Gebruik van niet-medicamenteuze tools bij insomnia en de afbouw van benzodiazepines

Lauren Geldhof, UGent

Astrid Poppe, UGent

Louis-Henri De Man, KU Leuven

Promotor: Dr. Ellen Van Leeuwen, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

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

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

Abstract

Context: Insomnia is een veelvoorkomend probleem, men schat dat 20 à 30% van de bevolking slaapklachten ervaart. Richtlijnen adviseren een niet-medicamenteuze aanpak met een uitgebreide anamnese en grondige exploratie, aangevuld met een slaapdagboek. Slaapeducatie en -adviezen vormen de basisbehandeling, dit kan worden aangevuld met cognitieve gedragstherapie. Benzodiazepines en andere medicatie zijn niet geïndiceerd bij de aanpak van chronische insomnia en hebben een hoog risico op bijwerkingen, gewenning en afhankelijkheid. Het gebruik ervan in België is hoog, in 2022 kreeg één op vijf Belgen een voorschrift. In de periode van 01/09/2023 tot 28/02/2025 werden LOK sessies rond insomnia en afbouw van benzodiazepines georganiseerd. Hierin worden diverse aanvullende tools zoals een balanstool, een 5G-schema en een KOP-model aangeboden. Ter ondersteuning van de afbouw van benzodiazepines worden een STOP-brief, vragenlijsten en de tools voor de aanpak van insomnia voorgesteld. Het gebruik van deze tools in de huisartspraktijk is niet bekend, dit vormt de aanleiding voor deze thesis.

Onderzoeksvraag: 1) Wat is de onderbouwing van de tools voor de aanpak van slaapklachten en de afbouw van benzodiazepines en 2) Wat is de ervaring van huisartsen, deelnemers en trainers van de LOK sessies, en bij uitbreiding trainer-psychologen hiermee?

Methode: De psychofarmacagids van de FOD Volksgezondheid en de Belgische en Nederlandse richtlijnen over insomnia vormen het vertrekpunt voor deze thesis. In kader van de literatuurstudie werden de databases Pubmed, Web of Sciences, Embase en Google Scholar doorzocht naar artikels over de niet-medicamenteuze aanpak van insomnia. Artikels werden gerekruteerd op basis van titel en abstract. Bijkomende artikels werden verkregen via een sneeuwbalmethode uit de richtlijnen. Exclusiecriteria waren artikels ouder dan 2013 en studies bij personen jonger dan 18 jaar. In totaal werden 48 artikels bekomen. EndNote25 werd als referentiebeheerder gebruikt. Het kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van twaalf interviews (vijf deelnemers van de LOK sessies, vier trainer huisartsen en drie trainer psychologen) gebaseerd op een semi-gestructureerde vragenlijst in de periode van januari 2025 tot en met november 2025. De verkregen gegevens werden getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd via MAXQDA24.

Resultaten: Het literatuuronderzoek toont aan dat uitgebreide anamnese, het slaapdagboek, slaapeducatie en de principes van cognitieve gedragstherapie de gouden standaard zijn voor de huisarts. De uitgebreide anamnese en het geven van slaapadviezen zijn gebaseerd op consensus. De gecombineerde technieken van cognitieve gedragstherapie hebben meer evidentie dan enkelvoudige adviezen. Huisartsen ervaren de beschikbare tools als waardevol, maar de implementatie wordt bemoeilijkt door gebrek aan professioneel zelfvertrouwen en tijdsdruk. De STOP-brief en informatiebrochures zijn nuttige tools voor de afbouw van benzodiazepines. De huisarts fungeert als primaire informatieverstrekker, de psychologen nemen de meer complexe problematiek op zich. De samenwerking met de apotheker is een meerwaarde. Complexe psychologische modellen zoals een 5G-schema hebben een beperkte rol in de praktijk.

Conclusie: De gereedschapskist voor de aanpak van insomnia en de afbouw van benzo's is reeds goed gevuld. De oplossing tot het bekomen van een effectievere aanpak ligt niet in het toevoegen van meer tools, maar in het versterken van de gespreksvaardigheden en het optimaliseren van de toegankelijkheid van de bestaande tools. De toekomst voor de aanpak van insomnia en de afbouw van benzodiazepines verschuift naar een multidisciplinaire aanpak met samenwerking tussen de apotheker, psycholoog en huisarts.

