IMPACT VAN LOK-VORMINGEN OP DE AANPAK VAN INSOMNIA EN BENZODIAZEPINEAFBOUW BIJ VLAAMSE HUISARTSEN: EEN PRE-POST INTERVENTIESTUDIE

Emily Vanherf
Lena Beliën
Siel Delrue

Promotor: Dr. Ellen Van Leeuwen

Master of Family Medicine
Masterproef
Academiejaar: 2025 – 2026

Huisartsgeneeskunde

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.

Voorwoord

Als huisartsen in spe worden we in onze dagdagelijkse praktijk frequent geconfronteerd met patiënten die slaapproblemen ervaren. Tegelijk merken we zelf dat het niet altijd even eenvoudig is om hen hierin optimaal te begeleiden. Wij hechten veel belang aan evidence-based werken en we streven ernaar om medicalisering te kunnen vermijden waar mogelijk. Vanuit deze visie ontstond onze betrokkenheid bij dit pilootproject.

Dit project gaf ons de kans om het effect van LOK-vormingen rond insomnia en afbouw van benzodiazepines bij artsen te evalueren. Hiermee beogen we inzicht te krijgen in de meerwaarde van dergelijke vormingen binnen de huisartsenpraktijk en hopen we bij te dragen aan een meer kritische en onderbouwde aanpak van slaapproblemen.

Bij het schrijven van deze thesis hebben we gelukkig op de steun van verschillende mensen kunnen rekenen. Graag willen we hen hiervoor bedanken:
Eerst en vooral willen wij onze promotor dr. Ellen Van Leeuwen bedanken. Bedankt voor jouw enthousiasme voor dit project en voor de constructieve feedback en begeleiding tijdens het schrijfproces.
Daarnaast willen we Elisabeth Schelfout bedanken, die ons in 2024 en 2025 als copromotor heeft ondersteund.
Ook bedanken we het team ‘Psychofarmaca@UGent’ voor het opnemen van het organisatorische luik van dit project, namelijk het organiseren van de LOK-vormingen.
Tot slot willen we de artsen bedanken die deelnamen aan de LOK-vormingen en de tijd namen om onze vragenlijsten in te vullen.

Emily Vanherf, Lena Beliën, Siel Delrue,
Gent, april 2026

Inhoudstafel

Voorwoord 3
Inhoudstafel 4
Abstract 5
1. Inleiding 7
1.1 Definitie insomnia 7
1.2 De prevalentie van insomnia in de huisartsenpraktijk 8
1.3 Van herkenning tot interventie: diagnose en behandeling van insomnia 8
1.4 Medicalisering van slaapproblemen en afbouwen van benzodiazepines 10
1.5 De rol van het voorschrijfgedrag van artsen 11
2. Methodologie 13
2.1 Literatuuronderzoek 13
2.2 Eigen onderzoek 14
3. Resultaten 18
3.1 Literatuuronderzoek 18
3.2 Eigen onderzoek 24
4. Discussie 39
4.1 Samenvatting literatuuronderzoek 39
4.2 Samenvatting eigen onderzoek 39
4.3 Resultaten eigen onderzoek afgetoetst aan literatuuronderzoek 41
4.4 Sterktes en beperkingen bij het onderzoek 42
4.5 Implicaties voor de praktijk 43
4.6 Implicaties voor verder onderzoek 43
Conclusie 44
Referenties 45
Bijlages 48
Bijlage 1: Vragenlijst LOK Insomnia 48
Bijlage 2: Vragenlijst LOK Afbouw van benzodiazepines 51
Bijlage 3: Tevredenheidsmeting LOK Insomnia 55
Bijlage 4: Tevredenheidsmeting LOK Afbouw van benzodiazepines 56
Bijlage 5: Powerpointpresentatie LOK aanpak van insomnia 57
Bijlage 6: Powerpointpresentatie LOK afbouw van benzodiazepines 67

Abstract

Inleiding

Insomnia is een frequent voorkomend gezondheidsprobleem met belangrijke individuele en maatschappelijke gevolgen. In de eerstelijnszorg wordt insomnia nog vaak behandeld met benzodiazepines, ondanks de gekende risico's en de aanbeveling om niet-medicamenteuze interventies als eerste keuze te hanteren. Het voorschrijfgedrag van huisartsen wordt beïnvloed door kennis, attitude en ervaren drempels. Educatieve interventies, zoals LOK-vormingen (vormingen bij lokale kwaliteitsgroepen), kunnen een rol spelen in het ondersteunen van huisartsen bij een meer evidence-based aanpak.

Doelstelling - onderzoeksvragen

1) 'Wat zijn de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?'

2) 'Wat is het effect van educatieve interventies voor artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?'

3) 'Welke invloed hebben de LOK-vormingen 'Insomnia' en 'Afbouw van benzodiazepines' op de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit op het beleid van huisartsen bij patiënten met insomnia of bij de afbouw van benzodiazepines?'

Methode

De eerste twee vragen werden beantwoord aan de hand van literatuuronderzoek. Voor de derde onderzoeksvraag werd een prospectief interventioneel onderzoek uitgevoerd bij Vlaamse huisartsen in maart en april 2025. In deze pilootstudie werden drie LOK-vormingen georganiseerd: één rond insomnia en twee rond afbouw van benzodiazepines, en werd het effect van deze training nagegaan bij de deelnemende huisartsen. Vóór en drie maanden na de interventie werden vragenlijsten afgenomen waarin attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit werden geëvalueerd aan de hand van Likertschalen. Het verschil in de voor- en nameting werd geanalyseerd met de Wilcoxon signed-rank test. Daarnaast werd een tevredenheidsmeting direct na het volgen van een LOK afgenomen.

Resultaten

In totaal namen 36 huisartsen deel aan de drie LOK-vormingen. Bij de LOK insomnia (n=12) vulden negen artsen de voormeting in (75%) en vijf van de artsen vulden zowel de voor- als nameting in (41.7%). Bij de LOK-vormingen 'Afbouw met benzodiazepines' (n=24) vulden negentien artsen de voormeting (79.2%) en dertien van de deelnemende artsen vulden zowel de voor- als nameting in (54.2%).

Voorafgaand aan de LOK-vormingen waren huisartsen reeds gemotiveerd om insomnia niet-medicamenteus aan te pakken en benzodiazepines af te bouwen, maar ervaarden zij drempels zoals tijdsgebrek, beperkte kennis en een perceptie van verwachtingen bij patiënten. Met uitzondering van een significante toename in het comfort om het afbouwen van benzodiazepines te bespreken met patiënten, leidden de LOK-vormingen niet tot statistisch significante veranderingen in attitude, drempels, bereidheid of zelfeffectiviteit. Dit is mogelijks ten gevolge van de kleine steekproef en beperkt aantal ingevulde vragenlijsten. Wel werden positieve trends gezien in zelfeffectiviteit en implementatie van tools bij de aanpak van insomnia. De tevredenheid over de LOK-vormingen was overwegend hoog, al werd bij de LOK-vorming rond insomnia een gebrek aan praktische toepasbaarheid gerapporteerd.

Conclusie

Door de kleinschalige studieopzet en weinig aantal deelnemers aan de vragenlijsten kunnen geen sterke conclusies gemaakt worden. Literatuuronderzoek en een vragenlijst voorafgaand aan de LOK-vorming toont aan dat huisartsen vaak gemotiveerd zijn om insomnia op een niet-medicamenteuze manier aan te pakken, maar dat zij soms belangrijke praktische drempels ervaren. Eigen onderzoek suggereert dat LOK-vormingen een beperkte maar positieve invloed kunnen hebben op de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van huisartsen wat betreft de aanpak van insomnia en het afbouwen van benzodiazepines. Verdere grootschalige studies zijn nodig om de effectiviteit van dergelijke educatieve interventies te bevestigen en te optimaliseren. Het concept van LOK-vormingen is goed gekend bij Vlaamse huisartsen, wat opschaling van deze pilootstudie naar een groter aantal LOK-vormingen in de toekomst zeker mogelijk maakt. Hierbij is het van belang om op zoek te gaan naar methodes om deelnemers te motiveren de vragenlijsten in te vullen.

1. Inleiding

1.1 Definitie insomnia

Slaapproblemen behoren tot de meest voorkomende klachten in de volwassen bevolking en vormen een belangrijke reden voor huisartsenconsultaties. Uit de Belhealth-enquête van 2024 blijkt dat 42% van de volwassen Belgen een slechte slaapkwaliteit ervaart. In België gebruikt één op vijf van de bevolking slaap- of kalmeermiddelen. Vrouwen en patiënten met een lager opleidingsniveau hebben een grotere kans op slaapklachten [1].

Insomnia is de meest voorkomende slaapstoornis [2]. Volgens de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is insomnia een slaapstoornis die zich kenmerkt door drie keer of vaker per week klachten van slecht slapen met nadelige gevolgen overdag, zoals moeheid, verminderde concentratie, verhoogde irritatie. De diagnose insomnia kan niet gesteld worden als de slapeloosheid kan verklaard worden door louter externe factoren (zoals geluidshinder), andere medische of psychiatrische oorzaken, of andere slaapstoornissen (zoals narcolepsie, obstructief slaapapneu syndroom of restless legs syndroom) [3].

Insomnia wordt in de NHG-standaard beschouwd als een multifactoriële aandoening, waarbij predisponerende, uitlokkende en onderhoudende factoren een invloed hebben. Centraal in de pathofysiologie staat een situatie van verhoogde alertheid, die ontstaat door een uitlokkende factor, bijvoorbeeld lichamelijke klachten of stress. Hierdoor kan het brein moeilijk in slaapstand komen. Predisponerende factoren zijn stressgevoeligheid en slapeloosheid die familiaal voorkomen. Wanneer de uitlokkende factor wordt weggenomen gaat de slapeloosheid vaak over, maar bij ongeveer 40% van de patiënten wordt deze wel chronisch (arbitrair ≥ drie weken klachten). In dat geval neemt negatieve conditionering, waarbij het bed geassocieerd wordt met waakzaamheid in plaats van slaap, een meer centrale rol in. Bij negatieve conditionering ontstaat er een vicieuze cirkel: de spanning neemt toe doordat men niet kan slapen en er treden gedragsmatige veranderingen op (langer uitslapen, alcohol om in slaap te vallen etc.). Dit leidt tot het ontwikkelen van verkeerde slaapgewoonten [3,4].

Insomnia die onbehandeld blijft, geeft een hoger risico op cardiovasculaire aandoeningen, psychiatrische stoornissen, chronische pijn en verslavingsproblemen. Daarnaast zijn de maatschappelijke gevolgen aanzienlijk: verhoogd zorggebruik, absenteïsme, verminderde arbeidsprestaties, en een toename van verkeers- en werkgerelateerde ongevallen [1,2,4].

1.2 De prevalentie van insomnia in de huisartsenpraktijk

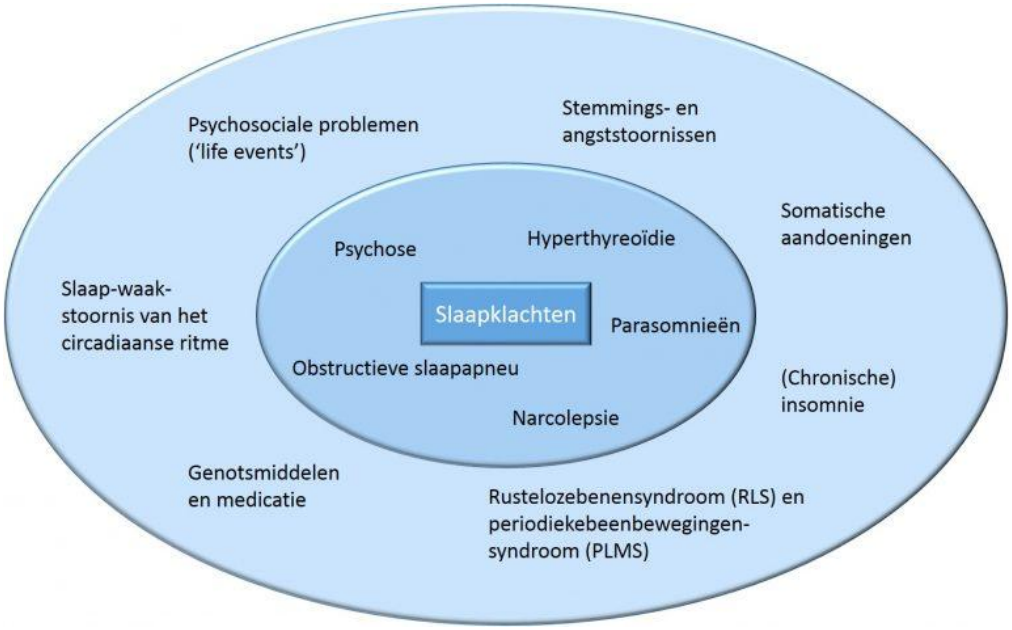
Slechts een minderheid van de patiënten met insomnia zoekt actief medische hulp. Veel patiënten normaliseren hun slaapproblemen door het te zien als iets tijdelijks of als een stress-gerelateerd symptoom [5]. Hierdoor blijft een aanzienlijk deel van de gevallen onder de radar van de gezondheidszorg. Dit vertaalt zich in een lagere geregistreerde prevalentie in de huisartsenpraktijk in vergelijking met de werkelijke prevalentie bij de algemene bevolking. Zo bedraagt de prevalentie van gediagnosticeerde insomnia in de huisartsenpraktijk 28 per 1000 patiënten per jaar [3].

Omgekeerd speelt de mate waarin huisartsen slaapklachten bevragen ook een rol. Internationale gegevens tonen aan dat ongeveer een derde van de artsen routinematig informeert naar slaapgewoonten en klachten [5,6]. De Domus Medica-richtlijn en de NHG-benadrukken het belang van een uitgebreide anamnese bij slaapproblemen. Slaapklachten dienen actief dienen bevraagd te worden bij consultaties waar slaap relevant kan zijn, bijvoorbeeld bij stressklachten, angst, depressieve symptomen en chronische somatische aandoeningen. Het onvoldoende gericht bevragen van slaapgewoonten als deel van een grondige anamnese, kan bijdragen aan onderdetectie van insomnia in de eerstelijnszorg [3,4].

Bovendien ervaren huisartsen dat de presentatie van insomnia bijna altijd multifactorieel is, waarbij psychische, sociale en somatische factoren elkaar beïnvloeden. Dit maakt diagnostiek en behandeling complex. Hierdoor worden slaapproblemen soms geminimaliseerd, impliciet geaccepteerd of pas laattijdig aangepakt [5,6].

1.3 Van herkenning tot interventie: diagnose en behandeling van insomnia

Hoewel insomnia een duidelijk afgebakende en klinisch herkenbare aandoening is met bestaande richtlijnen die een helder kader bieden, blijkt de implementatie van adequate diagnostiek en behandeling in de eerstelijnszorg regelmatig beperkt [5,6]. Een uitgebreide anamnese, ondersteund door gestandaardiseerde vragenlijsten en slaapdagboeken, maakt een betrouwbaar onderscheid tussen insomnia en andere slaapstoornissen (*Figuur 1*) nochtans mogelijk. Aanvullend technisch onderzoek zoals een polysomnografie is enkel aangewezen bij bijkomende slaapstoornissen of onvoldoende duidelijkheid. Insomnia is dus een diagnose die primair klinisch kan worden gesteld [4].



Figuur 1: Differentiaal diagnostisch landschap bij slaapklachten [7]

Niet-medicamenteuze interventies vormen de eerstekeusbehandeling volgens zowel de NHG-standaard als de Domus Medica richtlijn. Een eerste mogelijke niet-medicamenteuze interventie is het informeren over wat een 'normale' slaap inhoudt of het geven van slaaphygiëneadviezen. Dit zijn adviezen over gezonde slaapgewoonten [3,7].

Er zijn verschillende tools die kunnen gebruikt worden bij het vervolg van de behandeling. Deze staan online gebundeld op 'www.gebruikvanpsychofarmaca-gids.be'. Dit is een website die werd opgesteld in opdracht van de FOD Volksgezondheid, naar aanleiding van de campagnes rond goed gebruik van psychofarmaca. Een eerste mogelijke tool die kan gebruikt worden, is de balanstool. Het is een tool die de balans draaglast-draagkracht bevraagt en bekijkt wat de invloed is van persoonlijke kenmerken van de patiënt op deze balans. Het in kaart brengen van deze balans en dus mogelijke 'uitlokkende' of 'onderhoudende factoren van slechte slaap, kan nuttig zijn voor het geven van psycho-educatie over insomnia en het ontwikkelen van een gemeenschappelijke ziektetheorie tussen arts en patiënt [7].

Daarnaast kunnen ook enkele klachtgerichte interventies ingezet worden. Deze interventies richten zich op het doorbreken van disfunctionele slaapgewoonten en negatieve conditionering, waarbij het bed geassocieerd wordt met waakzaamheid in plaats van slaap. Door gedragsmatige aanpassingen wordt getracht de slaapdruk te herstellen en de vicieuze cirkel van slapeloosheid te doorbreken [2,4]. Een voorbeeld hiervan is het aanleren van ontspanningsoefeningen. Verder

kan ook de stimuluscontroletechniek gebruik worden. Hierbij leert de patiënt om ‘het bed’ opnieuw te associëren met slapen. Er wordt geadviseerd om enkel te gaan slapen als men vermoeid is en om bij slapeloosheid die langer dan dertig minuten duurt, op te staan en een rustige activiteit uit te voeren. Ook kunnen cognitieve technieken ingezet worden (al dan niet via verwijzing naar psychologische hulp). Tot slot kan ook de slaaprestrictietechniek toegepast worden. Hierbij wordt aan de patiënt geadviseerd om de tijd in bed te verkorten. De bedoeling is dat hierdoor hun slaperigheid vergroot, waardoor de patiënten sneller in slaap vallen, langer kunnen doorslapen en de vicieuze cirkel van slapeloosheid kunnen doorbreken [3,7].

In de praktijk worden deze mogelijke aanpakken het best afgestemd op de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt (ICE) met gebruik van motivationele gespreksvoering om therapietrouw te bevorderen [4].

1.4 Medicalisering van slaapproblemen en afbouwen van benzodiazepines

In 2022 kregen meer dan twee miljoen Belgen minstens één voorschrift voor slaap- en kalmeermedicatie, voornamelijk bestaande uit benzodiazepines en Z-producten, vaak langdurig en buiten de oorspronkelijke indicatie waarvoor de middelen bedoeld zijn. Het merendeel van deze voorschriften is afkomstig van huisartsen. Zo werd in 2022 83% van de voorschriften door huisartsen voorgeschreven [8]. Deze problematiek kan niet alleen verklaard worden door individuele voorschrijfbeslissingen, maar moet begrepen worden binnen een bredere historische en maatschappelijke context. Sinds de introductie van benzodiazepines in de jaren 1950 en 1960 kenden ze een sterke toename in gebruik, waardoor zij een wijdverspreide behandeling werden voor klachten zoals stress, slapeloosheid en angst. Binnen deze evolutie werd een slaapklacht steeds vaker benaderd als een symptoom dat snel moet opgelost worden, in plaats van het te herkennen als een signaal van onderliggende psychosociale problematiek [9]. De NHG- en de Domus Medica-richtlijnen benadrukken dat benzodiazepines en aanverwante sedativa slechts een kortdurend slaapbevorderend effect hebben en geen behandeling bieden voor de onderliggende oorzaken van insomnia. Het gebruik gaat gepaard met belangrijke bijwerkingen, waaronder sedatie overdag, cognitieve en psychomotorische stoornissen en een verhoogd risico op vallen en verkeersongevallen. Daarnaast treedt bij langdurig gebruik tolerantie op, wat leidt tot afnemende effectiviteit en een verhoogd risico op afhankelijkheid en ontwenningsverschijnselen zoals angst, onrust en verergerde slaapproblemen [3,4]. Niet-medicamenteuze alternatieven worden nog onvoldoende systematisch ingezet, waardoor medicamenteuze behandeling frequent blijft, met vermijdbare risico’s voor de patiënt als gevolg [5,6].

Volgens de geldende richtlijnen in Vlaanderen van NHG en Domus Medica dient het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen dan ook strikt beperkt te worden tot uitzonderlijke situaties met uitgesproken lijdensdruk. Het voorschrijven dient steeds kortdurend te zijn (enkele dagen tot maximaal één week), met duidelijke evaluatie en een vooraf besproken afbouwstrategie. Alleen kortwerkende slaapmiddelen worden aanbevolen [3,4].

Bij slapeloosheid en gebruik van minder dan één maand wordt een directe stop van benzodiazepines geadviseerd. Bij langdurig gebruik (meer dan één maand volgens de NHG-standaard) wordt bij een geschikte gelegenheid, medicatie-educatie te geven. Als patiënten minder dan één standaarddagdosering gebruiken, wordt als eerste stap de stopbrief aanbevolen. Dit is een minimale interventiestrategie waarbij patiënten een brief ontvangen met praktische aanwijzingen over hoe ze de medicatie moeten afbouwen. Hierbij wordt een geleidelijke dosisreductie aanbevolen. Deze minimale-interventiestrategie zorgt ervoor dat in die groep 30-50% van de patiënten kan stoppen met de medicatie. Wanneer patiënten meer dan één standaarddagdosering gebruiken, de stopbrief geen effect heeft, of patiënten aanvullende begeleiding wensen, wordt een gereguleerde dosisreductiemethode aangeraden. Via deze methode wordt de weekdosis wekelijks verminderd met 25%, de laatste twee weken eventueel met 12,5% per week. In overleg met de patiënt kan ervoor gekozen worden om al dan niet sneller of trager af te bouwen. Een alternatieve optie bij diezelfde groep patiënten is om het benzodiazepine te switchen naar een gelijkaardige dosis diazepam, waarna ook hier deze dosis wekelijks met 25% verminderd wordt. Voordeel is dat diazepam door de langere halfwaardetijd mogelijks minder ontwenningsverschijnselen geeft. Nadelig is dat deze langere halfwaardetijd mogelijks meer slaperigheid overdag kan geven [3,4,10].

