekken kon voeren.

Persoonlijke visie voor impact op het werkveld

Ik vind dat benzodiazepines en Z-drugs nog te veel onterecht voorgeschreven worden en dat de afbouw hiervan een belangrijk aspect van het takenpakket van de huisarts is. Daarom vind ik dit project van het RIZIV een goed initiatief om de patiënt te ondersteunen in de afbouw onder begeleiding van zowel huisarts als apotheker.

Uit dit onderzoek blijkt dat de praktijkvorm een belangrijke factor is om dit project al dan niet te gebruiken. Ik heb dit ook zelf ondervonden. Tijdens mijn periode als haio in de forfaitaire praktijk heb ik meegewerkt aan de uitwerking van een praktijkrichtlijn van dit project. Hierbij werkte ik samen met twee vaste artsen en een praktijkverpleegkundige (psychologisch verpleegkundige). Ik beaam dat de mogelijkheden tot organisatie en taakdelegatie in een forfaitaire praktijk de implementatie van een project zoals deze faciliteert. Ik ben vooral ook benieuwd hoe dit project in het derde financieringsmodel, de ‘New Deal’, in de praktijk toegepast zal worden.

Verder benadrukt deze thesis het belang van de samenwerking in de eerste lijn. Ik ben van mening dat multidisciplinaire samenwerking in de toekomst nog belangrijker gaat worden, niet enkel tussen huisarts en apotheker, maar ook met andere eerstelijnsactoren. Voor dit project denk ik vooral psychologen relevant kunnen zijn.

Ik ben ervan overtuigd dat deze thesis een maatschappelijke meerwaarde heeft omdat we de drempels en facilitatoren in kaart brachten die huisartsen ondervonden bij het gebruik van dit project om slaapmedicatie af te bouwen. Hieruit leren we waarop ingespeeld kan worden in toekomstige projecten die het RIZIV wil lanceren of hoe het huidige project verder uitgebreid kan worden.

Besluit

Terugkijkend op dit proces beschouw ik deze samenwerking als een waardevolle en leerzame ervaring. Ondanks de uitdagingen waarmee we geconfronteerd werden, hebben we deze constructief aangepakt door open communicatie, flexibiliteit en een duidelijke taakverdeling. Bovendien heeft deze thesis mij de kans geboden om nieuwe onderzoeksvaardigheden te ontwikkelen en meer vertrouwen te krijgen in kwalitatief onderzoek en interviewtechnieken. De ervaring die ik hier heb opgedaan, zal ongetwijfeld van pas komen in toekomstige academische en professionele samenwerkingen.

b. Persoonlijke reflectie Stephanie Van Mechelen

Keuzeverantwoording

Het gebruik van slaapmedicatie zoals benzodiazepines en Z-drugs neemt bij de Belgische bevolking hoge proporties aan ondanks de gekende nevenwerkingen. In de eerste praktijk waar ik als HAIO stond viel het me op dat veel patiënten herhaalvoorschriften voor deze medicatie telefonisch aanvroegen. Binnen de praktijk was de regel dat de vaste huisarts dit persoonlijk bekeek om het al dan niet voor te schrijven of de patiënt uit te nodigen voor een raadpleging. Doordat één van de vast huisartsen met bevallingsverlof was kwamen haar aanvragen voor chronische medicatie bij mij terecht en het viel me op dat dit niet onfrequent gebeurde. Bij de indiening van thesisideeën stootten we op het afbouwprogramma van benzodiazepines van de overheid en wilden we op de één of andere manier met dit pilootproject aan de slag gaan. Aangezien Eline en ikzelf van praktijken wisselden na anderhalf jaar leek het ons beide interessant om een project van langere duur te doen in beide praktijken. De ene praktijk prestatiegericht de andere een forfaitaire praktijk. We wilden dit verschil betrekken op het project om na te gaan of een verschillende financieringsvorm impact zou kunnen hebben.

Groepsproces

Aangezien het een overkoepelende thesis over de twee praktijken heen werd dienden we nauw samen te werken. De samenwerking verliep relatief vlot zonder al te grote problemen en/of meningsverschillen. Doordat we vlakbij elkaar wonen konden we makkelijk fysiek afspreken om overleg omtrent de thesis te plegen, alhoewel deze bijeenkomsten vaak ook leidden tot wat bijpraten over het huisartszijn waardoor we regelmatig afdwaalden van de reden van bijeenkomst. We stelden in het begin een tijdslijn op om een zicht te krijgen op welke deadlines wanneer gehaald moesten worden. Met de strikte deadlines van het ICHO hebben we geen problemen ondervonden, alhoewel we beiden wel eerder “deadlinewerkers” zijn. Doordat ik tijdens mijn HAIO-periode ook in zwangerschapsverlof ben gegaan zijn onze eigen deadlines wel wat opgeschoven omdat het vooropgestelde toch moeilijker bleek te zijn dan gepland. Hier had Eline gelukkig ook wel begrip voor. De laatste maanden zijn we wat meer in actie geschoten met ook regelmatig overleg met onze co-promotor (fysiek of online) om bij te sturen waar nodig. We werkten online samen in een OneDrive map waarbij ieders zijn afgesproken gedelegeerde taken nakwam. Algemeen blik ik met een zeer positieve kijk terug op onze samenwerking aan deze thesis.

Persoonlijk aandeel

Het oorspronkelijke literatuuronderzoek om een aanzet tot het protocol te maken heeft Eline grotendeels op zich genomen, hoewel we ons beide uiteraard hebben ingelezen. Voor het ontwikkelen van het protocol heb ik me meer toegelegd op het opstellen van de vragenlijst voor de semigestructureerde interviews en uitwerking van de methodiek. Zodra ethische goedkeuring verkregen werd hebben we elks in één van de twee praktijken interviews gevoerd met de betrokken artsen. Deze interviews hebben we persoonlijk getranscribeerd. Codering werd door ieders persoonlijk gedaan maar wel met het nodige tussentijdse overleg. Op het moment dat de data gekend was heb ik mezelf meer ingezet voor het schrijven van het artikel waarbij Eline dan weer de nodige figuren maakte en aanvullingen en bronvermeldingen gaf bij de geschreven tekst.

