Wat is de perceptie, mening en ervaring van huisartsen en patiënten betreffende slaapmedicatie en de afbouw hiervan?

Nathalie Pauwels, Amber Tolpe, KU Leuven Faculteit geneeskunde

Promotor: Prof. Dr. Geert Goderis, KU Leuven

Co-promotor: Dr. Floris De Knijf, KU Leuven

Master Huisartsgeneeskunde

Masterproef
Academiejaar: 2023-2025

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

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

Abstract

Inleiding

Slaapmedicatie wordt in België frequent voorgeschreven, ondanks de bekende risico's zoals gewenning, afhankelijkheid en verhoogde kans op valincidenten. Dit onderzoek richt zich op de perceptie, mening en ervaring van huisartsen en patiënten betreffende het gebruik en de afbouw van slaapmedicatie.

Methode

De studie bestond uit een retrospectief kwantitatief onderzoek en een kwalitatief luik. Eerst werd een audit uitgevoerd binnen twee huisartsenpraktijken om het gebruik van slaapmedicatie in kaart te brengen. Vervolgens werden semigestructureerde interviews afgenomen bij 10 huisartsen en 10 patiënten tot datasaturatie werd bereikt. Tot slot werd een thematische analyse uitgevoerd volgens COREQ-richtlijnen.

Resultaten

Uit het kwantitatieve onderzoek bleek dat 16-20% van de patiënten in de onderzochte huisartsenpraktijken slaapmedicatie gebruikte tegenover 36% in de Vlaamse populatie volgens INTEGO databank. De twee belangrijkste klassen zijn de klassieke groep van benzodiazepines en de off-label groep van antidepressiva. Het gebruik nam toe met de leeftijd en was hoger bij vrouwen. Huisartsen en patiënten verschilden in hun perceptie: artsen focusten op het belang van slaaphygiëne en startten doorgaans met fytotherapie, terwijl patiënten slaapmedicatie als meer doeltreffende behandeling zagen. Vele patiënten waren niet op de hoogte van alternatieve behandelopties, zoals cognitieve gedragstherapie. Daarnaast gaven patiënten aan onvoldoende geïnformeerd te zijn over neveneffecten en afbouwmogelijkheden. Angst voor niet kunnen functioneren en gebrek aan alternatieven vormden belangrijke drempels voor afbouw.

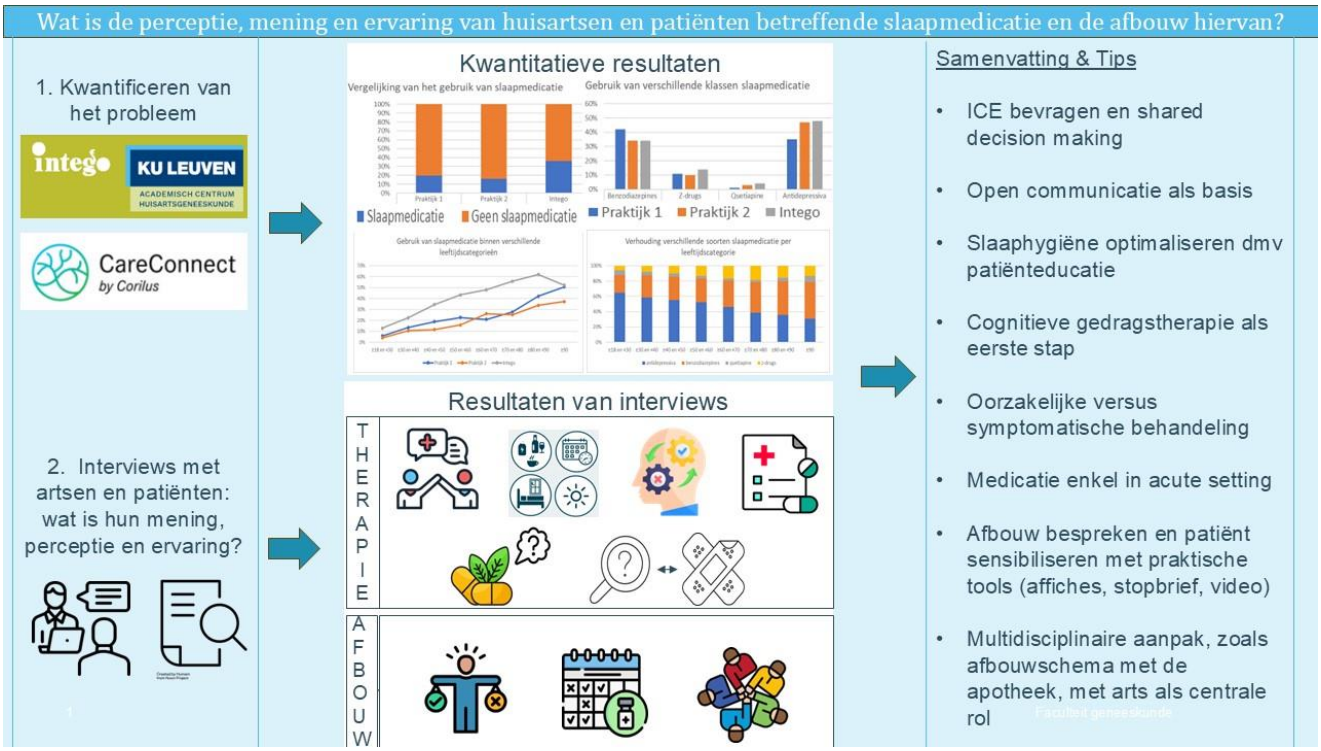
Discussie

Ondanks de richtlijnen om slaapmedicatie beperkt in te zetten, blijft het gebruik wijdverspreid. Patiënt en arts zijn onvoldoende op de hoogte van elkaars ideeën, bezorgdheden en verwachtingen over de aanpak van slaapproblemen. Cognitieve gedragstherapie is een erkende eerste-stap interventie met lange termijn effectiviteit, maar wordt in de praktijk weinig toegepast. Afbouw stoot op vele barrières, waardoor er ingezet moet worden op een minimale opstart van slaapmedicatie. Patiënten gaven aan behoefte te hebben aan het bespreken van een stapsgewijze afbouwstrategie en hierin begeleid te worden.

Besluit

Een multidisciplinaire en patiëntgerichte aanpak is noodzakelijk om het gebruik van slaapmedicatie te optimaliseren. Het is belangrijk een goed inzicht te krijgen in de ICE van de patiënt. Educatie, betere opvolging en samenwerking met apothekers en psychologen kunnen bijdragen aan een veiligere en duurzamere behandeling van slaapproblemen.

Visual abstract



Inhoudsopgave

Abstract 3

Visual abstract 4

Inleiding 7

Methode 9

- Onderzoeksmethode 9
- Selectie en exclusie van participanten 10
  - Sample size en populatie 10
  - Aanwerving van participanten 11
- Verwachte duur 12
- Analyse 12
- Ethische commissie 13

Resultaten 14

- Kwantitatief onderzoek 14
- Kwalitatief onderzoek 18
  - Dataset 18
  - Concordantie/discordantietabel 19
  - Oorzaak en impact van insomnia 21
  - Ideeën omtrent behandeling 21
  - Bezorgdheden omtrent behandeling 26
  - Verwachtingen van behandeling 27
  - Moeilijkheden bij afbouw 29
  - Plan van aanpak 30

Discussie 32

Sterke en zwakke punten 35

- Sterke punten 35

Zwakke punten 35

Future research 36

Besluit 36

Bijlagen 37

Bijlage 1: ATC codes 37

Bijlage 2: Originele vragenlijst voor interviews 38

Bijlage 3. Affiche in de twee huisartsenpraktijken 40

Bijlage 4. Statistiek uit twee huisartsenpraktijken 41

Bijlage 5. Vergelijking van resultaten van onze eigen huisartsenpraktijken met de resultaten uit de Intego databank. 46

Bijlage 6. Codeboom van afgenomen interviews 49

Bijlage 7. Goedkeuring ethische commissie 51

Bibliografie 53

Inleiding

Uit een gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat 45,3% van de Belgische populatie een klassiek geneesmiddel heeft gebruikt in de afgelopen 24 uur. Geneesmiddelen kunnen een grote invloed hebben op de individuele gezondheid en ook een belangrijke rol spelen in de levenskwaliteit van de globale bevolking. Gezien elk geneesmiddel ook zijn nevenwerkingen en maatschappelijke kost heeft, is een adequaat voorschrijfgedrag en geneesmiddelgebruik cruciaal (1).

Wanneer er meer risico's dan voordelen verbonden zijn aan het gebruik van een geneesmiddel, rekening houdend met de kenmerken van het geneesmiddel en de gezondheidstoestand van de patiënt, spreekt men van potentieel ongeschikte medicatie ('potentially inappropriate medications' of 'PIMs') (2). Ouderen zijn een belangrijke risicogroep, gezien 30% van de personen ouder dan 65 jaar op regelmatige basis 5 of meer geneesmiddelen inneemt (3). Het gebruik van PIMs verhoogt het risico op consultatie en hospitalisatie. Ten slotte zal bij ouderen de kwaliteit van leven dalen en de mortaliteit toenemen (2).

Voor het vastleggen en verminderen van het gebruik van PIMs zijn er meerdere screening tools ontwikkeld. Enerzijds zijn er de expliciete tools, zoals de AGS Beers criteria[1] (4) (5) en de START-STOPP criteria[2] (6) (7). Daarnaast zijn er ook generieke tools, zoals het AMO instrument.[3] Het voordeel van zo'n impliciete tool is dat deze meer afgestemd is op de individuele patiënt, aangezien hierbij de evidence based medicine en de klinische context van de patiënt met elkaar gecombineerd worden (8).

Hoewel het risico rond PIMs algemeen bekend is onder huisartsen, blijkt describing van deze medicatie op meerdere barrières te stoten. Enkele hiervan zijn: een gebrek aan kennis bij patiënten omtrent de PIMs, een angst voor afbouwen bij artsen door ontbrekende protocollen, tijdsgebrek, het ontbreken van een gedeeld medicatieschema binnen de verschillende lijnen van de gezondheidszorg en de angst van de huisarts voor het schaden van de arts-patiënt relatie (9).

Binnen de PIMs focussen wij ons op de groep van slaapmedicatie[4]. Enerzijds omdat deze groep een groot aantal nevenwerkingen heeft op korte en lange termijn. Hierdoor behoort deze tot één van de vijf belangrijkste klassen van potentieel ongeschikte medicatie (9). Anderzijds blijkt

---

[1] De Beers criteria zijn ontwikkeld in 1991. Het betreft een uitgebreide lijst van geneesmiddelen die potentieel ongeschikt zijn bij patiënten vanaf 65 jaar. De medicatie die opgelijst wordt, dient de clinicus ervan alert te maken dat er verhoogde waakzaamheid nodig is. De lijsten kunnen zowel ambulant als in instituties gebruikt worden. De laatste update was in 2015, waarbij er meer aandacht was voor geneesmiddel-geneesmiddel interacties en de invloed van nierfunctie.

[2] De START-STOPP criteria zijn expliciete criteria die tot doel hebben om het medicatienazicht bij multimorbide ouderen te vergemakkelijken. Het acroniem START staat voor 'Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment' en wordt gebruikt om te kijken of er bepaalde noodzakelijke medicatie ontbreekt in het overzicht van een patiënt. De STOPP criteria anderzijds (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) kijkt of er geneesmiddelen zijn die gestopt zouden moeten worden. De toepassing van deze criteria heeft tot effect dat het aantal personen met polyfarmacie daalt, dat er minder kans is op nevenwerkingen en dat het valrisico vermindert.

[3] Het acroniem AMO staat voor 'Adequaat medicatiebeleid bij ouderen'. Dit is een instrument opgesteld uit 8 vragen. Dit meer simplistische model werd opgesteld door huisartsen en leunt aldus dichter aan bij de praktijk.

[4] Deze lijst wordt meer gespecificeerd in bijlage 1.

volgens de INTEGO databank dat het een frequent voorgeschreven groep is in de huisartspraktijk en dat een bespreking en totstandkoming van de afbouw hiervan te weinig verwezenlijkt wordt (10) . Ten slotte lanceerde de overheid recent een campagne rond de afbouw van slaapmedicatie, wat het onderwerp nu extra actueel maakt (11).

Er zijn verschillende soorten medicatie die worden gebruikt om slapeloosheid te behandelen. Enerzijds zijn er de benzodiazepines en z-drugs, zoals eszopiclone, zaleplon, zolpidem. Benzodiazepinegebruik verhoogt het risico op delirium, cognitief verval, fracturen, val- en verkeersincidenten. De z-drugs op hun beurt hebben ook een verhoogd risico op valincidenten en fracturen ten gevolge van het verdovend effect. Daarnaast is deze klasse ook minder effectief in het verbeteren van doorslaapproblemen (4). De belangrijkste nadelen zijn echter de tolerantie en afhankelijkheid die ontstaan bij het langdurig gebruik van deze medicatie. De ontwenningsverschijnselen uiten zich in slapeloosheid, angstgevoelens, onrust, concentratiestoornissen (12).

Naast deze twee grote klassen wordt er ook vaak off-label slaapmedicatie gebruikt. Deze bevinden zich binnen de klassen van de antidepressiva, anti-epileptica, antipsychotica (11).

Binnen de antidepressiva zijn trazodone, mirtazapine en amitriptyline de meest gekozen producten. Het grote voordeel is dat er geen tolerantie of afhankelijkheid ontstaat bij het gebruik van deze medicatie, maar anderzijds gaat het gebruik ervan wel gepaard met een even groot valrisico als bij het gebruik van benzodiazepines (13) (14). Dit komt doordat trazodone orthostatische hypotensie kan veroorzaken.[5] Daarnaast is er geen eenduidige conclusie rond het effect van trazodone. Het wordt namelijk niet aangeraden door de AASM Clinical Guidelines ten gevolge van weinig effectiviteit en veiligheidsgegevens (15). Echter bleek het wel effectief in een systematische review uit 2017 waarin het voornamelijk de tijd in diepe slaap verbeterde zonder de slaaparchitectuur aan te tasten (14).

Binnen de anti-epileptica wordt voornamelijk gabapentine gebruikt, dat voornamelijk een plaats heeft bij patiënten met een alcoholverslaving. Ten slotte is quetiapine binnen de antipsychotica één van de meest voorgeschreven geneesmiddelen voor de behandeling van insomnia. Alhoewel het om zeer lage dosissen gaat (25 tot 100mg) wordt het gebruik ervan niet aangeraden zonder de aanwezigheid van een bijkomende psychiatrische stoornis (12).

---

[5] Trazodone is een SSRI die een antagonist is van de 5HT2-receptors, de histamine H1 en de alpha1 adrenerge receptor. Daarnaast is het een inhibitor van de serotonine reuptake transporter (SERT). Ten slotte onderdrukt het cortisol ter hoogte van de hypothalamus-hypofyse-bijnier as. Het hypnotisch effect van trazodone ontstaat door de inwerking op de 5HT2, H1 en alpha 1 - receptoren. Dit effect is reeds actief vanaf 25mg trazodone en is maximaal bij een dosis van 50mg. Het antidepressief effect ontstaat pas bij een dosis van 150-600mg omdat dan de SERT en 5-HT2A receptor gelijktijdig worden geblokkeerd. Het nadeel is dus dat deze ook een antihistaminerg en anticholinergisch effect heeft. Het voordeel van de lage dosis (50mg/dag) is dat deze effecten (bv duizeligheid overdag) of tolerantie niet veroorzaakt worden. Het enige nadeel van trazodone is dat het hypotensie en orthostatische hypotensie veroorzaakt ten gevolge van het effect op de alpha1-adrenerge receptor. Hierdoor blijkt dat er geen risicoreductie is van val-gerelateerde verwondingen bij het gebruik van trazodone in vergelijking met benzodiazepines (13).

Slaapstoornissen en het gebruik van slaapmedicatie vormen volgens de INTEGO-databank een groeiend probleem in de huidige samenleving. Echter zijn er belangrijke nevenwerkingen aan deze geneesmiddelen verbonden. Uit voorafgaand onderzoek bleek dat patiënten hierover vaak onvoldoende geïnformeerd werden en dat de kennis over alternatieve mogelijkheden bij zowel artsen als patiënten beperkt is (16). Onze hypothese luidt dat patiënten denken dat ze niet meer in staat zijn om een normaal leven te leiden zonder slaapmedicatie, terwijl artsen moeilijkheden ervaren bij het bespreken van een afbouw van slaapmedicatie omwille van tijdsgebrek, schrik voor de arts-patiëntrelatie en het ontbreken van ondersteunende tools.

Het doel van de studie is om te peilen naar de percepties en ervaringen van patiënten en artsen omtrent het gebruik en de afbouw van slaapmedicatie. Door te kijken waar de moeilijkheden en gevoeligheden liggen bij het bespreken van slaapmedicatie, willen we inzicht verwerven in factoren die een afbouw van slaapmedicatie kunnen bespoedigen en alternatieve mogelijkheden aanbieden (17) (18).

Methode

Onderzoeksmethode

Dit project bestaat uit een retrospectief onderzoek dat gevolgd werd door een kwalitatief onderzoek.

Eerst voerden we een *retrospectief* onderzoek uit om te kijken naar het aantal patiënten binnen de twee huisartsenpraktijken van de twee onderzoekers die slaapmedicatie gebruikten. Dit was belangrijk om een inzicht te krijgen in het gebruik van slaapmedicatie op praktijkniveau. We verrichtten dit onderzoek door een AUDIT uit te voeren in de software van onze medische dossiers, dit was voor beide huisartsenpraktijken CARECONNECT. Als parameters van de AUDIT gebruikten we de slaapmedicatie die als actief stond in het patiëntendossier van de GMD-patiënten. Om alle slaapmedicatie te includeren in onze AUDIT gebruikten we de ATC codes (zie bijlage 1). Deze is gebaseerd op ons literatuuronderzoek waarbij we onderzoek deden naar de slaapmedicatie die on- en off-label wordt gebruikt. Deze resultaten werden dan afgewogen tegenover het Belgisch gemiddelde gebaseerd op de INTEGO databank.[6] Dit werd uitgevoerd om de relevantie van ons onderzoek aan te tonen, namelijk het nog steeds frequente gebruik van slaapmedicatie.

Vervolgens werd een *kwalitatief* onderzoek verricht waarbij met behulp van interviews gepeild werd naar ervaringen en belevingen rond slaapmedicatie en het afbouwen hiervan (zie bijlage 2). Deze semigestructureerde interviews werden afgenomen bij zowel artsen als patiënten. Dit deel betrof een prospectieve, niet-interventionele studie die verliep van 1 oktober 2023 t.e.m. 1 mei 2025 (inclusief analyse).

[6] Intego is een Vlaams registratienetwerk voor huisartsen en wordt gefinancieerd door de overheid. Door deze dataverzameling kan men ziektetrends in de huisartsenpraktijk in kaart brengen. Dit is belangrijk voor het opvolgen van de algemene volksgezondheid .