Inhoudstafel

1. Inleiding..... 1
1.1. Normale slaap..... 1
1.1.1. Slaapstadia..... 1
1.2. Slaapklachten en insomnie..... 2
1.3. Diagnostiek en niet-medicamenteuze behandeling..... 3
1.3.1. Anamnese..... 3
1.3.2. Slaapdagboek..... 3
1.3.3. Voorlichting en advies rond slaap..... 4
1.3.4. Gedragsmatige behandeling en cognitieve gedragstherapie..... 5
1.3.4.1. Spanningsverlagende technieken..... 5
1.3.4.2. Stimuluscontrole..... 5
1.3.4.3. Slaaprestrictie/tijd-in-bed restrictie..... 6
1.3.4.4. Cognitieve technieken..... 6
1.3.5. Balanstool..... 6
1.3.6. 5G-schema..... 6
1.3.7. KOP-model..... 7
1.4. Behandeling met benzodiazepines..... 7
1.4.1. Indicaties..... 7
1.4.2. Werking..... 7
1.4.3. Effecten..... 8
1.4.4. Veiligheid..... 8
1.4.5. Geschiktheid..... 9
1.4.6. Prijs..... 9
1.4.7. Voorkomen in de bevolking..... 9
1.4.8. Dosering bij opstart..... 9
1.4.9. Andere medicamenteuze opties voor insomnia..... 10
1.4.10. Fytotherapie..... 10
1.5. Afbouw bij langdurig gebruik van benzodiazepines..... 10
1.5.1. Aanpak..... 11
1.5.2. Afbouwschema..... 11
1.5.3. Barrières..... 12
1.5.4. Tools bij afbouw van slaapmedicatie..... 12
1.5.4.1. STOP-brief..... 12
1.5.4.2. Informatiebrochures..... 13
1.5.4.3. Pro/contra lijst..... 13
1.5.4.4. Motivatieschaal..... 13
1.5.4.5. BENDEP-vragenlijst..... 13
1.5.4.6. 5G-schema..... 13

1.5.4.7. Balanstool....13
1.5.4.8. Cognitieve gedragstherapie....13
1.5.4.9. Doorverwijzing....14
1.6. LOK-sessies insomnia en afbouw benzodiazepines....14
1.6.1. LOK insomnia....14
1.6.2. LOK afbouw van benzo's....15
2. Vraagstelling....17
3. Methode....18
3.1. Inleiding....18
3.2. Literatuuronderzoek....18
3.3. Kwalitatief onderzoek....18
4. Literatuuronderzoek....20
4.1. Tools bij de aanpak van insomnia....20
4.1.1. Anamnese en ICE....20
4.1.2. Slaapdagboek....20
4.1.3. Voorlichting en advies over slaap....20
4.1.4. Gedragsmatige behandeling en cognitieve gedragstherapie....21
4.1.4.1. Spanningsverlagende technieken....22
4.1.4.2. Stimuluscontrole....23
4.1.4.3. Tijd-in-bed restrictie....23
4.1.4.4. Acceptance and commitment therapy....23
4.1.5. Balanstool....24
4.1.6. 5G-schema....24
4.1.7. KOP model....24
4.1.8. Nieuwe tools....24
4.1.8.1. Digitale cognitieve gedragstherapie....24
4.1.8.2. Muziek....25
4.1.8.3. Zelfhulpboeken....26
4.1.8.4. Apps en slaaptrackers....26
4.2. Tools bij de afbouw van benzodiazepines....26
4.2.1. Medicatie-educatie en informatiebrochures....26
4.2.2. Stopbrief....27
4.2.3. Pro/contra lijst en motivatieschaal....28
4.2.4. BENDEP-vragenlijst....28
4.2.5. 5G-schema en balanstool....28
4.2.6. Cognitieve gedragstherapie....28
4.2.7. Educatie door de apotheker....29
4.2.8. Digitale interventies....29
4.2.9. Zelfhulpboeken....30
5. Resultaten kwalitatieve studie....31
5.1. Interviews huisartsen....31