Visie op het werkveld

Gezien de gekende problematiek vind ik het project persoonlijk een meerwaarde bieden voor het afbouwen van patiënten. Ik wil er dan ook naar streven om patiënten dit telkens aan te bieden en hen

proberen te motiveren tot afbouw. In mijn opinie biedt ook de forfaitaire praktijk op meerdere gebieden voordelen. Tijdswinst door taakdelegatie, nauwe samenwerkingen met collega's, leren van andere zorgverleners en elkaar expertise, maar ook tijd kunnen nemen voor moeilijkere gesprekken bijvoorbeeld, waarvan afbouw van medicatie en zeker slaapmedicatie er een van is. Zoals ook in deze studie aangehaald lijkt het implementeren van programma's en projecten in een forfaitaire praktijk makkelijker dan in een prestatiegerichte. Willen we goede kwaliteit van zorg blijven bieden aan een haalbare populatie van patiënten per arts dan lijkt een andere financieringsvorm dan het prestatiegerichte systeem aan de orde. Als laatste wilde ik ook nog aanhalen dat correcte communicatie en waardering van ieders werk belangrijk is. Het tenietdoen van het artsenaandeel in de media met betrekking tot dit project heeft mij persoonlijk meermaals gefrustreerd en ik hoop dat dit naar de toekomst beter kan.

c. Goedgekeurd protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: Kwalitatieve implementatiestudie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines uitgebracht door het RIZIV in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk: het artsen-perspectief middels (semi-)gestructureerd interviews

Belangrijke informatie met betrekking tot het invullen van deze template

Hoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag.

Hou het toelichtingendocument bij de hand terwijl je deze template invult. Alle nodige **informatie, voorbeelden en tekstsuggesties** bij de verschillende onderdelen staan in dat document (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten)

Elke **herindiening of amendement** moet in **'track changes'** of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn. Verder dient ook de bestandsnaam aangepast te worden naar 'herindiening_MP###_versie#' of 'amendement_MP###_versie#'. Het MP-nummer kan je terugvinden via SCONE (overzicht masterproef), het versienummer bepaal je zelf: te beginnen bij 1 en telkens met 1 te verhogen wanneer gevraagd wordt om nieuwe aanpassingen te doen.

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Kwalitatieve implementatiestudie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines uitgebracht door het RIZIV in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk: het artsen-perspectief middels (semi-) gestructureerd interviews
Version 1: Date submission	Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promotor	**Name: Marc Van Nuland** Telephone: 0495 237 252 E-mail: marc.vannuland@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES x NO □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES x	
Co-Investigator – CoPromoter	**Name: Kristien Coteur** Telephone: 016 19 42 65 E-mail: kristien.coteur@kuleuven.be

The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO x	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Eline Scheyvaerts**
	Student number: r0652739
	Telephone: 0489/42.36.58
	E-mail: eline.scheyvaerts@student.kuleuven.be
	Name: Stephanie Van Mechelen
	Student number: r0307394
	Telephone: 0479/47.88.29
	E-mail: stephanie.vanmechelen@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project. References can be added at the end of this template.

Slapeloosheid wordt volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gedefinieerd als slecht slapen, met een negatieve invloed op het dagelijks functioneren, zoals moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en/of prestatie en dit gedurende minstens drie keer per week (1). Slapeloosheid heeft een prevalentie van 6 - 20% wereldwijd en wordt zowel niet-medicamenteus als medicamenteus behandeld (2–4). Medicamenteuze behandeling bestaat veelal uit benzodiazepines en Z-drugs, dewelke op lange termijn vele nadelige effecten hebben zoals slaperigheid, concentratieproblemen, verwardheid en gedaalde rijvaardigheid (2,3). Een Belgische studie toonde aan dat bij 12% van de Belgische bevolking minstens één benzodiazepine of Z-drug werd voorgeschreven in 2019, met 5% die drie of meer voorschriften op jaarbasis ontvingen (5).

Omwille van bovenstaande nadelige effecten is het bij chronisch benzodiazepinegebruik aangeraden om te stoppen onder adequate begeleiding (6). Hiervoor heeft het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) van de Belgische overheid een programma ontwikkeld waarbij een geleidelijke afbouw plaatsvindt onder begeleiding van een arts en in samenwerking met een apotheker. Dit programma werd uitgerold in de eerste lijn in februari 2023. Uit de literatuur is echter ook bekend dat bij deze eerstelijnsactoren er drempels en facilitatoren zijn bij de afbouw van slaapmedicatie (7,8). Veel van deze drempels zijn zeer individueel bepaald per arts en zijn een belangrijke bron voor de slaagkansen van een afbouwprogramma. Aangezien het afbouwprogramma van het RIZIV een nieuw project is, willen we graag een procesevaluatie uitvoeren in twee huisartsenpraktijken.

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study. Describe the research questions and hypotheses of your study.

Het doel van deze studie is op een kwalitatieve manier een beeld schetsen van de ervaringen van huisartsen met betrekking tot de implementatie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines, gelanceerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in februari 2023. Welke barrières en facilitatoren

merken huisartsen op met betrekking tot het implementeren van het afbouwprogramma van benzodiazepines in zowel een forfaitaire als prestatiegerichte praktijk?

4. RESEARCH METHOD

Present the interview and explain potential ethical implications of the planned methodology.

Een kwalitatief explorerend onderzoek zal worden uitgevoerd. Hierbij worden individuele interviews georganiseerd om te peilen naar de ervaringen van artsen in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk. Er zal gebruikgemaakt worden van semi-gestructureerde interviews (annex 1, 3). Interviews worden afgenomen door twee onderzoekers bij alle artsen van hun opleidingspraktijken. De gesprekken zullen plaatsvinden tussen 01/02/2024 en 01/10/2025 in de betreffende praktijken. Een audio-opname van elk gesprek zal opgeslagen worden op de persoonlijke computer van de interviewer tot transcriptie plaatsvindt.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate in the study.