Selectie en exclusie van participanten

Inclusie- en exclusiecriteria

Tabel 1: Inclusie- en exclusiecriteria patiënten

PATIENTEN	
Inclusiecriteria	**Exclusiecriteria**
Chronisch gebruik van slaapmedicatie[7]	
Man – vrouw	
Diverse populatie wonend in Vlaanderen	Permanent verblijf in woonzorgcentrum
Nederlandstalig	Taalbarrière
Ouder dan 18 jaar	Wilsonbekwame patiënten (dementie)

Tabel 2: Inclusie- en exclusiecriteria artsen

ARTSEN	
Inclusiecriteria	**Exclusiecriteria**
Huisartsen en huisartsen in opleiding werkend in Vlaanderen	Specialistische geneeskunde
Man – vrouw	
Nederlandstalig	
Alle leeftijden	Gepensioneerde huisartsen

Sample size en populatie

We interviewden patiënten en artsen tot er voldoende variabiliteit in het profiel van onze populatie bekomen was en waarmee datasaturatie vervolgens bereikt werd. Dit is het punt waarbij er geen nieuwe informatie meer naar voren komt uit de daaropvolgende interviews. We verwachtten dat dit punt bereikt werd bij een minimum aantal van 15 patiënten. We trachtten een zo divers mogelijke patiëntenpopulatie te ondervragen, dit betrof beide geslachten en verschillende leeftijden. Daarnaast vermoedden we dat dit punt bereikt werd bij een populatie van minstens 10 artsen. We wensten een zo breed mogelijke populatie te bereiken, verspreid over heel Vlaanderen en uit verschillende leeftijdscategorieën. De artsen en patiënten werden uitgekozen door middel van purposeful sampling.

We maakten gebruik van een reflectie luistertechniek. Dit wil zeggen dat we de twee groepen door elkaar bevraagd hebben om zo af te toetsen hoe artsen over patiënten denken en vice versa. Het

[7] De term slaapmiddelen wordt verder gespecifieerd in bijlage 1.

onderzoek betrof een 360°-evaluatie, waarbij rekening werd gehouden met alle perspectieven om een zo volledig mogelijk beeld te creëren van de werkelijkheid. We voorzagen gemiddeld één uur tijd voor deze één-op-één interviews.

Aanwerving van participanten

Wat betreft het retrospectieve deel werd in de wachtzaal van de huisartsenpraktijk waar wij stage liepen, gedurende het verloop van de studie, een affiche opgehangen die de patiënt ervan op de hoogte stelde dat er in het kader van deze studie gegevens verzameld zouden worden op een gepseudonimiseerde wijze via het patiëntendossier. Deze affiche werd ook op de site van de praktijk geplaatst (zie bijlage 3). Daarnaast werd hiervan een notitie gemaakt in het patiëntendossier en werd die notitie opgeladen in het patiëntenportaal, alwaar de patiënt inzage in had.

Voor de interviews werden de patiënten telefonisch of persoonlijk uitgenodigd. Dit betrof patiënten uit de huisartsenpraktijk waar wij werkzaam waren. De selectie van patiënten verliep willekeurig. Dit betekende dat enerzijds patiënten geïncludeerd konden worden die reeds op consultatie geweest waren bij één van de onderzoekers. Anderzijds konden er ook patiënten geïncludeerd worden waarbij nog geen persoonlijk contact geweest was met de onderzoekers, maar die opgevolgd werden door de collega-artsen van de onderzoekers. Voor patiënten die reeds bij de onderzoekers op consultatie waren geweest, bestond er een therapeutische relatie. Voor patiënten die opgevolgd werden door collega's van de praktijk, werd via hen gevraagd of de patiënt ermee instemde om telefonisch of persoonlijk gecontacteerd te worden.

Daarnaast werd een affiche met uitleg over de studie opgehangen in de wachtzaal van de praktijk. Hierop werd onder meer vermeld dat de patiënt bij interesse dit mocht laten weten aan één van de artsen, zodat hij/zij gecontacteerd kon worden. Indien de patiënt niet telefonisch gecontacteerd wenste te worden, kon hij dit meedelen en werd hier rekening mee gehouden. Indien het contact wel telefonisch verliep, werd de informed consent (ICF) via e-mail verstuurd. We maakten daarnaast gebruik van een snowball effect om onze sample size te vergroten, wat betreft de artsenpopulatie. Dit betekent dat aan elke gecontacteerde persoon de gegevens werden gevraagd van andere personen die mogelijk geïncludeerd konden worden in het onderzoek. Huisartsen werden persoonlijk, telefonisch of via e-mail uitgenodigd. Ook naar hen werd de informed consent via e-mail verstuurd.

Eenmaal de deelnemer had ingestemd, werd er een moment ingepland waarop het interview afgenomen zou worden. Bij de start van het interview overliep de onderzoeker de ICF nogmaals samen met de deelnemer. Enkel wanneer de deelnemer instemde met het interview en het ICF ondertekend terugbezorgde aan de onderzoeker, ging het interview van start. In deze ICF werden 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, evenals de bewaartermijn en opslag van deze gegevens verduidelijkt. Ook werd in het ICF expliciet vermeld of er al dan niet audio- en/of video-opnamen zouden worden gemaakt tijdens het interview.

Zowel in de ICF als bij de start van het interview werd duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht was om deel te nemen. Er waren geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie bij het deelnemen, niet deelnemen of het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek. Hierdoor kon het interview op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data - inclusief eventuele audio- en/of videofragmenten - van niet afgeronde interviews werden niet opgenomen in de data-analyse en werden vernietigd.

Verwachte duur

De studie werd aangevat vanaf 1 oktober 2023 en liep t.e.m. 1 mei 2025. Het rekruteren van artsen en patiënten liep vanaf 1 november 2023 t.e.m. 31 oktober 2024 via de hierboven aangegeven kanalen.

Analyse

We begonnen eerst met een kwantitatief deelonderzoek. Hierbij voerden we in twee praktijken een audit uit in CareConnect. We keken naar het totale aandeel van patiënten die slaapmedicatie gebruikten. Nadien maakten we een verdere opdeling in drie groepen (benzodiazepines, z-drugs en off-label slaapmedicatie: trazodone, mirtazapine en quetiapine). We voerden ook een verdere stratificatie door op basis van leeftijd en geslacht. Voor onze observationele studie hielden we rekening met de aanbevelingen van de RECORD-richtlijnen.

Op basis van de resultaten van de patiënt- en artsinterviews werd een beschrijvend kwalitatief onderzoek verricht. Interviews werden persoonlijk afgenomen en nadien in groep besproken en geanalyseerd. De opnames werden eerst uitgetypt en vervolgens gelabeld, om verbanden en linken te vinden tussen verschillende segmenten van de tekst. De gegevens van de patiënten en artsen werden gepseudonimiseerd, enkel bij de onderzoekers was de identiteit bekend. Voor ons kwalitatief onderzoek hielden we rekening met de checklist van COREQ (‘Consolidated criteria for reporting qualitative research’). We verwerkten de interviews aan de hand van een thematische analyse.

De thematische analyse bestaat uit 6 stappen (19):

- Stap 1: Verkenning van de gegevens

In deze stap werd een goed overzicht gecreëerd van alle gegevens die we hadden verzameld, voordat we afzonderlijke items gingen analyseren. Dit werd gedaan door middel van het uitschrijven van de interviews.

- Stap 2: Coderen van de gegevens

Hier werd de tekst opgedeeld in relevante secties (meestal zinsdelen of zinnen) en werden deze samengevat in relevante codes. Iedere code beschreef het idee of gevoel dat in dat deel van de tekst werd uitgedrukt. Alle gegevens werden gegroepeerd op basis van de codes. Dit deel was belangrijk

om een duidelijk overzicht te krijgen van de belangrijkste punten en gemeenschappelijke betekenissen.

- Stap 3: Thematiseren

In deze stap werden patronen binnen de codes geïdentificeerd, waaruit thema's werden geformuleerd. Deze waren vaak breder dan de codes en vormden een groepering van meerdere codes. Desondanks kon een code op zichzelf ook een thema vormen.

- Stap 4: Reviseren en verfijnen

In deze stap werden de thema's vergeleken met de originele dataset om na te gaan of ze een bruikbare en nauwkeurige weergave van de data vormden. Thema's konden in deze stap nog worden opgesplitst, gecombineerd of verwijderd. Daarnaast konden er nog nieuwe thema's worden toegevoegd.

- Stap 5: Vaststellen en structureren

Binnen de definitieve lijst van thema's werd voor elk thema een naam en definitie geformuleerd.

- Stap 6: Presenteren van de thema's

Hierin werd aangegeven hoe vaak de thema's naar voren kwamen en wat ze betekenden. Voorbeelden werden toegevoegd om de bevindingen te ondersteunen, zodat een goede conclusie en antwoord op de onderzoeksvraag kon worden geformuleerd.

We probeerden het risico op bias te verminderen door de interviews transparant te maken en kritisch te kijken naar onze eigen percepties en analytische focus omtrent dit onderwerp. We streefden naar betrouwbaarheid door de interviews met een open houding aan te vatten en flexibel om te gaan met de hieronder vermelde interviewguide. We hadden tot doel om onze hypotheses te toetsen, en niet om deze te bevestigen.

We zorgden voor een dynamisch proces tussen het verzamelen van gegevens en het analyseren hiervan. De verkregen gegevens werden nadien op een systematische manier gecontroleerd.

Ethische commissie

Het protocol voor de studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ (Zie bijlage 7). Na het aanbieden van een informatieformulier vulden alle personen die deelnamen een toestemmingsformulier in.

Resultaten

Kwantitatief onderzoek

In de eerste fase van onze thesis voerden we een retrospectief onderzoek uit. We onderzochten het gebruik van slaapmedicatie binnen de huisartsenpraktijk waar we tewerkgesteld waren van 10/2022 tot en met 09/2023. De eerste praktijk was gelegen in West-Vlaanderen; de tweede praktijk lag in Vlaams-Brabant. In beide praktijken betrof het een gemengde populatie met zowel oudere als jongere patiënten. Aangezien deze verhouding niet gelijk verdeeld was, werd bij het retrospectief onderzoek rekening gehouden met het totaal aantal patiënten binnen elke specifieke leeftijdsgroep.

Enkel de patiënten die 18 jaar of ouder zijn werden besproken. De eerste praktijk ('praktijk 1') had 4221 GMD's. Hiervan gebruikten 824 patiënten slaapmedicatie. Dit betrof 20% van de totale patiëntenpopulatie. De tweede praktijk was een kleinere, duopraktijk en had 2343 GMD's. In deze praktijk gebruikten 378 patiënten slaapmedicatie, hetgeen overeenkwam met 16 % van de patiëntenpopulatie. Zie bijlage 4.1.

In praktijk 1 behoorden de benzodiazepines tot de belangrijkste categorie van slaapmedicatie. Er waren namelijk 661 patiënten die benzodiazepines gebruikten, hetgeen 15,7% van de totale patiëntenpopulatie bedroeg. Daarnaast waren er 176 patiënten die Z-drugs gebruikten, hetgeen overeenstemde met 4,2% van de populatie. Als alternatieve slaapmedicatie zagen we dat de categorie van antidepressiva een belangrijk aandeel innam, met 13,2% (558 patiënten) van de totale patiëntenpopulatie. Als overige off-label medicatie gebruikten 15 patiënten (0,4%) quetiapine en 182 patiënten (4,3%) pregabaline/gabapentine om te slapen. Zie bijlage 4.2.

In praktijk 2 daarentegen behoorden de meest gebruikte slaapmiddelen tot de groep van antidepressiva, met name 205 patiënten gebruikten dit als slaapmiddel, wat overeenkwam met 8,7% van de patiëntenpopulatie. Specifiek werd het middel trazodone in 100 mg frequent voorgeschreven. Op de tweede plaats stonden de benzodiazepines: 148 patiënten gebruikten dit (6,3% van de populatie). Vervolgens volgden respectievelijk de Z-drugs met 46 patiënten (2,0%), pregabaline/gabapentine met 27 patiënten (1,2%) en quetiapine met 14 patiënten (0,6%). Zie bijlage 4.2.

Bij de alternatieve medicatie-categorieën, excludeerden we in ons onderzoek de on-label indicatie voor de betreffende groep met behulp van onze zoekstrategie. Voor quetiapine betrof dit zware psychiatrische stoornissen waaronder bipolaire stoornis, schizofrenie en psychose. Voor pregabaline/gabapentine werd de on-label indicatie 'epilepsie' geëxcludeerd. Bij de antidepressiva, werden patiënten geëxcludeerd die dit middel voor een depressie gebruikten.

Vervolgens onderzochten we het gebruik van slaapmedicatie per geslacht. Hierbij ondervonden we dat in praktijk1 24,2% van de vrouwen slaapmedicatie gebruikte en 14,1% van de mannen dit innam. In praktijk 2 zagen we dat slaapmiddelen door 20,8% van de vrouwen gebruikt werden, waar dit voor de mannen 10.4% bedroeg. Er was dus in beide praktijken een gelijkaardige verdeling tussen mannen en vrouwen, waarbij er quasi dubbel zoveel vrouwen als mannen slaapmedicatie namen. Zie bijlage 4.3.

Ten slotte deelden we onze patiëntenpopulatie ook in per leeftijdscategorie. In beide praktijken was er een stijgende trend in gebruik naarmate de leeftijd steeg. Zo gebruikte in praktijk 1 50,8% van alle 90-plussers slaapmedicatie, van alle 60-70 jarigen 20,8% terwijl dit in de groep van de 18-30 jarigen slechts 5,8% was.

In praktijk 2 ging dit over 37,3 % van de 90-plussers, 26% van de 60-70 jarigen en 4 % van de 18-30 jarigen. Dit fenomeen zagen we ook terug wanneer we de twee groepen splitsten in de min-65-jarigen en de 65-plussers. Zo gebruikte in praktijk 1 15,4% van de min-65-jarigen slaapmedicatie en zagen we een verdubbeling bij de 65-plussers, waarbij 30,4% van de patiënten slaapmedicatie gebruikte. In praktijk 2 gebruikte 12,3% van de min-65-jarigen slaapmedicatie. In de groep van 65-plussers was dit 28,6%, hetgeen dus meer dan een verdubbeling was. Deze grens werd bewust gekozen door het feit dat uit onderzoek blijkt dat 65-plussers gevoeliger zijn aan de neveneffecten van slaapmedicatie en polyfarmacie, zoals beschreven in onze literatuurstudie. Zie bijlage 4.4.

We vergeleken niet alleen de twee praktijken waar we werkzaam waren onderling, maar vergeleken deze ook met het Vlaams gemiddelde door middel van de Intego databank. Er konden geen gegevens verzameld worden van de Intego databank over de mensen die pregabaline namen. Dit door onduidelijke redenen. Echter zorgde dit voor weinig bias aangezien dit percentage slechts minimaal was en voor beide praktijken ongeveer gelijklopend was.

We bemerkten over het algemeen dat er een duidelijk verschil was in het gebruik van slaapmedicatie bij de huisartsenpraktijken waar wij stage liepen in vergelijking met het Vlaams gemiddelde. Zo zagen we dat er in praktijk 1 en 2 respectievelijk 20% en 16% slaapmedicatie nam, terwijl dit 36% bedroeg binnen het Vlaams gemiddelde. Hierbij werd pregabaline/gabapentine niet meegerekend in tegenstelling tot de data in praktijk 1 en 2. Zie bijlage 5.1.

Vervolgens vergeleken we het gebruik van de verschillende klassen slaapmedicatie binnen de twee praktijken en het Vlaams gemiddelde in de Intego databank. We bemerkten dat bij alle drie quetiapine het minst werd gebruikt. Z-drugs werden iets meer gebruikt, namelijk bij 4,9% van de patiënten volgens de Intego databank. De twee grootste groepen slaapmedicatie bestonden uit de antidepressiva en benzodiazepines. Echter was er een verschil tussen de twee praktijken en de Intego databank. In praktijk 1 werd het meest gebruik gemaakt van een benzodiazepine, terwijl in praktijk 2 en volgens het Vlaams gemiddelde een antidepressivum meer gekozen werd boven een benzodiazepine. Zo gebruikten in praktijk 1 15,7% benzodiazepines in vergelijking met 6,3% in praktijk 2 en 12,4% in de Intego databank. Daartegenover gebruikten in praktijk 1 13,2% antidepressiva als slaapmedicatie in vergelijking met 8,7% in praktijk 2 en 17,4% in de Intego databank. Zie bijlage 5.2.

Verder bekeken we het gebruik van slaapmedicatie in de verschillende leeftijdscategorieën. We zagen een duidelijke stijging van het gebruik van slaapmedicatie in alle drie patiëntenpopulaties. Deze stijging was over het algemeen ook evenredig tussen praktijk 1 / 2 en de Intego databank. Zie bijlage 5.3.

Daarnaast werd nog gekeken naar de verschillende klassen slaapmedicatie die werden voorgeschreven per leeftijdscategorie, binnen de populatie van de Intego databank. Hier viel duidelijk op dat onder de leeftijd van 70 jaar voornamelijk een antidepressivum werd gekozen als

slaapmedicatie, terwijl dat er bij mensen ouder dan 70 jaar voornamelijk werd gekozen voor een benzodiazepine. Het gebruik van quetiapine was gelijkaardig tussen de verschillende leeftijdscategorieën. Het gebruik van z-drugs nam toe tot de leeftijd van 80 jaar; nadien zagen we een relatieve afname in gebruik. Zie bijlage 5.4.

Ten slotte zagen we dat het gebruik bij mannen en vrouwen evenredig was bij zowel praktijk 1 en 2, als de Intego databank. Er was bij alle drie een groter gebruik bij vrouwen dan bij mannen met respectievelijk 24% en 14% in praktijk 1, 21% en 10% in praktijk 2 en tot slot 43% en 27% in de Intego database. Zie bijlage 5.5.

Tabel 3: Vergelijking van het gebruik van slaapmedicatie tussen verschillende praktijken en de gemiddelde Vlaamse populatie

	PRAKTIJK 1		PRAKTIJK 2		INTEGO databank	
	Percentage	Absolute aantallen	Percentage	Absolute aantallen	Percentage	Absolute aantallen
Gebruik slaapmedicatie						
Totaal	20%	824 / 4221	16%	378 / 2343	36.1%	87351 / 241996
Gebruik per categorie slaapmedicatie						
Benzodiazepines	15.7%	661 / 4221	6.3%	148 / 2343	12.4%	29950 / 241996
Z-drugs	4.2%	176 / 4221	2.0%	46 / 2343	4.9%	11916 / 241996
Antidepressiva	13.2%	558 / 4221	8.7%	205 / 2343	17.4%	42097 / 241996
Quetiapine	0.4%	15 / 4221	0.6%	14 / 2343	1.4%	3388 / 241996
Pregabaline/ gabapentine	4.3%	182 / 4221	1.2%	27 / 2343	ontbrekend	ontbrekend
Gebruik van slaapmedicatie per geslacht						
Vrouwen	24.2%	547 / 2262	20.8%	268 / 1289	43.4%	56858 / 131004
Mannen	14.1%	277 / 1964	10.4%	110 / 1054	27.5%	30493 / 110992
Gebruik van slaapmedicatie per leeftijdscategorie						

>= 18 en <30	5.8%	40 / 694	4.0%	17 / 422	12.8%	5968 / 46649
>= 30 en < 40	13.4%	101 / 755	10.5%	38 / 363	22.5%	9200 / 40910
>= 40 en < 50	18.8%	118 / 629	11.5%	47 / 357	34.5%	12228 / 35483
>= 50 en < 60	22.6%	150 / 664	15.7%	68 / 434	43.4%	15914 / 36684
>= 60 en < 70	20.8%	140 / 674	26.0%	94 / 362	48.0%	16791 / 34946
>= 70 en < 80	27.6%	136 / 493	25.2%	53 / 210	55.8%	15412 / 27607
>= 80 en < 90	42.2%	106 / 251	33.8%	48 / 142	62.0%	9738 / 15694
>= 90	50.8%	32 / 63	37.3%	19 / 51	52.2%	2100 / 4023
Gebruik van slaapmedicatie bij plus- en min-65-jarigen						
< 65 jarigen	15.4%	478 / 3098	12.3%	220 / 1791	ontbrekend	ontbrekend
>65 jarigen	30.4%	346 / 1139	28.6%	158 / 552	ontbrekend	ontbrekend

Kwalitatief onderzoek

Dataset

We interviewden 10 artsen en 10 patiënten. Hieronder geven we een opsomming van de kenmerken van de patiënten, telkens voorafgegaan door een referentiecode. Deze code zullen we telkens bij de quote plaatsen die door deze persoon werd gegeven.