In België bestaat er sinds 2023 een afbouwprogramma voor benzodiazepines waarbij er een overeenkomst wordt afgesloten tussen arts, apotheker en een patiënt die minstens drie maanden benzodiazepines voor insomnia gebruikt. Via dit afbouwprogramma kan het gebruik van benzodiazepines stapsgewijs afgebouwd worden door middel van magistrale bereidingen. Hierbij betaalt de patiënt enkel voor de medicatiedoos, maar niet voor de aparte magistrale bereidingen [11].

1.5 De rol van het voorschrijfgedrag van artsen

Een eerste voorschrift kan het begin vormen van velen, waardoor het begrijpen van de determinanten van voorschrijfgedrag essentieel is. De houding van artsen heeft een grote invloed

op de therapietrouw van patiënten. Zo blijkt dat patiënten meer bereid zijn om benzodiazepines af te bouwen wanneer ze vertrouwen hebben in hun arts en zich gesteund voelen in het proces [12].

Onderzoek toont aan dat het voorschrijven van benzodiazepines niet alleen bepaald wordt door de kennis van artsen. In 2024 werd een systematische review gepubliceerd waarin men onderzocht welke factoren het voorschrijfgedrag van huisartsen beïnvloeden. Hierin kwam naar voor dat deze beslissing wordt beïnvloed door een complex samenspel van attitudes en percepties van de arts en verschillende organisatorische factoren [13,14]. Educatieve interventies voor artsen moeten hierdoor niet alleen focussen op kennisoverdracht, maar ook op het versterken van attitude, zelfvertrouwen en praktische vaardigheden wat betreft niet-medicamenteuze interventies bij insomnia en veilige afbouw van benzodiazepines [13,15].

Dit legt de focus van deze thesis uit: het onderzoeken van de impact van educatieve interventies onder de vorm van ‘LOK’s’ ofwel ‘lokale kwaliteitsgroepen’ die huisartsen kunnen ondersteunen bij het verantwoord afbouwen van benzodiazepines en het systematisch inzetten van niet-medicamenteuze strategieën bij insomnia. Naar aanleiding van bovenstaand beschreven onderzoek wat betreft voorschrijffactoren, werd als uitkomstmaat dan ook gekozen voor ‘de attitude van artsen over aanpak bij insomnia, bereidheid en drempels om niet-medicamenteuze adviezen te geven of benzodiazepines af te bouwen, en tot slot de zelfeffectiviteit van artsen (met name hoe zij hun eigen kennis en vaardigheden in de klinische praktijk inschatten).

2. Methodologie

2.1 Literatuuronderzoek

De **twee onderzoeksvragen** tijdens het literatuuronderzoek waren:

1. *'Wat zijn de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?'*
2. *'Wat is het effect van educatieve interventies voor artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?'*

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd een literatuuronderzoek uitgevoerd via de databank PubMed. Voor de eerste onderzoeksvraag werden volgende MeSH-termen gebruikt: 'self efficacy', 'self report', 'practice patterns, physicians', 'benzodiazepines', 'sleep initiation and maintenance disorders' en 'design, questionnaire'. Bij de selectie van de artikels werden vooraf gedefinieerde inclusie- en exclusiecriteria toegepast. Er werden enkel studies geïncludeerd die inzicht gaven in de attitude, drempels, bereidheid of zelfeffectiviteit van artsen om niet-medicamenteuze adviezen te geven of benzodiazepines af te bouwen. Daarnaast werd uitsluitend onderzoek geïncludeerd dat uitgevoerd werd bij artsen; studies die zich richten op de perceptie van patiënten werden uitgesloten. Tot slot werden louter studies opgenomen waarin benzodiazepines als slaapmedicatie werden besproken. Studies die zich uitsluitend richten op andere vormen van slaapmedicatie, zoals melatonine of z-drugs, werden niet geïncludeerd.

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden, werden de MeSH-termen 'practice patterns, physicians', 'benzodiazepines', 'sleep initiation and maintenance disorders', 'teaching' en 'education, medical' gebruikt. Het doel hierbij was om artikels te includeren die het effect van eerdere educatieve interventies onderzochten. Ook hier werden enkel studies bij artsen en studies naar benzodiazepines (of combinatie met andere slaapmedicatie) geïncludeerd. Aanvullend werden studies met multicomponent educatieve interventies uitgesloten, aangezien de focus lag op onderzoeken met een low-resource educatieve interventie.

De combinatie van de gehanteerde MeSH-termen resulteerde initieel in 449 artikels. Een eerste literatuurzoektocht werd uitgevoerd op 4 juni 2024, waarbij de nadruk lag op studies over de afbouw van benzodiazepines. Op 4 februari 2026 werd de zoekstrategie herhaald, met een verschuiving van de focus naar de aanpak van insomnia. In beide fasen werden titels en abstracts systematisch gescreend aan de hand van de vooropgestelde in- en exclusiecriteria. Aanvullend werd de zogenaamde *snowball search*-methode toegepast, waarbij de referentielijsten van geselecteerde artikels werden nagegaan. Dit leidde tot de selectie van zes bijkomende relevante

studies. Enkel artikels waarvan de volledige tekst beschikbaar was (en niet onder pay wall), werden uiteindelijk geïncludeerd.

Op basis van deze methodologie werden in totaal 23 relevante artikels geselecteerd, gepubliceerd in de periode van 1996 tot 2024.

2.2 Eigen onderzoek

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor medische ethiek (referentienummer ONZ-2024-0571) van het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent).

De **onderzoeksvraag** van het eigen onderzoek is als volgt:

'Welke invloed hebben de LOK-vormingen 'Insomnia' en 'Afbouw van benzodiazepines' op de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit op het beleid van huisartsen bij patiënten met insomnia of bij de afbouw van benzodiazepines?'

Voor dit onderzoek werden LOK-vormingen gegeven en werden er op verschillende tijdstippen vragenlijsten afgenomen bij de deelnemende huisartsen.

2.2.1 Interventie: LOK-vormingen

Een 'LOK', ofwel 'lokale kwaliteitsgroep', is een groep van minimaal acht en maximaal vijventwintig artsen die op regelmatige basis (minimum vier keer per jaar) samenkomen. Tijdens een LOK worden vakinhoudelijke onderwerpen besproken, worden er ervaringen uitgewisseld en wordt hun praktijkvoering op basis van peer review kritisch beoordeeld. Op die manier spelen LOK-groepen een belangrijke educatieve rol in de nascholing en kwaliteitsverbetering van de huisartsgeneeskunde. Voor de accreditatie is elke huisarts verplicht om deel te nemen aan een LOK-groep en moet men minimum twee keer per jaar een LOK bijwonen [16,17].

Voor het project van deze thesis werden twee LOK-vormingen opgesteld: 'De niet-medicamenteuze aanpak van insomnia in de huisartsenpraktijk' en 'Het afbouwen van benzodiazepines in de huisartsenpraktijk'. De LOK-vormingen werden ontwikkeld door 'Psychofarmaca@UGent'. Dit team aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van Universiteit Gent heeft expertise in het verantwoord gebruik van psychofarmaca. De vormingen zijn gebaseerd op bestaande richtlijnen van o.a. Domus Medica [3]. In dit pilootonderzoek werd het effect nagegaan van deze twee nieuwe LOK- vormingen. Deze evaluatie dient om de LOK-vormingen te optimaliseren voor een volgend project waarbij deze op grotere schaal worden gegeven (in samenwerking met de FOD Volksgezondheid).

De LOK-vorming rond insomnia geeft eerst een theoretische inleiding over slaap, het ontstaan van slaapproblemen en het definiëren van soorten slaapstoornissen. Er wordt vervolgens dieper ingegaan op hoe huisartsen erin kunnen slagen om de slaapklachten, hun invloed op het dagelijks functioneren en onderliggende fouten in slaaphygiëne te exploreren bij een patiënt. Hierna wordt uitgelegd hoe psycho-educatie rond slaap kan gegeven worden en hoe de bekomen informatie uit de anamnese kan geïntegreerd worden in een begrijpelijke, onderbouwde uitleg met concrete niet-medicamenteuze adviezen rond slaaphygiëne. Tot slot wordt er wegwijs gemaakt in de beschikbare tools (informatiebrochures, e-learnings) en doorverwijsopties.

In de LOK-vorming rond afbouw van benzodiazepines wordt eerst kennisgemaakt met de huidige cijfers wat betreft voorschrijfgedrag van benzodiazepines in België. De voor- en nadelen van benzodiazepines worden geëxploreerd. Hierna wordt dieper ingegaan op het gebruik van motivationele gespreksvoering bij het afbouwconsult. Er worden communicatieadviezen en tools aangereikt die afgestemd zijn op de fase waarin een patiënt zich situeert in de motivatiecirkel (vb. balanstool, stopbrief etc.). Finaal worden concrete stappenplannen gegeven voor het afbouwen van benzodiazepines en wordt ook de samenwerking met apothekers en psychologen bij dit proces belicht. De presentaties die gebruikt werden tijdens de LOK-vormingen zijn terug te vinden in bijlage.

De LOK-vormingen werden telkens gegeven door een huisarts en een psycholoog. Dit duo presenteert de LOK-vorming en brengt de inhoud van de bijscholing op een interactieve manier om deze toepasbaar te maken en te vertalen naar de dagdagelijkse huisartsenpraktijk. Doel van de LOK-vormingen is om de inhoud te kunnen implementeren in de huisartsenpraktijk met een hopelijk positief effect op kennis, attitude, vaardigheden en zelfeffectiviteit bij de aanpak in de huisartspraktijk. Zoals ook aangehaald in de inleiding was het op die manier de bedoeling om niet louter te focussen op de overdracht van kennis. Eerder onderzoek toonde namelijk aan dat inzetten op attitude en perceptie invloed kan hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

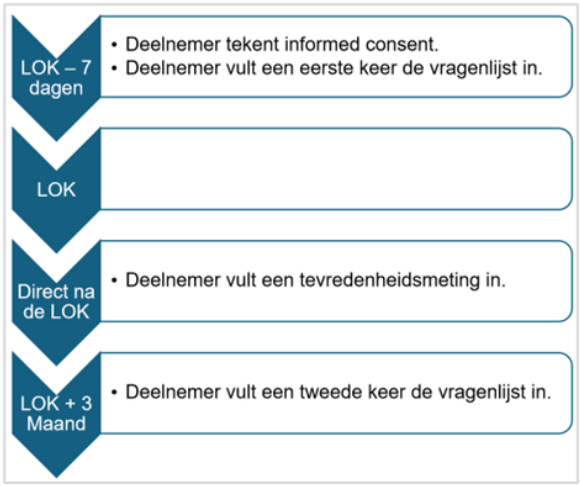
2.2.2 Studiepopulatie

De populatie in dit onderzoek bestond uit Vlaamse huisartsen die enerzijds op het moment van deelname werkzaam waren in een huisartsenpraktijk, en anderzijds deel hebben genomen aan de LOK-vorming ‘Aanpak van insomnia in de huisartsenpraktijk’ of aan de LOK-vorming ‘Afbouw van benzodiazepines’. Voor deze pilootstudie werd vooraf gekozen om drie LOK-vormingen te geven, twee over de afbouw van benzodiazepines en één over de aanpak insomnia.

Er werd een zoekertje verspreid via de Domus Medica nieuwsbrief. Indien er interesse was voor één van de LOK-vormingen, kon de verantwoordelijke van de LOK-groep contact opnemen om dit in te plannen. De e-mailadressen van huisartsen die zich inschreven voor deze LOK-vorming werden verzameld en vervolgens werd er per e-mail een uitnodiging verzonden om deel te nemen aan het onderzoek, dat gekoppeld was aan de LOK-training.

2.2.3 Onderzoeksopzet: vragenlijsten en tevredenheidsmeting

De studie is een interventioneel prospectief onderzoek. Er werd gebruik gemaakt van **vragenlijsten**. Deze werden twee keer afgenomen bij de deelnemers, een eerste keer zeven dagen voor de LOK-vorming (voormeting) en een tweede keer drie maand na de vorming (nameting). De vragenlijsten werden telkens via mail doorgestuurd naar de deelnemers. Deelnemers die de vragenlijst niet invulden, kregen tot drie reminders via mail met telkens enkele dagen interval tussen de reminders. Op die manier werd getracht zoveel mogelijk huisartsen te includeren in het onderzoek. Door dezelfde vragenlijst een tweede keer af te nemen na drie maanden, beoogden we de invloed van de vorming op langere termijn na te gaan. Dit is maatschappelijk relevant, aangezien deze vormingen in een volgend project worden gefinancierd door de FOD Volksgezondheid.



Figuur 2: Onderzoeksopzet

In de vragenlijsten worden vijf verschillende topics bevraagd. Het eerste topic bevraagt de algemene attitude en visie van de deelnemende huisartsen aan de hand van stellingen over het beleid bij insomnia en het afbouwen van benzodiazepines. Het tweede topic exploreert de drempels die huisartsen ervaren bij hun beleid. De vragen bij dit onderdeel werden opgesteld aan de hand van het voorafgaand literatuuronderzoek naar voorschrijffactoren (zie hoofdstuk 3. 'Resultaten'). Ten derde wordt de bereidheid en zelfeffectiviteit van huisartsen bevraagd. Bereidheid staat voor de mate waarin huisartsen al inspanningen hebben geleverd of in de toekomst overwegen om insomnia niet-medicamenteus te behandelen en/of benzodiazepines af te bouwen. In de vragen rond zelfeffectiviteit wordt dieper ingegaan op hoe huisartsen hun eigen vaardigheden inschatten. Bij deze eerste drie topics moet er telkens een keuze gemaakt worden tussen vijf keuzeopties (van helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord). Als vierde topic wordt gepeild in welke mate de aangereikte tools uit de LOK-training gebruikt worden in de praktijk ('nog

nooit gebruikt' tot 'frequent gebruikt') en tot slot wordt als vijfde topic de algemene informatie van de deelnemende huisarts bevraagd (leeftijd, geslacht, hoeveel jaar werkervaring…).

Door te werken met behulp van een 5-punts Likertschaal, kan een vergelijking opgemaakt worden tussen de voor- en nameting en het effect van de vorming nagegaan worden. De vragenlijsten bevatten elk 37 vragen en zijn opgenomen in *Bijlage 1* en *Bijlage 2* .

Voorafgaand en gekoppeld aan de vragenlijst die zeven dagen voor de vorming wordt afgenomen, werd informed consent gevraagd aan de huisartsen met behulp van een **ICF**-formulier. Na het geven van toestemming kreeg de deelnemer toegang tot de vragenlijst via het REDCap-platform (zie 2.2.4). Direct na de vorming werd tot slot ook een **tevredenheidsmeting** afgenomen bij de deelnemers. Hierin wordt aan de hand van tien open vragen of meerkeuzevragen gepeild naar de algemene tevredenheid van de deelnemende huisartsen wat betreft de inhoud en interactie van de LOK en toepasbaarheid van de informatie in de praktijk. De tevredenheidsmetingen zijn terug te vinden in *Bijlage 3* en *Bijlage 4*.

2.2.4 Dataverzameling: REDCap

REDCap is een GDPR-proof elektronisch platform met dataverzameling als doel. Hiermee werden vragenlijsten online opgesteld. Een elektronische link naar de vragenlijst werd via REDCap naar de deelnemers gemaild vanuit het mailadres van de onderzoeksgroep Psychofarmaca@Ugent (psychofarmaca@ugent.be). Via REDCap werden uiteindelijk ook de antwoorden van de deelnemers en de resultaten verzameld. De database werd gepseudonimiseerd zodat de identiteit van de deelnemende huisarts apart werd gehouden van de data.

2.2.5 Data-analyse: SPSS

Met behulp van SPSS-versie 31 werden de opgestelde vragenlijsten geanalyseerd. De antwoorden van de voor-en nameting werden met elkaar vergeleken. Er werd gebruik gemaakt van de Wilcoxon matched-pair signed-rank test. Hierbij werd een betrouwbaarheidsinterval van 95% en een significantieniveau van 0.05 gehanteerd. Er werd voor deze test gekozen om het verschil te zien tussen elke gepaarde (voor- versus nameting) ordinale variabele (volgens de 5-punts Likertschaal) bij dezelfde groep huisartsen, waarbij geen normale verdeling verwacht wordt.

3. Resultaten

3.1 Literatuuronderzoek

Tabel 1 en 2 geven een overzicht weer van de artikels die na literatuuronderzoek werden bekomen en de bijhorende onderzoeksvraag.

3.1.1 Wat zijn de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?

Aan de hand van deze artikels werd nagegaan wat de literatuur beschrijft over de attitude, voorschrijffactoren, bereidheid en zelfeffectiviteit van artsen bij de aanpak van insomnia. Deze inzichten werden gebruikt bij het opstellen van de vragenlijsten en bij de interpretatie van de resultaten.

Titel	Jaar / Land	Populatie	Onderzoeksvraag	Datacollectie
1.1 Insomnia				
Study on insomnia treatment by family physicians	1996 Canada	484 GPs	To describe treatment of insomnia in general practice and to identify family physicians' training needs in this area.	Questionnaire
Managing insomnia in the elderly - what prevents us using non-drug options?	2003 Australië	209 GPs	To identify strategies needed to increase use of non-drug interventions in the management of insomnia in the elderly.	Questionnaire
Primary health care practitioner perspectives on the management of insomnia: a pilot study	2014 Australië	8 GPs and 14 pharmacists	To explore primary care health practitioners' perspectives on the management of insomnia.	Questionnaire, semi-structured interviews
GPs' management strategies for patients with insomnia: a survey and qualitative interview study	2014 Verenigd Koninkrijk	296 GPs	To gain an understanding of current GP management strategies for insomnia.	Questionnaire and qualitative interviews
Attitudes to insomnia by Primary Care physicians of Majorca (Spain)	2016 Spanje	435 physicians	To describe the current clinical management of insomnia by family physicians.	Questionnaire
Perceptions of physicians in Saudi Arabia on the use of international clinical guidelines for managing primary insomnia	2019 Saoudi-Arabië	15 physicians	To explore the knowledge, perceptions, and attitudes of physicians practising in Saudi Arabia about using international guidelines for managing insomnia.	In-depth semi-structured interviews
Knowledge, attitude, and practice of chronic insomnia management among general practitioners in China: a cross-sectional survey	2024 China	420 GPs	To evaluate the knowledge, attitudes, and practices of insomnia care among Chinese GPs and to provide recommendations for improvement.	Questionnaire
Treatment strategies for insomnia in Japanese primary care physicians' practice: A Web-based questionnaire survey	2024 Japan	117 GPs	To evaluate the management strategies for insomnia of Japanese primary care practitioners.	Questionnaire

Tabel 1: Literatuuronderzoek – overzicht artikels: 'Wat zijn de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?'

Titel	Jaar / Land	Populatie	Onderzoeksvraag	Datacollectie
1.2 Afbouw van benzodiazepines				
Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: a survey among general practitioners practicing in northern Thailand	2005 Thailand	100 GPs	To evaluate benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes in general practitioners.	Questionnaire
Psychological determinants of the intention to educate patients about benzodiazepines	2008 Nederland	339 GPs and 149 pharmacists	To evaluate which psychological factors (i.e., beliefs, outcome expectation, social norm and self-efficacy) predict the intention to educate patients about the disadvantages of benzodiazepines	Questionnaire
General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing:Systematic review and meta-synthesis	2013 Europa	8 papers included	To explore clinicians' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing to build an explanatory model of processes underlying current prescribing practices.	Systematic review (1990-2011)
Physicians' beliefs and attitudes about Benzodiazepines: a cross-sectional study	2015 Portugal	329 physicians	To characterize beliefs and attitudes of Portuguese physicians regarding the prescription, management challenges, benefits, risks and withdrawal effects of BZD.	Questionnaire
Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perceptions and possible levers for change	2019 Duitsland	4 focus groups consisting of 28 participants	To investigate the views of patients, physicians, nurses, and pharmacists regarding long-term BZD and Z drug use.	Group interviews
Role of the prescriber in supporting patients to discontinue benzodiazepines: a qualitative study	2021 Australië	22 long-term users of BZD (≥6 months	To investigate patients' perception of their prescriber's influence on ceasing BZD use, including their willingness to take their advice, and to understand how a patient's stage of change influences the barriers and facilitators they perceive to discontinuing BZDs.	Questionnaire, semi-structured interviews
1.3 Insomnia en afbouw van benzodiazepines				
Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia: family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing	2010 België	948 GPs	To explore the attitudes of FPs toward benzodiazepine (BZD) prescribing and the perceived barriers to nonpharmacologic approaches to managing stress, anxiety, and insomnia	Questionnaire

Tabel 1 - vervolg: Literatuuronderzoek – overzicht artikels: 'Wat zijn de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?'