We contacteren alle huisartsen uit twee praktijken, één forfaitaire (Praktijk Arzo, Turnhout) en één prestatiegerichte praktijk (Het Artsenhuis, Beerse), die op de hoogte waren van het afbouwschema van het RIZIV in de periode van 01/02/2023 tem 31/01/2024. Deelname aan de studie is op vrijwillige basis en zal uitgevoerd worden op een tijdstip dat voor de arts in kwestie uitkomt, hetzij tijdens de werkuren, hetzij in hun vrije tijd.

Sample size and population

Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size and how it relates to the total population. Does the ratio between sample size and population size makes it easy to identify participants? In case of working with a small population describe which measures will be taken to prevent reidentification.

Deze studie is een procesevaluatie van het RIZIV-afbouwprogramma voor slaapmedicatie in twee huisartsenpraktijken. In deze praktijken zijn 16 artsen werkzaam en worden 19086 patiënten behandeld. Het doel is om alle artsen van de praktijken te interviewen.

Recruitment

Specify who will recruit the participants, how this will happen, and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of the informed consent form.

1. Hoe zal de deelnemer worden geïnformeerd? De deelnemer zal rechtstreeks geïnformeerd worden door de onderzoeker, die huisarts in opleiding is, in de praktijk waar de artsen gerekruteerd worden met respect voor menselijke waardigheid en respect voor autonomie.

2. Hoe zal de deelnemer het onderzoek ervaren? Studenten zullen de deelnemers persoonlijk uitnodigen tot deelname aan de studie die zal plaatsvinden in de eigen praktijk van de desbetreffende artsen. Wanneer de persoon toezegt zal een moment gepland worden waarop het interview zal plaatsvinden. De geïnformeerde toestemming (ICF, annex 2) wordt op voorhand via mail aan de deelnemer bezorgd. In deze ICF wordt duidelijkheid gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Ook wordt in het ICF expliciet vermeld of er al dan niet audio- en/of video-opnames zullen worden gemaakt tijdens het interview. Bij de start van het interview zal de onderzoeker de ICF nogmaals samen met de deelnemer overlopen. Enkel wanneer de deelnemer instemt met het interview en het ICF ondertekend terugbezorgt aan de onderzoeker voorafgaand aan het interview, zal het interview van start gaan. Zowel in de ICF als bij de start van het interview wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan het interview op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data - inclusief eventuele audio- en/of videofragmenten - van niet afgeronde interviews zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd.

Expected duration

Specify the expected duration of the whole study, and define the beginning and ending of the study for the study participant.

De studie zal starten na goedkeuring van de ethische commissie en binnen een tijdsbestek van ongeveer 1 jaar afgerond worden.

6. ANALYSIS

Describe methods for data analysis in detail. Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases.

De analyse van de verkregen data gebeurt onafhankelijk en wordt gecodeerd door de twee onderzoekers.

Elke deelnemer zal een nummer toegewezen krijgen dewelke gebruikt zal worden in de verdere analyses. Van elke deelnemer zal het rijksregisternummer in excell opgeslagen worden waarna een anonimisering volgt. De anonimisering zal gebeuren in een excell document aan de hand van "spreadsheet cell conceal." Door de anonimisering met cell conceal worden enkel de laatste 4 getallen van het rijksregisternummer na encryptering weergegeven. Cell conceal kan zowel encrypteren als decrypteren met een zelfgekozen code dewelke enkel de onderzoekers tot hun beschikking zullen hebben. Deze code zal worden opgeslagen op een andere PC dan deze van de onderzoekers.

De interviews zullen opgenomen worden op de privé-toestellen van de onderzoekers dat paswoord vergrendeld is. Vervolgens worden ze volledig getranscripteerd door de onderzoekers waarna de originele geluidsopnamen vernietigd worden. Hierna wordt identificeerbare en irrelevante informatie uit de antwoorden verwijderd. De kwalitatieve analyse van de transcripties gebeurt volgens de Quagol procedure (9).

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. pseudonymisation or anonymization), how the data is safely stored, how the data is safely shared and what will happen to the data at the end of the project.

Voor de verzameling en opslag van mijn data maken we gebruik van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven.

Alle data wordt vertrouwelijk behandeld. De geïnterviewde zal geanonimiseerd worden door middel van encryptie van het rijksregisternummer middels "cell conceal". Er is geen link tussen de persoon en het afgenomen interview. De transcriptie van de interviews gebeurt anoniem. Identificeerbare informatie wordt niet geïncludeerd. Alle digitale data zal bewaard worden op de persoonlijke computer van de interviewer. De persoonsgegevens op zo'n manier worden verwerkt dat de persoonsgegevens niet langer kunnen worden toegeschreven aan een specifiek geïncludeerd individu zonder het gebruik van aanvullende informatie. Daarbij komt de extra voorwaarde dat die aanvullende informatie op een aparte computer en in een apart bestand moet worden bewaard en onderworpen moet worden aan technische en organisatorische maatregelen die ervoor zorgen dat de persoonlijke gegevens niet kunnen worden toegeschreven aan een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon.

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een interview informatie over het afbouwprogramma voor benzodiazepines bij artsen worden verzameld. Alles wat de participanten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopnames worden opgenomen. Er zullen geen beelden worden gemaakt. De opgenomen interviews zullen enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoeker(s). De interviewopnames, de dagboekgegevens, de persoonlijke notities van de interviewer zullen meteen na transcriptie worden vernietigd.
Transcripties van de interviews zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een anonieme wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties zullen bewaard worden in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken studenten. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven.
Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripties aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In het kader van hun masterproef krijgen studenten toegang tot allerhande gegevens, informatie, resultaten en documenten. Om de vertrouwelijkheid van deze Informatie en de privacy van betrokkenen te waarborgen, dient/dienen de student(en) binnen het kader van zijn/haar (hun) masterproef altijd met de grootste zorg en discretie om te gaan met Informatie. De studenten dienen te allen tijde volledige geheimhouding in acht te nemen wat betreft de Informatie waarvan zij bij de uitvoering van hun masterproef kennis hebben genomen.