Tabel 4: Kenmerken van de artsen en patiënten in de dataset

Code	*Arts/patiënt*	*Geslacht*	*Leeftijd*	*Woonplaats*
A1	Arts	Vrouw	61 jaar	Vlaams-Brabant
A2	Arts	Vrouw	31 jaar	Vlaams-Brabant
A3	Arts	Vrouw	27 jaar	Vlaams-Brabant
A4	Arts	Vrouw	39 jaar	Vlaams-Brabant
A5	Arts	Man	38 jaar	Vlaams-Brabant
A6	Arts	Vrouw	36 jaar	West-Vlaanderen
A7	Arts	Vrouw	29 jaar	West-Vlaanderen
A8	Arts	Vrouw	29 jaar	West-Vlaanderen
A9	Arts	Man	33 jaar	West-Vlaanderen
A10	Arts	Man	55 jaar	West-Vlaanderen
P1	Patiënt	Man	55 jaar	Vlaams-Brabant
P2	Patiënt	Vrouw	65 jaar	Vlaams-Brabant
P3	Patiënt	Man	52 jaar	Vlaams-Brabant
P4	Patiënt	Vrouw	56 jaar	Vlaams-Brabant
P5	Patiënt	Vrouw	84 jaar	Vlaams-Brabant
P6	Patiënt	Man	56 jaar	Vlaams-Brabant
P7	Patiënt	Vrouw	63 jaar	West-Vlaanderen
P8	Patiënt	Man	40 jaar	West-Vlaanderen
P9	Patiënt	Man	56 jaar	West-Vlaanderen
P10	Patiënt	Man	34 jaar	West-Vlaanderen

Concordantie/discordantietabel

Tabel 5: Concordantie/discordantie

ARTS	CONCORDANTIE (=) DISCORDANTIE (≠)	PATIËNT
Oorzaak en impact		
Fouten in slaaphygiëne	≠	Slaapproblemen ondanks toepassen slaaphygiëne
Onvoldoende kennis slaapstructuur	=	Geen kennis over goede slaapstructuur en -kwaliteit
Hardnekkige vicieuze cirkel	=	Piekergedrag als onderhoudende factor: slecht slapen en hierdoor angst voor slecht slapen
Grote impact op QoL	=	Angst en depressiviteit als gevolg
Behandeling		
Idee		
Oorzakelijke aanpak	≠	Symptomatische aanpak
Adviezen slaaphygiëne als basis	≠	Slaapadviezen reeds gekend en toegepast
Educatie omtrent slaap	=	Onvoldoende know how bij slaapproblemen
Fytotherapie als 1e keuze	≠	Twijfel over effectiviteit fytotherapie
Nut van multidisciplinaire aanpak (slaapcoach/psycholoog, slaaplabo)	=	Arts stuurt door naar gespecialiseerde hulp
Belang van cognitieve gedragstherapie	=	Hulp van psycholoog
Slaapmedicatie als tijdelijke ondersteuning	≠	Slaapmedicatie als wonderpil
Slaapmedicatie beperken in dosis en frequentie	≠	Niet slapen nefaster dan (langdurig) slaapmedicatie
Belang van navragen ICE patiënt	=	Wens van informed consent
Bezorgdheid		
Angst om slaapmedicatie te moeten voorschrijven	=	Angst om geen medicatie te krijgen
Angst voor schaden: nevenwerkingen en afhankelijkheid	≠	Geen angst/kennis van nevenwerkingen

Patiënt ervaart slaapmedicatie als enige en blijvende oplossing	≠	Moeilijkheden bij zoektocht naar alternatieve therapieën
Verwachting		
Fytotherapie als placebomiddel	=	Weinig geloof in fytotherapie.
Slaapmedicatie werkt snel, goed, kortdurend	≠	Slaapmedicatie is een blijvende wonderpil
Arts en patiënt volgen samen gebruik slaapmedicatie op	=	Patiënt neemt initiatief, arts volgt mee op
Patiënt geeft aan wanneer hij/zij afbouw van slaapmedicatie wil	≠	Wens naar herevaluatie afbouw slaapmedicatie bij herhaalvoorschrift
Afbouw		
Probleem		
<u>Patiënt afhankelijke factoren</u> Weerstand bij patiënt Angst voor slecht slapen Doorbreken van gewoonte Gebrek aan motivatie	 = = ≠	<u>Patiënt afhankelijke factoren</u> Angst voor slecht slapen Doorgedreven gewoonte Slechte timing
<u>Arts afhankelijke factoren</u> Angst voor arts-patiënt relatie Tijdsgebrek	 ≠ ≠	<u>Arts afhankelijke factoren</u> Afbouw slaapmedicatie niet gemeld Arts stelt geen afbouw voor
Aanpak		
Persoonsgerichte afbouwschema's	=	Afbouwschema op eigen tempo
Samenwerkingscontract tussen huisarts – apotheek, met max. 2 pauzestappen	≠	Nood aan rescue plan bij falen/op moeilijke momenten

De resultaten van het kwalitatief onderzoek vatten we samen aan de hand van een codeboom in bijlage 6. Hierbij vormden we verschillende codes uit de lopende tekst dewelke werden samengevat in enkele grote thema's. Deze thema's zijn oorzaak en impact van slaapproblematiek, behandeling van slaapproblematiek en afbouw van slaapmedicatie. Binnen ieder thema heb je een subthema patiënt in het lichtblauw en een subthema arts in het oranje. De verschillende thema's en bijhorende codes worden hieronder besproken.

Oorzaak en impact van insomnia

Meerdere oorzakelijke factoren, piekergedrag als onderhoudende factor

Er lagen verschillende oorzaken aan de basis van een slaapstoornis. Voor een deel van de patiënten was dit een ingrijpende gebeurtenis in hun leven, bijvoorbeeld na het overlijden van een naaste, een relatiebreuk of het ziek worden van een familielid. Bij anderen ging het over een opstapeling van stress op meerdere vlakken, zowel professioneel als persoonlijk. Ten slotte was er ook een groep patiënten die de oorzaak van hun slaapprobleem niet kende.

Een patiënt citeerde het volgende: *'Ik kan niet zeggen dat het een angst is om niet te kunnen slapen. Ik weet niet wat er gebeurt.' (P10)*

Een andere getuigenis: *'Hetgene wat ik had, was echt een slaapprobleem. Ik ben een piekeraar. 70% van de oorzaak zou ik toewijzen aan het werk, waarbij er dan in de nacht van alles verwerkt wordt.' (P6)*

De artsen ondervonden dat er bij patiënten verschillende uitlokkende factoren bestonden, afhankelijk van de leeftijd. Zo zagen zij dat bij jongere personen een slechte slaaphygiëne de slaapstructuur verstoorde. Bij personen van middelbare leeftijd ging het vaker om problemen op het werk of familiale moeilijkheden. Bij ouderen bleek het dan weer moeilijker om de oorzaak van het slaapprobleem te achterhalen, en was het vaak een kwestie van onbekendheid met wat een normaal slaappatroon bij ouderen inhield. Piekergedrag bleek een belangrijke onderhoudende factor te zijn. Door het piekeren kwamen patiënten terecht in een vicieuze cirkel, waardoor de slaap nog verder bemoeilijkt werd.

Een arts zei hierover het volgende: *'Merk je dat je gaat gaan slapen en al met het idee zit dat je vannacht weer niet gaat kunnen slapen?. Ik leg hen dan ook uit dat het net dat idee is dat hen wakker houdt.' (A6)*

Artsen en patiënten waren het erover eens dat slaapproblemen een grote impact hebben op de kwaliteit van leven. Deze stoornis kan leiden tot fysieke en mentale klachten, zoals depressiviteit en angst voor slaap.

Een patiënt getuigde: *'Niet kunnen slapen is echt lastig. Je zou alles proberen om maar te kunnen slapen.' (P10)*

Ideeën omtrent behandeling

Wat is een goede slaap?

Artsen en patiënten gaven beiden aan dat zij onvoldoende kennis hadden over wat een normale slaap inhoudt en hoe deze is opgebouwd. Artsen peilden doorgaans naar het aantal uren dat een patiënt per nacht sliep en tussen welke uren. Er werd aangegeven dat het normaal is om af en toe een slechte nacht te hebben. Er werd opgemerkt dat patiënten die chronisch slaapmedicatie gebruiken vaak niet meer weten wat een goede slaapstructuur en -kwaliteit is. De geïnterviewde

artsen vroegen daarom om meer educatie hierover, zodat zij de patiënt beter konden informeren. Soms werd er een infobrochure meegegeven door de arts met informatie over slaap en slaapadviezen.

Een van de artsen zei hierover het volgende:

'Ouderen hebben minder slaap nodig, dus het is niet abnormaal dat als ze om 20u in bed kruipen ze om 4u wakker worden. Sommigen zien dit als problematiek terwijl dit eigenlijk normaal is.' (A7)

'Het is ook belangrijk om ouderen daar op te wijzen dat het normaal is dat je minder goed, minder vast en minder regelmatig slaapt naarmate je ouder wordt. Dat is nu eenmaal het leven.' (A10)

<u>Slaaphygiëne is onvoldoende</u>

Alle geïnterviewde artsen gaven aan dat zij als eerste inzetten op slaaphygiëne in de behandeling. Hierbij werd ingezet op schermgebruik (tv, gsm), eet-en drinkgewoontes (alcohol, caffeïne) en fysieke activiteit. Het toepassen van slaaphygiëne vroeg om veel medewerking van de patiënt. Artsen ervaarden slaaphygiëne als één van de belangrijkste hoekstenen van de behandeling, dewelke ook op lange termijn een duurzame oplossing was.

Eén van de artsen benoemde: '*Het allerbelangrijkste zijn de slaaphygiëne tips. Ik verwijs hier vaak voor naar thuisarts.nl.' (A2)*

Een andere arts zei: *'Je moet de patiënt daarvoor wel voldoende gemotiveerd krijgen. Ik gebruik meestal een termijn van 6 weken waarin ze zelf aan de slag moeten met tips.' (A4)*

Patiënten wisten dat slaaphygiëne belangrijk was. Zij hadden vaak al allerlei slaaptips toegepast alvorens een arts te raadplegen. Voor hen was het toepassen van slaaphygiëne alleen onvoldoende.

Een patiënt citeerde: *'Ik had verschillende zaken opgezocht op internet: ademhalingstechnieken, gsm's aan de kant laten, ik werd zelfs eens onder hypnose gebracht omdat die man zei ik ga je kunnen helpen, maar allemaal tevergeefs.' (P10)*

Iemand anders zei: *'Ik heb ook wel wat apps gebruikt zoals Deep sleep. Zo leerde ik om wat rustiger te worden, maar viel hier niet van in slaap.' (P3)*

Een andere patiënt merkte wel een gunstig effect hiervan: *'Overdag probeer ik genoeg buiten te komen, zonlicht te zien en fysiek bezig te zijn. Dus voldoende activiteit overdag helpt enorm.' (P1)*

<u>Wat is de ICE?</u>

Artsen gaven aan dat het belangrijk is te peilen naar de ICE van de patiënt. Hierbij was het belangrijk dit concreet te benoemen. De verwachtingen waren vaak uiteenlopend. Sommige mensen vroegen om wat rust, sommige wouden de verschillende behandelingsmogelijkheden overlopen en andere wouden per se slaapmedicatie. Echter benoemden veel artsen dat ze het vermoeden hadden dat

patiënten een snelle oplossing verwachtten van de arts zelf, bijvoorbeeld onder de vorm van een pilletje. Ze vonden dat er slechts een klein aantal was die op een andere manier geholpen wou worden.

Artsen ervaarden het volgende:
'Patiënten verwachten heel vaak een pilletje, ze hebben vaak al slaaphygiëne toegepast of vinden het moeilijk om vol te houden. Ze verwachten ook dat wij dit oplossen.' (A7)

'Ik heb de indruk dat jongere mensen beter op de hoogte zijn van de nadelige gevolgen van slaapmedicatie. Ze zijn over het algemeen minder pro medicatie.' (A2)

'De patiënt verwacht vooral dat er geluisterd wordt naar het probleem en hoe dit probleem door de patiënt ervaren wordt.' (A3)

'Door het feit dat we slaapmedicatie niet snel willen voorschrijven, zou de patiënt kunnen denken dat we het slaapprobleem niet serieus nemen of dat we denken dat het probleem niet zo erg is. Ik denk als patiënten dit gevoel hebben, het vooral ligt aan een andere verwachting van de patiënt tegenover die van ons.' (A4)

'Je moet eerst vragen wat ze als oorzaak zien en vervolgens wat ze verwachten.' (A8)

Patiënten benoemden vaak dat er hen niet werd gevraagd wat zij specifiek verwachtten als behandeling ondanks zij wel benoemden dat ze zelf ook beslissingsrecht wouden in het bepalen van het behandelplan. Enkele patiënten benoemden wel degelijk voornamelijk slaapmedicatie te willen, terwijl andere eerder wouden horen wat de mogelijkheden waren. Ze waren het er allemaal wel over eens dat het belangrijk was dat zij voldoende werden geïnformeerd over de voor- en nadelen van elke behandeling.

Een patiënt citeerde omtrent zijn slaapmedicatie: *'Ik had hier niet om gevraagd, dit was niet in onderlinge beslissing, dit was gewoon voorgeschreven. Hij zei: dit moet je nemen, dus heb ik dit gedaan.' (P7)*

Een andere patiënt zei: *'Ik verwacht heel veel informatie van de arts waar ik naartoe ga met daarbij ook de nevenwerkingen.' (P8)*

Ondanks dat beide partijen vaak benoemden dat ze een gezamenlijke beslissing wensten te maken, bleek dat velen toch onvoldoende de ICE van de ander kenden.

<u>De oorzaak van het slaapprobleem aanpakken, is vaak niet de oplossing</u>

Bepaalde artsen wouden inzetten op een oorzakelijke aanpak. Zij waren van mening dat wanneer de oorzaak opgelost werd, de slaapstoornis ook verholpen kon worden. Anderen benoemden echter dat wanneer de slaap beter was, hun andere problemen ook opgelost geraakten. Anderzijds werd door bijna alle geïnterviewde artsen benoemd dat bij patiënten die chronisch slaapmedicatie gebruikten, het vaak ging om een gewoonte doorbreken.

Een arts citeerde: *'Als een patiënt komt, polsen we eerst naar de oorzaak. Als het makkelijk op te lossen is, dan zullen we eerst dit proberen. Als het iets is waarbij er geen trigger is, maar waarbij er echt een inslaapprobleem is, dan zal de stap naar medicatie sneller gezet worden.' (A7)*

Een andere arts zei: *'Ze vinden het belangrijker om van hun probleem verlost te zijn, dan echt na te denken over de oorzaak. Nochtans kunnen we door de oorzaak aan te pakken, vaak veel meer en veel langer effect bereiken.' (A1)*

Patiënten gaven aan dat er verstorende factoren aanwezig waren, die soms chronisch konden blijven bestaan. Volgens een deel van hen had het dan ook geen zin om de oorzakelijke factor aan te pakken, gezien er moeilijk verandering in te brengen viel.

Zo citeerde een patiënt: *'Ik kan tot op de dag van vandaag nog niet uitleggen waarom het is dat ik niet kan slapen.' (P9)*

'De huisarts kent de omstandigheden. Het heeft geen zin om erover te discussiëren.' (P3)

Een andere patiënt zei: *'Het medicatiegebruik is gestart na een zware rugoperatie, door de pijn slaap ik niet altijd goed 's nachts. Ik neem ze niet dagelijks in, enkel als ik een paar nachten niet goed geslapen heb hierdoor.' (P7)*

Ten slotte citeerde een laatste patiënt*: 'Ik had geen idee wat een oplossing zou zijn voor mijn slaapprobleem en nu nog altijd niet.' (P9)*

<u>Natuurlijke middelen, puur placebo?</u>

Artsen stelden vaak natuurlijke middelen voor als patiënten vroegen om een slaapmiddel. De geïnterviewde artsen ervaarden bij een groep patiënten hier goede resultaten mee, waarbij men zei dat het placebo-effect niet onderschat mocht worden. Het inzetten van natuurlijke middelen bleek positief, omdat zo de stap naar echte slaapmedicatie uitgesteld kon worden. Belangrijk bij de opstart van een natuurlijk middel, was om het idee en de verwachting van de patiënt over dit middel afgetoetst te hebben.

'Ik schrijf meestal iets plantaardigs voor. Zeker iemand die niet gewend is om medicatie te nemen, dan heeft dat een goed effect en ik doe ze ook geloven dat het werkt zodat het placebo-effect er ook is. Ik zeg ook dat ze het lang genoeg moeten nemen en dat het niet verslavend werkt.' (A7)

'Ik geloof wel dat valeriaan helpt. Het is een stuk placebo, maar het is wel een stuk makkelijker. Voor zover ik weet heeft het geen nadelige effecten op de gezondheid.' (A8)

Bij patiënten heerste twijfel over de effectiviteit van fytotherapie. Er zijn patiënten die dit een kans wouden geven, maar ook patiënten die er niet in geloofden en aldus geen natuurlijk middel wensten.

Uit de interviews met patiënten:

'Ik ben begonnen met echte slaapmedicatie, en dat werkt niet altijd even goed. Ik denk dat plantaardige middelen dan zeker niet sterk genoeg zijn voor mij.' (P2)

'Ik vind dat natuurlijke producten wel goed helpen. Vijftien jaar geleden gebruikte ik dit als enige middel. Na een tijdje was dit onvoldoende, en daarom is mijn huisarts toen zolpidem opgestart.' (P5)

'Zo'n producten die niet op voorschrift gegeven worden, daar geloof ik niet in dat dit een effect heeft op mij.' (P8)

Cognitieve gedragstherapie, wat is dat?

Cognitieve gedragstherapie werd naar voor gebracht door veel artsen als mogelijke stap in de behandeling van het slaapprobleem. Dit gaf wisselende resultaten. Echter werd wel benoemd dat zij vermoedden dat niet iedereen hiervoor open stond. Zo vermeldde één arts dat hij dit ook enkel voorstelde aan patiënten binnen een bepaalde klasse. Naast de samenwerking met de klassieke psycholoog, werd er ook vaak doorverwezen naar slaaplabo's of slaapcentra. Het doorverwijzen naar een slaappsycholoog/coach, bleek een relatief nieuwe trend en artsen vermeldden dat zij hier nog niet zoveel ervaring mee hadden.