3.1.1.1 Attitude over de aanpak van insomnia en voorschrijven van benzodiazepines

Huisartsen ervaren de diagnose en behandeling van insomnia als een deel van hun job. Ze voelen zich als vertrouwenspersoon ideaal geplaatst om hun kennis over de patiënt en diens persoonlijkheid in te zetten in een behandelingsplan [18,19]. Een Belgische studie waarbij vragenlijsten werden afgenomen bij meer dan 900 huisartsen beschreef dat 39% het voorschrijven van benzodiazepines niet als een probleem zag in de huisartsenpraktijk. 17% van de artsen kende de risico's van het voorschrijven van slaapmedicatie maar vond het niet hun taak als huisarts om niet-medicamenteuze adviezen te geven en 44% van de artsen stond wel open voor het geven van niet-medicamenteuze adviezen, maar ervaarde hierbij drempels. Hoe jonger de artsen, hoe meer terughoudend men was met het voorschrijven van slaapmedicatie.

Opvallend was dat, ondanks de verschillende visies op slaapmedicatie, 97% van de artsen wel het idee had dat niet-medicamenteuze behandelingsopties bij insomnia baat kunnen hebben. Eén op vier schreef langdurig benzodiazepines voor, indien er geen invloed was op het functioneren of er geen gerapporteerde bijwerkingen waren [18]. Een cross-sectionele observationele studie van meer dan 300 artsen in Portugal liet zien dat 58% van de artsen benzodiazepines langdurig voorschreef, mits er geen bijwerkingen optraden [20].

3.1.1.2 Beleid bij insomnia

Verschillende onderzoeken tonen aan dat wanneer artsen niet-medicamenteuze adviezen geven bij slaapproblemen, de nadruk voornamelijk ligt op slaaphygiëne. Hoewel cognitieve gedragstherapie als een effectieve behandeling voor insomnia wordt beschouwd, passen artsen deze therapie zelden zelf toe en wordt er beperkt doorverwezen voor cognitieve gedragstherapie [19,21–25].

3.1.1.3 Voorschrijffactoren bij het voorschrijven van benzodiazepines

Uit literatuuronderzoek komen verschillende factoren naar voor die het voorschrijfgedrag van artsen beïnvloeden. Een eerste argument waarom artsen wel benzodiazepines voorschrijven, is de perceptie dat benzodiazepines voor sommige patiënten noodzakelijk zijn om het dagelijks functioneren te behouden. Vooral wanneer patiënten kampen met bijkomende persoonlijke of professionele problemen, wordt het voorschrift soms als gerechtvaardigd beschouwd vanwege het vermeende tijdelijke voordeel voor de patiënt. Een tweede reden die frequent in onderzoeken naar boven komt, is de invloed van het voorschrijfgedrag op de arts-patiëntrelatie. Artsen kunnen het gevoel hebben dat patiënten verwachten dat ze slaapmedicatie voorschrijven en voelen zich vaak onder druk gezet tot het voorschrijven van benzodiazepines. Ten derde kunnen artsen psychosociale consultaties soms als stressvol ervaren of kunnen ze zich machteloos voelen bij dergelijke consultaties. Een medicamenteuze oplossing kan dan aanvoelen als een concrete manier om patiënten te helpen of als een vorm van empathie [13,21,26,27]. Vervolgens spelen ook praktische overwegingen een rol. Enerzijds ervaren sommige artsen tijdsdruk tijdens hun consulten. Een patiënt overtuigen van een niet-medicamenteuze behandelingswijze wordt vaak als tijdrovend ervaren, terwijl een voorschrift voor velen als een snellere oplossing gezien wordt. Anthierens et. al beschreven na het afnemen van vragenlijsten bij meer dan 900 Belgische huisartsen, dat één op de twee huisartsen het aanreiken van niet-medicamenteuze adviezen te tijdsintensief vindt. Anderzijds werd in deze studie beschreven dat het gevoel van kennis voor niet-medicamenteuze alternatieven bij huisartsen een beïnvloedende factor kan zijn. Sommige huisartsen zullen namelijk sneller niet-medicamenteuze adviezen aanbieden als ze zich capabel voelen om deze uit te leggen [18].

Tot slot kunnen artsen ook drempels ervaren op vlak van multidisciplinaire samenwerking. Een goede communicatie tussen gezondheidszorgprofessionals is essentieel voor zorgcontinuïteit. Samenwerking tussen huisarts en andere zorgverleners, zoals apothekers of psychologen, kan bijdragen aan kwalitatieve en geïntegreerde zorg. De organisatie van het gezondheidszorgsysteem speelt hierbij een belangrijke rol: de mate waarin laagdrempelig kan worden doorverwezen, bijvoorbeeld naar psychologen voor cognitieve gedragstherapie, beïnvloedt in belangrijke mate de keuze voor niet-medicamenteuze behandelopties. Dergelijke doorverwijzingen worden door artsen echter niet zelden als duur of onvoldoende toegankelijk voor de patiënt ervaren [13,21,22,27,28].

Omgekeerd zijn er ook factoren die het behandelen van insomnia op een niet-medicamenteuze manier positief beïnvloeden: een proactieve patiënt die vragen stelt aan de arts over niet-medicamenteuze opties, zou de drempel tot het geven van deze alternatieven bij sommige artsen verlagen. Nog meer educatie over het scala aan niet-medicamenteuze maatregelen, het aanreiken van een stappenplan om dergelijke consultaties te voeren, de beschikbaarheid van educatiemateriaal (bijvoorbeeld brochures) voor patiënten, zou voor een aantal artsen een meerwaarde zijn [26].

3.1.2. Wat is het effect van educatieve interventies voor artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?

Er zijn nog maar weinig studies die een low resource, educatieve interventie, louter bij artsen onderzoeken; na het literatuuronderzoek selecteerden we zes onderzoeken. Bij vijf van de studies is het primair eindpunt het kwantitatief voorschrijfgedrag van artsen. Omgekeerd is er slechts beperkt onderzoek (twee studies) dat aan de slag gaat met de perceptie en attitudes van artsen na het uitvoeren van een educatieve interventie. De gevonden educatieve interventies kunnen onderverdeeld worden in vier categorieën: workshops, e-learnings, informatieve praktijkbezoeken en een categorie waarbij artsen review en feedback kregen van hun voorschrijfgedrag [29–34]. De resultaten hierbij waren wisselend.

3.1.2.1 Workshop/training

Er werden drie studies teruggevonden waarvan één een significant effect aantoonde na interventie. In Duitsland werd in 2002 een studie uitgevoerd met een randomized control group design bij 16 artsen aan wie elk 100 à 150 patiënten werden toegewezen. Artsen kregen een workshop over diagnostiek en niet-medicamenteuze behandeling van insomnia. Na de workshop was er een toename van correcte diagnosestelling van slaapproblematiek (van 37,9 naar 71,5%) ten opzichte van de controlegroep. Er was een lichte toename, maar geen significant verschil van

gebruik van niet-medicamenteuze adviezen bij insomnia. Huisartsen verwezen voornamelijk door naar psychotherapie/slaapklinieken en behandelden zelf weinig op een niet-medicamenteuze manier [34]. Een onderzoek in de Verenigde Staten dat een simulatietraining uitvoerde bij 40 artsen in opleiding in een ziekenhuissetting en dit vergeleek met een controlegroep, toonde geen duidelijk verschil in aantal voorschriften na drie maanden [30].

In Spanje werd in 2022 een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) uitgevoerd die wel een significant verschil toonde in het aantal benzodiazepinevoorschriften na interventie. Vicens et al. [32] verdeelden patiënten en artsen in drie groepen: een controlegroep en twee groepen die een workshop kregen met als focus patiënteducatie en het geven van informatie over het afbouwen van slaapmedicatie. Elke groep bestond uit een 21-tal artsen aan wie een 8-tal patiënten werd toegewezen. Eén van de twee interventiegroepen moest na een eerste consultatie schriftelijke adviezen meegeven met de patiënt om verder af te bouwen. De andere groep moest follow-up consultaties inplannen. In beide groepen waren er twaalf maanden later drie keer meer patiënten gestopt met hun slaapmedicatie (45%) dan in de controlegroep (15%). De schriftelijke follow-up instructies hadden dus een gelijkaardig effect in vergelijking met follow-up consultaties [32].

Titel	Jaar/ Land	Populatie	Onderzoeks-vraag	Interventie
2.1 Insomnia				
Short-term training increases diagnostic and treatment rate for insomnia in general practice	2002 Duitsland	16 GPs/practices. 100-150 patients/practice	To evaluate the effect of short-term training of general practitioners (GPs) on their diagnosis and treatment of chronic insomnia	A three-step randomized control group design: After baseline evaluation (T1) a group of nine GPs underwent a training of half a day, while seven GPs served as a control group. The diagnostic and therapeutic handling of insomnia patients was reevaluated under obligatory use of a structured diagnostic questionnaire (T2) and under optional use of it (T3).
Teaching young GPs to cope with psychosocial consultations without prescribing: a durable impact of an e-module on determinants of benzodiazepines prescribing	2017 België	121 GPs	To evaluate the impact of an e-module on psychological determinants and readiness to adhere to prescribing guidelines	E-module: The intervention (2012-2014) focuses on avoiding initial benzodiazepine prescriptions and using psychological interventions as an alternative. Three self-report assessments: at baseline, immediately after the module and at least six months after completion.
A tailored e-learning gives long-term changes in determinants of GPs' benzodiazepines prescribing: a pretest-posttest study with self-report assessments	2019 België	244 GPs	To evaluate the impact of a tailored e-learning module on factors known to determine BZD prescribing within GPs	E-module: The intervention (2012-2016) focuses on avoiding initial benzodiazepine prescriptions and using psychological interventions as an alternative. Three self-report assessments: at baseline, immediately after the module and at least six months after completion.

Tabel 2: Literatuuronderzoek – overzicht artikels: "Wat is het effect van educatieve interventies voor artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?"

Titel	Jaar/ Land	Populatie	Onderzoeks-vraag	Interventie
2.2 Afbouw van benzodiazepines				
A controlled trial of educational visiting to improve benzodiazepine prescribing in general practice	1995 Australië	286 GPs	To evaluate the effect of an educational visit on benzodiazepine prescribing	RCT. Two comprehensive self-report surveys seven months apart. Two months after the first survey the intervention group received an educational visit and supporting material from a doctor or pharmacist, ostensibly unconnected with the surveys.
Educating physicians to reduce benzodiazepine use by elderly patients: a randomized controlled trial	2003 Canada	374 physicians	To evaluate an intervention to address the inappropriate prescribing of benzodiazepines for elderly patients	RCT. Every two months for six months, confidential profiles of benzodiazepine prescription use coupled with evidence-based educational bulletins were mailed to the intervention group.
Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care	2014 Spanje	A total of 532 patients taking benzodiazepines for at least 6 months participated. After all patients were included, general practitioners were randomly allocated	To analyse the efficacy of two structured interventions in primary care to enable patients to discontinue long-term benzodiazepine use	Cluster randomised controlled trial. General practitioners assigned to the three groups attended an hour-long workshop explaining the study protocol and providing training in filling out the case report form. Practitioners assigned to the SIF and SIW groups attended a supplementary workshop on structured interviews, individualised patient information and training in managing benzodiazepine discontinuation and optimal gradual dose reduction. In addition, GPs assigned to the SIF group attended a brief workshop to standardise the dose-reduction follow-up visits.
Pragmatic trial evaluating the impact of simulation training on high-risk prescribing to older adults by junior physicians	2024 Verenigde Staten	40 first-year medical resident physicians	To evaluate the impact of a simulation-based training program compared with an online educational training, focusing on high-risk prescribing of benzodiazepines, Z-drugs, and antipsychotics for older adults by first-year medical residents	Two-arm pragmatic trial: intervention (a 40-minute immersive simulation training) or control groups. The simulation was a 40-minute individual training session that included a clinical scenario and a subsequent debriefing. Primary outcome was the number of new prescriptions, measured among eligible patients beginning on the day the interns completed their training until the end of their evening rotation (up to 3 weeks).

Tabel 2 - vervolg: Literatuuronderzoek – overzicht artikels: "Wat is het effect van educatieve interventies voor artsen bij de aanpak van insomnia of afbouw van benzodiazepines?"

3.1.2.2 E-learning

Er werd één studie gevonden, die plaatsvond in België. Tussen 2012-2016 werd een e-learning gelanceerd waaraan artsen vrijwillig konden deelnemen. Deze e-learning focust op het vermijden van eerste benzodiazepinevoorschriften en reikt als alternatief niet-medicamenteuze behandelingsopties voor insomnia aan. Vóór de module, onmiddellijk na de module en nogmaals zes maanden later werden vragenlijsten afgenomen bij de deelnemende artsen die een significant langdurig effect aantoonden op de attitude, perceptie en zelfeffectiviteit van artsen, zowel op korte als op lange termijn (na zes maanden) [15,35].

3.1.2.3 Educatieve praktijkbezoeken

Er werd één RCT teruggevonden die geen significant effect aantoonde. Deze vond plaats in Australië in 1995 waarbij 286 artsen willekeurig verdeeld werden tussen een interventiegroep die een educatief praktijkbezoek kreeg en een controlegroep. Dit toonde een afname in aantal benzodiazepinevoorschriften van 23,7% vijf maanden na het praktijkbezoek. In de interventiegroep werden tijdens het praktijkbezoek behandelrichtlijnen gegeven over benzodiazepinegebruik. De artsen ontvingen ook educatiemateriaal over insomnia voor patiënten en kregen praktische tools die patiënten konden inzetten (zoals audiotapes met relaxatieoefeningen). De afname van 23,7% is niet significant, maar komt overeen met een verschil van 4.9 naar 3.8 voorschriften/100 patiënten [29].

3.1.2.4 Review en feedback op voorschrijfgedrag

In een RCT in Canada kregen artsen tweemaandelijks gedurende zes maanden via mail feedback over hun voorschrijfgedrag. Daarnaast kregen ze ook via mail educatieve informatiepakketten toegestuurd over de aanpak van insomnia. Deze studie toonde geen significante invloed op het voorschrijfgedrag [31].

3.2 Eigen onderzoek

3.2.1 Steekproef en drop-out

Zoals eerder vermeld werden twee LOK-vormingen ‘Afbouw van benzodiazepines’ en één LOK-vorming ‘Insomnia’ georganiseerd over de periode van 6 maart tot en met 9 april 2025. Deze vonden allen plaats in Oost-Vlaanderen. *Tabel 3* toont de data, locaties en aantal deelnemende artsen van de LOK-vormingen, voormetingen, nametingen en tevredenheidsmetingen.

Soort LOK	Insomnia	Afbouw van benzodiazepines	Afbouw van benzodiazepines
Datum	6 maart 2025	8 april 2025	29 april 2025
Locatie	Dendermonde	Wachtebeke	Oudenaarde
Aantal deelnemers LOK	12	13	11
Respons voormeting (LOK – 7 dagen)	75% (n=9)	79.2% (n=19)	
Respons voormeting én nameting (LOK + 3 maanden)	41.7% (n=5)	54.2% (n=13)	
Drop-out	44.4 % (n=4)	31.6% (n=6)	
Respons tevredenheidsmeting	50% (n=6)	41.7% (n=12)	

Tabel 3: Aantal deelnemende artsen aan LOK-vormingen, responsgraad vragenlijsten en drop-out

In totaal namen zesendertig huisartsen deel aan beide LOK-vormingen. De responsgraad varieerde. Bij de LOK 'Insomnia' vulden negen van de twaalf deelnemers de voormeting in en vijf onder hen vulden ook de nameting in. Dit komt overeen met een responsgraad van 75% bij de voormeting en 41.7% bij de nameting. Bij de LOK 'Afbouw met benzodiazepines' vulden negentien van de vierentwintig deelnemers de voormeting in en dertien onder hen vulden ook de nameting in. Dit komt respectievelijk overeen met een responsgraad van 79,2% en 54.2%. In de LOK 'Insomnia' namen vier van de negen oorspronkelijke deelnemers niet deel aan de nameting, wat overeenkomt met een drop-out van 44,4%. In de LOK 'Afbouw van benzodiazepines' haakten zes van de negentien deelnemers af, goed voor een drop-out van 31,6%. Over beide groepen samen bedroeg de totale drop-out 35,7% (tien deelnemers).

Kenmerken	LOK Insomnia (n = 9)	LOK Benzodiazepines (n = 18)
Geslacht		
Man	66.7% (n=6)	55% (n=11)
Vrouw	33.3% (n=3)	45% (n=7)
Leeftijd		
< 30 jaar	11.1% (n=1)	15% (n=1)
30 – 40 jaar	44.4% (n=4)	15% (n=3)
40 – 50 jaar	0% (n=0)	5% (n=1)
50 – 60 jaar	22.2% (n=2)	30% (n=6)
> 60 jaar	22.2% (n=2)	35% (n=7)
Werkervaring		
< 10 jaar	44.4% (n=4)	30% (n=4)
10-20 jaar	11.1% (n=1)	0% (n=0)
20-30 jaar	11.1% (n=1)	30% (n=6)
30-40 jaar	22.2% (n=2)	20% (n=4)
> 40 jaar	11.1% (n=1)	20% (n=4)
Soort praktijk		
Groepspraktijk	66.7% (n=6)	45% (n=7)
Solopraktijk	33.3% (n=3)	35% (n=7)
Duopraktijk	0 % (n=0)	5% (n=1)
Wijkgezondheidscentrum	0 % (n=0)	15% (n=3)
Provincie praktijk		
Oost-Vlaanderen	100% (n=9)	100% (n=18)

Tabel 4: Demografische gegevens deelnemende artsen voormeting

Tabel 4 geeft een weergave van de demografische gegevens van de deelnemende artsen, gebaseerd op de voormeting. De deelnemende huisartsen van de LOK 'Insomnia' waren allen werkzaam in Oost-Vlaanderen, waarvan 66,6% mannelijk en 33,3% vrouwelijk.

De werkervaring varieerde van minder dan tien jaar ervaring tot meer dan veertig jaar werkervaring. Wat de praktijkvorm betreft, werkte het merendeel in een groepspraktijk (66,6%), terwijl een kleiner deel actief was in een solopraktijk (33,3%). De artsen van de LOK 'Afbouw van benzodiazepines' waren allen werkzaam in Oost-Vlaanderen. Ook hier liep de werkervaring uiteen van minder dan tien jaar ervaring tot meer dan veertig jaar werkervaring. Meer dan de helft van de deelnemende artsen is werkzaam in een groepspraktijk (45%), gevolgd door een groot aandeel in een solopraktijk (35%). Daarnaast werkten drie deelnemers (15%) in een wijkgezondheidscentrum, en één (5%) in een duopraktijk.

3.2.2 Attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van de artsen voor de LOK: resultaten van de voormetingen

Om inzicht te krijgen in de algemene opinies van huisartsen over verschillende stellingen betreffende insomnia en het gebruik van benzodiazepines, werden voormetingen afgenomen. Hoewel de steekproef te klein is om statistisch significante conclusies te trekken, geven de antwoorden een indicatie van trends op de 5-punts Likertschaal. De resultaten worden hieronder in *Tabel 5 tot en met 8* weergegeven. Gezien niet elke deelnemer de nameting invulde, worden er twee percentages getoond bij de voormetingen. Het eerste cijfer omvat de antwoorden van iedere deelnemer die de voormeting invulde. Deze cijfers worden gebruikt voor het beantwoorden van de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van de artsen vóór de LOK. Het tweede cijfer omvat de deelnemers van de voormeting die ook de nameting invulden. Deze resultaten worden gebruikt om de impact van de LOK onder 3.2.3 te evalueren. In de resultaten hieronder werden de opties 'helemaal niet akkoord' en 'niet akkoord' beschouwd als een negatief antwoord en 'akkoord' en 'helemaal akkoord' beschouwd als een positief antwoord.

3.2.2.1 Resultaten voormeting LOK 'Insomnia' (Tabel 5 en 6)

Attitude en visie

Wat betreft de attitude en visie van de deelnemende huisartsen over insomnia is de meerderheid van de deelnemende huisartsen (66,7%) akkoord dat deze problematiek thuishoort in de huisartsenpraktijk. Ongeveer 90% van de deelnemende huisartsen zijn voorstander om insomnia aan te pakken zonder gebruik van slaapmedicatie waarbij de meerderheid (66,7%) de medicamenteuze aanpak nadeliger vindt dan de niet-medicamenteuze aanpak. Niet-medicamenteuze interventies worden door de helft van de huisartsen als eerder succesvol aanschouwd in de behandeling van insomnia. Een vijfde van de participerende huisartsen vindt dat er voldoende effectieve niet-medicamenteuze interventies beschikbaar zijn. Daarenboven geeft slechts een minderheid (33,3%) aan voldoening te halen uit de zorg voor patiënten met insomnia. De meningen over de effectiviteit van slaapmedicatie bij de behandeling van insomnia

zijn gelijk verdeeld. Indien slaapmedicatie toch wordt voorgeschreven, voelt 22,2% zich comfortabel om dit langer dan twee weken voor te schrijven.

Drempels

Bijna 80% van de deelnemende artsen ervaart dat patiënten met insomnia verwachten dat er slaapmedicatie wordt voorgeschreven. 11,1% van de deelnemende huisartsen ervaart een negatieve invloed op de arts-patiënt relatie wanneer deze slaapmedicatie niet wordt voorgeschreven. 'Het gevoel hebben om patiënten te helpen', bepaalt weinig of er wel of niet slaapmedicatie wordt voorgeschreven. Een gesprek rond niet-medicamenteuze adviezen bij insomnia wordt door de meeste huisartsen aangevat, ook als de patiënt hier initieel geen vragen over heeft. Een derde van de deelnemende huisarts geeft aan onvoldoende tijd te hebben om niet-medicamenteuze adviezen te verlenen.