Bij het uitvoeren van dit onderzoek verbinden de studenten zich dan ook tot volgende geheimhoudingsplicht:

- Hij/zij aanvaardt, gedurende en na de beëindiging van de masterproef, de discretieplicht zoals hen bezorgd door zijn/haar promotor strikt in acht te nemen met betrekking tot de Informatie die hij/zij verzameld heeft en de activiteiten waaraan hij/zij heeft deelgenomen, en met betrekking tot de patiënten, gezonde vrijwilligers en de personeelsleden met wie hij/zij in contact komt.
- Hij/zij zal enkel gegevens verwerken en verzamelen die relevant en noodzakelijk zijn voor zijn/haar masterproef.
- Hij/zij zal geen gegevens delen met personen die niet rechtstreeks betrokken zijn bij zijn/haar onderzoek; enkel de student, eventuele groepsleden en zijn/haar promotor hebben toegang tot de gegevens.
- Hij/zij zal alle nodige maatregelen nemen om de vertrouwelijkheid van informatie en de privacy van betrokkenen te beschermen.
- Hij/zij zal zorgvuldig en verantwoord en met de nodige voorzichtigheid omgaan met de Informatie en met de verleende toegang tot informatiesystemen en digitale gegevensdragers. Hij/zij gaat met zijn docent of promotor in gesprek over de vertrouwelijkheid, de opslag en het delen van bestanden.
- Hij/zij gaat met zijn docent of promotor in gesprek over de vertrouwelijkheid, de opslag en het delen van bestanden. Hij/zij hanteert anonimisering of pseudonimisering om zo vroeg mogelijk in het traject de risico's en gevolgen van datalekken en dataverlies te beperken.
- Indien er gebruik gemaakt wordt van pseudonimisering zal hij/zij de pseudonimisatiesleutel of de coderingstabel die de pseudoniemen en de identificeerbare informatievelden bevat, met dezelfde vertrouwelijkheid als de oorspronkelijke data behandelen. De sleutel of coderingstabel bewaart hij/zij nooit op hetzelfde apparaat (laptop of desktop) als het werkbestand of de database die de gepseudonimiseerde gegevens bevat.
- Hij/zij zal waar mogelijk een project- of teamgebonden opslaglocatie gebruiken voor het opslaan en uitwisselen van gegevens en probeert hier in eerste instantie via zijn/haar promotor beroep te doen op een interne of externe dienst van KU Leuven of UZ Leuven om de gegevens veilig te bewaren. Indien dat niet mogelijk is, zal hij/zij de verzamelde data bewaren op OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, op REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven, of op een met wachtwoord versleuteld toestel. Toepassingen zoals Google drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden.
- Hij/zij zal vertrouwelijke informatie en bestanden steeds versleutelen met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.
- Hij/zij zal bij het versturen van een kopie van strikt vertrouwelijke gegevens deze steeds versleutelen met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender.
- Hij/zij zal bij (vermoeden van) een datalek zo snel mogelijk contact opnemen met zijn/haar promotor

Aangezien dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van een masterproef, is rechtsbasis voor de verwerking van persoonsgegevens het algemeen belang. Het onderzoek bevordert de ontwikkeling van kennis en het bekomen van nieuwe inzichten die (direct of indirect) ten goede komen aan de samenleving.

Alle onderzoekers zullen de Informatie vertrouwelijk behandelen en niet delen met derden of gebruiken voor een andere doelstelling dan dit onderzoek. De verzameling, verwerking en uitwisseling van persoonlijke data, zoals contactgegevens, gezondheidsinformatie en medische informatie, is onderhevig aan de AVG.

Bij goedkeuring door de Ethische Commissie wordt bevestigd dat de door de student beschreven verwerkingen van persoonsgegevens verenigbaar is met de vereisten van de AVG. Vanuit het oogpunt van de AVG bestaat er dan geen bezwaar om de verwerkingen te starten. Bij goedkeuring wordt deze aanvraag, overeenkomstig de AVG, opgenomen in het KU Leuven register voor verwerking van persoonsgegevens i.h.k.v. onderzoek en maatschappelijke dienstverlening.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promotor who will be responsible for follow up. Please describe possible adverse events following your research and confirm that the name of the Principal Investigator and other relevant point of contacts have been integrated in the ICF to the participants.

Er zijn geen risico's of veiligheidsproblemen verbonden aan deze studie.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the institution or department where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study. If applicable, please confirm this approval and give the essential contact information.

*Indien van toepassing: Voorbeeldtekst die je mag gebruiken (**vul aan met contactgegevens**):*