'Moest iedereen therapie willen volgen, zou dat perfect zijn natuurlijk, maar niemand gelooft er in. Daarnaast merk je dat het meer voor de slimmere mensen is.' (A9)

'Je kan ze sturen naar een slaapcoach, maar ik heb het nog nooit gedaan omdat ik er niet mee vertrouwd ben. Misschien moeten we dat nu eens meer doen.' (A10)

'Bij de begeleiding in AZ Sint-Jan heb ik al goede resultaten gezien.' (A6)

'Ik heb al een aantal mensen naar een slaappsycholoog gestuurd via de slaapkliniek. Ik heb gemerkt dat dit een zeer effectieve manier is.' (A4)

Daar tegenover was er geen enkele patiënt die cognitieve gedragstherapie als mogelijke oplossing vermeldde. De patiënten waren niet op de hoogte wat dit inhield. Patiënten benoemden echter wel dat het vinden van innerlijke rust of het aanpakken van piekergedrag een oplossing kon bieden.

'De innerlijke rust creëren zou een oplossing betekenen voor het slaapprobleem.'(P9)

Meer dan enkel de benzodiazepines

De geïnterviewde artsen gebruikten vaak alternatieve slaapmiddelen, naast de klassieke benzodiazepines. Jongere artsen gebruikten als eerste keuze trazodone. Dit deden ze omdat dit minder verslavend is en het frequent wordt gebruikt door psychiaters. Echter uitten enkele artsen hier ook hun twijfels over. Zij benoemden dat het toch verslavend is, omdat het ook weer moeilijk is om te stoppen, ondanks er geen hogere dosissen nodig zijn.

Een arts zei: '*Als er noodzaak is aan slaapmedicatie, maar ik op voorhand denk dat de slaapmedicatie langer dan twee weken nodig zal zijn, werk ik liever met trazodone.' (A1)*

Een patiënt met trazodone gebruik getuigde: *'In het ziekenhuis hebben ze gewoon gezegd dat dit middel beter zou zijn dan mijn vorige slaapmiddel en het minder risico op vallen zou geven.' (P5)*

Indien er een onderliggende pathologie aanwezig was, werd de keuze van slaapmedicatie soms beïnvloed. Zo kozen artsen bij depressieve klachten eerder voor mirtazapine of quetiapine. Sommige artsen vermeldden het gebruik van een oud anti-histaminicum, zeker bij een allergische constitutie. Dit kozen zij ook omdat dit minder gevaarlijk is volgens hen.

Ondanks de grote weerstand bij artsen schreven zij toch in uitzonderlijke situaties benzodiazepines voor. Dit enkel in kleine hoeveelheden en in acute situaties.

'Als arts zit je soms vast, dat je die patiënt niet kan motiveren voor een psycholoog of dat slaaphygiëne niet helpt. Dan zouden we toch naar een alternatief grijpen voor een benzodiazepine zoals een trazodone.'(A8)

Bezorgdheden omtrent behandeling

Baat of schaadt het?

Artsen zeiden angst te ervaren bij het voorschrijven van slaapmedicatie. Enerzijds benadrukten ze dat ze een angst hadden voor de geassocieerde nevenwerkingen en de afhankelijkheid van de patiënt aan slaapmedicatie. Anderzijds hadden de geïnterviewde artsen ook een bezorgdheid over de arts-patiënt relatie bij het weigeren van een voorschrift. Er werd aldus een tweestrijd ervaren tussen de patiënt willen helpen en weten wat goed is voor de patiënt.

Een arts zei hierover het volgende*: 'Het willen helpen is ook iets wat mij soms duwt naar iets voorschrijven als een patiënt alle adviezen heeft gevolgd en plantaardige dingen heeft geprobeerd.' (A7)*

'Als je zou weigeren om het voor te schrijven, induceer je ontevredenheid en een breuk in je arts-patiënt relatie. Zo ga je patiënten dwingen om naar een andere huisarts te gaan en verleg je gewoon het probleem.' (A5)

Ook kwam er een schuldgevoel naar boven bij het voorschrijven van slaapmedicatie, omdat dit niet strookt met de wetenschappelijke visie dat slaapmedicatie slecht is.

'Eenmaal patiënten goede ervaring hebben met het gebruik van slaapmedicatie, is er wel een verlaagde drempel om in de toekomst naar slaapmedicatie te vragen. Het is dus altijd wat dubbel.' (A5)

Patiënten waren bezorgd dat zij geen medicamenteuze therapie van hun arts zouden krijgen als zij hier nood aan hadden. Sommigen voelden aldus onvoldoende begrip van de arts, omdat zij dachten dat de arts hun slaapprobleem niet als voldoende ernstig beschouwde. Wanneer zij echter in de interviews geconfronteerd werden met de nevenwerkingen van de medicatie die zij reeds jaren innamen, waren velen geschokt aangezien zij hier geen weet van hadden. Daarnaast vermeldden

patiënten ook dat wanneer zij weet hadden gehad van de nevenwerkingen op voorhand, zij het hoogst waarschijnlijk nooit zo lang hadden genomen.

Een patiënt getuigde hierover: '*In 1988 zeiden ze dat dit helemaal niet zo verslavend was. De arts kwam zelf met dit initiatief. Er werd op dat moment helemaal niet veel gezegd over bijwerkingen, dat was precies nog niet gekend.' (P1)*

En andere patiënt zei: *'Ik was hier enorm van verschoten. Je moet de nevenwerkingen vermelden bij voorschrijven! Je moet zeggen dat het schadelijk is voor de gezondheid. Misschien ging ik dan al eerder gezegd hebben dat ik er mee moet stoppen.' (P10)*

'Je hoort wel nog van mensen die verslaafd zijn, maar je bent je er niet van bewust dat dat ook bij jou het geval is. Je denkt oh ik neem maar een pilletje, maar zie daar het probleem niet van in.' (P10)

Verwachtingen van behandeling

<u>Slaapmedicatie, verslavend en zorgend voor gewenning?</u>

De geïnterviewde artsen vermeldden dat slaapmedicatie in bepaalde contexten nuttig kan zijn, maar dat het moet beperkt worden in dosis en frequentie. Slaapmedicatie zal snel en goed werken. Het gebruik ervan moet echter in de tijd beperkt worden, gezien de nevenwerkingen en de gewenning die optreedt bij het chronisch gebruik van slaapmedicatie.

Een arts citeerde: *'Ik voel me er niet goed bij, omdat ik het jammer vind voor alle nadelige effecten die ik geef aan de patiënt.' (A8)*

Een andere arts vertelde: *'Ik vind het ook belangrijk om slaapmedicatie pas voor te schrijven aan patiënten van wie ik de indruk heb dat ze er verstandig mee zouden kunnen omgaan en van wie ik weet dat ze niet verslavingsgevoelig zijn.' (A3)*

Artsen ervaarden gemengde reacties bij patiënten. Een groep realiseerde zich het grote nadeel ervan en gebruikte deze dan ook liever niet. Er was natuurlijk een andere groep die de neveneffecten hiervan minimaliseerde. Dit waren voornamelijk de patiënten die hier reeds lange tijd opstonden en de nadelen gewoon niet ondervonden. Er was ook nog een kleine groep patiënten die geen andere opties zag en daarom ook dit als enige oplossing benoemde, ondanks de nadelen ervan.

Een patiënt uitte zijn bezorgdheid als volgt: *'Ik heb gehoord dat slaapmedicatie geheugenproblemen kan geven, zoals dementie. Daarom probeer ik het dus ook tot het minimale te beperken.' (P1)*

Uit een ander interview kwam naar voor: *'Ik ben van mening dat niet slapen nog nefaster voor het brein is dan een slaappil.' (P3)*

Niet alle patiënten hadden een vraag naar slaapmedicatie. De patiënten die slaapmedicatie wensten, verwachtten een snel en goed effect hiervan. Bij sommigen van hen heerste het idee dat slaapmedicatie een wonderpil is. Een andere groep die liever geen medicatie wenste, kende reeds

het risico op gewenning en was hier dan ook angstig voor. Zij zagen het dan ook niet als oplossing om de rest van hun leven een pilletje te moeten nemen hiervoor.

Een patiënt citeerde omtrent de verwachting van zijn arts: '*Dat ze niet direct een pilletje voorschrijven, maar meerdere opties voorstellen zoals bijvoorbeeld een slaapcoach. Zo kan ik zelf kijken waar ik voor open sta en wat voor mij een hulp zou kunnen zijn.' (P9)*

Patiënten die reeds lange tijd op slaapmedicatie stonden, gaven ook aan dat zij niet meer konden slapen zonder deze medicatie. Desondanks waren er enkele patiënten die dit niet als een verslaving bestempelden. Patiënten waren doorgaans niet akkoord dat slaapmedicatie gewenning geeft; voor hen werkte de slaapmedicatie doorgaans nog even goed als in het begin.

Zo citeerde een patiënt: *'Ik dacht eerst dat het een wonderpil was waardoor ik beter ging slapen en kon recupereren. Nu zie ik echter dat het niet steeds werkt. Het is gewoon een lapmiddel.'(P9)*

Uitspraken van andere patiënten:

'Ondanks het feit dat het verslavend is, zou ik niet stoppen omdat het mij niet is overkomen. En al zou het mij overkomen zijn, zou ik er nog niet van af gestapt zijn. (P8)

'Ik heb het gevoel dat het nog steeds werkt. Het is gewoon heel afhankelijk van dag tot dag, maar dat was in het begin ook.' (P2)

<u>Opvolging van slaapmedicatie gebruik in de praktijk</u>

Artsen gaven aan dat zij een klein doosje slaapmedicatie voorschrijven bij de start. De meeste artsen planden geen vervolgafspraak in, en gingen ervan uit dat de patiënt zelf om een nieuwe afspraak zou vragen indien dit onvoldoende bleek. De meeste patiënten gaven ook aan dat zij zichzelf verantwoordelijk achten voor het opvolgen van hun slaapprobleem.

Een arts zei: *'Ik laat ze zelf contact opnemen als het niet lukt bij alle andere adviezen, enkel bij een benzodiazepine laat ik ze terugkomen.' (A7)*

Een andere arts citeerde: '*Ik laat ze te weinig terugkomen. Ik geef altijd de opening als er iets is. Maar bijvoorbeeld een student ga ik niet laten terugkomen, iemand met een chronisch probleem daarentegen wel.' (A8)*

Er voegde nog iemand toe: '*Ik plan een controle eigenlijk niet in, omdat ik schrik heb dat het onvoldoende beter zal zijn en ik niet ga weten wat te doen als volgende stap. Ik ga er ook van uit dat de patiënt het niet verwacht, wat verkeerd is want eigenlijk moet je het bevragen.' (A8)*

Op de vraag van misbruik antwoordde een arts: *'Als er gemerkt wordt dat er een misbruik is van slaapmedicatie, wordt dit heel duidelijk in het dossier gezet. Er wordt een zorgelement aangemaakt, met 'abusus' en ook in het contact van die dag in zeer grote letters geschreven.' (A2)*

Een patiënt antwoordde op de vraag van opvolging met: *'Ik ben op eigen initiatief na een tijdje terug naar de huisarts geweest. Omdat het niet beter was op dat moment, is het medicament verlengd geweest.' (P4)*

In tegenstelling tot wat artsen dachten, vonden de meeste patiënten het niet erg om aangesproken te worden over hun gebruik van slaapmedicatie en aan de nevenwerkingen ervan herinnerd te worden. De meeste artsen gaven nochtans aan dat zij soms schrik hebben voor de arts-patiënt relatie bij het bespreken van een afbouw. Langs de andere kant, hebben bepaalde artsen ook ervaren dat een goede arts-patiënt relatie de afbouw kon bevorderen.

Patiënten zeiden het volgende:

'Ik vind dat een dokter, zonder dwang, de info moet geven als ze hun voorschrift komen halen, dat de nadelen van de medicatie worden meegegeven en dat het afbouwplan wordt meegegeven.' (P8)

'De huisarts mag hier gewoon over beginnen. Het zou van haar kant mogen komen. Want ik ben goed met die medicatie, dus ik ga er zelf niet echt over beginnen.' (P4)

Moeilijkheden bij afbouw

Afbouw van slaapmedicatie, waar liggen de drempels?

Er werden heel wat drempels voor een afbouw ervaren, zowel bij patiënten als bij artsen.

Bij artsen kwamen de volgende moeilijkheden aan bod: tijdsgebrek, angst voor arts-patiënt relatie, onvoldoende samenwerking tussen 1e en 2e lijn en weerstand bij de patiënt. Deze laatste is de factor die alle artsen benoemden in hun interviews.

Weerstand bij de patiënt werd volgens hen veroorzaakt door volgende zaken: het idee dat een slaappil een enige en blijvende oplossing is, onvoldoende notie van nevenwerkingen en gewenning, de gewoonte die zeer moeilijk af te leren is en het moment voor afbouw is vaak niet gepast. Een laatste factor die vaak meespeelde, is de angst voor slecht slapen waarbij piekergedrag zorgt voor een vicieuze cirkel waar patiënten niet uitkomen.

Artsen zeiden hierover:

'Veel oudere mensen stonden al op slaapmedicatie. Toen ik pas begon te werken, probeerde ik dit nog af te bouwen. Echter nu zie ik dat dit bijna nooit lukt, dus laat ik het soms ook gewoon.' (A1)

'Ik vind dat er ook onvoldoende tijd is om slaapmedicatie bij ouderen af te bouwen. Dat zijn vaak zeer intensieve gesprekken met veel weerstand en er zijn dan meerdere consultaties nodig. Wij zijn als huisarts op dit moment al overbevraagd, dus het is moeilijk om daar nog tijd voor te vinden.' (A2)

'Het begint met het aanhalen van een afbouw. Hierbij merk je heel snel of er een opening is. Als de deur volledig dicht is, ga ik er op dat moment niet op aandringen. Ze gaan er misschien wel onbewust toch over nadenken. Als je merkt dat de patiënt er wel wat voor open staat, vind ik het zeker niet erg om de volledige uitleg te geven en een afbouwschema voor te stellen.' (A4)

Patiënten haalden ook verschillende drempels aan. We konden deze opdelen in twee soorten: patiëntafhankelijke en artsafhankelijke factoren.

De patiëntafhankelijke factoren die benoemd werden, waren: gebrek aan motivatie, angst om slecht te slapen met een verminderd functioneren als gevolg, de gewoonte, voorgaande mislukte stoppogingen, geen last van nevenwerkingen en een persisterend probleem die het slaaptekort uitlokt.

Uit de interviews met patiënten kwamen volgende moeilijkheden naar boven:

'Soms word ik angstig als ik niet in slaap val en ik de volgende dag veel zaken ingepland heb. Dan durf ik gemakkelijker een slaappil innemen.' (P1)

'Ik heb het in het verleden wel al geprobeerd. Maar dan komt er een moeilijk moment in je leven, waardoor je weer meer begint te piekeren, en dan gaat de dosis weer omhoog. Het is soms te gemakkelijk om dit als oplossing te zien.' (P6)

'Om dagelijks te kunnen functioneren, om te kunnen gaan werken, ben ik het blijven gebruiken. Ik was ook bang om niet meer de dagelijkse routine te kunnen doen. Na een tijdje kon ik moeilijk in slaap vallen omdat ik continu aan het piekeren was, maar met lormetazepam kon ik dan goed in slaap vallen en kon ik daardoor ook de volgende dag mijn werk hervatten.' (P7)

'Het moeilijke om te stoppen was echt omdat het in mijn hoofd niet ging, ik was overtuigd dat dit niet ging lukken.'(P8)

'Ik heb toch niet meer lang te leven, je gaat me dat toch nu niet meer afnemen.'(A8)

Daarnaast benoemden patiënten ook factoren die bij hun arts lagen, namelijk: er werd geen afbouw voorgesteld, de arts meldde niet dat slaapmedicatie een probleem was en bepaalde artsen hadden geen kennis van het afbouwschema.

Er was dus een overlap tussen de drempels bij artsen en patiënten. We zagen hierbij vooral gelijkenissen in de patiënt afhankelijke factoren. Er zat verschil in de artsafhankelijke factoren, die enerzijds door de arts, anderzijds door de patiënt aangegeven werden.

Plan van aanpak

<u>Een afbouwschema op maat</u>

Patiënten zeiden ook zelf nood te hebben aan een afbouw die op hun tempo kon gebeuren. Het meest succesvolle was een trage afbouw. Hierbij werd het belang van een ondersteunende context benadrukt. Artsen wouden dit organiseren op praktijkniveau, met behulp van het elektronisch medisch dossier. Andere ideeën waren een stopbrief of een affiche in de wachtzaal. Het merendeel van de artsen was op de hoogte van het samenwerkingscontract met de apothekers en maakte hier ondertussen ook gebruik van.

Ervaringen klinken als volgt: *'Wel goed dat het magistraal is en terugbetaald wordt.' (A6)*

Patiënten gaven aan tijdens de afbouw behoefte te hebben aan voldoende intrinsieke motivatie en een geschikt moment om te starten. Voor de moeilijkere momenten vroegen zij om een 'rescue plan' of alternatieven. Ze beschouwden de huisarts als de leidende figuur voor het bespreken van het afbouwproces, evenals voor de opvolging en begeleiding gedurende de afbouwperiode.

Een patiënt zei dit: *'Ik wil me niet gepusht voelen om te stoppen. Ik heb de touwtjes in handen.'(P8)*

Discussie

Uit ons kwantitatief onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de Vlaamse bevolking slaapmedicatie gebruikt. In praktijk 1 werd voornamelijk gebruikgemaakt van benzodiazepines, terwijl in praktijk 2 vooral antidepressiva werden voorgeschreven. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie: praktijk 1 heeft een ouder patiëntenbestand dan praktijk 2 (respectievelijk 27% versus 23,6%). We zien immers dat het gebruik van benzodiazepines toeneemt met de leeftijd (zie bijlage 5.4).

Een bijkomende verklaring zou een provinciaal verschil kunnen zijn tussen West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. Aangezien dit buiten het bestek van deze studie valt, werd dit niet verder onderzocht.

Opvallend is de beperkte rapportering van insomnia als zorgelement in het elektronisch medisch dossier. Ondanks het hoge aantal gebruikers van slaapmedicatie, werd insomnia slechts zelden expliciet geregistreerd. Dit bemoeilijkte de selectie van patiënten die de onderzochte geneesmiddelenklassen uitsluitend gebruikten voor slaapproblemen. Daardoor lag het aantal gebruikers per subgroep hoger dan het totale aantal geregistreerde gebruikers van slaapmedicatie. Zelfs na het uitsluiten van patiënten met een duidelijke on-label indicatie (zoals depressie, epilepsie, psychotische aandoening of angststoornis), bleef het aantal gebruikers per subgroep groter dan verwacht. Dit verschil is deels te verklaren doordat sommige patiënten meerdere middelen combineren, maar ook door een onvolledige of onnauwkeurige registratie van de indicatie.