Stellingen	Helemaal niet akkoord (%)	Eerder niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Eerder akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)
1. Niet-medicamenteuze adviezen moeten aangevuld worden met slaapmedicatie bij de behandeling van insomnia.	66.7	22.2	0	11.1	0
2. Ik vind het geen probleem om slaapmedicatie langer dan twee weken voor te schrijven.	22.2	33.3	22.2	22.2	0
3. De niet-medicamenteuze behandeling van insomnia valt onder de expertise van andere hulpverleners.	44.4	22.2	22.2	11.1	0
4. Het geeft voldoening om tijd te investeren in de zorg voor patiënten met insomnia.	0	33.3	33.3	22.2	11.1
5. Het gebruik van alleen niet-medicamenteuze adviezen bij insomnia heeft meer nadelen dan voordelen.	44.4	22.2	22.2	0	11.1
6. Slaapmedicatie neigt eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met insomnia.	0	44.4	11.1	44.4	0
7. Niet-medicamenteuze adviezen neigen eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met insomnia.	22.2	33.3	33.3	11.1	0
8. Ik vind dat er voldoende werkzame niet-medicamenteuze interventies beschikbaar zijn voor de behandeling van insomnia in de huisartsenpraktijk.	22.2	22.2	33.3	22.2	0
9. Patiënten met insomnia verwachten vaak dat ik slaapmedicatie voorschrijf.	0	11.1	11.1	77.8	0
10. Als ik geen slaapmedicatie voorschrijf, heeft dit bij de meeste patiënten een negatieve invloed op de arts-patiëntrelatie.	0	77.7	11.1	11.1	0
11. De meeste patiënten voelen zich niet serieus genomen als ik geen slaapmedicatie voorschrijf.	11.1	77.8	0	11.1	0
12. Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, schrijf ik slaapmedicatie voor om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.	44.4	33.3	11.1	11.1	0

Tabel 5: Resultaten van de voormeting LOK 'Insomnia'

Stellingen	Helemaal niet akkoord (%)	Eerder niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Eerder akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)
13. Ik heb onvoldoende de tijd om patiënten met insomnia te behandelen met niet-medicamenteuze adviezen.	0	33.3	11.1	44.4	11.1
14. Ik start enkel een gesprek over niet-medicamenteuze adviezen bij insomnia als een patiënt hier zelf vragen over heeft.	33.3	44.4	11.1	11.1	0
15. Het is mijn bedoeling om minder slaapmedicatie op te starten bij insomnia.	0	0	0	55.6	44.4
16. Ik heb in het verleden geprobeerd om minder slaapmedicatie op te starten bij insomnia.	0	0	22.2	33.3	44.4
17. Ik doe op heden een poging om bij één of meerdere patiënten met insomnia minder slaapmedicatie op te starten, maar tot nu toe zonder succes.	11.1	22.2	33.3	33.3	0
18. Ik doe op heden een poging om bij één of meerdere patiënten met insomnia minder slaapmedicatie op te starten, met reeds (gedeeltelijk) succes.	0	11.1	11.1	66.7	11.1
19. Ik weet hoe ik patiënten kan motiveren om insomnia op een niet-medicamenteuze manier te behandelen.	11.1	11.1	11.1	66.7	0
20. Ik voel me vertrouwd met het geven van psycho-educatie over insomnia.	11.1	44.4	22.2	22.2	0
21. Ik voel me vertrouwd met het geven van slaapadviezen.	0	33.3	22.2	33.3	11.1
22. Ik weet bij welke slaapklachten ik moet verwijzen.	11.1	33.3	55.6	0	0

Tabel 5 - vervolg: Resultaten van de voormeting LOK 'Insomnia'

Bereidheid – zelfeffectiviteit

Uit het onderzoek blijkt dat alle deelnemende huisartsen gemotiveerd zijn om minder slaapmedicatie op te starten, reeds voorafgaand aan de LOK. De meerderheid van de deelnemende huisartsen heeft in het verleden al geprobeerd minder slaapmedicatie op te starten.

Uit het onderzoek blijkt dat 66,7% van de deelnemende huisartsen weten hoe ze patiënten moeten motiveren om insomnia op een niet-medicamenteuze manier te behandelen. Tegenstrijdig hiermee is het ontbreken van kennis over praktische handvaten om gemotiveerde patiënten dan ook verder te helpen. Ongeveer de helft van de participerende huisartsen voelt zich niet vertrouwd bij het geven van psycho-educatie of slaapadviezen bij insomnia. Ook de indicaties om te verwijzen naar tweede lijn, vindt men voorafgaand aan de LOK niet duidelijk.

Gebruik van tools

In het algemeen toont de bevraging aan dat de deelnemende huisartsen weinig van de voorgestelde tools gebruiken. Zo gebruikten respectievelijk 88,9% en 77,8% nog nooit eerder cognitieve technieken of het ICE/ICCIE-model. Ook het slaapdagboek wordt door de helft van de

huisartsen niet gebruikt. Strategieën die inzetten op gedragsmatige veranderingen zoals de stimuluscontroletechniek of tijd-in-bedrestrictietechniek werd door een deel van de artsen, respectievelijk 33% en 44% nog nooit gebruikt. Wat wel frequenter wordt toegepast zijn de slaapadviezen, ongeveer door 66% van de deelnemende huisartsen. Verdere resultaten worden weergegeven in *Tabel 6*.

Tools	Nog nooit gebruikt (%)	Zelden gebruikt (%)	Soms gebruikt (%)	Frequent gebruikt (%)	Zeer frequent gebruikt (%)
ICE of ICCIE-model	77.8	11.1	0	0	11.1
Slaapdagboek	55.6	33.3	11.1	0	0
Psycho-educatie over slaap	11.1	22.2	44.4	11.1	11.1
Slaaphygiëneadviezen	0	0	33.3	22.2	44.4
Spanningsverlagende technieken	11.1	33.3	33.3	11.1	11.1
Cognitieve technieken (vb. 5G-schema bij piekeren)	88.9	11.1	0	0	0
Stimuluscontroletechniek	33.3	11.1	22.2	22.2	11.1
Tijd-in-bedrestrictietechniek	44.4	11.1	0	33.3	11.1

Tabel 6: Resultaten van het gebruik van tools van de voormeting LOK 'Insomnia'

3.2.2.2 Resultaten voormeting LOK 'Afbouw van benzodiazepines' (Tabel 7 en 8)

Attitude

Gelijklopend met de bevraging van de LOK 'Insomnia', is ook hier de meerderheid van de deelnemende huisartsen akkoord dat het afbouwen van benzodiazepines onder het takenpakket van de huisarts valt. Toch geeft 15,8% aan dat de verantwoordelijkheid van het afbouwen bij de collega-huisarts of specialist ligt die de slaapmedicatie opstartte. Twee derde van de deelnemende huisartsen rapporteert voldoening te halen uit het afbouwen van slaapmedicatie. Bij patiënten die geen nadelige effecten ondervinden van slaapmedicatie en goed functioneren, stelt 73,7% van de artsen alsnog voor de slaapmedicatie af te bouwen. 26,4% van de huisartsen geeft aan geen probleem te hebben met benzodiazepines langer dan twee weken voor te schrijven.

Drempels

Bijna vier vijfde van de deelnemende artsen ervaart dat patiënten met insomnia verwachten dat slaapmedicatie wordt gecontinueerd. Echter een minderheid, namelijk 15,8% van de huisartsen, ervaart dan ook een negatieve invloed op de arts-patiëntrelatie wanneer de slaapmedicatie toch wordt afgebouwd. Ongeveer een kwart van de deelnemende huisartsen geeft aan onvoldoende tijd te hebben om slaapmedicatie af te bouwen. Een vierde van de huisartsen geeft aan voldoende werkzame niet-medicamenteuze interventies voorhanden te hebben. Echter resulteert dit tekort

niet in compensatiegedrag waarbij slaapmedicatie wordt gecontinueerd: een minderheid (10,5%) van de huisartsen continueert slaapmedicatie wanneer deze niet weet hoe de patiënt verder te helpen. Ook de levensverwachting van de patiënt speelt een rol: indien de patiënt een kortere levensverwachting heeft, zal 79% van de huisartsen minder snel een afbouwgesprek opstarten.

Stellingen	Helemaal niet akkoord (%)	Eerder niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Eerder akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)
1. Ik vind het geen probleem om benzodiazepines langer dan twee weken voor te schrijven.	21.1	31.6	21.1	21.1	5.3
2. Het afbouwen van benzodiazepines valt onder de expertise van andere hulpverleners.	21.1	73.7	5.3	0	0
3. Het geeft voldoening om tijd te investeren in het afbouwen van benzodiazepines.	5.3	0	26.3	57.9	10.5
4. Het afbouwen van benzodiazepines heeft meer nadelen dan voordelen.	26.3	36.8	21.1	5.3	10.5
5. Benzodiazepines hoeven niet afgebouwd te worden bij een patiënt die hiermee goed functioneert en die geen ongewenste effecten ervaart.	26.3	47.4	10.5	10.5	5.3
6. De meeste patiënten met insomnia die hiervoor benzodiazepines nemen, verwachten dat ik dit continueer.	10.5	0	10.5	63.2	15.8
7. Als ik slaapmedicatie niet in dezelfde dosering continueer, heeft dit bij de meeste patiënten een negatieve invloed op de arts-patiëntrelatie.	10.5	21.1	52.6	15.8	0
8. De meeste patiënten voelen zich niet serieus genomen als ik hun benzodiazepines niet in dezelfde dosis continueer	10.5	31.6	47.4	10.5	0
9. Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, continueer ik de benzodiazepines om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.	21.1	42.1	26.3	10.5	0
10. Ik vind dat er voldoende werkzame niet-medicamenteuze interventies beschikbaar zijn voor de behandeling van insomnia in de huisartsenpraktijk.	10.5	36.8	26.3	15.8	10.5
11. Ik heb onvoldoende de tijd om patiënten met insomnia te begeleiden bij het afbouwen van benzodiazepines.	10.5	21.1	42.1	21.1	5.3
12. Bij patiënten met een kortere levensverwachting start ik minder snel het afbouwgesprek over benzodiazepines.	10.5	0	10.5	73.7	5.3
13. Als benzodiazepines opgestart werden door een collega-huisarts, is het de verantwoordelijkheid van deze collega om de benzodiazepines opnieuw te stoppen.	10.5	42.1	31.6	15.8	0
14. Als benzodiazepines opgestart werden door een specialist, is het de verantwoordelijkheid van deze specialist om de benzodiazepines opnieuw te stoppen.	10.5	47.4	26.3	15.8	0

Tabel 7: Resultaten van de voormeting LOK 'Afbouw van benzodiazepines'

Stellingen	Helemaal niet akkoord (%)	Eerder niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Eerder akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)
15. Het is mijn bedoeling om meer benzodiazepines af te bouwen de komende weken (< 1 maand).	5.3	5.3	31.6	47.4	10.5
16. Ik heb in het verleden geprobeerd om benzodiazepines af te bouwen.	0	0	5.3	63.2	31.6
17. Ik doe op heden een poging om bij 1 of meerdere patiënten benzodiazepines af te bouwen, maar tot nu toe zonder succes.	10.5	31.6	23.6	31.6	0
18. Ik doe op heden een poging om bij 1 of meerdere patiënten benzodiazepines af te bouwen, met reeds (gedeeltelijk) succes	0	10.5	26.3	52.6	10.5
19. Ik ben goed getraind in communicatie om patiënten te motiveren om benzodiazepines af te bouwen.	0	36.8	26.3	26.3	10.5
20. Ik voel mij voldoende vertrouwd met het opstellen van een schema om benzodiazepines af te bouwen.	0	31.6	5.3	47.4	15.8
21. Ik voel mij voldoende vertrouwd met het opvolgen van patiënten die benzodiazepines aan het afbouwen zijn.	0	15.8	21.1	52.6	10.5
22. Ik voel mij comfortabel om het afbouwen van benzodiazepines ter sprake te brengen bij een patiënt die al jarenlang deze medicatie gebruikt en stabiel is hiermee.	0	15.8	42.1	26.3	15.8

Tabel 7 - vervolg: Resultaten van de voormeting LOK 'Afbouw van benzodiazepines'

Bereidheid – zelfeffectiviteit

De bevraging toont aan dat 94,8% van de deelnemende huisartsen in het verleden benzodiazepines heeft proberen afbouwen. Meer dan de helft van de artsen heeft de intentie meer benzodiazepines af te bouwen. Een minderheid van de huisartsen (42,1%) voelt zich comfortabel om het afbouwen van benzodiazepines ter sprake te brengen bij patiënten die deze medicatie al lang gebruiken en zich hierbij goed voelen. Op vlak van het afbouwen van benzodiazepines, voelt een deel van de huisartsen zich communicatief niet voldoende (36,8%) getraind om patiënten te motiveren benzodiazepines af te bouwen. Een derde van de huisartsen geeft aan zich niet voldoende vertrouwd te voelen met het opstellen van een afbouwschema. Bijna twee derde van de huisartsen voelt zich vertrouwd genoeg in het opvolgen van patiënten die benzodiazepines aan het afbouwen zijn.

Gebruik van tools

De meest gebruikte techniek is de medicatie-educatie, waarbij bijna de helft van de deelnemende huisartsen dit frequent tot zeer frequent toepassen. De balanstool en de stopbrief werden door respectievelijk 94,7% en 78,9% nog nooit gebruikt. Ook werd het afbouwprogramma benzodiazepines door 63,2% van de huisartsen nog nooit gebruikt en worden apothekers bij

31,6% van de artsen soms tot frequent geïnformeerd over het starten van de afbouw. Daarentegen wordt motivationele gespreksvoering (57,9%) of medicatie-educatie (68,4%) wel soms of frequent gebruikt. De resultaten zijn zichtbaar in *Tabel 8*.

Tools	Nog nooit gebruikt (%)	Zelden gebruikt (%)	Soms gebruikt (%)	Frequent gebruikt (%)	Zeer frequent gebruikt (%)
Motivationele gespreksvoering	42.1	0	42.1	10.5	5.3
De stopbrief	68.4	10.5	10.5	5.3	5.3
Medicatie-educatie	15.8	15.8	21.1	36.8	10.5
De balanstool	84.2	10.5	0	5.3	0
Wekelijkse afbouw per 10-20%	10.5	26.3	36.8	26.3	0
Apotheker informeren over afbouw	36.8	31.6	10.5	15.8	5.3
Afbouwprogramma benzodiazepines	42.1	21.1	10.5	15.8	10.5
Wekelijkse follow-up	21.1	21.1	42.1	5.3	10.5

Tabel 8: Resultaten van het gebruik van tools van de voormeting LOK 'Afbouw van benzodiazepines'

3.2.3 De impact van de LOK op attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van de artsen

Voor het evalueren van de invloed van het bijwonen van een LOK werden enkel de data van de deelnemende artsen die beide vragenlijsten invulden geïncludeerd, namelijk 42% bij de LOK insomnia en 54% bij de LOK-vormingen afbouw van benzodiazepines. De resultaten zijn terug te vinden in *Tabel 9 tot en met 12*. Er werd via de *Wilcoxon signed-rank test* nagegaan of er een verandering optrad na het volgen van één van de twee LOK's.

3.2.3.1 LOK Insomnia

De *Wilcoxon signed-rank test* toont dat we voor geen enkele stelling de nulhypothese kunnen verwerpen. Hierbij aanvaarden we dat het bijwonen van deze LOK geen statistisch significante impact heeft gehad op de standpunten van de deelnemende huisartsen. Hoewel er geen statistisch significante effecten werden vastgesteld na deelname aan de LOK, kunnen op basis van de vergelijking tussen de artsen die zowel de voor- als nameting invulden, enkele tendensen worden beschreven. De resultaten worden weergegeven in *Tabel 9*.

Na de LOK gaf een groter deel van de artsen aan dat niet-medicamenteuze adviezen succesvol lijken te zijn (100% versus 60% bij de voormeting). Verder werden er geen uitgesproken trends waargenomen op het vlak van attitude en drempels bij artsen. Wel leek er een toename in ervaren voldoening bij het niet-medicamenteus behandelen van insomnia (80% na de LOK versus 40% bij de voormeting). Na de LOK rapporteren huisartsen een toegenomen gevoel van bekwaamheid om psycho-educatie te geven (40% versus 0%), om slaapadviezen te geven (100% versus 20%) en het correct inschatten van indicaties om te verwijzen (60% versus 0%).

Stellingen	Helemaal niet akkoord (%)		Eerder niet akkoord (%)		Neutraal (%)		Eerder akkoord (%)		Helemaal akkoord (%)	
1.Niet-medicamenteuze adviezen moeten aangevuld worden met slaapmedicatie bij de behandeling van insomnia.	80	40	0	40	0	0	20	0	0	20
2. Ik vind het geen probleem om slaapmedicatie langer dan twee weken voor te schrijven.	20	40	40	0	0	40	40	20	0	0
3. De niet-medicamenteuze behandeling van insomnia valt onder de expertise van andere hulpverleners.	20	0	40	80	20	20	20	0	0	0
4. Het geeft voldoening om tijd te investeren in de zorg voor patiënten met insomnia.	0	0	20	0	40	20	20	60	20	20
5. Het gebruik van alleen niet-medicamenteuze adviezen bij insomnia heeft meer nadelen dan voordelen.	60	80	20	20	20	0	0	0	0	0
6. Slaapmedicatie neigt eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met insomnia.	0	0	40	0	0	40	60	40	0	20
7. Niet-medicamenteuze adviezen neigen eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met insomnia.	40	0	20	100	40	0	0	0	0	0
8. Ik vind dat er voldoende werkzame niet-medicamenteuze interventies beschikbaar zijn voor de behandeling van insomnia in de huisartsenpraktijk.	0	0	20	40	40	0	40	60	0	0
9. Patiënten met insomnia verwachten vaak dat ik slaapmedicatie voorschrijf.	0	0	0	0	20	20	80	80	0	0
10. Als ik geen slaapmedicatie voorschrijf, heeft dit bij de meeste patiënten een negatieve invloed op de arts-patiëntrelatie.	0	0	100	80	0	20	0	0	0	0
11. De meeste patiënten voelen zich niet serieus genomen als ik geen slaapmedicatie voorschrijf.	0	40	100	60	0	0	0	0	0	0
12. Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, schrijf ik slaapmedicatie voor om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.	60	40	20	60	0	0	20	0	0	0
13. Ik heb onvoldoende de tijd om patiënten met insomnia te behandelen met niet-medicamenteuze adviezen.	0	20	40	20	20	40	40	20	0	0
14. Ik start enkel een gesprek over niet-medicamenteuze adviezen bij insomnia als een patiënt hier zelf vragen over heeft.	40	20	40	60	20	0	0	20	0	0
15. Het is mijn bedoeling om minder slaapmedicatie op te starten bij insomnia.	0	0	0	0	0	0	60	20	40	80
16. Ik heb in het verleden geprobeerd om minder slaapmedicatie op te starten bij insomnia.	0	0	0	0	40	0	20	40	40	60
17. Ik doe op heden een poging om bij één of meerdere patiënten met insomnia minder slaapmedicatie op te starten, maar tot nu toe zonder succes.	0	20	20	60	40	20	40	0	0	0

Tabel 9: Resultaten van de impact van de LOK Insomnia: Per antwoordoptie worden in de eerste kolom de resultaten weergegeven van de artsen van de voormeting die ook de nameting invulden. In de tweede kolom worden de resultaten weergegeven van de artsen die de nameting invulden.

Stellingen	Helemaal niet akkoord (%)		Eerder niet akkoord (%)		Neutraal (%)		Eerder akkoord (%)		Helemaal akkoord (%)	
18. Ik doe op heden een poging om bij één of meerdere patiënten met insomnia minder slaapmedicatie op te starten, met reeds (gedeeltelijk) succes.	0	20	20	0	0	0	80	80	0	0
19. Ik weet hoe ik patiënten kan motiveren om insomnia op een niet-medicamenteuze manier te behandelen.	20	0	0	0	20	20	60	80	0	0
20. Ik voel me vertrouwd met het geven van psycho-educatie over insomnia.	20	20	40	0	40	40	0	40	0	0
21. Ik voel me vertrouwd met het geven van slaapadviezen.	0	0	40	0	40	0	20	100	0	0
22. Ik weet bij welke slaapklachten ik moet verwijzen.	20	0	20	20	60	20	0	60	0	0

Tabel 9 – vervolg: Resultaten van de impact van de LOK Insomnia: Per antwoordoptie worden in de eerste kolom de resultaten weergegeven van de artsen van de voormeting die ook de nameting invulden. In de tweede kolom worden de resultaten weergegeven van de artsen die de nameting invulden.

Wat betreft het gebruik van niet-medicamenteuze tools (*Tabel 10*) werd een lichte toename gezien van het ICE-model (40% versus 0%), de stimuluscontroletechniek (80% versus 60%) en de tijd-in-bedrestrictietechniek (60% versus 40%). Het gebruik van het slaapdagboek bleef beperkt na de interventie. Psycho-educatie en slaaphygiëneadviezen werden reeds frequent toegepast bij de voormeting en bleven dit ook na de LOK (respectievelijk ongeveer 60% en 100%).