5.1.1. Algemene indruk van de LOK..... 31
5.1.2. Gebruik van tools..... 31
5.1.2.1. Exploratie..... 31
5.1.2.2. Vragenlijsten..... 32
5.1.2.3. Slaapdagboek..... 32
5.1.2.4. Voorlichting en advies rond slaap en informatiebrochures..... 32
5.1.2.5. De balanstool..... 33
5.1.2.6. 5G schema..... 33
5.1.2.7. STOP brief..... 33
5.1.2.8. Cognitieve therapie..... 34
5.1.2.9. Samenwerking apotheker..... 34
5.1.3. Verandering aanpak van insomnia..... 34
5.1.4. Verandering aanpak van afbouw van benzo's..... 35
5.1.5. Website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be..... 35
5.1.6. Uitdagingen over het gebruik van tools in het algemeen..... 36
5.2. Interviews psychologen..... 37
5.2.1. Ervaring LOK..... 37
5.2.2. Gebruik van tools..... 37
5.2.2.1. Exploratie..... 37
5.2.2.2. Slaapdagboek..... 37
5.2.2.3. Voorlichting en advies rond slaap en informatiebrochures..... 38
5.2.2.4. De balanstool..... 38
5.2.2.5. 5G schema..... 38
5.2.2.6. Cognitieve therapie..... 38
5.2.3. Uitdagingen over het gebruik van tools in het algemeen..... 39
6. Discussie..... 40
6.1. Resultaten literatuuronderzoek..... 40
6.2. Resultaten kwalitatief onderzoek..... 40
6.2.1. Huisartsen..... 40
6.2.2. Psychologen..... 41
6.3. Sterktes onderzoek..... 42
6.4. Beperkingen onderzoek..... 42
6.5. Aanbevelingen..... 42
6.5.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek..... 42
6.5.2. Aanbevelingen voor de praktijk en organisatoren van de LOK insomnia / afbouw van benzo's..... 43
7. Conclusie..... 44
8. Referenties..... 45
9. Bijlagen..... 1
Bijlage 1: Vragenlijst bij slaapproblemen psychofarmaca UGent..... 1
Bijlage 2: Slaapdagboek..... 4
Bijlage 3: Balanstool..... 6

Bijlage 4: 5G-schema..... 7
Bijlage 5: Motivatiecirkel van Prochaska en DiClemente..... 7
Bijlage 6: Voorbeeld stopbrief NHG..... 8
Bijlage 7: Voorbeeld vervolgstopbrief NHG..... 9
Bijlage 8: Resultaten van vragenlijst voorafgaand aan LOK insomnia en afbouw van benzo's..... 10
Bijlage 9: Vragenlijst interviews..... 12
Bijlage 10: Informatiebrief voor deelnemers + informed consent..... 13
Bijlage 11: Positief advies Ethisch Comité..... 17
Bijlage 12: Goedgekeurd onderzoeksprotocol Ethisch Comité..... 24

Lijst met gebruikte afkortingen

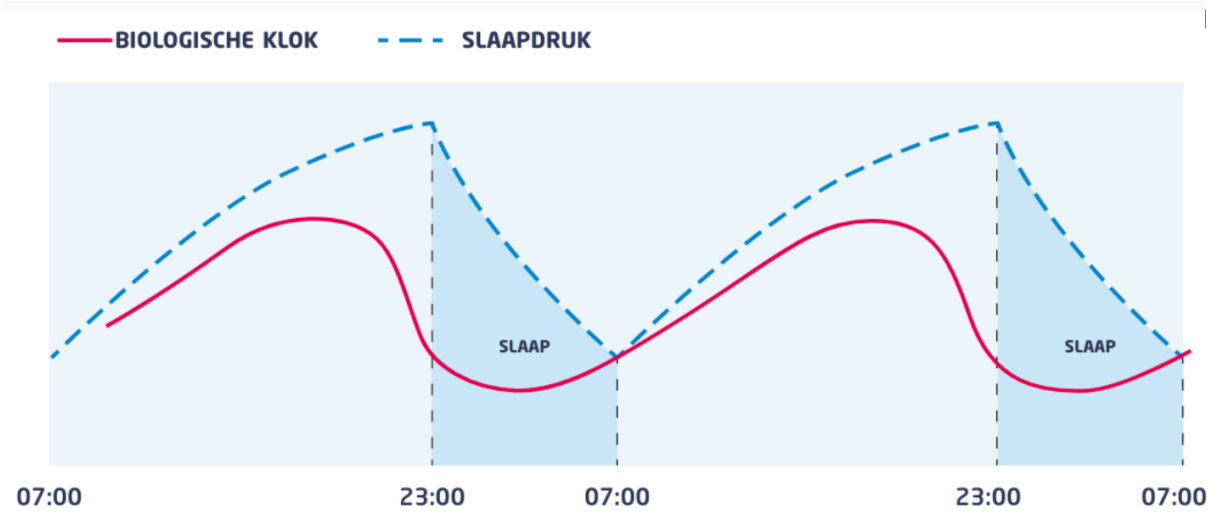
ACT	Acceptance and commitment therapy
BENDEP	Benzodiazepine Dependence
benzo	Benzodiazepine
BTI	Brief Therapies for Insomnia
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CRA	Coördinerend en Raadgevend Arts
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
FOD	Federale overheidsdienst
GSII	Global Systemically Important Institutions
IC(CI)E	Ideas, concerns, coping, impact, expectations
ISI	Insomnia Severity Index
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
MBUQ-48	Motives for Benzodiazepine Use Questionnaire
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NNT	Number needed to treat
OSAS	Obstructief slaapapneu syndroom
PROMIS-10	Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Global Health-10
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
QALY	Quality-adjusted Life Year
RCT	Randomized controlled trial
REM	Rapid Eye Movements
SCI	Sleep Condition Indicator
SRT	Slaaprestrictieve therapie
SSRI/SNRI	Selectieve serotonine/serotonine en noradrenaline reuptake inhibitor
WEMWBS	Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales

1. Inleiding

In deze thesis wordt de ervaring van zorgverleners met niet-medicamenteuze tools voor insomnia of de afbouw van slaapmedicatie onderzocht. Ter inleiding bespreken we wat normale slaap is, wanneer we spreken van insomnie en de behandelopties. Er wordt dieper ingegaan op de tools voorgesteld in de richtlijnen en de plaats van medicatie. Daarnaast worden de LOK insomnia en de LOK afbouw van benzodiazepines besproken.

1.1. Normale slaap

Normale slaap is essentieel voor het dagelijks functioneren en zorgt voor zowel fysiek als mentaal herstel (1, 2). Het fysiologische slaap-waakritme staat onder invloed van de biologische klok en de homeostatische slaapdruk (1). De biologische klok regelt het 24-uurs ritme van slaap en andere fysiologische ritmes in het lichaam. Een belangrijke signaalstof van de biologische klok is melatonine, waarbij een stijging van melatonine het lichaam voorbereidt op de slaap en de biologische nacht aanduidt (1). De aanmaak van melatonine wordt geremd door licht (1). Gedurende de dag wordt een **slaapdruk** opgebouwd, die ingelost wordt gedurende de nacht, figuur 1 illustreert dit. Een hoge slaapdruk zal zorgen voor een snelle diepe slaap. Weinig activiteit overdag verlaagt de slaapdruk en zorgt voor een minder diepe slaap (1). De slaapbehoefte verschilt individueel en verandert met de leeftijd. De gemiddelde slaapduur bij volwassenen is zeven uur met een standaarddeviatie van één uur (1).

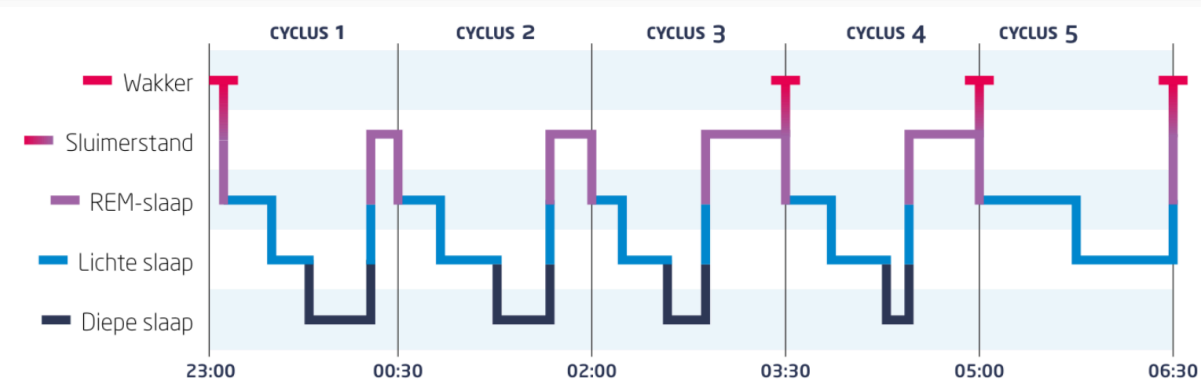


Figuur 1: biologische klok en slaapdruk Bron: NHG standaard slaapproblemen (1)