Uit de interviews met huisartsen bleek dat zij in principe streven naar een terughoudend voorschrijfbeleid, vanuit het ‘primum non nocere’-principe. Toch toont onze analyse aan dat veel patiënten chronisch slaapmedicatie gebruiken. Huisartsen ervaren hierbij een spanningsveld: aan de ene kant willen ze het gebruik beperken, aan de andere kant stuiten ze op een grote groep – vaak oudere – patiënten die al jarenlang slaapmedicatie neemt, waarbij afbouw nauwelijks nog bespreekbaar is. Wanneer artsen herhaalvoorschriften weigeren, vrezen ze dat patiënten zullen ‘medical shoppen’, wat het overzicht op medicatiegebruik verder bemoeilijkt.

Huisartsen, maar ook patiënten, benadrukten dan ook het belang van een goede communicatie over de ideeën, zorgen en verwachtingen (ICE) van de patiënt. Patiënten gaven echter aan dat deze aspecten in de praktijk vaak onvoldoende werden bevraagd, terwijl artsen zelf vonden dat het verkennen van de ICE onmisbaar was voor een passend en effectief behandelplan, bij voorkeur via shared decision making. De geïnterviewde artsen beschreven een trapsgewijze benadering van insomnia, waarbij zij startten met uitleg en advies over slaaphygiëne. Patiënten ervaarden deze adviezen wisselend en gaven aan behoefte te hebben aan duidelijke, praktische hulpmiddelen. Hoewel cognitieve gedragstherapie (CGT) als eerstelijnsbehandeling werd aanbevolen, merkten huisartsen op dat de toepassing ervan in de praktijk beperkt blijft. Factoren als tijdsdruk, financiële kosten en twijfel over de effectiviteit belemmerden een bredere implementatie door zowel arts als patiënt. Medicamenteuze therapie werd doorgaans kortdurend ingezet door de bevraagde huisartsen en dit vooral in acute situaties. Zij kozen hierbij vaak voor fytotherapie vanwege het gunstige veiligheidsprofiel en voor trazodone vanwege de perceptie van minder bijwerkingen en een lager risico op afhankelijkheid. Enkele geselecteerde patiënten benoemden dat zij duidelijke richtlijnen en opvolging verwachtten bij de opstart van slaapmedicatie. Bij het afbouwen van

slaapmedicatie belemmerde angst voor een negatieve impact op het dagelijks functioneren hen vaak om dit proces te starten. De motivatie voor afbouw van slaapmedicatie verschilde tussen de geïnterviewde patiënten. Enerzijds speelden risico's zoals gewenning, afhankelijkheid en valincidenten een rol, maar opvallend was dat het beperkt verhoogde risico op cognitieve achteruitgang bij velen toch de grootste stimulans was om deze medicatie af te bouwen. Toch gaven sommigen aan dat deze nadelen onvoldoende werden besproken door hun arts. Daarnaast onderstreepten patiënten het belang van een afbouw op maat en een vooraf opgesteld 'rescue plan', dat hen vertrouwen geeft tijdens het afbouwen van slaapmedicatie. Ten slotte zien huisartsen een duidelijke meerwaarde in multidisciplinaire samenwerking bij de afbouw van slaapmedicatie, al signaleerden zij knelpunten zoals een gebrek aan overleg bij medicatieaanpassingen door ziekenhuizen en beperkte samenwerking met slaapklinieken en -psychologen. De recente samenwerking met apothekers werd als het meest effectief ervaren, mede dankzij overheidsinitiatieven rond afbouwschema's.

Het overmatig gebruik van slaapmedicatie, sluit aan bij het maatschappelijke beeld van verhoogde stressniveaus (20) en de beperkte bekendheid van alternatieve behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie. Dit bevestigt het belang van een gestructureerde en stapsgewijze aanpak bij de behandeling van insomnia. In lijn met eerdere studies (21) benadrukken onze resultaten hoe essentieel het is om tijdens consultaties actief de ICE van patiënten te bevragen. Dit bevordert niet alleen een betere communicatie tussen arts en patiënt, maar draagt ook bij aan meer gerichte en gepersonaliseerde behandelingen, wat op zijn beurt kan leiden tot een vermindering van onnodige medicatievoorschriften (21). Bij de behandeling van insomnia is een correcte slaaphygiëne steeds de eerste stap (22). Essentiële adviezen hierbij zijn onder andere het hanteren van een regelmatig slaapritme, het beperken van dutjes, voldoende blootstelling aan daglicht, het vermijden van stimulerende middelen zoals koffie, alcohol en nicotine, en het belang van lichaamsbeweging, bij voorkeur niet vlak voor het slapengaan. Daarnaast spelen het bewaken van een aangename lichaamstemperatuur en het vermijden van multimedia en stress een belangrijke rol (23). Ons kwalitatief onderzoek toont aan dat patiënten onvoldoende bekend zijn met alle adviezen. Dit benadrukt de noodzaak voor praktische tools om de slaapadviezen in het dagelijkse leven te implementeren, bijvoorbeeld de richtlijn die werd ontwikkeld door de Vlaamse overheid.[8] In een volgende behandelstap wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) als de meest effectieve aanpak beschouwd (22). CGT heeft niet alleen een langdurig effect op insomnia, maar biedt ook voordelen bij de aanpak van angst en depressie, die frequent een rol spelen bij het onderhouden van insomnia (22). Een voorbeeld van CGT is slaaprestrictietherapie, dewelke ook bewezen effectief is (23). Zoals ook in ons onderzoek naar voren kwam, blijven tijdsgebrek en beperkte middelen drempels voor de implementatie van CGT in de praktijk. Online CGT vormt hierbij een waardevol alternatief en toont in de literatuur een vergelijkbare effectiviteit als face-to-face therapie (22). Medicamenteuze behandeling kan aanvullend worden ingezet, maar uitsluitend bij acute of crisissituaties (22). De literatuur beveelt in dat geval vooral fytotherapie aan, gezien het gunstige veiligheidsprofiel en het beperkte risico op afhankelijkheid (24) (25). Andere medicamenteuze opties, zoals trazodone, antihistaminica en antipsychotica bij off-label gebruik, worden afgeraden vanwege de beperkte evidentie en de risico's bij langdurig gebruik, waaronder gewenning en bijwerkingen (22). Voor de

[8] https://www.gezondleven.be/themas/slaap

afbouw van slaapmedicatie is patiënteducatie van essentieel belang. De overheid ondersteunt dit proces met campagnes over slaapmedicatie en de nadelige effecten ervan. Hoewel dit bijdraagt aan een verhoogd bewustzijn, roept het soms ook gevoelens van schaamte op bij gebruikers. Deze emoties kunnen het voor hen moeilijk maken om op een gepaste manier hulp te zoeken bij het afbouwen van de medicatie (26). Hierdoor zijn artsen soms bezorgd dat dit de arts-patiëntrelatie zou kunnen schaden, al blijkt uit de literatuur dat het bespreken van eventuele stop, een positieve invloed zou hebben op een succesvolle afbouw (27). Uit voorgaand onderzoek bleek dat motivationele gespreksvoering hiervoor een waardevolle techniek vormt (28). Workshops waarin deze techniek wordt aangeleerd, kunnen hierbij van toegevoegde waarde zijn (28). Op praktijkniveau wordt vaak gewerkt aan educatie via affiches en informatieve brochures (29). Daarnaast werd er in een praktijk verbeterend project vastgesteld dat het versturen van een stopbrief ook een effectieve manier is om de afbouw van slaapmedicatie te ondersteunen. Maar liefst vier op de tien patiënten konden hun slaapmedicatie verminderen of helemaal stoppen (30). Tot slot blijkt uit onderzoek dat een multidisciplinaire aanpak van de afbouw van slaapmedicatie bijzonder effectief is, zoals het succesvolle afbouwproject in samenwerking met apotheken. De huisarts speelt hierbij een centrale, vertrouwde rol (31).

Sterke en zwakke punten

Sterke punten

Deze studie biedt een genuanceerde analyse van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens over het gebruik en de afbouw van slaapmedicatie in Vlaanderen. Een belangrijke meerwaarde is de focus op zowel de visie van artsen als patiënten, waarbij discrepanties naar voren komen. Daarnaast wordt het belang van ICE-bevraging benadrukt, wat bijdraagt aan betere communicatie, meer gepersonaliseerde behandelingen en mogelijk minder onnodige medicatievoorschriften. De stapsgewijze aanpak, met een nadruk op slaaphygiëne en cognitieve gedragstherapie (CGT) als meest effectieve opties, wordt bevestigd. Het potentieel van online CGT als toegankelijk alternatief wordt eveneens belicht. Ook biedt de studie waardevolle inzichten in medicamenteuze therapieën, met een voorkeur voor fytotherapie vanwege het veiligheidsprofiel, en het belang van multidisciplinaire samenwerking, zoals afbouwschema's in samenwerking met apothekers. Door de discrepantie tussen de visie van patiënten en artsen te integreren, draagt deze studie bij aan een completer en praktijkgericht beeld van de behandeling van insomnia. Deze bevindingen bieden concrete aanknopingspunten voor praktijkverbeteringen en beleidsaanpassingen.

Zwakke punten

Deze studie vertoont enkele beperkingen die de interpretatie van de resultaten beïnvloeden. Selectiebias is aanwezig door de uitsluiting van patiënten met bepaalde specifieke ICD codes[9], rusthuisbewoners en gebruikers van alternatieve therapieën zoals fytotherapie. Hierdoor kan het effect van deze groepen op de resultaten onderschat worden. Daarnaast leidde het gebruik van de Intego-databank tot informatiebias, omdat bepaalde gegevens, zoals pregabaline gebruik, niet volledig geregistreerd waren. De audit vormde slechts een momentopname, met mogelijke foutieve inclusies of exclusies als gevolg. Herinneringsbias speelde eveneens een rol, doordat patiënten zich vaak details over hun slaapmedicatie of eerdere consultaties niet exact konden herinneren. Hoewel de studie vooral de perceptie en ervaringen van patiënten onderzoekt, kan dit toch invloed hebben op de nauwkeurigheid van de resultaten. Bevestigingsbias kon niet volledig worden uitgesloten, ondanks het gebruik van open vragen en het vermijden van suggestieve stellingen tijdens interviews. Ten slotte was de steekproefomvang beperkt. Hoewel datasaturatie werd bereikt, reduceert het lage aantal geïncludeerde patiënten en artsen de generaliseerbaarheid van de bevindingen.

[9] N88: epilepsie; P71: andere organische psychose; P72: schizofrenie; P73 affectieve psychose; P76: depressieve stoornis; P98: andere/niet gespecifieerde psychose(n)

Future research

Verder onderzoek is essentieel om de effectiviteit van ICE-bevraging in de praktijk te evalueren, specifiek met betrekking tot verbeterde behandeluitkomsten en een reductie in medicatievoorschriften. Ten tweede is het belangrijk om barrières voor cognitieve gedragstherapie (CGT) in kaart te brengen en strategieën te ontwikkelen om deze te verminderen. Hierbij verdient onderzoek naar de langdurige effectiviteit van online CGT ten opzichte van traditionele face-to-face therapie bijzondere aandacht, met nadruk op therapietrouw en acceptatie door patiënten. Verder is aanvullend onderzoek nodig naar de effectiviteit en veiligheid van fytotherapie in vergelijking met conventionele medicatie, waarbij ook optimale doseringen en de perceptie van patiënten worden meegenomen. Daarnaast zou de ontwikkeling van een gedeeld medicatieschema voor alle gezondheidsmedewerkers, waaronder huisartsen, specialisten en apothekers, een aanzienlijke meerwaarde kunnen bieden voor het versterken van multidisciplinaire samenwerking en het optimaliseren van medicatiebeheer. Vervolgens kan worden onderzocht of een verbeterde registratie van slaapproblematiek in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) bijdraagt aan een effectievere behandeling en opvolging van deze aandoeningen. Tot slot dient er aandacht te worden besteed aan de toenemende maatschappelijke druk en de mogelijkheden om deze te verlagen, zodat de onderliggende oorzaken van veel slaapproblemen effectief kunnen worden aangepakt.

Besluit

Het overmatig gebruik van slaapmedicatie weerspiegelt de hoge stressniveaus in onze maatschappij en de beperkte bekendheid met effectieve alternatieve behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie. Onze bevindingen onderstrepen het belang van een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak, waarbij educatie rond slaaphygiëne en het actief bevragen van de ICE van patiënten centraal staan. Cognitieve gedragstherapie blijft de voorkeursbehandeling bij chronische insomnia, terwijl medicatie enkel een plaats heeft bij acute situaties. Daarnaast tonen praktijkvoorbeelden aan dat educatieve materialen, motivatiegesprekken en samenwerking met apothekers effectieve hulpmiddelen zijn bij het ondersteunen van de afbouw van slaapmedicatie. Tot slot bevestigt ons onderzoek de belangrijke rol van de huisarts als vertrouwde begeleider in dit proces, waarbij open communicatie essentieel is voor succes.

Bijlagen

Bijlage 1: ATC codes

De weergave van de slaapmedicatie die wordt gebruikt in deze studie. In het verdere verloop van de studie wordt naar deze middelen gerefereerd onder de noemer ‘slaapmedicatie’.

Tabel 6: ATC codes met overeenstemmende geneesmiddelengroep

ATC CODE	*GENEESMIDDEL*
N05AX	Andere antipsychotica
N05AL	Benzamides
N05AH	Diazepines, oxazepines, thiazepines en oxepines
N05BA	Anxiolytica – benzodiazepine derivaten
N05C	Hypnotica en sedativa
N03AX12	Gabapentine
N03AX16	Pregabaline
N06AX	Andere antidepressiva
N06AB	Selectieve serotonine reuptake inhibitors

Bijlage 2: Originele vragenlijst voor interviews

Deze werd echter gedurende de interviews nog bijgewerkt op basis van de voorgaande interviews om zo datasaturatie te kunnen bereiken.

Interview arts:

- Arts karakteristieken:
    - Wat is uw leeftijd?
    - In welke provincie bent u werkzaam?
    - Wat is uw geslacht?
    - Bent u HAIO of huisarts?
    - In welke praktijkvorm bent u werkzaam: groepspraktijk/duopraktijk/solopraktijk? Verpleegkundigen/paramedici?
- Wat is uw mening rond de opstart van slaapmedicatie?
    - Wat beïnvloedt uw voorschrijfgedrag van deze medicatie?
    - Welke alternatieven kent u en welke hiervan gebruikt u dan ook in de praktijk?
- Welke perceptie denkt u dat patiënten hebben over slaapmedicatie?
    - Wat denkt u dat patiënten van deze medicatie verwachten?
    - Wat denkt u dat hun lange termijn visie hierover is?
- Wat is uw mening omtrent de afbouw van slaapmedicatie?
    - Hoe organiseert u de afbouw van deze medicatie in uw praktijk? Denkt u dat dit best op individueel niveau georganiseerd wordt of eerder met eenzelfde systematiek voor uw patiëntenpopulatie?
- Wat zou voor u een handige tool zijn om deze medicatie af te bouwen? Weet u waar u dergelijke tools kan terugvinden?
- Welke hindernissen ervaart u? Hoe gaat u hiermee om?
- Geeft u adviezen mee omtrent deze medicatie, zo ja welke?
- Wat is de patiënt en zijn visie rond de afbouw hiervan? Waar denkt u dat zij nood aan hebben?
- Denkt u dat het handig zou zijn om ook paramedici te betrekken, bijvoorbeeld apothekers?

Interview patiënt:

- Patiëntkarakteristieken
    - Wat is uw leeftijd?
    - Wat is uw geslacht?
    - In welke provincie woont u?
- Medicatie karakteristieken
    - Welk medicament neemt u?
    - Welke dosis neemt u?
    - Sinds wanneer neemt u de medicatie?
    - Voor welke indicatie (inslapen, doorslapen…) neemt u de medicatie?
- Hoe ervaart u het gebruik van slaapmedicatie?
    - Hoe beïnvloedt dit uw dagelijks functioneren?
    - Ervaart u ook neveneffecten van deze medicatie? Werden mogelijke neveneffecten voor de opstart besproken?
- Hoe staat u tegenover het afbouwen van deze medicatie?
    - Wat is voor u een drempel?
    - Wat zou u helpen om deze medicatie af te bouwen?
    - In welke mate zou u verkiezen dat de huisarts hierin de leiding neemt?
    - Heeft u reeds nagedacht over alternatieve zaken die de slaap zouden kunnen bevorderen zoals relaxatietherapie, psychologische ondersteuning…? Heeft u reeds een van bovengenoemde methodes uitgeprobeerd?
- Hoe tevreden bent u over het contact met uw huisarts betreffende het bespreken van deze medicatie?
    - Wat is de mening van de arts rond het gebruik van uw slaapmedicatie denkt u?
    - Vindt u dat er voldoende aandacht besteed wordt door uw huisarts in het bespreken hiervan? Zou u het gebruik ervan graag frequenter evalueren?
    - Wat zou voor u een goede manier zijn om het gesprek hier rond te starten?

Bijlage 3. Affiche in de twee huisartsenpraktijken

KU LEUVEN

Faculteit Geneeskunde
Amber Tolpe en Nathalie Pauwels
Onder begeleiding van professor Dr. Goderis en Dr. De Knijf

Onderzoek in deze praktijk omtrent slaapstoornissen, slaapmedicatie en de afbouw hiervan.

Beste patiënten,

Op dit moment werken wij, Dokter Amber Tolpe en Dokter Nathalie Pauwels, aan een masterproef waar deze praktijk aan deelneemt. We onderzoeken de perceptie, mening en ervaring van huisartsen en patiënten betreffende slaapstoornissen, slaapmedicatie en de afbouw hiervan.

In een eerste deel van deze masterproef wordt een overzicht gemaakt van alle patiënten in deze praktijk met een slaapstoornis en degenen die slaapmedicatie nemen hiervoor. Dit doen we aan de hand van het medisch dossier, waarbij de gegevens worden gepseudonimiseerd. Er zal dus met andere woorden geen enkele naam van een patiënt vermeld worden, noch zullen er persoonsgegevens uit het patiëntendossier worden gebruikt.

In het tweede deel van ons onderzoek wensen we patiënten en artsen te bevragen omtrent slaapstoornissen en het gebruik van slaapmedicatie hierbij.

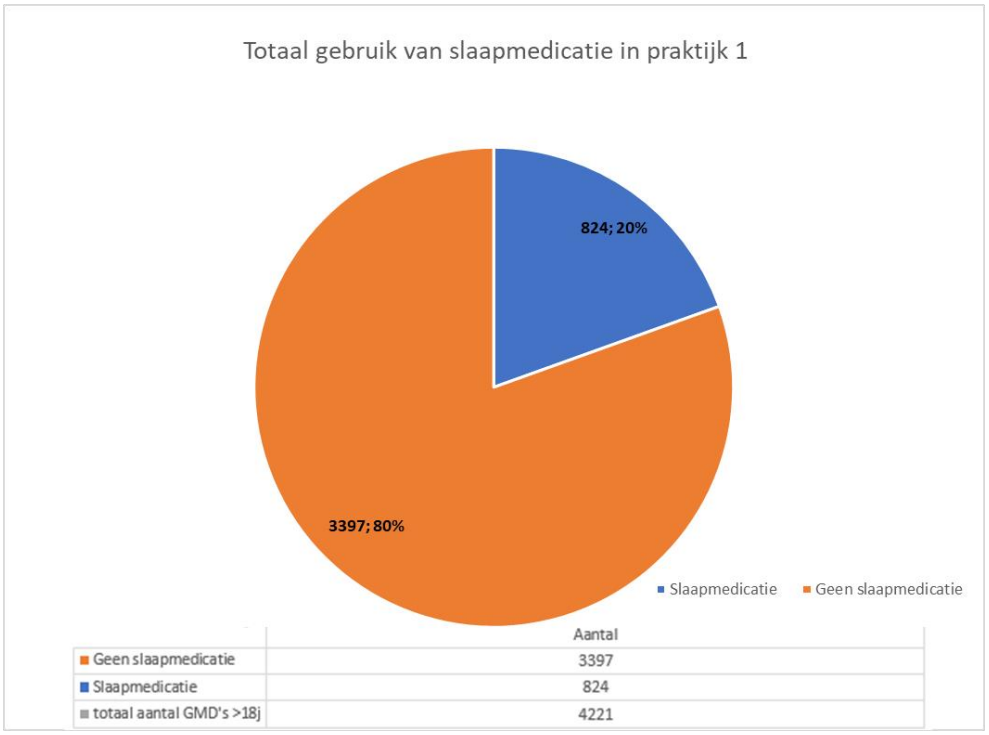
Indien u ons wenst te helpen door hieraan deel te nemen, mag u dit steeds melden aan het secretariaat of aan één van de artsen. Zij zullen dit doorgeven aan ons waarna wij u, op de door u gekozen wijze, contacteren om een interview af te nemen in de praktijk of bij u thuis. Deze info zal ook gepseudonimiseerd worden in onze masterproef.