_____

If applicable: Sample text you may use **(complete with contact details):**

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

Please add references here

1. Slaapproblemen en slaapmiddelen | NHG-Richtlijnen [Internet]. [geciteerd 23 juli 2023]. Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen
2. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, e.a. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. december 2017;26(6):675-700.
3. Pan B, Ge L, Lai H, Hou L, Tian C, Wang Q, e.a. The Comparative Effectiveness and Safety of Insomnia Drugs: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of 153 Randomized Trials. Drugs. mei 2023;83(7):587-619.
4. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline | Journal of Clinical Sleep Medicine [Internet]. [geciteerd 23 juli 2023]. Beschikbaar op: https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.6470
5. Coteur K, Mamouris P, Vaes B, Van Nuland M, Matheï C, Schoenmakers B. Evolution of benzodiazepine receptor agonist prescriptions in general practice: A registry-based study. Front Public Health. 2022;10:1014734.
6. Ng BJ, Le Couteur DG, Hilmer SN. Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients: Impact of Interventions Targeting Physicians, Pharmacists, and Patients. Drugs Aging. juni 2018;35(6):493https://www.zotero.org/google-docs/?RnU4xT521.
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 Fam Pract. 13 december 2013;14:191.
8. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. BMJ Open. 8 december 2014;4(12):e006544.
9. Dierckx De Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. maart 2012;49(3):360-71.
10. Anderson K, Foster M, Freeman C, Luetsch K, Scott I. Negotiating "Unmeasurable Harm and Benefit": Perspectives of General Practitioners and Consultant Pharmacists on Deprescribing in the Primary Care Setting. Qual Health Res. 2017 Nov;27(13):1936-1947. doi: 10.1177/1049732316687732. Epub 2017 Jan 12. PMID: 29088989.
11. Kuntz J, Kouch L, Christian D, Peterson PL, Gruss I. Barriers and Facilitators to the Deprescribing of Nonbenzodiazepine Sedative Medications Among Older Adults. Perm J. 2018;22:17-157. doi: 10.7812/TPP/17-157. PMID: 29702055; PMCID: PMC5922966.

13. ANNEXES

Annex 1. Opzet van het interview

1. Introductie onderzoeker
2. Verifiëren of het ICF bekomen werd.
3. Bevragen van de demografische data
4. Start audio-opname
5. Start interview
6. Einde interview
7. Einde opname
8. Anonimiseren data in excel - naam deelnemer, datum interview, lengte interview, naam interviewer

Annex 2. Informatiebrief en ICF

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Kwalitatieve implementatiestudie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines uitgebracht door het RIZIV in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk: het artsen-perspectief middels een (semi-)gestructureerd interview. Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC Onderzoek KU Leuven

Onderzoekers:

Eline Scheyvaerts (MaNaMa Geneeskunde), eline.scheyvaerts@student.kuleuven.be

Stephanie Van Mechelen (MaNaMa Geneeskunde), stephanie.vanmechelen@student.kuleuven.be

Promotor: Marc Van Nuland, marc.vannuland@kuleuven.be

Ethische goedkeuring: nr MP028516

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de beleving van artsen met betrekking tot de implementatie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines, gelanceerd door de Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in februari 2023. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Ø Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Ø Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wenst stop te zetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- Ø De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Ø Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie heeft als doel op een kwalitatieve manier een beeld schetsen van de ervaringen van huisartsen met betrekking tot de implementatie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines, gelanceerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in februari 2023. We

pogen hierbij te achterhalen wat de barrières en facilitatoren hiervoor zijn en hoe de implementatie verschilt in een forfaitaire en prestatiegerichte praktijk.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u een actor in de eerstelijn bent die het afbouwprogramma van het RIZIV heeft toegepast op uw patiëntenpopulatie.

Aan deze studie zullen ongeveer 16 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u arts zijn in een forfaitaire of prestatiegerichte groepspraktijk in België.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar uw visie en mening over het afbouwprogramma van slaapmedicatie. Deelname aan het interview zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden in uw eigen praktijk. Tijdens het interview worden geluidsopnamen gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na transcriptie zullen alle beeld- en geluidsopnamen worden vernietigd.

Beschrijving van de risico's en voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen direct voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan inzichten over hoe artsen het afbouwprogramma voor benzodiazepines ervaren.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ø Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker (Eline Scheyvaerts of Stephanie Van Mechelen) via (Eline.scheyvaerts@student.kuleuven.be of Stephanie.vanmechelen@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (professor Van Nuland Marc) via e-mail (marc.vannuland@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Kwalitatieve implementatiestudie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines uitgebracht door het RIZIV in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk: het artsen-perspectief middels een (semi-)gestructureerd interview.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer:

Naam, voornaam: _____

Datum: _____

Handtekening:_____

Onderzoeker

Ik ondergetekende _____ (*Naam, Voornaam*), onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker:

Naam, voornaam: _____

Datum: _____

Handtekening:_____

Titel van de studie: Kwalitatieve implementatiestudie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines uitgebracht door het RIZIV in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk: het artsen-perspectief middels een (semi-)gestructureerd interview.

III Aanvullende informatie

Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk EC Onderzoek KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen.

Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidsgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties. Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen. Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw artsonderzoeker op volgend contactadres : (verduidelijken). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacyteam van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet: Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) Drukpersstraat 35, 1000 Brussel Tel. +3227448 00 e-mail: contact(at)apd-gba.be Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

---

[1] Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

[2] De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Annex 3. Vragen semigestructureerd interview

1. Demografische gegevens
    - Geslacht
    - Leeftijd
    - Huisarts (voltijds/deeltijds) – sinds hoeveel jaar
    - Praktijkvorm (forfaitair/prestatiegericht)
    - Ligging praktijk (stedelijk/landelijk) - Extra activiteiten als arts

2. Voorschrijven en afbouwen van benzodiazepines
    - Wat is uw visie tov het voorschrijven van benzodiazepines of Z-drugs als slaapmedicatie?
    - Is uw visie hierover in het verleden reeds veranderd ? Zo ja, op welke wijze ?
    - Is er een gedeelde visie/aanpak vanuit de praktijk?
    - Wat is uw visie tav het afbouwen van benzodiazepines of z-drugs als slaapmedicatie?
    - Is uw visie hierover veranderd? Zo ja, op welke wijze?
    - Is er een gedeelde visie/aanpak vanuit de praktijk?
    - Wat maakt het proces van deprescribing makkelijk voor u? Wat houdt u tegen?
    - Heeft u reeds patiënten succesvol afgebouwd van benzodiazepines voor het pilootproject?
    - Wat betekent voor u een succesvolle afbouw ? (volledige stop/gedeeltelijke afbouw)
    - Zo ja, hoe heeft u dit aangepakt? Op welke manier heeft u uw patiënten begeleid/ondersteund? Wat waren uw ervaringen (goede en minder goede)?