1.1.1. Slaapstadia

Gedurende een nacht doorloopt een volwassene gemiddeld 4 à 5 slaapcycli van ongeveer 90 minuten, bestaande uit 4 slaapstadia (1). Tijdens het eerste slaapstadium, het inslapen, is men zich ervan bewust elk moment in slaap te kunnen vallen, de ademhaling en hartslag vertragen, de spieren ontspannen, de ogen maken trage verticale bewegingen en de hersenactiviteit vertraagt, er ontstaan alfagolfjes (1, 3). Tijdens deze fase kunnen fysiologische onwillekeurige spiertrekkingen voorkomen

(1). De persoon ontwaakt nog gemakkelijk door impulsen van buitenaf. Het inslapen duurt gemiddeld 10-20 minuten (1, 3). Het tweede slaapstadium is de lichte slaap, doorheen de nacht bevindt de persoon zich het grootste deel in dit stadium (1, 3). De hersenactiviteit vertraagt verder, met het optreden van K-complexen en spoeltjes (3). De ondiepe slaap gaat over in het derde slaapstadium, de diepe slaap, waarbij de hersenactiviteit verder vertraagt en de vitale functies autonoom geregeld worden. Wakker worden is in deze fase moeilijk en kan zorgen voor verwardheid bij ontwaken. Deze fase is belangrijk voor het herstel van brein en lichaam (1, 3). Het eerste deel van de nacht bestaat voornamelijk uit diepe slaap, de duur is afhankelijk van de slaapdruk (1, 3). Het vierde slaapstadium is de REM-slaap, met opnieuw verhoogde hersenactiviteit maar een volledige spierverlamming, in dit stadium treden dromen op. De term REM-slaap wijst op de snelle oogbewegingen die in deze fase optreden (3). De REM-slaap kan opnieuw overgaan in de ondiepe slaap of in een korte periode van ontwaken alvorens een nieuwe slaapcyclus start (1, 3). Figuur 2 illustreert het verloop van de verschillende slaapstadia gedurende de nacht.



Figuur 2: hypnogram Bron: NHG standaard slaapproblemen (1)

1.2. Slaapklachten en insomnie

Slapeloosheid of insomnie is een frequent probleem in de algemene bevolking (1, 4, 5). Men schat dat **20 à 30%** van de volwassen populatie slaapklachten ervaart, maar slechts een klein deel hiervoor de huisarts consulteert (1, 4, 5). Er is sprake van kortdurende slapeloosheid als de klachten minder lang dan 3 weken aanwezig zijn, in deze gevallen is er meestal een duidelijke uitlokkende factor (1). Wanneer deze slaapklachten langer dan 3 weken aanhouden, gaat het over chronische slapeloosheid. Hierbij is de uitlokkende factor naar de achtergrond verdwenen en speelt **negatieve conditionering** een rol (1, 2, 5). Door de verhoogde spanning rond het slapengaan blijven de slaapklachten bestaan ondanks dat de oorspronkelijke uitlokkende factor verdwenen is (1). Insomnia is een slaapstoornis die wordt gekenmerkt door klachten van slecht slapen (in- en doorslapen, vroegtijdig ontwaken, niet-verkwikkende slaap) drie of meer keer per week met nadelige gevolgen overdag, waaronder vermoeidheid, verminderde concentratie en verhoogde irritabiliteit (1, 5-7). Bij insomnia primeert de subjectieve beleving (2). De slaapproblemen bij primaire insomnia kunnen niet verklaard worden door andere slaapstoornissen zoals bijvoorbeeld obstructief slaapapneusyndroom of rusteloze benen syndroom (6, 7). Insomnia gaat gepaard met een daling van de levenskwaliteit en een verhoogd risico op diverse gezondheidsproblemen zoals depressie, dementie, obesitas, diabetes type 2 en concentratieproblemen (7-11).