Hartelijk dank voor uw begrip en medewerking.

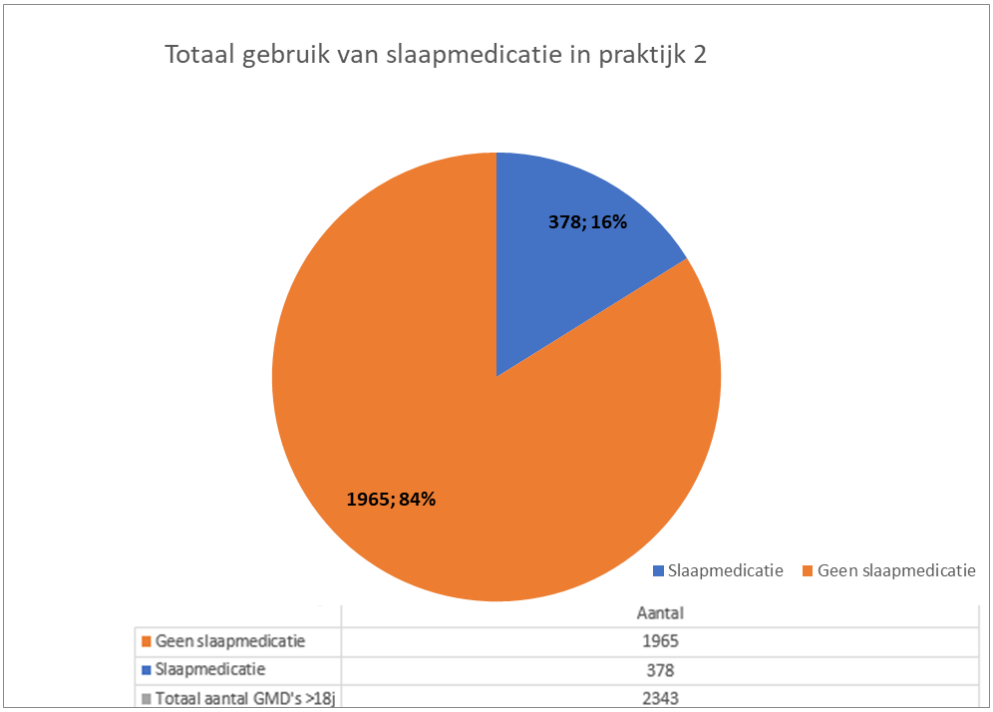
Met vriendelijke groet
Amber Tolpe en Nathalie Pauwels

Bijlage 4. Statistiek uit twee huisartsenpraktijken

Bijlage 4.1. Het aantal patiënten die slaapmedicatie gebruikt in vergelijking met het totaal aantal patiënten in de geselecteerde huisartsenpraktijken.

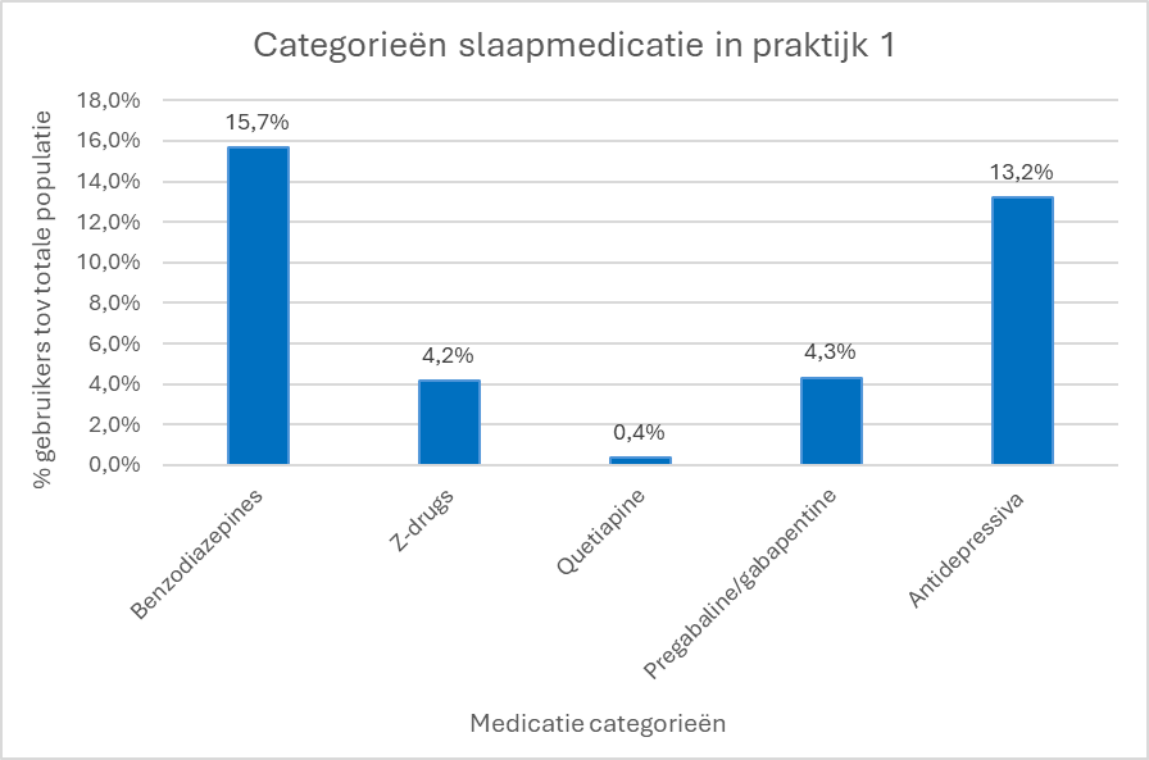


Figuur 1: Totaal gebruik van slaapmedicatie in praktijk 1

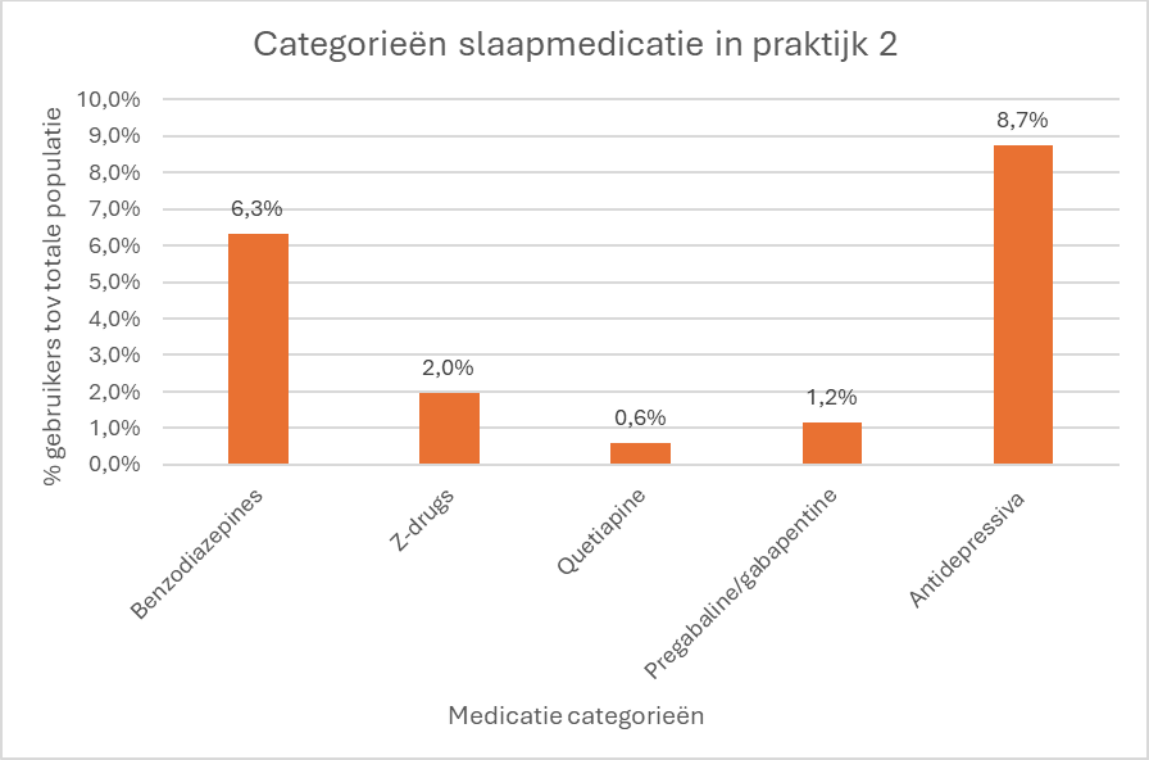


Figuur 2: Totaal gebruik van slaapmedicatie in praktijk 2

Bijlage 4.2. Verhouding van de categorieën slaapmedicatie die patiënten gebruiken in de geselecteerde huisartsenpraktijken.

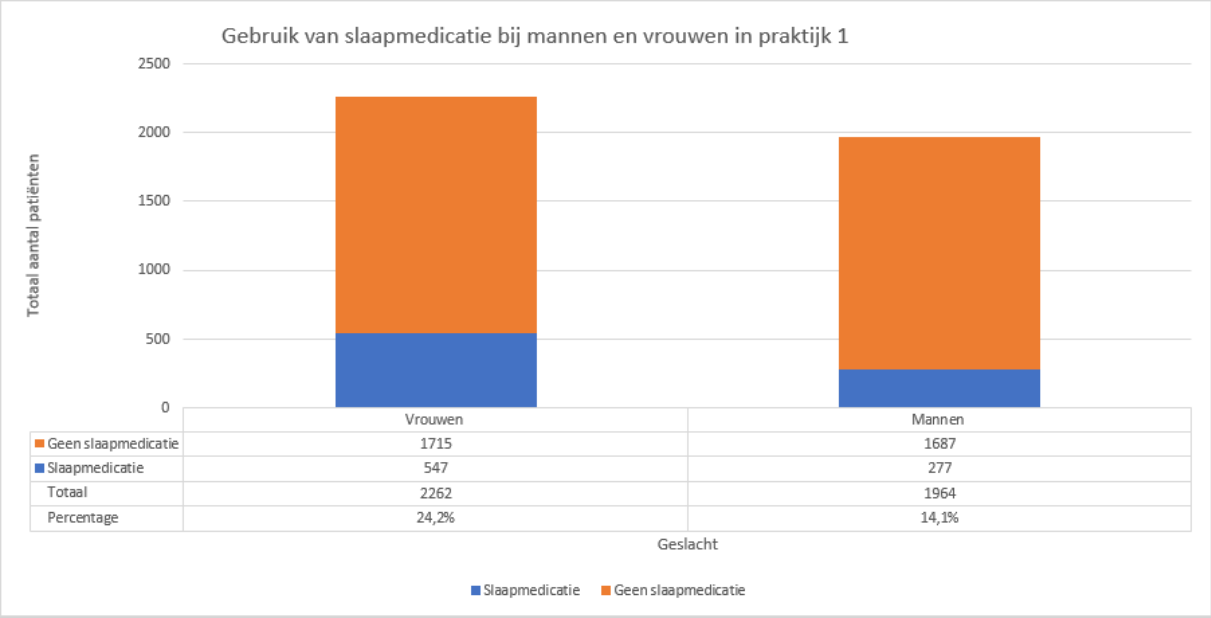


Figuur 3: Categorieën slaapmedicatie in praktijk 1

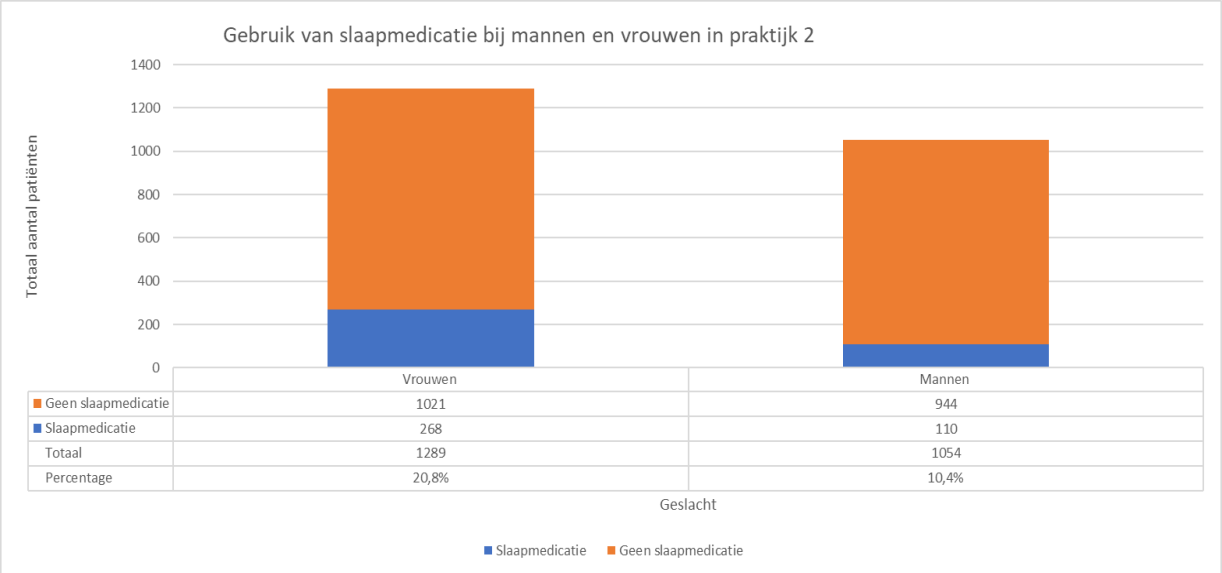


Figuur 4: Categorieën slaapmedicatie in praktijk 2

Bijlage 4.3. Het gebruik van slaapmedicatie per geslacht in de geselecteerde huisartsenpraktijken.

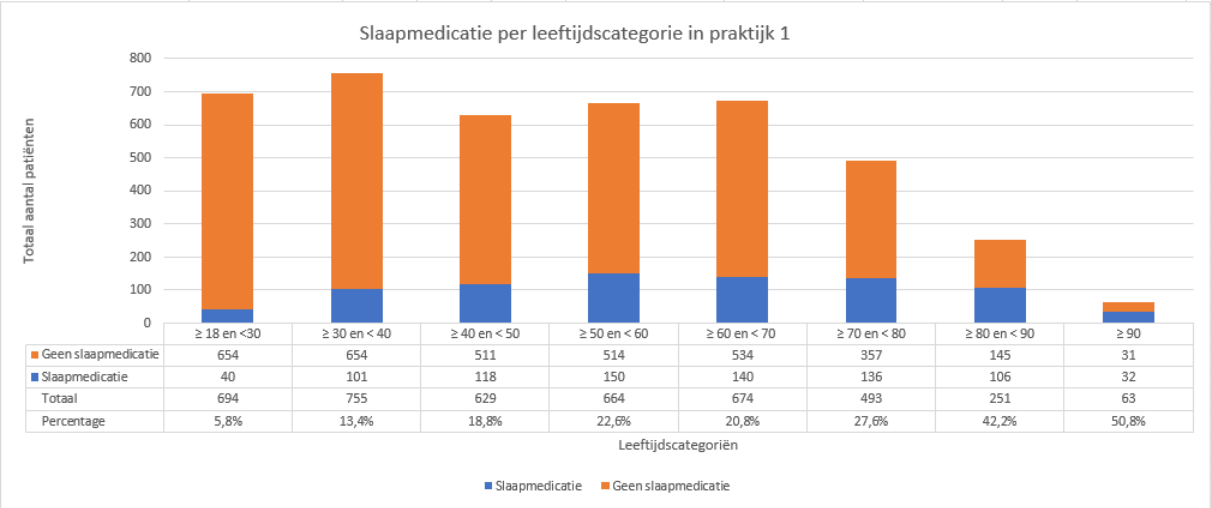


Figuur 5: Gebruik van slaapmedicatie bij mannen en vrouwen in praktijk 1



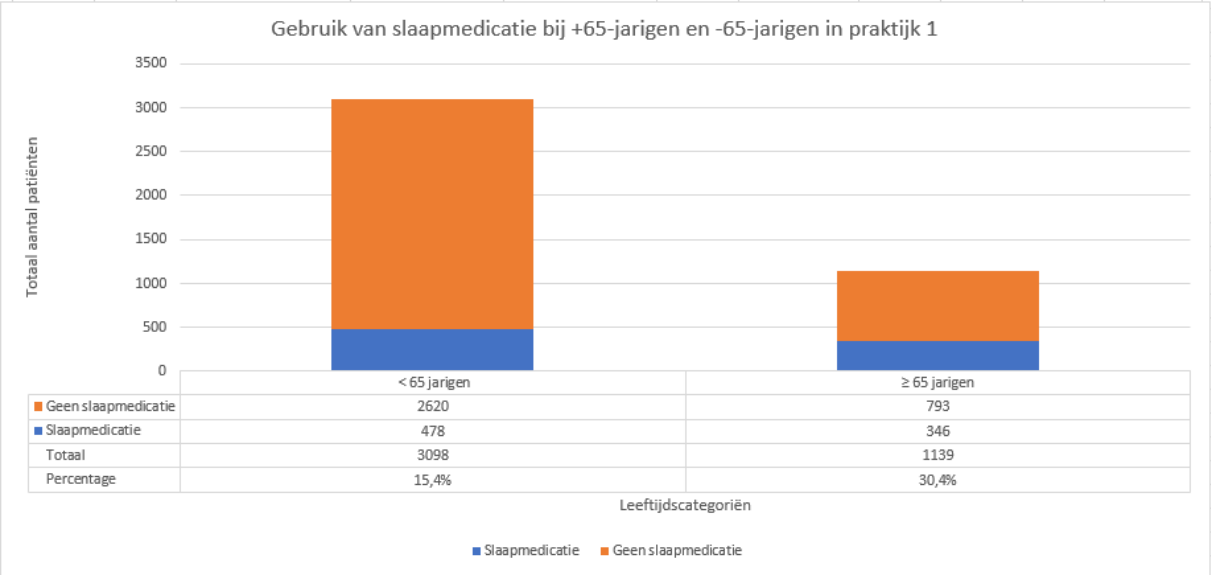
Figuur 6: Gebruik van slaapmedicatie bij mannen en vrouwen in praktijk 2

Bijlage 4.4. Het gebruik van slaapmedicatie binnen verschillende leeftijdscategorieën in de geselecteerde huisartsenpraktijken .