Tools	Nog nooit gebruikt (%)		Zelden gebruikt (%)		Soms gebruikt (%)		Frequent gebruikt (%)		Zeer frequent gebruikt (%)	
ICE of ICCIE-model	100	40	0	20	0	20	0	0	0	20
Slaapdagboek	60	60	40	20	0	20	0	0	0	0
Psycho-educatie over slaap	20	40	20	0	40	0	20	20	0	40
Slaaphygiëneadviezen	0	0	0	0	40	20	40	40	20	40
Spanningsverlagende technieken	20	0	40	40	20	40	20	20	0	0
Cognitieve technieken (vb. 5G-schema bij piekeren)	80	40	20	40	0	20	0	0	0	0
Stimuluscontroletechniek	40	20	0	0	20	20	40	40	0	20
Tijd-in-bedrestrictietechniek	40	40	20	0	0	20	40	20	0	20

Tabel 10: Resultaten van de impact op gebruik van tools van de LOK 'Insomnia': Per antwoordoptie worden in de eerste kolom de resultaten weergegeven van de artsen van de voormeting die ook de nameting invulden. In de tweede kolom worden de resultaten weergegeven van de artsen die de nameting invulden.

3.2.3.2 LOK Afbouw van benzodiazepines

Na het uitvoeren van de *Wilcoxon signed ranked test* werd één statistisch significant resultaat bekomen voor volgende stelling:

"Ik voel mij comfortabel om het afbouwen van benzodiazepines ter sprake te brengen bij een patiënt die al jarenlang deze medicatie gebruikt en hiermee stabiel is."

Na de LOK-vorming gaven huisartsen aan zich meer comfortabel te voelen om het afbouwen van benzodiazepines ter sprake te brengen bij patiënten die deze medicatie langdurig gebruikten (53,9% voor de LOK naar 84,6% na de LOK, Z= -2,07, $p < 0.05$).

Ook hier beschrijven we enkele trends bij het vergelijken van de voor- en nameting (*Tabel 11*). In lijn met de bevindingen bij de LOK rond insomnia, daalde het aandeel huisartsen dat aangeeft geen probleem te hebben met het langer dan twee weken voorschrijven van benzodiazepines (7,7% na de LOK versus 30,8% bij de voormeting).

Stellingen	Helemaal niet akkoord (%)		Eerder niet akkoord (%)		Neutraal (%)		Eerder akkoord (%)		Helemaal akkoord (%)	
1. Ik vind het geen probleem om benzodiazepines langer dan twee weken voor te schrijven.	30.8	46.2	30.8	15.4	7.7	30.8	30.8	7.7	0	0
2. Het afbouwen van benzodiazepines valt onder de expertise van andere hulpverleners.	30.8	38.5	61.5	46.2	7.7	15.4	0	0	0	0
3. Het geeft voldoening om tijd te investeren in het afbouwen van benzodiazepines.	7.7	8.3	0	0	15.4	8.3	61.5	66.7	15.4	16.7
4. Het afbouwen van benzodiazepines heeft meer nadelen dan voordelen.	23.1	30.8	30.8	38.5	23.1	15.4	7.7	15.4	15.4	0
5. Benzodiazepines hoeven niet afgebouwd te worden bij een patiënt die hiermee goed functioneert en die geen ongewenste effecten ervaart.	38.5	38.5	30.8	38.5	7.7	7.7	15.4	15.4	7.7	0
6. De meeste patiënten met insomnia die hiervoor benzodiazepines nemen, verwachten dat ik dit continueer.	15.4	0	0	7.7	0	23.1	61.5	53.8	23.1	15.4
7. Als ik slaapmedicatie niet in dezelfde dosering continueer, heeft dit bij de meeste patiënten een negatieve invloed op de arts-patiëntrelatie.	15.4	23.1	23.1	23.1	38.5	23.1	23.1	30.8	0	0
8. De meeste patiënten voelen zich niet serieus genomen als ik hun benzodiazepines niet in dezelfde dosis continueer	15.4	15.4	38.5	46.2	30.8	23.1	15.4	15.4	0	0
9. Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, continueer ik de benzodiazepines om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.	23.1	15.4	30.8	46.2	38.5	38.5	7.7	0	0	0
10. Ik vind dat er voldoende werkzame niet-medicamenteuze interventies beschikbaar zijn voor de behandeling van insomnia in de huisartsenpraktijk.	15.4	7.7	38.5	30.8	15.4	30.8	15.4	30.8	15.4	0
11. Ik heb onvoldoende de tijd om patiënten met insomnia te begeleiden bij het afbouwen van benzodiazepines.	15.4	15.4	15.4	23.1	38.5	38.5	23.1	23.1	7.7	0

Tabel 11: Resultaten van de impact van de LOK 'Afbouw van benzodiazepines': Per antwoordoptie worden in de eerste kolom de resultaten weergegeven van de artsen van de voormeting die ook de nameting invulden. In de tweede kolom worden de resultaten weergegeven van de artsen die de nameting invulden.

Stellingen	Helemaal niet akkoord (%)		Eerder niet akkoord (%)		Neutraal (%)		Eerder akkoord (%)		Helemaal akkoord (%)	
12. Bij patiënten met een kortere levensverwachting start ik minder snel het afbouwgesprek over benzodiazepines.	15.4	7.7	0	7.7	7.7	0	69.2	61.5	7.7	23.1
13. Als benzodiazepines opgestart werden door een collega-huisarts, is het de verantwoordelijkheid van deze collega om de benzodiazepines opnieuw te stoppen.	15.4	7.7	38.5	61.5	30.8	15.4	15.4	15.4	0	0
14. Als benzodiazepines opgestart werden door een specialist, is het de verantwoordelijkheid van deze specialist om de benzodiazepines opnieuw te stoppen.	15.4	15.4	46.2	46.2	15.4	15.4	23.1	23.1	0	0
15. Het is mijn bedoeling om meer benzodiazepines af te bouwen de komende weken (< 1 maand).	7.7	0	7.7	15.4	23.1	30.8	53.8	38.5	7.7	15.4
16. Ik heb in het verleden geprobeerd om benzodiazepines af te bouwen.	0	0	0	0	0	0	53.8	76.9	46.2	23.1
17. Ik doe op heden een poging om bij 1 of meerdere patiënten benzodiazepines af te bouwen, maar tot nu toe zonder succes.	15.4	7.7	30.8	38.5	23.1	15.4	30.8	30.8	0	7.7
18. Ik doe op heden een poging om bij 1 of meerdere patiënten benzodiazepines af te bouwen, met reeds (gedeeltelijk) succes	0	7.7	15.4	0	15.4	15.4	53.8	69.2	15.4	7.7
19. Ik ben goed getraind in communicatie om patiënten te motiveren om benzodiazepines af te bouwen.	0	0	53.8	23.1	15.4	38.5	15.4	23.1	15.4	15.4
20. Ik voel mij voldoende vertrouwd met het opstellen van een schema om benzodiazepines af te bouwen.	0	7.7	46.2	15.4	0	30.8	38.5	30.8	15.4	15.4
21. Ik voel mij voldoende vertrouwd met het opvolgen van patiënten die benzodiazepines aan het afbouwen zijn.	0	0	23.1	15.4	15.4	7.7	46.2	61.5	15.4	15.4
22. Ik voel mij comfortabel om het afbouwen van benzodiazepines ter sprake te brengen bij een patiënt die al jarenlang deze medicatie gebruikt en stabiel is hiermee.	0	0	23.1	0	23.1	15.4	30.8	61.5	23.1	23.1

Tabel 11 - vervolg: Resultaten van de impact van de LOK 'Afbouw van benzodiazepines': Per antwoordoptie worden in de eerste kolom de resultaten weergegeven van de artsen van de voormeting die ook de nameting invulden. In de tweede kolom worden de resultaten weergegeven van de artsen die de nameting invulden.

Na de interventie werd een lichte toename gezien in het aandeel huisartsen dat aangeeft pogingen te ondernemen tot afbouw van benzodiazepines met (gedeeltelijk) succes (76,9% versus 69,2%).

Daarnaast rapporteerden meer huisartsen zich communicatief voldoende vaardig te voelen om het afbouwgesprek te initiëren (38,5% versus 30,8%), patiënten op te volgen tijdens het afbouwproces (76,9% versus 61,6%) en het onderwerp van afbouw ter sprake te brengen bij patiënten met langdurig gebruik (84,6% versus 53,9%).

Wat betreft het gebruik van tools werd een toename gezien in het gebruik van medicatie-educatie tijdens consultaties (92,3% versus 68,4% bij de voormeting). Het gebruik van de stopbrief bleef

beperkt en toonde geen duidelijke verandering aan. Motivationele gespreksvoering en een gefaseerde afbouw (wekelijks 10–20%) werden na de LOK door ongeveer 60–65% van de artsen toegepast, wat vergelijkbaar is met de voormeting.

Tools	Nog nooit gebruikt (%)		Zelden gebruikt (%)		Soms gebruikt (%)		Frequent gebruikt (%)		Zeer frequent gebruikt (%)	
Motivationele gespreksvoering	42.1	23.1	0	7.7	42.1	23.1	10.5	38.5	5.3	7.7
De stopbrief	68.4	61.5	10.5	15.4	10.5	15.4	5.3	0	5.3	7.7
Medicatie-educatie	15.8	0	15.8	7.7	21.1	23.1	36.8	53.8	10.5	15.4
De balanstool	84.2	66. 7	10.5	8.3	0	16.7	0	0	0	8.3
Wekelijkse afbouw per 10-20%	10.5	7.7	26.3	30.8	36.8	30.8	26.3	15.4	0	15.4
Apotheker informeren over afbouw	36.8	15.4	31.6	38.5	10.5	30.8	15.8	0	5.3	15.4
Afbouwprogramma benzodiazepines	42.1	23.1	21.1	23.1	10.5	38.5	15.8	7.7	10.5	7.7
Wekelijkse follow-up	21.1	0	21.1	46.2	42.1	30.8	5.3	7.7	10.5	15.4

Tabel 12: Resultaten van de impact op gebruik van tools van de LOK 'Afbouw van benzodiazepines': Per antwoordoptie worden in de eerste kolom de resultaten weergegeven van de artsen van de voormeting die ook de nameting invulden. In de tweede kolom worden de resultaten weergegeven van de artsen die de nameting invulden.

3.2.4 Resultaten tevredenheidsmeting

Zoals eerder beschreven, kregen de deelnemende huisartsen na het deelnemen aan de LOK de kans om een tevredenheidsmeting in te vullen. Deze bestond uit gesloten vragen, waarvan de antwoorden worden weergegeven in *Tabel 13* en uit open vragen die peilden naar mogelijke verbeterpunten van de LOK. De volledige tevredenheidsmeting staat in *Bijlage 3*.

Zowel bij de LOK 'insomnia' als 'afbouw van benzodiazepines' geeft de meerderheid van de deelnemende artsen aan bijgeleerd te hebben. Wel is er een verschil merkbaar wat betreft de inschatting van toepasbaarheid van de informatie in de praktijk: de LOK 'afbouw van benzodiazepines' wordt als '*eerder wel'* of *'zeker toepasbaar'* ingeschat door alle deelnemers, terwijl de meningen na de LOK 'insomnia' wat meer verdeeld zijn. Bij de LOK 'insomnia' komt naar voor dat er te weinig praktische tools worden aangereikt (50%). Toch worden beide LOK-vormingen (met uitzondering van één uitschieter) eerder positief gescoord door de artsen die de tevredenheidsmeting invulden (responsgraad 50% voor elk van beide LOK-vormingen).

De gemiddelde score bij de LOK insomnia was 7/10 en bij de LOK afbouw van benzodiazepines 8.5/10. De arts die een negatieve score gaf op de LOK 'insomnia' gaf in de opmerkingen aan de informatie "niet realistisch" te vinden.

Als feedback voor volgende LOK-vormingen over afbouw van benzodiazepines kwamen enkele suggesties naar voren: één arts wenste de aangereikte tools uitgeprint mee te krijgen. Ook werd opgemerkt dat men graag informatie had gekregen over de slaagpercentages van afbouw van

benzodiazepines, gecorreleerd volgens de verschillende leeftijdsgroepen. Een arts opperde ook om bij een volgende LOK een uitgewerkte casus als praktisch voorbeeld te demonstreren.

Vragen	Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Zeker wel
1. Heeft u iets geleerd tijdens deze LOK?					
LOK Insomnia	0 % (n = 0)	16,7 % (n = 1)	0 % (n = 0)	83.3 % (n = 5)	0 % (n = 0)
LOK Afbouw van benzodiazepines	0 % (n = 0)	0 % (n = 0)	10 % (n = 1)	40 % (n = 4)	50 % (n = 5)
2. Kan u de aangebrachte inhoud in uw praktijk toepassen?					
LOK Insomnia	0 % (n = 0)	16,7 % (n = 1)	33,3 % (n = 2)	50 % (n = 3)	0 % (n = 0)
LOK Afbouw van benzodiazepines	0 % (n = 0)	0 % (n = 0)	0 % (n = 0)	60 % (n = 6)	40 % (n = 4)
3. Voelt u zich na deze LOK meer ondersteund/ beter onderlegd om insomnia te benaderen of benzodiazepines af te bouwen?					
LOK Insomnia	0 % (n = 0)	16,7 % (n = 1)	33,3 % (n = 2)	50 % (n = 3)	0 % (n = 0)
LOK Afbouw van benzodiazepines	0 % (n = 0)	0 % (n = 0)	10 % (n = 1)	30 % (n = 3)	60 % (n = 6)
4. Wat vond u van de mate van interactie en participatie tijdens de LOK?					
LOK Insomnia	0 % (n = 0)	16,7 % (n = 1)	0 % (n = 0)	66.7 % (n = 4)	16,7 % (n = 1)
LOK Afbouw van benzodiazepines	0 % (n = 0)	0 % (n = 0)	10 % (n = 1)	20 % (n = 2)	70% (n = 7)

5. Heeft u al eerder een vorming gevolgd over het thema 'insomnia' of 'afbouwen van benzodiazepines'?		
	Ja	**Nee**
LOK Insomnia	50 % (n = 3)	50 % (n = 3)
LOK Afbouw van benzodiazepines	40 % (n = 4)	60 % (n = 6)

6. Geef uw tevredenheid over deze LOK weer in een score										
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
LOK Insomnia	0 % (n = 0)	0 % (n = 0)	16,7 % (n = 1)	0 % (n = 0)	0 % (n =0)	0 % (n = 0)	50 % (n = 3)	33,3 % (n = 2)	0 % (n = 0)	0 % (n = 0)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
LOK Afbouw van benzodiazepines	0 % (n = 0)	0 % (n = 0)	10 % (n = 1)	50 % (n = 5)	40 % (n = 4)

Tabel 13: Resultaten tevredenheidsmeting

4. Discussie

4.1 Samenvatting literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat huisartsen insomnia beschouwen als een relevant klinisch probleem en zich als zorgverlener ideaal geplaatst voelen om dit te behandelen. De aanpak ervan wordt echter beïnvloed door verschillende factoren. Hoewel de meeste artsen overtuigd zijn van het nut van niet-medicamenteuze adviezen, blijven benzodiazepines frequent voorgeschreven. Dit wordt onder meer verklaard door ervaren verwachtingen van patiënten of het gevoel dat een voorschrift een uiting van empathie is. Daarnaast kunnen tijdsdruk en het gevoel een beperkte kennis te hebben van niet-medicamenteuze alternatieven ook een drempel vormen. Tot slot worden er voor doorverwijzing (bijvoorbeeld voor cognitieve gedragstherapie) drempels ervaren zoals een beperkte toegankelijkheid of hoge kostprijs.

Er zijn na literatuuronderzoek slechts zes low resource educatieve interventies teruggevonden over insomnia bij artsen, met wisselende resultaten. Dit ondersteunt het nut van onderzoek naar aanvullende educatieve interventies zoals deze LOK-vormingen bij artsen.

4.2 Samenvatting eigen onderzoek

4.2.1 Wat gaat goed?

Samenvattend zien we dat de deelnemende huisartsen gemotiveerd zijn om insomnia op een niet-medicamenteuze manier te behandelen (88.9%), om minder benzodiazepines op te starten (100%) en benzodiazepines af te bouwen. De meerderheid van de huisartsen (66.6%) zijn akkoord dat deze topics onder het takenpakket van de huisarts vallen.

Zowel bij de voor- als nameting worden drempels beschreven bij de huisartsen, maar meestal door een minderheid van de artsen. Zo hebben artsen het gevoel dat patiënten een medicamenteuze behandeling verwachten bij insomnia (77.8%), maar hebben ze niet het idee dat hun arts-patiëntrelatie wordt beïnvloed als deze verwachting niet wordt vervuld (77.7%). De meerderheid van de artsen gaat het gesprek over afbouw van slaapmedicatie of geven van niet-medicamenteuze adviezen aan, ook als de patiënt hier niet zelf over begint. Een minderheid van de artsen (33.3%) heeft het gevoel te weinig tijd te hebben voor deze consulten. Ook als slaapmedicatie wordt opgestart door collega-huisartsen (52.5%) of specialisten (57.9%), voelt de meerderheid van de huisartsen zich medeverantwoordelijk om dit af te bouwen. Wat wel naar voor komt, is dat de deelnemende artsen minder snel slaapmedicatie zullen afbouwen bij patiënten met een nog beperkte levensverwachting (79%).

4.2.2 Noden van artsen

Er komen enkele knelpunten naar boven na het invullen van de voormeting. Zo blijkt dat slechts een derde van de huisartsen voldoening haalt uit de niet-medicamenteuze zorg voor een patiënt met insomnia. Hieraan gekoppeld ervaart meer dan de helft van huisartsen (55.5%) dat er te weinig tijd is om niet-medicamenteuze adviezen te verlenen aan patiënten. Vanuit een praktisch standpunt bekeken, zou dit mogelijks als volgt verklaard kunnen worden: wanneer een patiënt omwille van slaapklachten consulteert, volgt hierop – naast het bevragen van deze slaapklachten – een verdere exploratie naar het persoonlijke leven van de patiënt en mogelijke stressfactoren. Dit (psychologische) consult neemt meer tijd in beslag dan een standaard consult. Een eerste mogelijke manier om tijdsefficiënter te werken is het voorhanden hebben van handvaten/brochures om mee te geven aan de patiënt. Slechts een minderheid van de huisartsen (22.2%) vindt dat er voldoende niet-medicamenteuze interventies beschikbaar zijn, echter – zoals reeds bij de resultaten vermeld - blijkt dat sommige tools weinig gebruikt worden (o.a. slaapdagboek, ICE-tool, cognitieve gedragstechnieken). Bepaalde tools worden wel meer gebruikt (bv. tijd-in-bedrestrictietechniek, stimuluscontroletechniek, slaaphygiëne-adviezen). Het beperkt gebruik van sommige tools en het feit dat huisartsen zich te weinig vertrouwd voelen in het geven van psycho-educatie (55.5%) en in het geven van slaapadviezen (33.3%), doet het nut van deze LOK-vormingen blijken.

Wat betreft het afbouwen van benzodiazepines, valt op dat de voldoening hoger ligt (68.4%) en dat er minder tijdsgebrek wordt ervaren. Mogelijks komt dit doordat het afbouwen van benzodiazepines een meer afgelijnd onderwerp is waarbij een eerder technisch beleid wordt ingesteld en de psychosociale component van de patiënt minder op de voorgrond komt. Wel kan er nog gewerkt worden aan de samenwerking met apotheken. Het afbouwprogramma benzodiazepines waarbij een contract wordt opgesteld tussen huisarts, apotheek en patiënt werd door 63% van de huisartsen nog nooit gebruikt en apothekers worden slechts bij 32% van de artsen geïnformeerd over het starten van de afbouw. Ook blijkt dat er in de zorg rondom het afbouwen nog gewerkt kan worden aan het vertrouwen van de huisarts: 63.2% van de huisartsen voelt zich voldoende vertrouwd om een afbouwschema op te stellen; 63.1% van de huisartsen voelt zich voldoende vertrouwd om in te staan voor de opvolging na het instellen van een afbouwschema.

4.2.3 Impact van de LOK

Ondanks dat er slechts één significant resultaat werd vastgesteld tussen de voor- en nameting, is er wel een licht positieve trend zichtbaar in zowel het gebruik van bepaalde tools als de mate van vertrouwdheid met de aanpak van insomnia en langdurig benzodiazepinegebruik drie maanden na de LOK-vormingen. Op vlak van multidisciplinaire samenwerking is er nog verbetering mogelijk. De indicatie voor verwijzing is namelijk niet altijd even duidelijk en slechts een minderheid van de artsen werkt, zowel voor als na de LOK, samen met apotheken.

4.3 Resultaten eigen onderzoek afgetoetst aan literatuuronderzoek

Er zijn meerdere studies terug te vinden die onderzoek doen naar de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van artsen aan de hand van vragenlijsten. Er zijn nog maar weinig gelijkaardige studies uitgevoerd waarbij een educatieve interventie bij artsen wordt verricht om het effect op het voorschrijfgedrag of de aanpak van insomnia te vergelijken. De significantie van deze studies is wisselend. Er is slechts één onderzoek die – gelijkaardig aan onze studie - als eindpunt niet *het voorschrijfgedrag*, maar de *attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit* na uitvoeren van een interventie (e-module) onderzocht [23,24]. Bijgevolg is het moeilijk om onze studie correct te vergelijken met voorgaand onderzoek. Hieronder worden enkel de punten aangehaald die het meest opvallend zijn.

Eerst en vooral wordt het verantwoordelijkheidsgevoel van huisartsen om insomnia aan te pakken, ook bevestigd in literatuuronderzoek [18,19]. Daarnaast komt zowel bij ons onderzoek als bij voorgaand onderzoek naar voor dat het ‘gevoel van kennis te hebben’ een belangrijke voorschrijffactor is voor artsen. Gelijklopend met vorig onderzoek speelt de angst voor invloed op arts-patiëntrelatie wel een rol, maar in mindere mate. In tegenstelling met vorig onderzoek speelt bij onze studie ‘het gevoel om patiënten te helpen’ of ‘het al dan niet proactief bevragen van niet-medicamenteuze opties door een patiënt’ minder een rol [13,21,26,27].