Benzodiazepine afbouw project RIZIV

- Via welke weg heeft u kennis gemaakt met het afbouwprogramma voor slaapmedicatie vanuit het RIZIV?
- Welke informatie ontving u?
    - Wat vindt u van de informatie die u heeft ontvangen omtrent het project?
    - Wat vindt u in het algemeen van het afbouwprogramma?
    - Wat vindt u van de aanpak?
    - Wat vindt u van de afbouwsnelheid
- Voldoende mogelijkheid om dosis te stabiliseren alvorens de volgende stap?
- Voldoende mogelijk om op maat van de patiënt te werken?
- Hoe ervaart u het gebruik van het afbouwprogramma?
- Hoe integreert u het in uw praktijkvoering?
- Hoe brengt u dit onderwerp aan aan patiënten? Op consultatie, stopbrief, andere?
- Wat is de reactie van patiënten op uw voorstel?
- Hoe ervaart u de ondersteuning van de patiënt in dit traject?
- Wat vindt u van de bijgevoegde documentatie voor de patiënt ?
- Wat vindt u van het contract dat dient aangegaan te worden ?
- In welke mate is ondersteuning door andere eerstelijnsactoren tijdens de afbouw relevant voor u?
    - De apotheker? Hoe ervaart u de samenwerking met de apothekers in het pilootproject?
    - Een psycholoog?

    - Een eerstelijnsverpleegkundige?
- Welke rol kunnen zij spelen in het opvolgen van patiënten tijdens de afbouw?
- Wat is voor u het belangrijkste resultaat van werken met het pilootproject?
- Welke veranderingen merkt u op?

    In praktijkvoering, bv. gedeelde aanpak in praktijk, impact op voorschrijfgedrag, etc., of op andere domeinen.

- Zijn dit blijvende veranderingen volgens u? Ook nadat het pilootproject zou aflopen?
- Wat betekent een succesvolle implementatie van het afbouwprogramma voor u? (stop gebruik of inbedding in de praktijk?)
- Welke factoren zorgen er volgens u voor dat implementatie van zo'n programma succes kent? Wat zijn hierbij de facilitatoren? - Artsgebonden factoren
    - Patiëntgebonden factoren
    - Praktijkgebonden factoren
    - Eerstelijnsgebonden factoren
    - Maatschappijgebonden factoren
    - Andere
- Welke moeilijkheden ondervindt u om het afbouwprogramma te implementeren?
    - Artsgebonden factoren
    - Patiëntgebonden factoren
    - Praktijkgebonden factoren
    - Eerstelijnsgebonden factoren
    - Maatschappijgebonden factoren
    - Andere
- Welke verbeteringen suggereert u voor het afbouwprogramma?
- Extra hulpmiddelen nodig?
- Bepaalde zaken die het makkelijker zouden maken om het programma te implementeren?
- Hoe verschillen volgens u de praktijknoden per praktijkvorm (prestatiegericht vs forfaitair) voor de implementatie van dit programma?
- Denkt u dat de barrières/facilitatoren in een prestatiegerichte of forfaitaire praktijk verschillen?
- Zo ja, hoe?
- Kan omschakelen naar een andere praktijkvorm (vb New Deal) hierin een meerwaarde bieden?
- Is er nog wat anders dat u zou willen bespreken/delen?

d. Goedkeuring ethisch comité

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

Ons kenmerk: MP028516
Uw kenmerk: Masterproef studie: Kwalitatieve implementatiestudie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines uitgebracht door het RIZIV in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk: het artsenperspectief middels (semi-)gestructureerd interviews **Leuven,** 16-01-2024

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Dr Marc Van Nuland
Geachte Eline Scheyvaerts, Stephanie Van Mechelen

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 16-01-2024

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 betreft een kwalitatieve implementatiestudie van het afbouwprogramma voor benzodiazepines uitgebracht door het RIZIV in een forfaitaire en prestatiegerichte groepspraktijk vanuit het artsenperspectief door middel van (semi-)gestructureerd interviews (duur= 1u) bij huisartsen uit een forfaitaire en een prestatiegerichte praktijk (N= 16). Interview guide is toegevoegd. ICF: is toegevoegd en globaal in orde. MP-nummer moet nog vermeld worden (wel een plaats voorzien). “Na transcriptie zullen alle beeld- en geluidsopnamen worden vernietigd.” Volgens studieprotocol worden alleen audio-opnames gemaakt, dus “beeld- en ” verwijderen. Codering/anonimisering:

coderingsprocedure is beschreven. Vernietiging van audiomateriaal na transcriptie is beschreven. Er zijn geen bezwaren tegen de studie.

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 08-01-2024 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.

e. Codeboom

Prestatiepraktijk

Name	Files	References
Barrières	0	0
Artsgebonden factoren	0	0
Administratie	1	5
Angst verliezen patiënten	1	1
Arts-patiëntenrelatie	2	4
Verwachtingspatroon van de patiënt	1	1
Contract	0	0
Contract	2	2
Onnodige dosisbeperking	1	1
Onnuttig	1	1
Onpraktisch	1	1
Te uitgebreid	1	2
Documenten niet bij de hand	1	2
Drukte agenda	4	7
Einde raadpleging voorschrift	1	1
Herhaalmedicatie	1	1
Idee dat chronische patiënten minder voor open staan	2	5
Nood aan duidelijkere schema's	1	1
Onduidelijkheid over de dosis	1	1
Onduidelijkheid over duur van project	1	1
Ontmoediging bij geen succes	2	6
Patiënten moeten eigen gezondheid in handen nemen	1	2
Polyfarmacie	1	1
Praktische luik ingewikkeld	1	2
Rigiede schema	1	1
Te ingewikkeld om makkelijk te gebruiken	1	3
Te weinig kennis over het project	1	1
Tijdsintensief	5	28
Beperkte tijd consultatie	2	2
Veel mailverkeer	1	1
Vergeten	3	4
Weerstand vanuit de patiênt	1	1
Weinig motivatie vanuit de arts	2	2
Weinig ondersteuning	1	1
Weinig toegankelijk	1	1