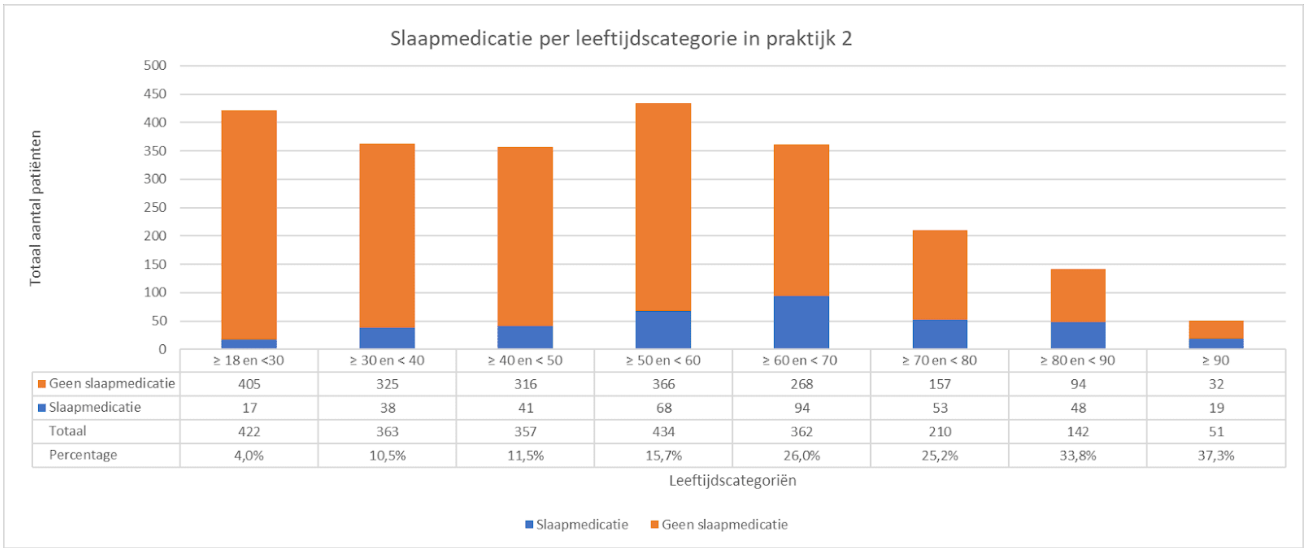
	≥ 18 en <30	≥ 30 en < 40	≥ 40 en < 50	≥ 50 en < 60	≥ 60 en < 70	≥ 70 en < 80	≥ 80 en < 90	≥ 90
Geen slaapmedicatie	654	654	511	514	534	357	145	31
Slaapmedicatie	40	101	118	150	140	136	106	32
Totaal	694	755	629	664	674	493	251	63
Percentage	5,8%	13,4%	18,8%	22,6%	20,8%	27,6%	42,2%	50,8%

Figuur 7: Slaapmedicatie per leeftijdscategorie in praktijk 1



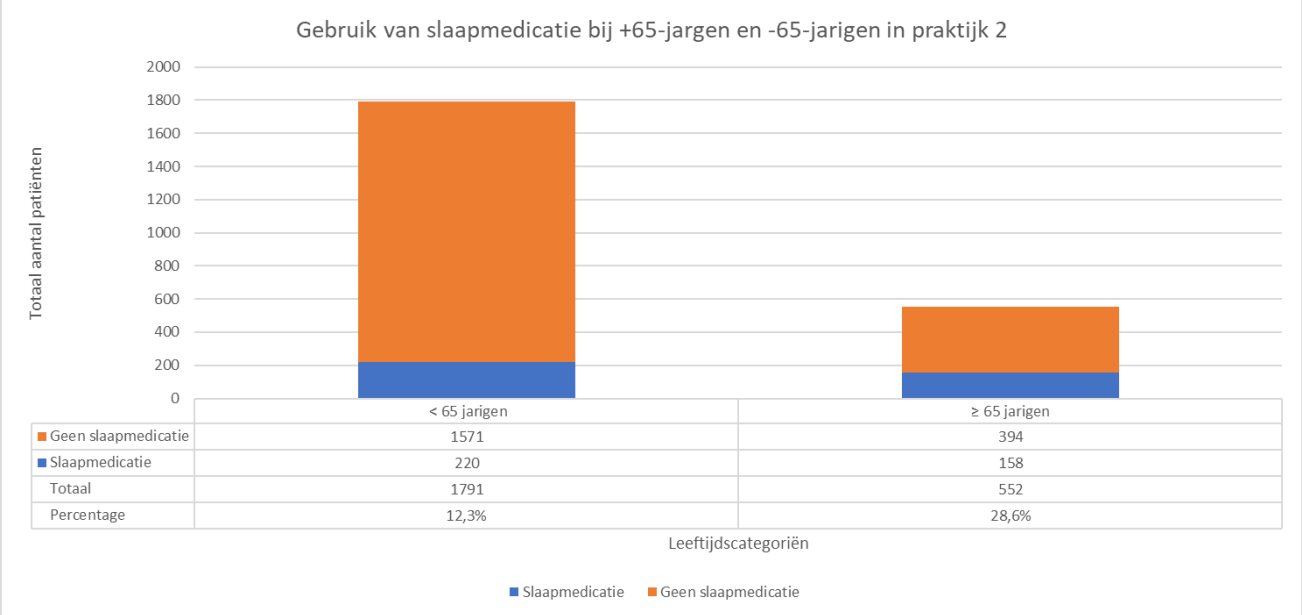
	< 65 jarigen	≥ 65 jarigen
Geen slaapmedicatie	2620	793
Slaapmedicatie	478	346
Totaal	3098	1139
Percentage	15,4%	30,4%

Figuur 8: Gebruik van slaapmedicatie bij +65-jarigen en -65-jarigen in praktijk 1



	≥ 18 en <30	≥ 30 en < 40	≥ 40 en < 50	≥ 50 en < 60	≥ 60 en < 70	≥ 70 en < 80	≥ 80 en < 90	≥ 90
Geen slaapmedicatie	405	325	316	366	268	157	94	32
Slaapmedicatie	17	38	41	68	94	53	48	19
Totaal	422	363	357	434	362	210	142	51
Percentage	4,0%	10,5%	11,5%	15,7%	26,0%	25,2%	33,8%	37,3%

Figuur 9: Slaapmedicatie per leeftijdscategorie in praktijk 2

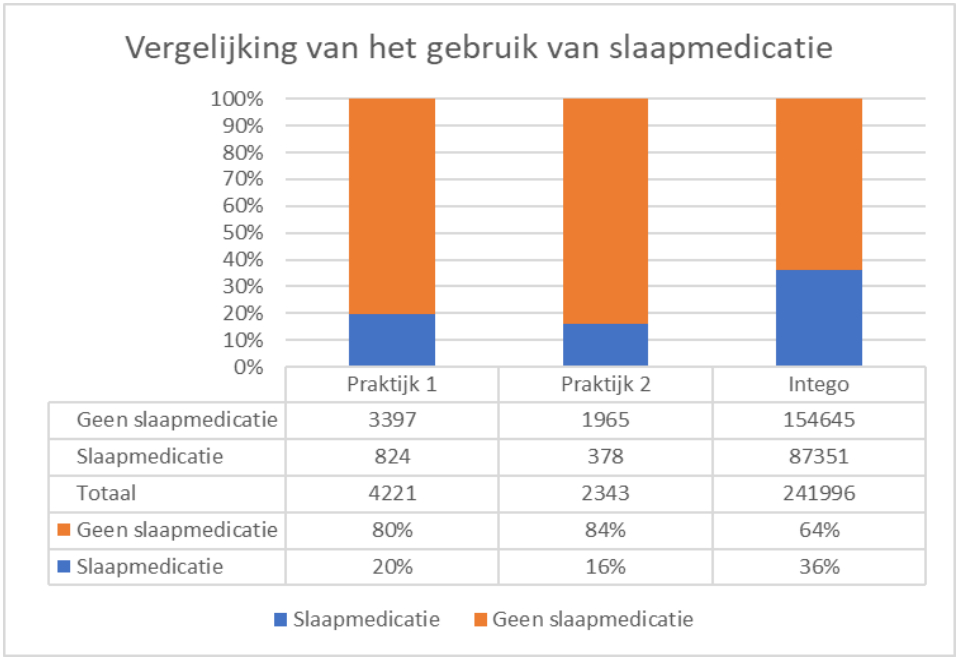


	< 65 jarigen	≥ 65 jarigen
Geen slaapmedicatie	1571	394
Slaapmedicatie	220	158
Totaal	1791	552
Percentage	12,3%	28,6%

Figuur 10: Gebruik van slaapmedicatie bij +65-jarigen en -65-jarigen in praktijk 2

Bijlage 5. Vergelijking van resultaten van onze eigen huisartsenpraktijken met de resultaten uit de Intego databank.

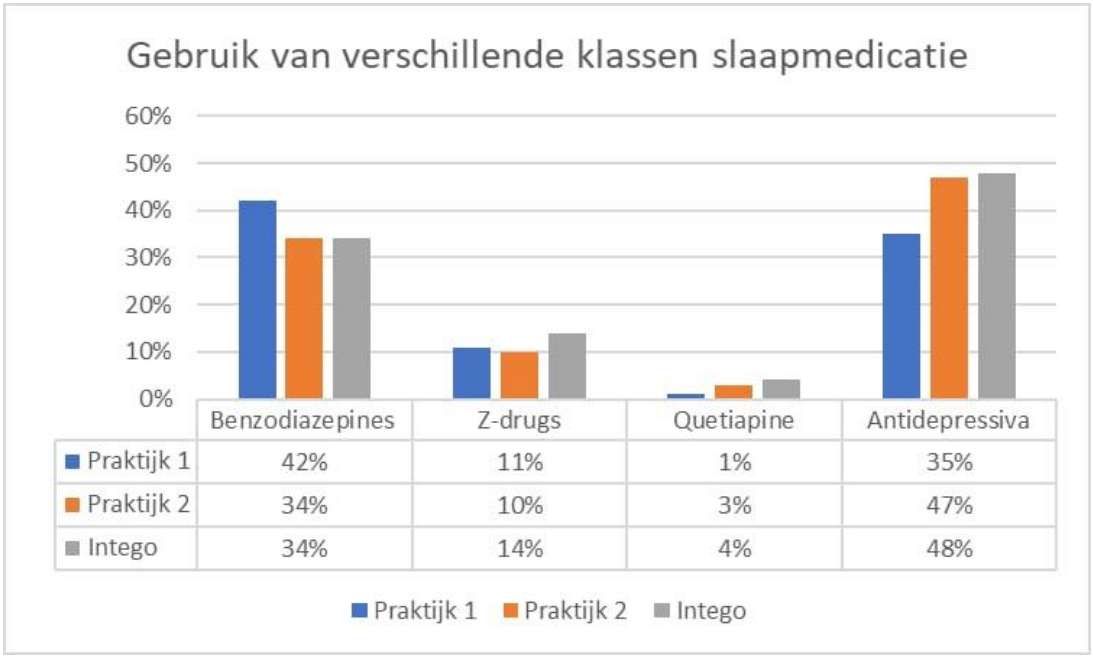
Bijlage 5.1. Vergelijking tussen de praktijken en het Vlaams gemiddelde betreffende het gebruik van slaapmedicatie tegenover het totaal aantal patiënten in de praktijk.



	Praktijk 1	Praktijk 2	Intego
Geen slaapmedicatie	3397	1965	154645
Slaapmedicatie	824	378	87351
Totaal	4221	2343	241996
Geen slaapmedicatie	80%	84%	64%
Slaapmedicatie	20%	16%	36%

Figuur 11: Vergelijking van het gebruik van slaapmedicatie

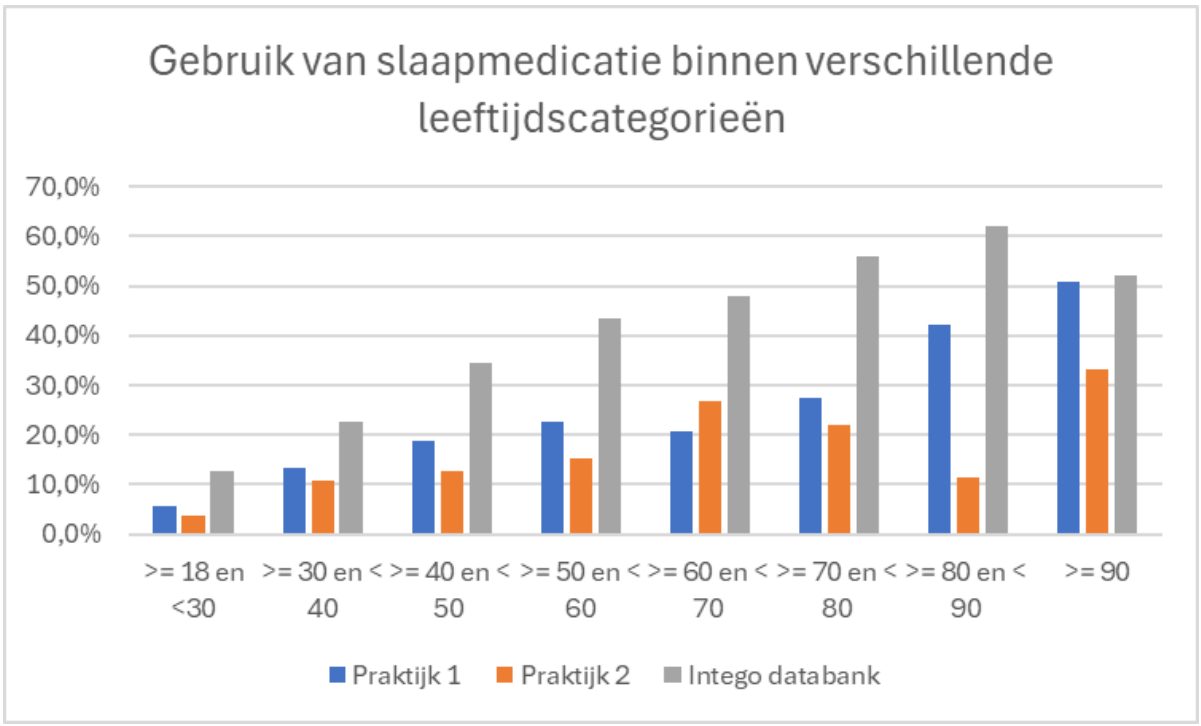
Bijlage 5.2. Vergelijking tussen de praktijken en het Vlaams gemiddelde betreffende het gebruik van de verschillende klassen slaapmedicatie.



	Benzodiazepines	Z-drugs	Quetiapine	Antidepressiva
Praktijk 1	42%	11%	1%	35%
Praktijk 2	34%	10%	3%	47%
Intego	34%	14%	4%	48%

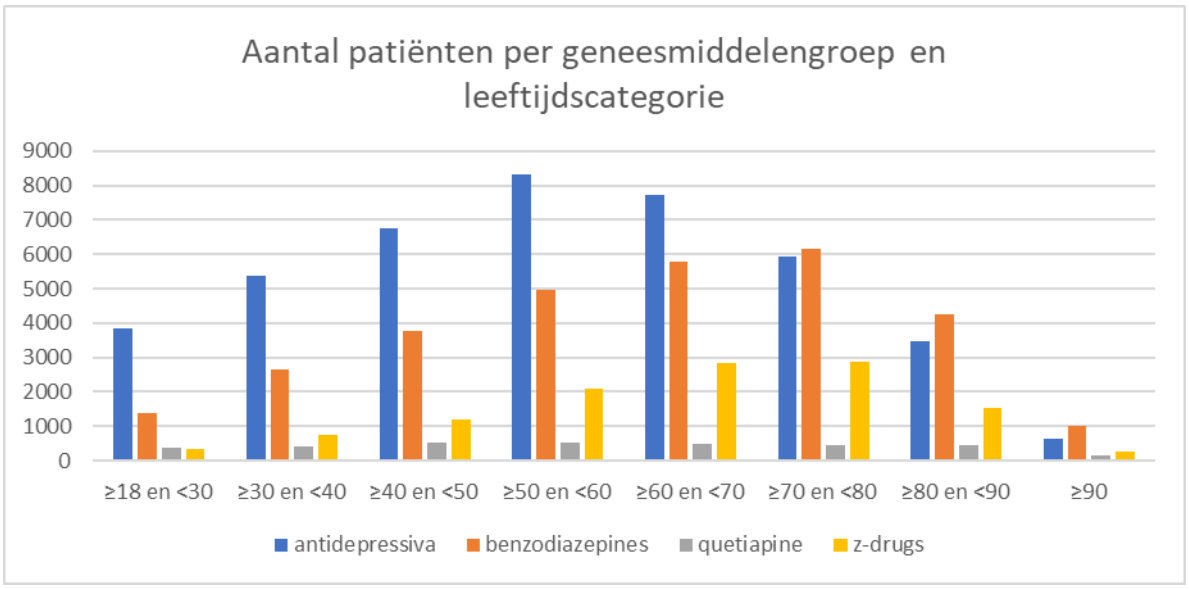
Figuur 12: Gebruik van verschillende klassen slaapmedicatie

Bijlage 5.3. Vergelijking tussen de praktijken en het Vlaams gemiddelde betreffende het gebruik van slaapmedicatie binnen de verschillende leeftijdscategorieën.

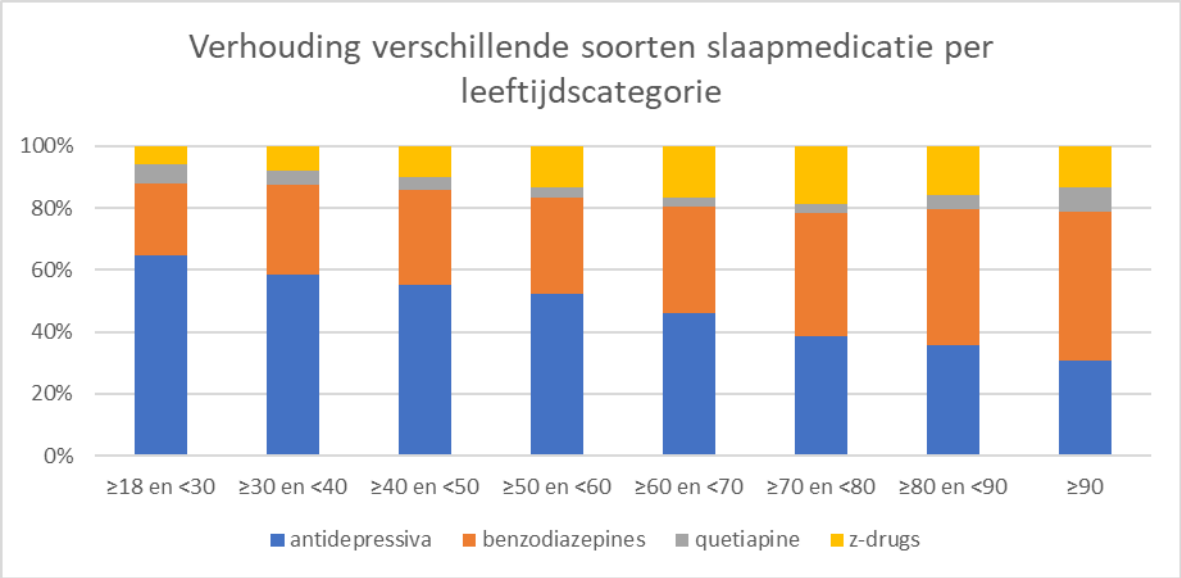


Figuur 13: Gebruik van slaapmedicatie binnen verschillende leeftijdscategorieën

Bijlage 5.4. Vergelijking van de verschillende klassen slaapmedicatie die worden voorgeschreven per leeftijdscategorie, binnen de populatie van de Intego databank.