Op vlak van gebruik van tools tonen zowel voorgaande studies als onze studie aan dat artsen voornamelijk slaaphygiëneadviezen toepassen en in mindere mate cognitieve gedragstechnieken gebruiken. Ook het doorverwijzen naar de tweede lijn is niet altijd even toegankelijk of duidelijk in voorgaande studies [13,19,21–25,27,28]

4.4 Sterktes en beperkingen bij het onderzoek

4.4.1 Sterkte van het eigen onderzoek

In literatuuronderzoek zijn er weinig studies voorhanden waarbij educatieve interventies bij artsen worden uitgevoerd. De belangrijkste sterkte van ons onderzoek is dat het de eerste studie is die het effect nagaat van een LOK-training als educatieve interventie bij huisartsen.

4.4.2 Steekproef

Dit onderzoek was bedoeld om de haalbaarheid, tevredenheid en het effect van twee nieuwe LOK-vormingen te onderzoeken bij huisartsen, als pilootstudie ter voorbereiding van een volgend onderzoek met een groter aantal LOK-vormingen. Een beperking in dit onderzoek is dan ook de kleine steekproefgrootte.

4.4.3 Responsgraad en drop-out

Ook de lage responsgraad bij de vragenlijsten (en meer specifiek bij de nametingen) is een nadeel van dit onderzoek. Bij de LOK ‘insomnia’ bedroeg de drop-out 44.4% en bij de LOK ‘afbouw van benzodiazepines’ bedroeg deze 31,6%. De oorzaak van drop-out is onduidelijk. Om de drop-out zo laag mogelijk te houden kregen de artsen via mail meerdere herinneringen om ook de nameting in te vullen. Voor toekomstig onderzoek kan het mogelijks interessant zijn om de eerste vragenlijst de dag van de LOK zelf (net voor de start van de LOK) te laten invullen of de accreditering die huisartsen verkrijgen bij het volgen van deze LOK pas te verlenen na het invullen van de twee enquêtes. Omwille van de kleine steekproef en laag aantal ingevulde vragenlijsten werd bewust gekozen om een beschrijvende evaluatie van onze resultaten weer te geven, aangezien er te weinig ingevulde vragenlijsten zijn om statistisch significante conclusies te trekken.

4.4.4 Self-report bias

Een bijkomend aspect is dat alle resultaten zelfgerapporteerd zijn. Er is een mogelijkheid dat de artsen geneigd waren om antwoorden te geven die professioneel wenselijk zijn of die overeenstemmen met de richtlijnen. Doordat de artsen hun gedrag retrospectief inschatten is er ook kans op recall-bias.

4.5 Implicaties voor de praktijk

4.5.1 Inhoud van de LOK-vorming: suggesties uit de tevredenheidsmeting

In de tevredenheidsmeting worden door de deelnemende artsen enkele suggesties aangehaald waarmee een dergelijke LOK-vorming kan geoptimaliseerd worden. In de LOK 'insomnia' wordt aangehaald dat de informatie niet altijd even toepasbaar is. Mogelijks zou het nuttig zijn om de niet-medicamenteuze tools nog meer te staven met voorbeelden. Na de LOK 'afbouw van benzodiazepines' wordt ook door een arts gevraagd om een uitgewerkte casus als voorbeeld te demonstreren. Daarnaast werd het uitprinten en meegeven van de voorgestelde tools door een arts geopperd. Dergelijke kleine maatregelen kunnen mogelijks wel een bevorderend effect hebben om de drempels voor niet-medicamenteuze adviezen of afbouw van benzodiazepines zo laag mogelijk te houden en de toepasbaarheid te bevorderen.

4.5.2 Suggesties studieopzet: inhoud van de vragenlijsten

Retrospectief werd opgemerkt dat er enkele vragen een onduidelijke verwoording hadden of syntactisch complex geformuleerd waren (bijvoorbeeld door het gebruik van dubbele negaties). Bij vervolgonderzoek dienen deze aangepast te worden. Aangezien dit mogelijks een invloed kan hebben op de resultaten, werden twee vragen dan ook niet meegenomen bij het beschrijven van de huidige resultaten (vraag 17 en 18). De vragen met betrekking tot multidisciplinaire samenwerking zouden meer kunnen gespecifieerd worden. In onze resultaten komt naar voor dat de verwijsindicaties niet altijd duidelijk zijn voor de deelnemende artsen. In de huidige vragenlijst is er slechts één vraag met betrekking tot de drempel tot doorverwijzing. Om dit verder te begrijpen zouden nog aanvullende vragen kunnen toegevoegd worden. Is er bijvoorbeeld een verschil in doorverwijsdrempel afhankelijk van de verschillende disciplines (psychologen versus slaapkliniek...)? Welke drempels voelen artsen bij samenwerking met apotheken?

4.6 Implicaties voor verder onderzoek

Doordat in ons onderzoek, een low resource educatieve interventie, een licht positieve trend zichtbaar is in voornamelijk het gebruik van tools, lijkt het nuttig om het effect en de resultaten van onze en voorgaande studies met low resource educatieve interventies bij insomnia te verifiëren in toekomstig onderzoek. Een voordeel bij het uitrollen van vervolgonderzoek in België is het systeem van LOK-groepen. Elke huisarts is verplicht om deel te nemen aan een LOK-groep en de LOK-trainingen staan inhoudelijk reeds op punt, dus dit biedt de mogelijkheid om ons onderzoek vrij laagdrempelig op grotere schaal te organiseren.

Daarnaast is het ook belangrijk om te benadrukken dat in deze studie gewerkt werd met perceptie-gebaseerde uitkomstmaten, zoals attitude en zelfeffectiviteit. Deze factoren zijn belangrijke determinanten van het voorschrijfgedrag. Echter om ook het effect op het werkelijk aantal voorschriften te objectiveren, is aanvullend kwantitatief onderzoek nodig. Een moeilijkheid die hiermee gepaard gaat, is dat deze gegevens (het aantal voorschriften per artsen) praktisch complex te bekomen zijn.

Ook kan bestudeerd worden in welke andere populatiegroepen deze LOK-vormingen kunnen georganiseerd worden. In de literatuur zijn er onderzoeken terug te vinden die verder gaan dan de eerstelijnsgeneeskunde, maar dit is toch een minderheid. Verschillende voordelen van de LOK-vormingen, zoals een positieve trend in het gebruik van niet-medicamenteuze tools (zoals psycho-educatie, gebruik van het ICE-model, medicatie-educatie) zouden ook binnen andere disciplines (psychologie, maatschappelijk werk) een meerwaarde kunnen zijn.

Conclusie

Er kunnen geen sterke conclusies gemaakt worden gezien de kleinschalige studieopzet en het geringe aantal deelnemers aan de vragenlijsten. Literatuuronderzoek en de vragenlijst voorafgaand aan de LOK-vorming suggereert dat huisartsen ondanks hun motivatie, praktische drempels ervaren om insomnia op een niet-medicamenteuze manier aan te pakken. LOK-vormingen kunnen een beperkte maar positieve invloed hebben op de attitude, drempels, bereidheid en zelfeffectiviteit van huisartsen wat betreft de aanpak van insomnia en het afbouwen van benzodiazepines. Enkel het comfort van huisartsen om het afbouwen van benzodiazepines met patiënten te bespreken die al jarenlang deze medicatie nemen, nam significant toe. Voor andere uitkomsten werden geen significante veranderingen vastgesteld, ondanks positieve tendensen in het gebruik van niet-medicamenteuze interventies en de implementatie van aangereikte tools. Het concept van LOK-vormingen is goed gekend bij Vlaamse huisartsen. Dit maakt het eenvoudiger om deze in de toekomst ook op grotere schaal te organiseren. Het lijkt belangrijk om bij vervolgonderzoek aandacht te besteden aan nieuwe methodes om deelnemers te motiveren de vragenlijsten in te vullen.

Referenties

[1] Sciensano. Belgische gezondheids- en welzijnscohorte (BELHEALTH) 2024. https://www.sciensano.be/sites/default/files/bulletin_4_belhealth_nl_v3.pdf (accessed February 2, 2026).

[2] Hein M, Hubain P, Linkowski P, Loas G. Support for insomnia : Recommendations for practice in general medicine | Prise en charge de l'insomnie : Recommandations pour la pratique en médecine générale. Rev Med Brux 2016;37.

[3] NHG-werkgroep. Slaapproblemen 2026. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen (accessed April 14, 2026).

[4] Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn 2018. https://www.domusmedica.be/sites/default/files/WOREL%20RL%20Aanpak%20insomnie%20NL%2010102018.pdf (accessed February 2, 2026).

[5] Bjorvatn B, Meland E, Flo E, Mildestvedt T. High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. Fam Pract 2017;34. https://doi.org/10.1093/fampra/cmw107.

[6] Yamamoto M, Lim CT, Huang H, Spottswood M, Huang H. Insomnia in primary care: Considerations for screening, assessment, and management. Journal of Medicine Access 2023;7. https://doi.org/10.1177/27550834231156727.

[7] Angst, stress, slaapproblemen, insomnie en depressie 2023. https://gebruikvanpsychofarmaca-gids.be/arts/#bio-psycho-sociale-consultatie-in-de-huisartsenpraktijk-iccie (accessed April 26, 2026).

[8] IQVIA Belgium & Farmanet. Benzodiazepines en Z-drugs: cijfers en tendensen 2022 2022. https://www.gebruikvanpsychofarmaca.be/benzodiazepinen-en-z-medicijnen-cijfers-en-trends-2022 (accessed April 22, 2026).

[9] Lader M. History of benzodiazepine dependence. J Subst Abuse Treat 1991;8. https://doi.org/10.1016/0740-5472(91)90027-8.

[10] SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy. Kennisdocument benzodiazepinen 2024. https://richtlijnen.nhg.org/files/2024-06/Kennisdocument%20benzodiazepinen.pdf (accessed April 22, 2026).

[11] RIZIV. Afbouwprogramma voor benzodiazepines en aanverwante producten (Z-drugs) n.d. https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/individuele-verzorging/afbouwprogramma-voor-benzodiazepines-en-aanverwante-producten-z-drugs (accessed April 22, 2026).

[12] Oldenhof E, Mason T, Anderson-Wurf J, Staiger PK. Role of the prescriber in supporting patients to discontinue benzodiazepines: A qualitative study. British Journal of General Practice 2021;71. https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1062.

[13] Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: Systematic review and meta-synthesis. BMC Fam Pract 2013;14. https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-191.

[14] Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: A systematic review and thematic synthesis. BMJ Open 2014;4. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006544.

[15] Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Declercq T, Sirdifield C, Siriwardena AN, et al. Teaching young GPs to cope with psychosocial consultations without prescribing: A durable

impact of an e-module on determinants of benzodiazepines prescribing. BMC Med Educ 2017;17. https://doi.org/10.1186/s12909-017-1100-3.
[16] Navorming kringen 2018. https://www.domusmedica.be/expertisedomein/kringen/navorming-kringen (accessed February 2, 2026).
[17] Reglementering van de werking van een LOK n.d. https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/kwaliteitszorg-door-artsen/accreditering/reglementering-van-de-werking-van-een-lok (accessed February 2, 2026).
[18] Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia: Family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. Canadian Family Physician 2010;56.
[19] Torrens I, Ortuño M, Guerra JI, Esteva M, Lorente P. Attitudes to insomnia by Primary Care physicians of Majorca (Spain). Aten Primaria 2016;48. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.012.
[20] Neves IT, Oliveira JSS, Fernandes MCC, Santos OR, Maria VAJ. Physicians' beliefs and attitudes about Benzodiazepines: A cross-sectional study. BMC Fam Pract 2019;20. https://doi.org/10.1186/s12875-019-0965-0.
[21] Cheung JMY, Atternäs K, Melchior M, Marshall NS, Fois RA, Saini B. Primary health care practitioner perspectives on the management of insomnia: A pilot study. Aust J Prim Health 2014;20. https://doi.org/10.1071/PY12021.
[22] Dobia A, Ryan K, Abutaleb M, Edwards A. Perceptions of physicians in Saudi Arabia on the use of international clinical guidelines for managing primary insomnia. PLoS One 2019;14. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220960.
[23] Takeshima M, Sakurai H, Inada K, Aoki Y, Ie K, Kise M, et al. Treatment strategies for insomnia in Japanese primary care physicians' practice: A Web-based questionnaire survey. BMC Primary Care 2024;25. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02449-7.
[24] Everitt H, McDermott L, Leydon G, Yules H, Baldwin D, Little P. GPs' management strategies for patients with insomnia: A survey and qualitative interview study. British Journal of General Practice 2014;64. https://doi.org/10.3399/bjgp14X677176.
[25] Baillargeon L, Demers M, Grégoire JP, Pépin M. Study on insomnia treatment by family physicians. Can Fam Physician 1996;42.
[26] Dollman WB, LeBlanc VT, Roughead EE. Managing insomnia in the elderly - What prevents us using non-drug options? J Clin Pharm Ther 2003;28. https://doi.org/10.1046/j.0269-4727.2003.00523.x.
[27] Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. Scand J Prim Health Care 2007;25. https://doi.org/10.1080/02813430701726335.
[28] Srisurapanont M, Garner P, Critchley J, Wongpakaran N. Benzodiazepine prescribing behaviour and attitudes: A survey among general practitioners practicing in northern Thailand. BMC Fam Pract 2005;6. https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-27.
[29] de Burgh S, Mant A, Mattick RP, Donnelly N, Hall W, Bridges-Webb C. A controlled trial of educational visiting to improve benzodiazepine prescribing in general practice. Aust J Public Health 1995;19. https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1995.tb00364.x.
[30] Lauffenburger JC, DiFrancesco MF, Bhatkhande G, Crum KL, Kim E, Robertson T, et al. Pragmatic trial evaluating the impact of simulation training on high-risk prescribing to older adults by junior physicians. J Am Geriatr Soc 2024;72. https://doi.org/10.1111/jgs.18862.

[31] Pimlott NJG, Hux JE, Wilson LM, Kahan M, Li C, Rosser WW. Educating physicians to reduce benzodiazepine use by elderly patients: A randomized controlled trial. CMAJ Canadian Medical Association Journal 2003;168.
[32] Vicens C, Bejarano F, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socias I, et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: Cluster randomised controlled trial in primary care. British Journal of Psychiatry 2014;204. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134650.
[33] Selsick H, Heidbreder A, Ellis J, Ferini-Strambi L, García-Borreguero D, Leontiou C, et al. Assessment and management of chronic insomnia disorder: an algorithm for primary care physicians. BMC Primary Care 2024;25. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02381-w.
[34] Backhaus J, Junghanns K, Mueller-Popkes K, Broocks A, Riemann D, Hajak G, et al. Short-term training increases diagnostic and treatment rate for insomnia in general practice. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002;252. https://doi.org/10.1007/s00406-002-0361-x.
[35] Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Sirdifield C, Siriwardena AN, Christiaens T. A tailored e-learning gives long-term changes in determinants of GPs' benzodiazepines prescribing: a pretest-posttest study with self-report assessments. Scand J Prim Health Care 2019;37. https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1663591.

Bijlages

Bijlage 1: Vragenlijst LOK Insomnia

	Hieronder volgen 22 stellingen. Kies telkens één antwoord dat weergeeft in welke mate u akkoord gaat					
		helemaal niet akkoord	eerder niet akkoord	neutraal	eerder akkoord	helemaal akkoord
1)	Niet-medicamenteuze adviezen moeten aangevuld worden met slaapmedicatie bij de behandeling van insomnia.	○	○	○	○	○
2)	Ik vind het geen probleem om slaapmedicatie langer dan twee weken voor te schrijven.	○	○	○	○	○
3)	De niet-medicamenteuze behandeling van insomnia valt onder de expertise van andere hulpverleners.	○	○	○	○	○
4)	Het geeft voldoening om tijd te investeren in de zorg voor patiënten met insomnia.	○	○	○	○	○
5)	Het gebruik van alleen niet-medicamenteuze adviezen bij insomnia heeft meer nadelen dan voordelen.	○	○	○	○	○
6)	Slaapmedicatie neigt eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met insomnia.	○	○	○	○	○
7)	Niet-medicamenteuze adviezen neigen eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met insomnia.	○	○	○	○	○
8)	Ik vind dat er voldoende werkzame niet-medicamenteuze interventies beschikbaar zijn voor de behandeling van insomnia in de huisartsenpraktijk.	○	○	○	○	○
9)	Patiënten met insomnia verwachten vaak dat ik slaapmedicatie voorschrijf.	○	○	○	○	○
10)	Als ik geen slaapmedicatie voorschrijf, heeft dit bij de meeste patiënten een negatieve invloed op de arts-patiëntrelatie.	○	○	○	○	○
11)	De meeste patiënten voelen zich niet serieus genomen als ik geen slaapmedicatie voorschrijf.	○	○	○	○	○

12) Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, schrijf ik slaapmedicatie voor om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.	○	○	○	○	○
13) Ik heb onvoldoende de tijd om patiënten met insomnia te behandelen met niet-medicamenteuze adviezen.	○	○	○	○	○
14) Ik start enkel een gesprek over niet-medicamenteuze adviezen bij insomnia als een patiënt hier zelf vragen over heeft.	○	○	○	○	○
15) Het is mijn bedoeling om minder slaapmedicatie op te starten bij insomnia.	○	○	○	○	○
16) Ik heb in het verleden geprobeerd om minder slaapmedicatie op te starten bij insomnia.	○	○	○	○	○
17) Ik doe op heden een poging om bij één of meerdere patiënten met insomnia minder slaapmedicatie op te starten, maar tot nu toe zonder succes.	○	○	○	○	○
18) Ik doe op heden een poging om bij één of meerdere patiënten met insomnia minder slaapmedicatie op te starten, met reeds (gedeeltelijk) succes.	○	○	○	○	○
19) Ik weet hoe ik patiënten kan motiveren om insomnia op een niet-medicamenteuze manier te behandelen.	○	○	○	○	○
20) Ik voel me vertrouwd met het geven van psycho-educatie over insomnia.	○	○	○	○	○
21) Ik voel me vertrouwd met het geven van slaapadviezen.	○	○	○	○	○
22) Ik weet bij welke slaapklachten ik moet verwijzen.	○	○	○	○	○

In welke mate gebruik je onderstaande niet-medicamenteuze interventies bij patiënten met insomnia?

		Nog nooit gebruikt	Zelden gebruikt	Soms gebruikt	Frequent gebruikt	Zeer frequent gebruikt
23)	ICE of ICCIE-model	○	○	○	○	○
24)	Slaapdagboek	○	○	○	○	○
25)	Psycho-educatie over slaap	○	○	○	○	○
26)	Slaapadviezen	○	○	○	○	○
27)	Spanningsverlagende technieken (vb. relaxatieoefeningen)	○	○	○	○	○
28)	Cognitieve technieken (vb. 5G-schema bij piekeren)	○	○	○	○	○
29)	Stimuluscontroletechniek (negatieve conditionering van 'het bed' doorbreken)	○	○	○	○	○
30)	Tijd-in-bedrestrictietechniek	○	○	○	○	○

Hieronder volgen nog enkele vragen ter verzameling van demografische gegevens.

31) Wat is uw geslacht?
- ○ Man
- ○ Vrouw
- ○ Andere
- ○ Zeg ik liever niet

32) Leeftijd?
- ○ < 30 jaar
- ○ 30-40 jaar
- ○ 40-50 jaar
- ○ 50-60 jaar
- ○ > 60 jaar

33) In welke provincie bent u werkzaam?
- ○ West-Vlaanderen
- ○ Oost-Vlaanderen
- ○ Limburg
- ○ Antwerpen
- ○ Vlaams-Brabant

34) Hoeveel jaar werkervaring heeft u?
- ○ < 10 jaar
- ○ 10-20 jaar
- ○ 20-30 jaar
- ○ 30-40 jaar
- ○ >40 jaar

35) In welk soort praktijk werkt u?
- ○ Solopraktijk
- ○ Duopraktijk
- ○ Groepspraktijk
- ○ Wijkgezondheidscentrum
- ○ Netwerkpraktijk

36) Op welke datum volgde u de LOK?