Eerstelijnsfactoren	1	1
Afwezigheid slaapcoaches	1	1
Onvoldoende communicatie met apotheker	1	1
Onvoldoende psychologische begeleiding	1	2
Wachtlijsten bij psychologen	1	1
Maatschappelijke factoren	0	0
Onduidelijke communicatie vanuit RIZIV	1	3
Geen informatie ontvangen	1	1
Project weinig toegankelijk	1	1
Te weinig reclame project	6	10
Weinig alternatieven	1	1
Weinig ondersteuning	2	2
Patiëntenfactoren	0	0
Angst om minder te slapen	3	7
Consulteren andere arts	1	2
Elke patiënt is uniek	1	1
Geen motivatie	4	11
Herval	1	1
Hogere leeftijd	3	8
Lange duur inname	5	8
Macht der gewoonte	3	6
Moet aan veel voorwaarden voldoen	1	1
onschuldige medicatie	2	2
Rebound effect	1	2
'slaappilleke'	1	1
Veel engagement nodig	1	1
Verantwoordelijkheid van patiënt om aan te kaarten	1	1
Verslavingsproblematiek	2	8
Vertrouwen in de arts	1	1
Verwachting dat medicatie op vraag voorgeschreven wordt	1	1
Verzet	4	6
weinig kennis nadelen	1	1
Praktijkgebonden factoren	0	0
Ander voorschrijfgedrag bij andere artsen	1	1
Andere lopende projecten	2	3
Patiënt kiest de weg van de minste weerstand	1	2
Tijd	1	2
Uitzonderingen op afspraken	1	1

Verschillende visie op voorschrijven	2	4
Facilitatoren	0	0
Artsgebonden factoren	0	0
Alternatieve medicatie om te kunnen slapen	2	2
Artikel	1	1
Bljscholing	1	1
Contract	0	0
Goede verbintenis	2	2
hulpmiddel	1	1
Je kan erop terugvallen	2	2
Makkelijk contract	1	1
Vlot instrument	1	1
Gemotiveerde patiënt	2	2
Goed instrument	2	4
in EMD	2	2
Jongere collega's	1	1
Kennis risico-baten verhouding negatief	2	6
Makkelijk schema	4	15
Media	1	1
Motivatie	1	2
Negatieve impact op patiënt	1	1
Nieuwe dokter, nieuwe regels	1	3
Patiënt die het zelf aanbreng	2	4
Patiënt staat open voor gesprek	1	1
Patiëntenfolder	1	1
Positieve ervaring, eigen successen	2	3
Verplichte opvolging	2	2
Vrijeheid in snelheid afbouw	1	1
Eerstelijnsfactoren	0	0
Bijscholingen	1	1
CRA arts in WZC	2	3
Goede samenwerking apotheker	4	14
Apotheker die patiënt aanspreekt over benzo-gebruik	1	2
Apotheker die sensibiliseert	3	4
Goede samenwerkingen	1	1
Maatschappelijk werker	1	1
Oproepingsbrief vanuit de gemeente	1	1
Psychologische hulpverlening	3	5

Sensibiliseren	2	3
Slaaptherapie	2	6
Thuisverpleging	3	8
Maatschappelijke factoren	0	0
Aandacht	4	9
Afbouwen financieel gunstig maken	1	2
Artikels	1	1
Kleine doosjes medicatie	1	1
Mediacampagnes	4	20
Patiëntenfolder	1	1
Perceptie over slaapmedicatie	2	2
Push-berichten naar artsen	1	2
Sensibiliseren	4	8
Patiëntenfactoren	0	0
Angst voor verslaving	1	2
Betrokken mantelzorgers	1	2
Cognitieve veranderingen	4	4
Contract als motivator	3	4
Eigen initiatief vanuit patiënt vanuit de media	3	3
Geen effect van slaapmiddel	1	1
Goede toelichting	2	2
In samenspraak	1	1
Informatie vanuit de artsen ipv maatschappijn	1	1
Kennis gevaren	3	4
Keuze in snelheid van afbouw	1	1
Kleine stapjes	2	2
Mee in verhaal	4	4
Motivatie	4	6
Nadelen medicatie ondervinden	1	1
Op vraag patiënt	5	12
Plan van aanpak	1	1
Terugbetaling	2	6
Trage afbouw	1	1
Wens tot verminderen polyfarmacie	1	1
Praktijkgebonden factoren	0	0
Aandacht	2	5
Collega's	2	2
Goede afspraken	2	4

Iemand gespecialiseerd in afbouwen	1	2
Integratie in EMD	2	5
Signalisatie in EMD	1	1
Jonge collega's	3	4
Kennis risico baten	1	1
Patiënteninformatie vanuit de artsen ipv de praktijk	1	1
Praktijkassistenten	2	4
Praktijkproject	4	14
Aanschrijven patiënten	4	5
Praktijkverpleegkundige	5	18
Tijd	2	2
Type praktijkvorm	6	6
Praktijkvorm	0	0
Forfaitair	0	0
Dingen uit handen geven	1	1
Meer personeel	1	1
Meer tijd	3	3
Praktijkproject	2	2
Verpleegkundige	2	5
Prestatie-gericht	0	0
arts-patiëntenrelatie	1	1

Forfaitaire praktijk

Name	Files	References
Barrières	0	0
Artsgebonden factoren	0	0
Administratie	10	25
Angst voor arts-patiënt relatie	4	5
Contract	5	6
Cru	1	1
Niet simpel	2	2
Omslachtig	2	2
Onduidelijk	1	2
Rigiede afbouwschema	2	3
Druk van de verpleging in WZC	1	1
Druk vanuit de patiënt	3	4
Herhalingsvoorschriften van patiënten van een collega	7	9