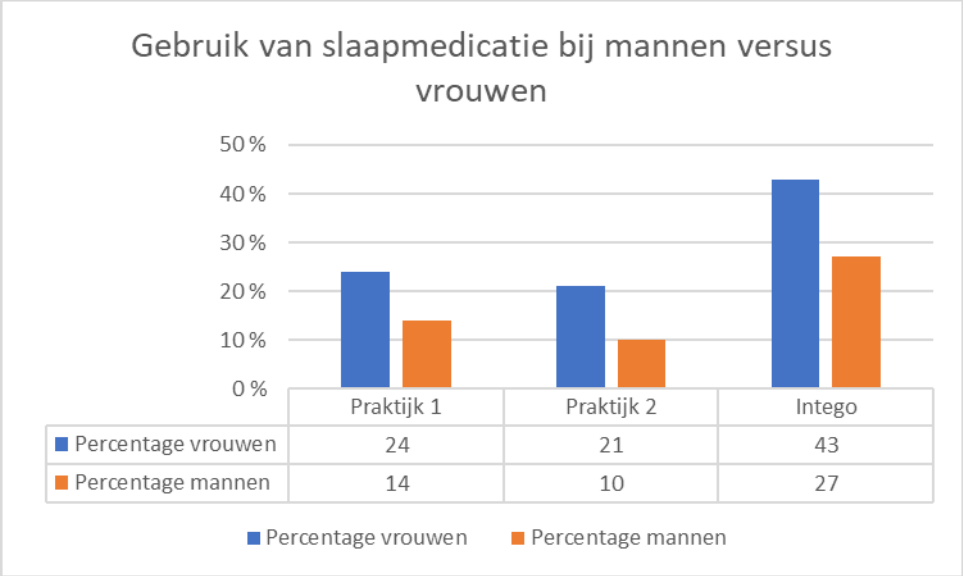


Figuur 14: Aantal patiënten per geneesmiddelengroep en leeftijdscategorie



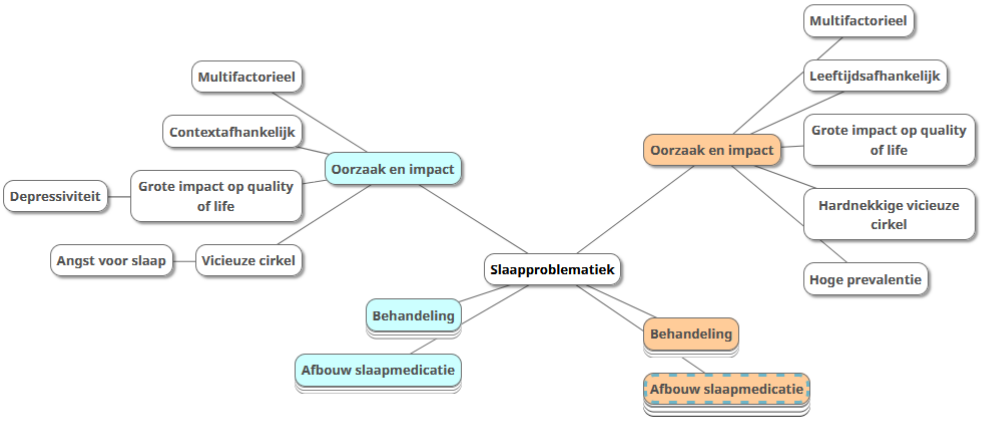
Figuur 15: Verhouding verschillende soorten slaapmedicatie per leeftijdscategorie

Bijlage 5.5. Vergelijking tussen de praktijken en het Vlaams gemiddelde betreffende het gebruik van slaapmedicatie bij mannen en vrouwen.

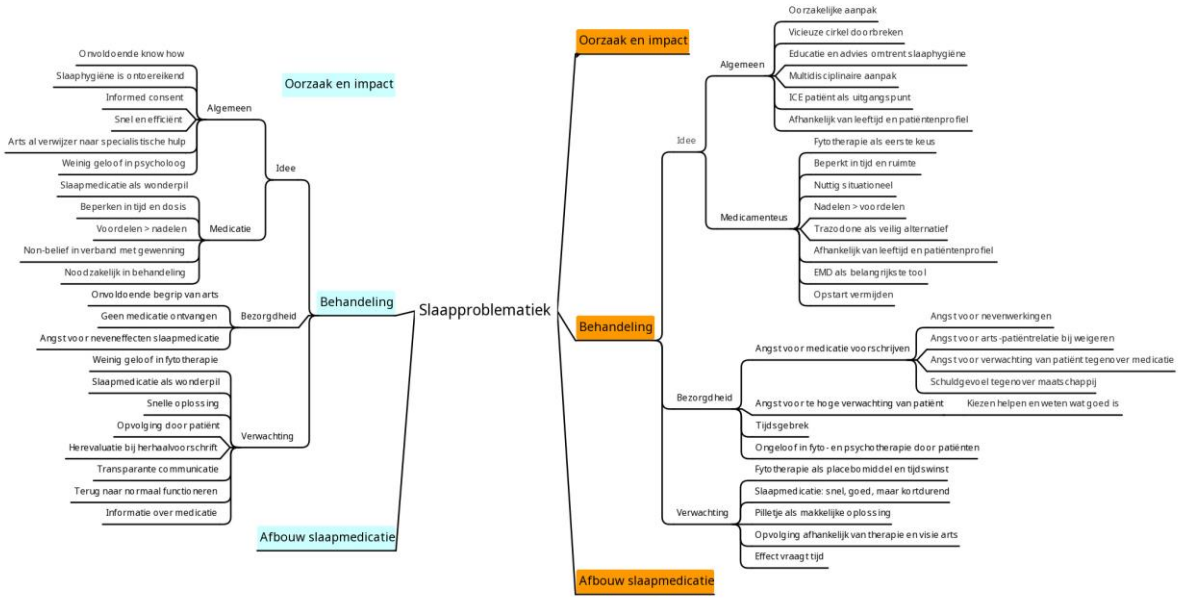


Figuur 16: Gebruik van slaapmedicatie bij mannen versus vrouwen

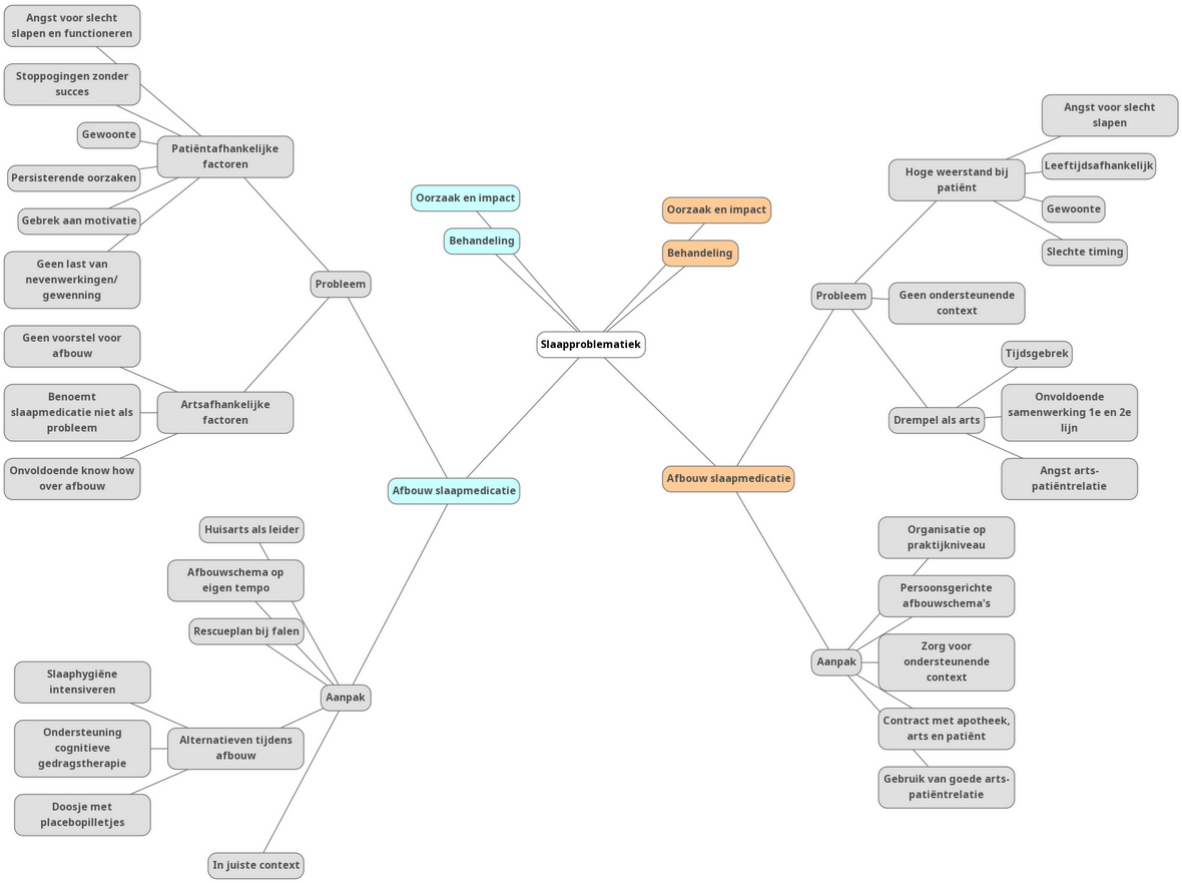
Bijlage 6. Codeboom van afgenomen interviews



Figuur 17: Codeboom van afgenomen interviews (deel 1)



Figuur 18: Codeboom van afgenomen interviews (deel 2)



Figuur 19: Codeboom van afgenomen interviews (deel 3)

Bijlage 7. Goedkeuring ethische commissie

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

English version below.

Ons kenmerk: MP027348
Uw kenmerk: Masterproef studie: Wat is de perceptie, mening en ervaring van huisartsen en patiënten betreffende slaapmedicatie en de afbouw hiervan?
Leuven, 07-11-2023

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Professor Geert Goderis
Geachte Nathalie Pauwels, Amber Tolpe

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan 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 07-11-2023

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

Het doel van deze studie is te onderzoeken wat de perceptie, mening en ervaring zijn van huisartsen en patiënten betreffende slaapmedicatie en de afbouw hiervan. Het eerste deel van de studie is retrospectief, waarbij de aanvragers (HAIO's) via de patiëntendossiers in hun twee huisartsenpraktijken de patiënten opsporen die slaapmedicatie gebruiken. Vervolgens willen ze via een prospectieve niet-interventionele studie met behulp van semigestructureerde interviews bij artsen (minimum 10) en patiënten (minimum 15) peilen naar ervaringen en belevingen rond slaapmedicatie en het afbouwen hiervan. Van de interviews wordt de audio-opgenomen, maar de opnames en notities worden vernietigd na transcriptie. De gegevens van de patiënten en artsen zullen gepseudonimiseerd worden, enkel bij de onderzoekers zal de identiteit bekend zijn. Informatiebrieven en ICF documenten voor artsen en patiënten en de interviewleidraad zijn toegevoegd. Interviews zullen pas starten na ontvangst van ondertekende ICF-documenten. Er zijn geen problemen van ethische aard met het geplande onderzoek, dat op dit vlak kan goedgekeurd worden. Voor het retrospectieve deel stellen de studenten voor om de patiënten te informeren met behulp van een affiche in de wachtzaal én het maken van een notitie in het patiëntendossier. In de praktijk worden patiënten gevraagd of zij akkoord zijn om telefonisch gecontacteerd te worden voor eventuele deelname aan de studie. Het onderzoek dossiers is goed uitgewerkt. Er zijn geen bezwaren tegen de studie.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

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

Dit gunstig advies betreft de indiening van 21-10-2023 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie 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.

De Commissie 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

Bibliografie

1. Van der Heyden J. GEBRUIK VAN GENEESMIDDELEN [Internet]. sciensano; 2018 [geciteerd 29 maart 2025]. Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/sites/default/files/dr_report_2018_nl_final.pdf

2. Fernández A, Gómez F, Curcio CL, Pineda E, Fernandes De Souza J. Prevalence and impact of potentially inappropriate medication on community-dwelling older adults. Biomédica. 19 maart 2021;41(1):111-22.

3. Kim J, Parish AL. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. Nurs Clin North Am. september 2017;52(3):457-68.

4. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. april 2019;67(4):674-94.

5. Salbu RL, Feuer J. A Closer Look at the 2015 Beers Criteria. J Pharm Pract. augustus 2017;30(4):419-24.

6. Goeminne C. START- en STOPPcriteria Leidraad bij het voorschrijven bij bejaarden. juni 2011;40(5).

7. Burke A, O'Driscoll M, Crowley EK, Dhubhlaing CN. Implementation and evaluation of STOPP/START criteria to address polypharmacy in older adults in an inpatient psychiatric setting. Explor Res Clin Soc Pharm. maart 2023;9:100245.

8. Lenaerts E, De Knijf F, Schoenmakers B. APPROPRIATE PRESCRIBING FOR OLDER PEOPLE: A NEW TOOL FOR THE GENERAL PRACTITIONER. J Frailty Aging. 2013;1-7.

9. Motter FR, Fritzen JS, Hilmer SN, Paniz ÉV, Paniz VMV. Potentially inappropriate medication in the elderly: a systematic review of validated explicit criteria. Eur J Clin Pharmacol. juni 2018;74(6):679-700.

10. 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.

11. Overeenkomst patiënt arts apotheker afbouw benzodiazepines | APB [Internet]. [geciteerd 29 maart 2025]. Beschikbaar op: https://www.apb.be/nl-BE/files/741ACD89-7DA3-42AB-8938-5BDA93C9F54A.pdf?title=overeenkomst-patient-arts-apotheker-afbouw-benzodiazepines

12. Neubauer DN. Pharmacotherapy for insomnia in adults [Internet]. Beschikbaar op: https://www-uptodate-com.kuleuven.e-bronnen.be/contents/pharmacotherapy-for-insomnia-in-adults?search=Pharmacotherapy%20for%20insomnia%20in%20adults%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

13. Bronskill SE, Campitelli MA, Iaboni A, Herrmann N, Guan J, Maclagan LC, e.a. Low-Dose Trazodone, Benzodiazepines, and Fall-Related Injuries in Nursing Homes: A Matched-Cohort Study. J Am Geriatr Soc. oktober 2018;66(10):1963-71.

14. Jaffer KY, Chang T, Vanle B, Dang J, Steiner AJ, Loera N, e.a. Trazodone for Insomnia: A Systematic Review. Innov Clin Neurosci. 2017;14(7-8):24-34.

15. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. J Clin Sleep Med. 15 februari 2017;13(02):307-49.

16. Palagyi A, Keay L, Harper J, Potter J, Lindley RI. Barricades and brickwalls – a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. BMC Geriatr. december 2016;16(1):15.

17. De Walsche B. Benzodiazepines en z-drugs als hypnoticum, wat loopt er mis? Een fenomenologisch kwalitatief onderzoek naar de perceptie van chronische gebruikers. [Internet]. KU Leuven; 2020. Beschikbaar op: file:///C:/Users/Admin/Downloads/DE%20WALSCHE_Bram_Benzodiazepines%20en%20z-drugs%20als%20hypnoticum,%20wat%20loopt%20er%20mis_%20Een%20fenomenologisch%20kwalitatief%20onderzoek%20naar%20de%20perceptie%20van%20chronische%20gebruikers..pdf_74d5b8a10eb8b251475aa40f41f03463%20(6).pdf

18. Van den Eynde PJ. Afbouw van benzodiazepines voor slaapproblemen in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar de achterliggende gedachten bij benzodiazepine- of Z-druggebruik bij insomnia. [Internet]. U.A.; Beschikbaar op: https://www.icho-info.be/application/content/downloadthesis/id/2111

19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. januari 2006;3(2):77-101.

20. Van Laethem M, G. J. Beckers D, A. E. Geurts S. Stress en slaapproblemen: piekeren als onderliggend mechanisme. Gedrag Organ [Internet]. 1 september 2020 [geciteerd 1 april 2025];33(3). Beschikbaar op: https://www.aup-online.com/content/journals/10.5117/2020.033.003.004

21. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, De Meyere M, e.a. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. Br J Gen Pract. 1 januari 2009;59(558):29-36.

22. 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.

23. J. Maes, I. De Volder, A. Van Gastel, J. Verbraecken. Nut van slaaphygiëne. Tijdschr Voor Geneeskd. 2018;(17):1131-42.

24. Yeom JW, Cho CH. Herbal and Natural Supplements for Improving Sleep: A Literature Review. Psychiatry Investig. 25 augustus 2024;21(8):810-21.

25. Nasiri Lari Z, Hajimonfarednejad M, Riasatian M, Abolhassanzadeh Z, Iraji A, Vojoud M, e.a. Efficacy of inhaled Lavandula angustifolia Mill. Essential oil on sleep quality, quality of life and metabolic control in patients with diabetes mellitus type II and insomnia. J Ethnopharmacol. april 2020;251:112560.

26. Universiteit Gent [Internet]. [geciteerd 30 maart 2025]. Afbouw chronisch gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen: nood aan brede aanpak. Beschikbaar op:

https://www.ugent.be/nl/actueel/persberichten/afbouw-chronisch-gebruik-slaap-en-kalmeringsmiddelen

27. Fixen DR, Farro SA, Shanbhag P, Parnes BL, Vejar MV. Multidisciplinary Approach to Deprescribing Sedative-Hypnotic Medications in Geriatric Primary Care. J Prim Care Community Health. januari 2022;13:21501319221103416.

28. Dragun T. Health behavior change and motivational interviewing. In: Lifestyle Medicine: the Roadmap to Our Best Possible Health. 2021. p. 33-52.

29. Coteur K, Van Nuland M, Schoenmakers B. Instrumenten voor benzomanagement: te weinig bekend en gebruikt? Afbouw van slaap- en kalmeermiddelen kan beter. 2022;(51):230-2.

30. Vansteenkiste K, Pauwelyn J, Anthierens S. Helpt een stopbrief om het gebruik van slaapmedicatie te verminderen? Resultaten van een kwaliteitsverbeterend project in twee huisartsenpraktijken. 2022;(51):86-9.

31. Ceulemans F. Apothekers begeleiden ruim 5500 patiënten bij afbouw slaapmiddelen. 2024; Beschikbaar op: https://www.apb.be/nl-BE/Artikel/afbouw-van-slaapmiddelen-apothekers-begeleiden-al-ruim-5500-patienten~1482NL