_____

37) Waar volgde u de LOK?
- ○ Wachtebeke
- ○ Wortegem-Petegem

Bijlage 2: Vragenlijst LOK Afbouw van benzodiazepines

	Hieronder volgen een aantal stellingen. Kies telkens één antwoord dat weergeeft in welke mate u akkoord gaat					
		helemaal niet akkoord	niet akkoord	neutraal	akkoord	helemaal akkoord
1)	Ik vind het geen probleem om benzodiazepines langer dan twee weken voor te schrijven.	○	○	○	○	○
2)	Het afbouwen van benzodiazepines valt onder de expertise van andere hulpverleners.	○	○	○	○	○
3)	Het geeft voldoening om tijd te investeren in het afbouwen van benzodiazepines.	○	○	○	○	○
4)	Het afbouwen van benzodiazepines heeft meer nadelen dan voordelen.	○	○	○	○	○
5)	Benzodiazepines hoeven niet afgebouwd te worden bij een patiënt die hiermee goed functioneert en die geen ongewenste effecten ervaart.	○	○	○	○	○
6)	De meeste patiënten met insomnia die hiervoor benzodiazepines nemen, verwachten dat ik dit continueer.	○	○	○	○	○
7)	Als ik slaapmedicatie niet in dezelfde dosering continueer, heeft dit bij de meeste patiënten een negatieve invloed op de arts-patiëntrelatie.	○	○	○	○	○
8)	De meeste patiënten voelen zich niet serieus genomen als ik hun benzodiazepines niet in dezelfde dosis continueer	○	○	○	○	○
9)	Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, continueer ik de benzodiazepines om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.	○	○	○	○	○

10) Ik vind dat er voldoende werkzame niet-medicamenteuze interventies beschikbaar zijn voor de behandeling van insomnia in de huisartsenpraktijk.	○	○	○	○	○
11) Ik heb onvoldoende de tijd om patiënten met insomnia te begeleiden bij het afbouwen van benzodiazepines.	○	○	○	○	○
12) Bij patiënten met een kortere levensverwachting start ik minder snel het afbouwgesprek over benzodiazepines.	○	○	○	○	○
13) Als benzodiazepines opgestart werden door een collega-huisarts, is het de verantwoordelijkheid van deze collega om de benzodiazepines opnieuw te stoppen.	○	○	○	○	○
14) Als benzodiazepines opgestart werden door een specialist, is het de verantwoordelijkheid van deze specialist om de benzodiazepines opnieuw te stoppen.	○	○	○	○	○
15) Het is mijn bedoeling om meer benzodiazepines af te bouwen de komende weken (< 1 maand).	○	○	○	○	○
16) Ik heb in het verleden geprobeerd om benzodiazepines af te bouwen.	○	○	○	○	○
17) Ik doe op heden een poging om bij 1 of meerdere patiënten benzodiazepines af te bouwen, maar tot nu toe zonder succes.	○	○	○	○	○
18) Ik doe op heden een poging om bij 1 of meerdere patiënten benzodiazepines af te bouwen, met reeds (gedeeltelijk) succes	○	○	○	○	○
19) Ik ben goed getraind in communicatie om patiënten te motiveren om benzodiazepines af te bouwen.	○	○	○	○	○

20)	Ik voel mij voldoende vertrouwd met het opstellen van een schema om benzodiazepines af te bouwen.	○	○	○	○	○
21)	Ik voel mij voldoende vertrouwd met het opvolgen van patiënten die benzodiazepines aan het afbouwen zijn.	○	○	○	○	○
22)	Ik voel mij comfortabel om het afbouwen van benzodiazepines ter sprake te brengen bij een patiënt die al jarenlang deze medicatie gebruikt en stabiel is hiermee.	○	○	○	○	○

In welke mate gebruik je onderstaande niet-medicamenteuze interventies bij het afbouwen van benzodiazepines?

		Nog nooit gebruikt	zelden gebruik	soms gebruikt	frequent gebruikt	zeer frequent gebruikt
23)	Motivationele gespreksvoering (bijvoorbeeld de motivatieschaal, bevragen van pro's en contra's...)	○	○	○	○	○
24)	De stopbrief	○	○	○	○	○
25)	Medicatie-educatie	○	○	○	○	○
26)	De balanstool	○	○	○	○	○
27)	Wekelijkse afbouw per 10-20%	○	○	○	○	○
28)	Apotheker informeren over de afbouw, bvb. STS - 'Start to stop' of de stopdatum op het voorschrift	○	○	○	○	○
29)	Afbouwprogramma benzo's (via contract met patiënt - huisarts - apotheker)	○	○	○	○	○
30)	Wekelijkse follow-up	○	○	○	○	○

Hieronder volgen nog enkele vragen ter verzameling van demografische gegevens.

31) Wat is uw geslacht?

- ◯ Man
- ◯ Vrouw
- ◯ Andere
- ◯ Zeg ik liever niet

32) Leeftijd?

- ◯ < 30 jaar
- ◯ 30-40 jaar
- ◯ 40-50 jaar
- ◯ 50-60 jaar
- ◯ > 60 jaar

33) In welke provincie bent u werkzaam?

- ◯ West-Vlaanderen
- ◯ Oost-Vlaanderen
- ◯ Limburg
- ◯ Antwerpen
- ◯ Vlaams-Brabant

34) Hoeveel jaar werkervaring heeft u?

- ◯ < 10 jaar
- ◯ 10-20 jaar
- ◯ 20-30 jaar
- ◯ 30-40 jaar
- ◯ >40 jaar

35) In welk soort praktijk werkt u?

- ◯ Solopraktijk
- ◯ Duopraktijk
- ◯ Groepspraktijk
- ◯ Wijkgezondheidscentrum
- ◯ Netwerkpraktijk

36) Op welke datum volgde u de LOK?

_____

37) Waar volgde u de LOK?

- ◯ Wachtebeke
- ◯ Wortegem-Petegem

Bijlage 3: Tevredenheidsmeting LOK Insomnia

Tevredenheidsmeting LOK insomnia

1) Op welke datum volgde u de LOK?

_____

2) Waar volgde u de LOK?

_____

Tevredenheidsmeting LOK insomnia

		helemaal niet	eerder niet	neutraal	eerder wel	zeker wel
3)	Heeft u iets geleerd tijdens deze bijeenkomst?	○	○	○	○	○
4)	Kan u de aangebrachte inhoud in uw praktijk toepassen?	○	○	○	○	○
5)	Voelt u zich na deze LOK meer ondersteund / beter onderlegd om insomnia te benaderen?	○	○	○	○	○
6)	Wat vond u van de mate van interactie en participatie tijdens de LOK?	○	○	○	○	○

7) Welke van uw vragen of verwachtingen rond de aanpak van insomnia werden niet ingelost?

_____

8) Heeft u al eerder een vorming gevolgd over het thema insomnia?

○ ja
○ nee

9) Geef uw tevredenheid over deze LOK weer in een score van 1 tot 10

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4
○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8
○ 9 ○ 10

10) Wat kan er beter aan deze vorming?

_____

Bijlage 4: Tevredenheidsmeting LOK Afbouw van benzodiazepines

Tevredenheidsmeting LOK benzodiazepines

1) Op welke datum volgde u de LOK 'afbouw benzodiazepines'? _____

2) Op welke locatie volgde u de LOK 'afbouw benzodiazepines'? _____

Tevredenheidsmeting LOK benzodiazepines

		Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder wel	Zeker wel
3)	Heeft u iets geleerd tijdens deze bijeenkomst?	○	○	○	○	○
4)	Kan u de aangebrachte inhoud in uw praktijk toepassen?	○	○	○	○	○
5)	Voelt u zich na deze LOK meer ondersteund / beter onderlegd om benzodiazepines af te bouwen?	○	○	○	○	○
6)	Wat vond u van de mate van interactie en participatie tijdens de LOK?	○	○	○	○	○

7) Welke van uw vragen of verwachtingen rond de aanpak bij het afbouwen van benzodiazepines werden niet ingelost? _____

8) Heeft u al eerder een vorming gevolgd over het thema 'afbouwen van benzodiazepines'?
○ Ja
○ Nee

9) Geef uw tevredenheid over deze LOK weer in een score van 1 tot 5
○ 1
○ 2
○ 3
○ 4
○ 5

10) Wat kan er beter aan deze vorming? _____

Bijlage 5: Powerpointpresentatie LOK aanpak van insomnia



1



2



3



4



5



6

Agenda

Houd je alvast één van je patiënten met insomnia klachten in gedachten?

A
Introductie & sturing

B
Wat je moet weten over slapen

Hoe ontstaat een slaapprobleem?

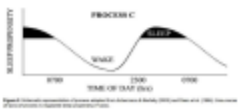
C
Consult model

7

Wat je moet weten over slapen

- De mens is biologisch geprogrammeerd om te slapen (C + S)

Circadiaans ritme (=Engels, biologische klok)



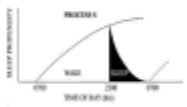
8

Wat je moet weten over slapen

- De mens is biologisch geprogrammeerd om te slapen (C + S)

Circadiaans ritme (=Engels, biologische klok)

Slaapbehoefte (slaaphonger / slaapdruk / homeostase)



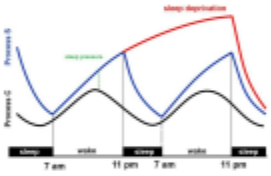
9

Wat je moet weten over slapen

- De mens is **biologisch geprogrammeerd** om te slapen (C + S)

Circadiaans ritme (=Engels, biologische klok)

Slaapbehoefte (slaaphonger / slaapdruk / homeostase)



Two-process model of sleep regulation

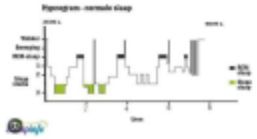
10

Wat je moet weten over slapen

- De mens is **biologisch geprogrammeerd** om te slapen (C + S)

De slaap

- belang van de eerste 4 uren diepe slaap
- cyclus duurt ongeveer 90minuten
- NonREM: deels diepe slaap: fysiek recupereren
- REM of droomslaap: psychologisch recupereren
- Nachten 1 en 2: oppervlakkige slaap en wakker worden=normaal!



11

Wat je moet weten over slapen

- De mens is biologisch geprogrammeerd om te slapen (C + S)
- **Levensstijl** kan deze biologie ondersteunen of in de war brengen

Circadiaans ritme (=Engels, biologisch)

Slaapbehoefte (slaaphonger / slaapdruk / homeostase)

Levensstijl (voeding, stress, beweging, middelen / dag, avond, nacht)

"De nacht is de spiegel van de dag"



12

Voorbeschikkende factoren

- Ouderen ook slechte slapers c. 30% positieve ten anamnese
- Hyperarousal: verhoogde niveaus van fysiologische activering tijdens slaap en waakstanthed
- Opvoeding: hoe omgaan met slaap en slaapproblemen
- ...

Uitlokkende factoren

- Psychosociaal: life events
- Biomedisch: ziekte, trauma, operatie, pijn...
- ...

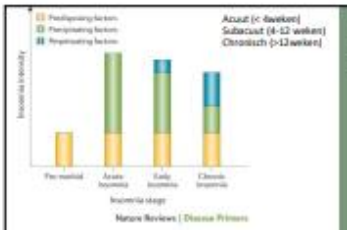
Onderhoudende factoren

- Niet helpend **gedrag** (dijken wanten, klok kijken, 'slaapmutsje' drinken, schermen in bed,...
- Niet helpende **gedachten** (ik zal weer niet kunnen slapen, ik zal niet fit zijn, wat is er nou met mij, piekeren, ...)

Hoe ontstaat een slaapprobleem?

- De mens is biologisch geprogrammeerd om te slapen (C + S)
- Levensstijl kan deze biologie ondersteunen of in de war brengen

13



Hoe langer de insomnia duurt, hoe groter het aandeel van de onderhoudende factoren (gedrag en gedachten)

Hoe ontstaat een slaapprobleem?

- De mens is biologisch geprogrammeerd om te slapen (C + S)
- Levensstijl kan deze biologie ondersteunen of in de war brengen

14

Vicieuze cirkel



Hoe langer de insomnia duurt, hoe groter het aandeel van de onderhoudende factoren (gedrag en gedachten)

Hoe ontstaat een slaapprobleem?

- De mens is biologisch geprogrammeerd om te slapen (C + S)
- Levensstijl kan deze biologie ondersteunen of in de war brengen

15



Hoe tevreden was jij over je slaap?

Circadiaans ritme? Slaapbehoefte?

Levensstijl?

Uitlokkende factoren? Onderhoudende factoren?

16

Agenda

Houd je alcohol één van je patiënten met insomnia klachten in gedachten?

A
Introductie & sturing

B
Slaap

C
Consultmodel = Proces gericht
Exploratie
Diagnostiek
Aanpak

17

"En nu ik hier toch ben, dokter... ik kan niet slapen... Heb je daar iets voor?"



"En nu ik hier toch ben..."

- Meestal niet hoofdreden van het consult
- Vaak deel van een ander probleem: surmenage, piekeren, angst, depressie...

- Slaapproblemen = transdiagnostisch onderschat deel bij meeste psychische klachten (surmenage, burnout, depressie, angst, ...)
  Slaap optimaliseren = opstap behandeling andere psychische klachten

18

"En nu ik hier toch ben, dokter…
ik kan niet slapen… Heb je daar iets voor?"



Verwijs je als arts naar een **vervolg afspraak** in deze situatie?

19

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren

1. De patiënt beluisteren!

- Empathisch exploreren = deuntjes
- Van ICE naar ICCIE
- Bio Psycho Sociaal

I *Heb je zelf een idee waar dat van te maken heeft? Wat gebeurt er zoal in jouw leven momenteel? Wat houdt je wakker? (BPS)*

C *Waar maak je je vooral zorgen over? (BPS)*

C *Hoe ga je daar mee om? Kun je overdag wel rust vinden? (BPS)*

I *Welke impact heeft dat op jouw leven? (BPS)*

E *Je zei: heb je daar iets voor… had je zelf iets in gedachten? Wat hoop je dat ik daarin kan betekenen?*

www.gedragsneuropsychofarmacologie.gob.kesmtoffde-icce-methode

20

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese

Diagnostisch landschap



21

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese

Diagnostisch landschap Slaapstoornissen

6 categorieën slaapstoornissen:

- **insomnia (slapeloosheid)**
- dysfunctionele ademhalingsstoornissen (vb OSAS)
- hypersomnolentie (ongepaste slaapbehoefte of ernst van slaperigheid overdag)
- parasomnie (abnormale ervaringen of gedragingen in de slaap)
- dysfunctionele bewegingsstoornissen (restless legs, rusteloze benen periodieke bewegingen)
- circadiane ritmestoornissen (de interne biologische klok past niet bij het 24-uurritme van de maatschappij)

22

De patiënt met insomnia, die je in gedachten had…



Gaat het effectief over insomnia bij deze patiënt?

23

Durf je hier het consult al af te sluiten?



Waarom wel/niet?

Inzetbare hulpmiddelen?

BPS, Balans, KDP, Vragenlijst bij slaapproblemen, Relaxatie-oef,…

24

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese

1. De patiënt beluisteren!
2. Anamnese

- Aard
  Inslaapprobleem (afwindperiode – relaxatie)
  Doorslaapprobleem (duur in bed en coping met wakker liggen)
  Te vroeg wakker worden ('slaap ik niet, ik rust toch')
- Duur
  Acute / Subacute / Chronische insomnia
  Voorbeschikkende / Uitlokkende / Onderhoudende factoren?
- Levensstijl
  Hoe ziet je dag eruit?
  Hoe ziet je avond eruit?
  Hoe ziet je nacht eruit?

Wat heb je zelf al geprobeerd (of genomen)?

25

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese

1. De patiënt beluisteren!
2. Anamnese

- Aard
  Inslaapprobleem (afwindperiode – relaxatie)
  Doorslaapprobleem (duur in bed en coping met wakker liggen)
  Te vroeg wakker worden ('slaap ik niet, ik rust toch')





1 à 2 weken laten invullen + Verwijzingsprozak
's morgens (en niet 's nachts!) invullen - op het gevoel (niet op de wekker kijken!)

26

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese

1. De patiënt beluisteren!
2. Anamnese

- Levensstijl
  Hoe ziet je dag eruit?
  Hoe ziet je avond eruit?
  Hoe ziet je nacht eruit?

27

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese

1. De patiënt beluisteren!
2. Anamnese

- Levensstijl (voeding, stress, beweging, middelen)

Hoe ziet je dag eruit?



Vragenlijst?

28

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese

1. De patiënt beluisteren!
2. Anamnese

- Levensstijl (voeding, stress, beweging, middelen)

Hoe ziet je dag eruit?
Hoe ziet je avond eruit?

Overgang werk – thuiskomen
Avondactiviteiten? Ontprikkelen, afwinden, ...?
Schermen?
Uitus?
Slaapritueel?
...
Vragenlijst?

29

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese

1. De patiënt beluisteren!
2. Anamnese

- Levensstijl (voeding, stress, beweging, middelen)

Hoe ziet je dag eruit?
Hoe ziet je avond eruit?
Hoe ziet je nacht eruit?



En wat heb je zelf al geprobeerd (of genomen)?

30

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese

1. De patiënt beluisteren!
2. Anamnese
   - Levensstijl(voeding, stress, beweging, middelen)



31

De patiënt met insomnia, die je in gedachten had…



Heb je reeds voldoende zicht?
Wat heb je nog nodig?

- Acuut / subacuut / chronisch?
- Voorbeschikkende factoren?
- Uitlokkende factoren (BPS)?
- Onderhoudende factoren (levensstijl, gedrag, gedachten): overdag / 's avonds / 's nachts

Want deze diagnostiek bepaalt het verdere behandelplan

32

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese
3. Psychoeducatie

1. Psychoeducatie

Wat heb ik? Hoe kom ik eraan? Hoe raak ik ervan af?

- Belangrijke interventie bij procesgericht werk! Een "gemeenschappelijke ziektetheorie" is een voorwaarde voor "gemeenschappelijk behandelplan"!
- Maatwerk!
  Haal uit 'wat je moet weten over slapen' en 'Hoe ontstaat een slaapprobleem' de relevante info voor déze patiënt (verhaal en anamnese)
- Steeds **bio psycho sociaal**

33

De patiënt met insomnia, die je in gedachten had…



Op basis van de grondige diagnostiek:

Welke psychoeducatie zal cruciaal zijn bij jouw specifieke patiënt?

34

Wat als je patiënt toch een pil wil?

- Medicatie educatie:
  brochure slaap en kalmeermiddelen (www.gebruikvanpsychofarmaca-gids.be)
- Een quick fix klinkt aanlokkelijk, alleen kan je niet door een probleem heen slapen
- Een pil nemen verandert niets aan je gewoontes of je gedachten
- Je kan dit ook zelf, zonder pil! Ik geloof dat er andere manieren zijn waarop we dit kunnen aanpakken
  (cfr psycho educatie)
- …

35

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese
3. Psychoeducatie
4. Aanpak

3. Psychoeducatie
4. Aanpak
   - Doel van interventies rond insomnia:
     - verbeteren van functioneren overdag
     - verbeteren van slaapkwaliteit (ipv kwantiteit)
   - Adviezen voor de **dag** (nacht is er de spiegel van)
   - Adviezen voor de **avond** (tot ontspanning komen)
   - Adviezen voor de **nacht** (je bed deconditioneren)

36

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese
3. Psychoeducatie
4. Aanpak

3. Psychoeducatie

4. Aanpak

- Adviezen voor de **dag** (nacht is er de spiegel van)
- Adviezen voor de **avond** (tot ontspanning komen)
- Adviezen voor de **nacht** (je bed deconditioneren)

Adviezen voor de dag:

- ✓ *Vermijd dutjes en bouw slaaphonger op*
- ✓ *Activiteit/bewegen: wat doet jij graag? Hoe maak je je lichaam moe?*
- ✓ *Stress (cortisol): hoe zorg jij voor ontspanning – kortstondig en lange termijn?*
- ✓ *Voeding: suiker, honger, zware maaltijd 's avonds...*
- ✓ *Middelen: medicatie, alcohol, roken, koffie, cola, ...*
- ✓ *Het bed is enkel om te slapen: niet studeren, tv-kijken, tablet, ...*
- ✓ *Zorg overdag (en 's morgens) voor blootstelling aan licht*
- ✓ ...

37

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese
3. Psychoeducatie
4. Aanpak

3. Psychoeducatie

4. Aanpak

- Adviezen voor de **dag** (nacht is er de spiegel van)
- Adviezen voor de **avond** (tot ontspanning komen)
- Adviezen voor de **nacht** (je bed deconditioneren)

Adviezen voor de avond:

- ✓ *Wat maakt jou rustig? Hier kom jij tot ontspanning?*
- ✓ *Actieve avond? Omschakelen vraagt tijd! Hoe doe je dat?*
- ✓ *Zorg voor verduistering*
- ✓ *Vast patroon/ritueel opbouwen, weg van de slaap!*
- ✓ *Scherm gebruik?*
- ✓ *Vermijd je slaap vallen voor TV (slaaphonger bouwt al af!)*
- ✓ *Zware maaltijd 's avonds? Suiker? medicatie, alcohol, roken, koffie, cola, ...?*
- ✓ *Zie ander website voor ontspanningsoefeningen...*

38

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese
3. Psychoeducatie
4. Aanpak

3. Psychoeducatie

4. Aanpak

- Adviezen voor de **dag** (nacht is er de spiegel van)
- Adviezen voor de **avond** (tot ontspanning komen)
- Adviezen voor de **nacht** (je bed deconditioneren)

Adviezen voor de nacht:

- ✓ *Timing: Ga pas naar bed als je **slaperig** bent (maar sta wel op een vast uur op 's morgens), wanneer merk jij dat je slaperig wordt?*
- ✓ *Stoppomgeving: donker (nr moder!), geluid, temperatuur...*
- ✓ *Niet op de klok kijken!*
- ✓ *Bed: enkel voor slapen en intimiteit (geen gsm, laptop...film, ... boek)*
- ✓ *Zoiezk: niet wakker liggen/piekeren in bed: sta op en doe iets rustigs*
- ✓ *Slaapkwaliteit is belangrijker dan slaapkwantiteit*
- ✓ ...

39

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese
3. Psychoeducatie
4. Aanpak

3. Tools



40

Consultmodel Procesgericht

1. De patiënt beluisteren
2. Anamnese
3. Psychoeducatie
4. Aanpak

3. Psychoeducatie

4. Aanpak

- Motivationele gespreksvoering
  Wat heb je nodig om dit uit te proberen?
  Wat heb je nodig om dit vol te houden?
  Wat houdt je tegen?
- Wat had je zelf al geprobeerd? (medicatie?)
- Wat werkt er soms / een heel klein beetje?
- Dit alles zal wat tijd en geduld vragen (conditionering). Wanneer kom je me vertellen wat er lukt en wat er niet lukt? Plan een vervolgconsult!