Hoeveelheid aan projecten	1	1
Huisartsentekort	1	1
Onvoldoende handvaten	1	2
Onvoldoende kennis slaapmedicatie	1	1
Patiënten die meerdere medicamenten nemen komen niet in aanmerking	1	1
Tijd	14	47
Veel Informatie	3	3
Verantwoordelijkheid van de patiënt	1	1
Verplicht maandelijks consult	3	3
Volle raadpleging	6	9
Vraagt energie	1	2
Eerstelijnsfactoren	0	0
Onwetendheid over de rol van de apotheker	2	2
Tekort aan alternatieven	4	6
Toegankelijkheid van psychotherapeuten	7	11
Financieel aspect	3	3
Niet gedeeld EMD met andere zorgverleners	1	1
Ziekenhuizen schrijven wel voor	2	2
Maatschappelijke factoren	0	0
Asociale maatschappij	2	2
Belrai	0	0
Communicatie vanuit RIZIV	1	1
Discrepantie over rol apothekers en artsen in de media	1	1
eerst in de media dan pas bij de arts	1	3
Ingewikkeld	1	1
Onduidelijkheid over tijd van project	4	7
Ontmoedigend	1	1
Slechte communicatie overheid	2	2
Te veel informatie	2	2
Verbrokkelde informatie project	4	7
Financiële ondersteuning	1	1
Grote verpakkingen medicatie	1	3
Normaliseren gebruik slaapmedicatie	5	6
Tekort zorgpersoneel	1	1
Weinig aandacht preventie goede slaap	3	3
Patiëntenfactoren	0	0
Druk vanuit de patiënt	1	1

Financieel aspect	2	2
Gehecht aan medicatie	7	15
Lange inname	4	7
Mentaliteit	5	6
Ouderen	8	15
Patiënt moet elke keer op raadpleging komen	2	2
Maandelijks op raadpleging heeft invloed op motivatie	1	1
Raadpleging kost geld	2	2
Schrik voor gevolgen contract	1	2
Voorgeschiedenis patiënt	1	1
Weerstand patiënt	13	25
Weinig vertrouwen in arts	1	1
Praktijkgebonden factoren	0	0
Geen uniforme visie	4	4
Herhalingsrecepten collega's	1	1
Facilitatoren	0	0
Artsgebonden factoren	0	0
Alertheid voorschrijfgedrag	4	4
Artsen educatie	2	2
Contract	1	2
Symbolisch	1	1
Duidelijke communicatie over project	1	1
Eigen succesverhalen	3	4
Financiële incentive	2	2
Gebruik magistrale bereidingen	2	3
Goede arts-patiëntrelatie	2	2
Mindset	4	4
Ondersteuning vanuit verschillende kanten (overheid, apotheek, mutualiteit)	2	4
Patiënten die weten dat benzo's niet goed zijn	0	0
Patiënten informeren over de nadelen	1	1
Specifieke raadpleging	1	1
Uitgeschreven richtlijnen	7	17
Vlotte administratie	1	3
Werken met een project	4	7
Werken op maat patiënt	5	5
Eerstelijnsfactoren	0	0
Meer alternatieven	6	8

Mindfulness training	2	4
Netwerk doorverwijzen	3	5
Opvolgingstraject	1	1
Psycholoog	10	22
Samenwerking met apotheker	10	17
Slaaptraining	7	14
Maatschappelijke factoren	0	0
Aandacht in media	13	23
Belrai	1	1
Duidelijke informatie (financiering, richtlijnen, communicatie)	7	12
Kostprijs benzo's verhogen	2	2
Mentaliteitsshift	5	9
Ondersteuning overheid	5	6
Patiënteneducatie	9	12
Thuisartsbrieven	2	2
Structurele inbedding	6	7
Uniforme boodschap omtrent benzo's	6	9
Patiëntenfactoren	0	0
Begrijpende houding van de arts	1	1
Bekrachtiging bij stop	1	1
Bewustwording van de patiënt	6	11
Ervaren nevenwerkingen	1	1
Goedkoper via project	9	11
Motivatie	2	2
Motivatie door contract	4	6
Op eigen vraag afbouwen	3	3
Patiënteducatie	6	11
Trage afbouw	5	5
Praktijkgebonden factoren	0	0
Expertise van buitenaf	2	2
Gemeenschappelijke praktijkvisie	11	15
HAIO's	6	9
In EMD	8	16
Benzo-consultatie	1	2
Documenten in EMD	2	2
Medicatievoorschriften magistrale bereiding staan er al in	2	3
Registeren en coderen	5	7
Interne afspraken	6	10

Medisch huis	5	7
Betere samenwerking verpleegkundige	4	5
Delegeren werk	4	7
Afspraken voor onthaalmedewerkers	1	1
Folder	6	6
Geen financieel verlies arts	4	4
Goedkoper voor patiënt	4	5
info-avond over goede slaap	3	3
Meer kwaliteit	2	2
Meer tijd	4	6
Nieuwsbrief	1	1
Multidisciplinaire praktijk	1	2
Ondersteuning praktijkverpleegkundige	12	31
Protocollen	5	6
Pyschologisch verpleegkundige	7	11
Uitwerking in praktijkrichtlijn	13	31
Patiënten opbellen	1	1
Praktijkvorm	0	0
Forfaitair	0	0
Meer tijd	3	5
Personeel	4	4
Praktijkverpleegkundige	2	2
Protocollen	1	1
Taakdelegatie	1	1
Prestatie	0	0
Financieel aspect patiënt	4	6
Minder personeel	1	1
Te weinig tijd	3	3

f. COREQ checklist

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	p. 6
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	p. 6
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	p. 6
Gender	4	Was the researcher male or female?	N/A
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	p. 6
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	p.7
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	p.6
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	N/A
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	p.7
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	p. 6-7
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	p. 6
Sample size	12	How many participants were in the study?	p. 7
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	p. 7
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	p.27
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	N/A
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	p. 7
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	p. 36
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	p. 27
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	N/A
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	p. 7
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	N/A
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	N/A

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	p. 7
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	p. 41
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	N/A
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	P. 7
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	p.8-12
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	N/A
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	p. 8
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	p. 11

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357