41

Vicieuze cirkel

Bron: VVPK

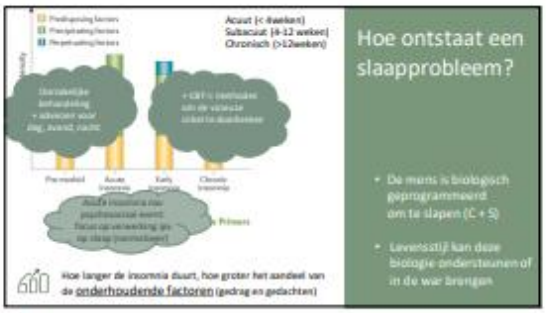


Hoe langer de insomnia duurt, hoe groter het aandeel van de onderhoudende factoren (gedrag en gedachten)

Hoe ontstaat een slaapprobleem?

- De mens is biologisch geprogrammeerd om te slapen (C + S)
- Levensstijl kan deze biologie ondersteunen of in de war brengen

42



43



44



45



46



47



48



49



50



51



52



53



54

- Elektronische leermodule 'Het benzo-consult' (geaccrediteerd): https://www.health.belgium.be/nl/e-services/e-learning
- Naast niet starten ook focus op stoppen van slaapmedicatie:
  - BCFI E-learning afbouw van benzodiazepines (geaccrediteerd)
  - LOK: Het afbouwen van benzodiazepines in de huisartsenpraktijk

Zin in meer?

55

Opleidingstraject voor een gedragsmatige aanpak in de eerste lijn

Drie pijlers:

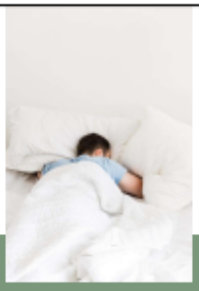
- E-learning Motiverende Gesprekvoering en Eerste Hulp Bij Slaapproblemen
- Vaardigheidstraining van 2 x 3 uur waar u de theorie uit de e-learnings leert toepassen in de praktijk - verspreid over gans België
- Online gesupervisieerde intervisie voor casussen

Gericht op **huisartsen**, kinesisten, apothekers, verpleegkundigen, enz om zelf aan de slag te gaan met laag intensieve gedragsmatige interventies

Via de Vereniging van Klinische Psychologie:
https://vvkp.be/vaardigheidstraining-insomnie

Zin in meer?

56



- ELP
- Cognitieve gedragstherapie (individueel of in groep)

NIEUW 2024 slaappsychologen
https://vvkp.be/verwijslijst-slaap

Via mutualiteiten en/of ziekenhuizen:
www.cm.be/nl/diensten-en-voordelen/slaaptherapie

Online (Let op kostprijs!)
Vb: www.brainwise.be– www.starttosleep.be; www.i-sleep.nl/module/

Bondgenoten: de psycholoog

57

- Slaapadviezen
  - www.thuisarts.nl/slecht-slapen
  - www.cm.be/slaap/gezond-slapen/wat-kun-je-zelf-doen
  - www.gezondleven.be/themas/slaap
  - www.mentalvitaal.nl/problemen-oplossen/slapeloosheid
- Apps: www.onlinehulp-apps.be/apps-overzicht
- Ontspanningsoefeningen:
  - www.mentalvitaal.nl/oefenen
  - www.ggzdrenthe.nl/ontspanningsoefeningen
  - www.mentalvitaal.nl/oefenen/ademhalingsoefening
  - www.gelukdriehoek.be/oefeningen?thema&moment&type=ontspannen&competentie&oefeningen

Slaapadvies & ontspanningsoefeningen voor patiënten

58

Wat neem je mee naar jouw praktijk?

59

Dank voor uw aandacht!

Neemt u nog even de tijd voor een evaluatie?



UNIVERSITEIT GENT

Projectgroep Psychofarmaca
UGent, Faculteit Geneeskunde, Klinische Farmacologie
Gefinancierd door FOD Volksgezondheid

60

Bijlage 6: Powerpointpresentatie LOK afbouw van benzodiazepines



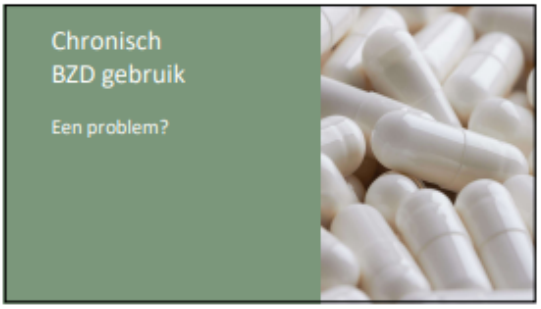
1



2



3



4



5



6

1



De meesten houden het niet bij 1 verpakking

• 2/3 patiënten haalt meer dan 1 verpakking

7

Effect BENZO en Z-drugs

Slapeloosheid

Kortdurend en snel effect:
- ↓ inslaaptijd (15-20min) en slaapduur (30-50min
- Slaapkwaliteit slechter
- Z-produkten niet werkzamer dan benzo

Langetermijn:
- Geen data voor benzo
- 6 studies > 4weken voor Z drugs: 16 min winst

Angst

Snel effectief, slechts gedurende enkele weken

VALKUIL
Geen aanpak van onderliggend probleem

8

Risico's

Overdreven sedatie
Slaperigheid

Rebound effecten paradoxale reacties
Z-produkten niet minder risico's, ook ongewone handelingen (slaapwandelen…)

Minder zichtbaar:
- Verminderde intellectuele prestaties (geheugen en concentratie), dementie??
- Verwardheid vooral ouderen
- Afname REM slaap en diepe slaap

Zeer ernstig (maar gelukkig zelden):
- Negatief effect op psychomotoriek: vallen bij ouderen en ongevallen

+ Interacties met andere sederende medicatie (opioiden!) of alcohol (cave polyfarmacie bij ouderen)

Na 1-2 weken
Tolerantie
Psychische en fysieke afhankelijkheid
Derving bij stoppen

9

Risico's van BZD verminderen

LOK insomnia

Opstart vermijden + (Zeer) strikte indicatiestellen

LOK afbouw

Evalueren en stoppen

10



De patient die jij in gedachten hebt:

Vind je het BZD gebruik een probleem?
Waarom (niet)?

11

Indicaties voor afbouw

Overweeg zeker afbouw bij patiënten die:

- Een beperkte dosis benzo's gebruiken
- Een beperkte duur van benzogebruik hebben
- Benzo's opgestart kregen voor een milde problematiek
- Redelijk goed functioneren
- Geen belangrijke psychiatrische comorbiditeit hebben
- Geen verslaving aan andere middelen hebben

Maar ook in meer complexe gevallen is afbouw geïndiceerd!

Goed nieuws: het is mogelijk !! Soms wel niet gemakkelijk maar het lukt wel in de meeste gevallen

En er zijn tools!

12

Agenda

A
Chronisch BZD gebruik: een probleem?

B
Het proces naar afbouw in 3 fases

C
Bondgenoten

13

Het proces naar afbouw van BZD in 3 fases



Het probleem aansnijden: medicatie - educatie



De patiënt laten 'rijpen': motivationele gesprekvoering



De patiënt ondersteunen bij afbouw van BZD

14



In welke fase zit je met jouw patiënt momenteel?

1. Het probleem aansnijden
2. De patiënt laten rijpen
3. De patiënt ondersteunen bij afbouw

15

Hoe en wanneer ga jij het gesprek over BZD afbouwen aan met jouw patiënt?



Wissel ideeën en ervaringen uit met je buur.

Het probleem aansnijden: medicatie-educatie

16

Het proces naar afbouw

1. Het probleem aansnijden
2. De patiënt laten rijpen
3. De patiënt ondersteunen bij afbouw

De patiënt laten rijpen: inzetten op motivationele gesprekvoering

Wie niet zaait kan niet oogsten

Gras groeit niet sneller door eraan te trekken (wel in tegendeel)

Indien uw patiënt niet rijp is om geplukt te worden
(= zelf gemotiveerd en overtuigd om af te bouwen),
dan is uw focus het faciliteren van het rijpingsproces van uw patiën

Volg het tempo van de patiënt, maar laat niet los

3 modellen kunnen houvast geven in dit rijpingsproces

A. Zelfdeterminatiemodel
B. Het gedragswiel
C. De motivatiecirkel

GEDULD!
Een motiveringsproces kan snel gaan maar evengoed jaren duren!

17

Determinatiemodel: focus op autonome motivatie

- Autonomie: "Ik kies als patiënt zelf."
- Betrokkenheid: "De huisarts helpt mij."
- Competentie: "Ik kan dit!"

18

Gedrag
veel meer dan
intrinsieke motivatie:

Gedragswiel



19

Waar zit uw patient?

Motivatiecirkel



20

Precontemplatie (zaaien)

Kenmerk:
- op dit niveau bestaat er (nog) geen intentie tot verandering (afbouwen van BZD's)

Doel:
- Focus op aansnijden van het problem: informeren, exploreren weerstand en ga niet in discussie

Tools:
- Medicatie-educatie
- Document Kenmerken van chronisch BZD gebruik
- Stopbrief

Paradoxale interventies (vb. "Begrijp ik het goed dat u die medicatie dan de rest van uw leven wil nemen?")

21

Het proces naar afbouw

1. Het probleem aansnijden



22

Tools

medicatie-educatie

- Goede succesratio
- Patiënten vaak niet bewust van de nadelen en of van het feit van een ongezonde gewoonte (of verslaving)
- Wees zelf overtuigd dat afbouw aangewezen, zinvol en haalbaar is
- Vraagt moed, motivatie en tijd om 'afbouw van BZD's' zelf op tafel te leggen en het probleem aan te snijden
- Vanuit betrokkenheid en bezorgdheid als arts, en dit ook te expliciteren, en empathisch

23

Communicatietips

Eigenlijk maak ik mij wat zorgen om die slaappillen/kalmeerpillen die u nu al een tijd neemt. Ik vermoed dat u er tevreden over bent, anders zou u ze immers niet nemen... Zal ik even vertellen waarom ik mij er eigenlijk niet goed bij voel dat u die zo'n lange tijd neemt?

"Ik ga u wat overvallen vrees ik, maar ik wil het graag met u eens hebben over die slaappillen/kalmeerpillen... Vindt u het goed als ik u even vertel waarom ik hier met u eens over wil spreken?"

"Want dat had u niet zien komen, denk ik ?"

"Ik zou het met u nog eens over uw slaappillen/kalmeerpillen willen hebben... Het is voor u waarschijnlijk verrassend, aangezien u die nu al zo lang neemt ... Vindt u het goed als ik even toelicht waarom ik daar nu over begin?"

24

"Ik ben daar goed mee hoor dokter... dat kan toch eigenlijk geen kwaad"

"Bij mij werkt het wel nog, want ik kan niet slapen als ik mijn pilletje eens niet genomen heb!"

"Ik neem dat nu al zo lang..." "Mijn vorige arts heeft gezegd dat ik daar nooit mee mag stoppen..."

"Ik heb daar geen bijwerkingen van hoor!" ...



Hoe reageer jij op dit soort 'dooddoeners'?

Wissel ideeën en ervaringen uit met je buur.

Het probleem aansnijden: medicatie-educatie

25

Tegenargumenten beter exploren dan weerleggen

- Betekent uiteraard niet dat u akkoord gaat
- Exploreer op een accepterende en empathische manier de beleving van de patiënt
- Verken samen met uw patiënt de betekenis van het chronisch BZD-gebruik in zijn/haar leven en identificeer bepaalde drempels tot afbouw.

26

Tools Kenmerken van chronisch bzd gebruik

27

Tools De stopbrief

- Per brief alle patiënten - waarbij u afbouw geïndiceerd vindt – aanschrijven en aanmoedigen om af te bouwen.
- Uit onderzoek blijkt de brief vooral effectief bij patienten met **lage doseringen (= één standaarddagdosering per dag)**, bij hen is afhankelijk van de gebruiksduur de succesratio tot 30-50 % (!) (hoe korter gebruik hoe beter)
- Als grootschalig project in uw praktijk?
- Al iemand gedaan??

28

Tools De stopbrief Praktisch

- Stuur of geef de patient een stopbrief met praktische adviezen hoe te stoppen
- Met ook uitnodiging voor consultatie voor patienten die dit willen voor het opstellen van een persoonlijk afbouwschema
- Nodig de patient uit na 3 maanden voor evaluatie
- Pro: kost weinig tijd
- Ideaal voor projectmatige aanpak, ev samenwerking apotheker en praktijkondersteuner (Haio?)

29

Wie situeerde zijn casus in deze 1e fase?



- Wat heb je al gedaan?
- Wat loopt goed?
- Waar bots je tegenaan?
- Wat heb je nodig om verder te kunnen?

Het probleem aansnijden: medicatie-educatie

30

Het proces naar afbouw van BZD: in 3 fases





Het probleem aanwijzen: medicatie - educatie

De patiënt laten 'rijpen': motivationele gesprekvoering

31

Contemplatie

De patiënt complimenteren met de reeds gezette stap is steeds zinvol en goed voor uw arts-patiënt relatie: "Ik ben blij te horen dat je je er van bewust bent dat uw BZD'- gebruik eigenlijk niet gezond is. Dit is een erg belangrijke stap die u gezet heeft..."

Kenmerk:
- De patiënt erkent het probleem en overweegt om BZD's ooit af te bouwen

Doel:
- Handvaten aanreiken om de motivatie aan te scherpen en het voornemen concreter te maken

Tools:
- U wil stoppen met slaapmedicatie
- Pro-en contra
- Motivatieschaal
- Bendep SRQ – Vragenlijst

32

U TWIJFELT OM

UW MEDICATIE AF TE BOUWEN?

33

MOTIVATIESCHAAL

AFBOUWEN VAN MEDICATIE

34

Beslissing

Kenmerk:
- Uw patiënt heeft concrete plannen om af te bouwen

Doel:
- Aanzetting verder exploreren. Helpt ook om valkuilen bloot te leggen.

Tools:
- U wil stoppen met slaapmedicatie.
- Motivatieschaal
- Balanstool
  - Draagkracht verhogen, valkuilen vermijden
  - Sociale steun
- (5G schema)

35

Balanstool



36



Wie situeerde zijn patiënt in deze 2e fase?

- Wat heb je al gedaan?
- Wat loopt goed?
- Waar bots je tegenaan?
- Wat heb je nodig om verder te kunnen?

De patiënt laten 'rijpen': motivationele gespreksvoering

37

Het proces naar afbouw van BZD: in 3 fases





Het probleem aansnijden: medicatie - educatie

De patiënt laten 'rijpen': motivationele gespreksvoering

De patiënt ondersteunen bij afbouw van BZD

38

Het proces naar afbouw

1. Het probleem aansnijden
2. De patiënt laten rijpen
3. De patiënt ondersteunen bij afbouw

3. De patiënt ondersteunen bij afbouw

Dagni de 'rijpe' vruchten

VOLHARDING! herval geen ramp maar weer stap vooruit

39

Advies

Informeer van tevoren over dervingssymptomen
Vaak heftigst aan het eind van de afbouwperiode
Temporiseer bij heftige verschijnselen

- Geleidelijk afbouwen vermindert kans op rebound en derving
- Bespreek met patiënt hoe hij/zij wenst af te bouwen
- Stel samen met de patient schema op:
  - Richtschema: verlaag met kleine stapjes per 1 a 2 weken -10 tot 20%
    ev. laatste 2weken verlagen met 12,5%
    Soms sneller af/ trager over meerdere weken en maanden afhankelijk van de eigen inschattingen wensen patiënt.
- Voor geen enkel geneesmiddel overtuigend bewijs voor winst als hulpmedicatie bij afbouw

40

VIA DIAZEPAM?

- Algemeen: niet aan te raden, geen voordelen in studies t.o.v. eigen product taperen + bij ouderen meer sufheid en slaperigheid overdag (lange T1/2)
- Terwijl meerdere benzodiazepines, kortwerkend meerdere keren per dag → 1x diazepam
- Cave omrekening diazepam: $T_{1/2}$ (– dosis) varieert ngl patiëntkenmerken (leeftijd, metabolisme)

41

Opvolging cruciaal

Controleer wekelijks (kan telefonisch) of volgens de afbouwstappen

Doel:
- Opvolgen slapeloosheid (zie lok insomnia voor aanpak)
- Duiden en normaliseren van ontwenningsverschijnselen, ev. temporiseren
- Patient niet gevoel geven er alleen voor te staan

42

Wie situeerde zijn casus in deze 3e fase?

- Wat heb je al gedaan?
- Wat loopt goed?
- Waar loets je tegenaan?
- Wat heb je eventueel nodig om verder te kunnen?

De patiënt ondersteunen bij het afbouwen van BZD



43



"het lukt niet dokter..."

- Afbouwen: met vallen en opstaan
- Wat met herval?

HERVAL:
informeren, doseren, motiveren

44

Zijn er succesverhalen in de zaal?

Hoe heb je de verschillende fasen ervaren en doorlopen?



45

Agenda

A
Chronisch BZD gebruik: een probleem?

B
Het proces naar afbouw

C
Bondgenoten

46

Het proces naar afbouw

Bondgenoten

De apotheker

De apotheker

Apotheker aan het woord

47

Afbouwprogramma benzo's

- sinds 1 februari 2023
- afbouwprogramma via magistrale bereidingen met graduele dosisreductie
- chronisch 1 benzodiazepine of Z-drug
- volledig terugbetaald
- ambulante (géén WZC) patiënt >18j
- werkt via contract
- afbouw in 5/7/10 stappen
- Apotheker maakt magistrale bereiding en helpt mee bij patient begeleiden & motiveren



48

Het proces naar afbouw

Bondgenoten

De apotheker

Waarbij nog meer bondgenoot?

- Stopdatum op 1ste voorschrift → dan ook stopdatum op verpakking
- Apotheker informeren over afbouw: 'Start to Stop (STS)' op voorschrift
- 'hetzelfde verhaal' bij de patiënt brengen, niet-medicamenteuze adviezen, evaluatie bij elke afgifte en voorschrijven, minimale interventie zoals stopbrief…

MFO : lokale afspraken i.v.m. samenwerking en communicatie

49

Het proces naar afbouw

Bondgenoten

De apotheker

De psycholoog

Expertise in motivationele gesprekvoering

… en in het bieden van ondersteunen van het afbouwproces

Conventie via GGZ netwerken:
Kortdurende begeleiding
Lichte tot matige ernstige hulpvraag
Recht op sessies aan een verlaagd tarief (11€ of 4€ bij verhoogde tegemoetkoming)

NIEUW 2024 slaappsychologen https://vvkp.be/verwijslijst-slaap

50

Kernboodschappen

- Volg het tempo van & stem af op jouw patiënt, maar laat niet los.
- Betrek bondgenoten





Het probleem aanpakken: medicatie - educatie

De patiënt laten 'rijpen': motivationele gesprekvoering

De patiënt ondersteunen bij afbouw van BZD

51

Kernboodschappen

- Volg het tempo van & stem af op jouw patiënt, maar laat niet los.
- Betrek bondgenoten



BZD
beter voorkomen dan afbouwen?

52

www.gebruikvanpsychofarmaca-gids.be/arts/Hulpmiddelen-voor-een-therapeutische-aanpak

ICCIE, balans tool, KOP model …
Brochure over slaap / slapeloosheid
Vragenlijst ivm slaaphygiëne
Vragenlijst bij slaapproblemen
Brochure kalmeer-en-slaapmiddelen
Slaapdagboek
Insomnia cirkel
Stimuluscontrole
Tijd-in-bed-restrictie
G-schema



Overzicht van al het beschikbaar materiaal en adressen om aan te vragen:
https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-zorgverleners/voorschrijven/slaap-en-samenvoegmiddelen

Tools voor artsen

53

- BCFI e-learning afbouw van slaapmedicatie (geaccrediteerd)
- Naast stoppen van slaapmedicatie ook focus op niet starten:
  - E-learning afbouw van slaapmedicatie van BCFI (geaccrediteerd)
  - LDK: Aanpak van insomnia in de huisartsenpraktijk
  - Elektronische leermodule 'Het benzo-consult' (geaccrediteerd): https://www.health.belgium.be/nl/e-services/e-learning

Zin in meer?

54

Opleidingstraject: voor een gedragsmatige aanpak in de eerste lijn

Drie pijlen:

- E-learning Motiverende Gespreksvoering en Eerste Hulp Bij Slaapproblemen
- Vaardigheidstraining van 2 x 3 uur waar u de theorie uit de e-learnings leert toepassen in de praktijk - verspreid over gans België
- Online gesupervisieerde intervisie voor casussen

Gericht op **huisartsen**, kinesisten, apothekers, verpleegkundigen, enz om zelf aan de slag te gaan met laag intensieve gedragsmatige interventies

Via de Vereniging van Klinische Psychologie:
https://vvkp.be/vaardigheidstraining-insomnie

Zin in meer?

55

Wat neem je mee naar jouw praktijk?

A
Chronisch BZD gebruik: een probleem?

B
Het proces naar afbouw

C
Bondgenoten

56

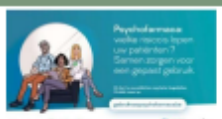
Dank voor uw aandacht!

Neem je nog even de tijd voor een evaluatie?



Projectgroep Psychofarmaca
UGent, Faculteit Geneeskunde,
Klinische Farmacologie
Gefinancierd door FOD Volksgezondheid

UNIVERSITEIT GENT



57