1.3. Diagnostiek en niet-medicamenteuze behandeling

De presentatie van slaapklachten tijdens een consultatie is divers. De aanpak begint dan ook met een **brede exploratie** van de klacht (1). Dit gebeurt in eerste instantie door een uitgebreide anamnese waar tevens wordt nagegaan of er sprake is van onderliggende slaapstoornissen zoals OSAS, rusteloze benen syndroom of nachtelijke kuitkrampen (1). Deze anamnese kan uitgebreid worden met tools zoals een slaapdagboek of een balanstool, deze worden later besproken (1, 2). De tools helpen de patiënt te begrijpen hoe de slaapklachten zijn ontstaan. Dit inzicht is een eerste stap om slaapklachten aan te pakken. Anderzijds kan met de verkregen informatie uit de tools verder aan de slag gegaan worden om een behandelplan op maat van de patiënt op te stellen en deze behandeling te evalueren. De niet-medicamenteuze aanpak van insomnia heeft als doel een gedragsverandering ten voordele van een gezond slaappatroon te bekomen (1). Hierna worden enkele tools besproken.

1.3.1. Anamnese

Bij de eerste aanmelding van slecht slapen gaat de zorgverlener na wat er bedoeld wordt met 'slecht slapen', of er sprake is van problemen bij in- en/of doorslapen, wat de impact is op het functioneren overdag en of er eventueel bijkomende klachten zijn (1, 2). Daarnaast wordt nagegaan hoe lang de problemen al bestaan, wat mogelijke uitlokkende en in stand houdende factoren zijn en wat de patiënt zelf reeds heeft geprobeerd (1, 2). In bepaalde gevallen, zoals bij snurken of slaperigheid overdag, kan een hetero-anamnese bijkomende info bieden (1). Na het **concretiseren van de klacht** wordt de anamnese uitgebreid om de onderliggende oorzaak op te sporen. Er wordt gepeild naar de ideeën, de bezorgdheden, de coping, de impact en de verwachtingen van de patiënt (ICCIE) (1, 2, 4, 5). Deze exploratie kan ondersteund worden door **vragenlijsten**, zoals de 'vragenlijst bij slaapproblemen' op de website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be (2) (Bijlage 1). In de Europese richtlijn worden **scoresystemen** voorgesteld om de ernst van de slaapklachten in te schatten, zoals de Insomnia Severity Index (ISI), Sleep Condition Indicator (SCI) of de Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (5, 7). De Belgische richtlijn vermeldt scoresystemen bij ernstige slapeloosheid maar gaat hier verder niet op in, de Nederlandse richtlijn vermeldt dit niet (1, 4).

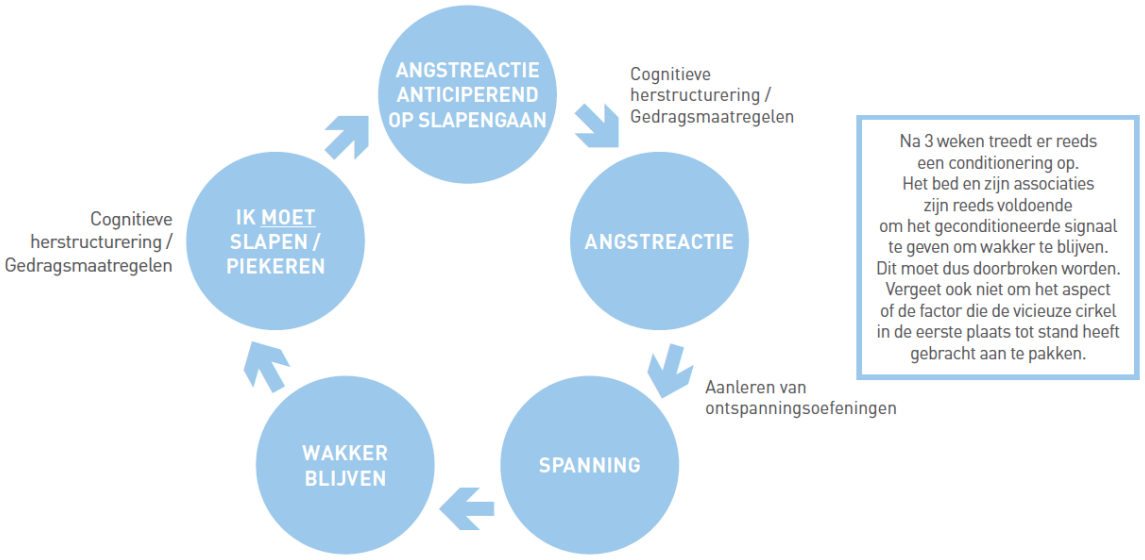
1.3.2. Slaapdagboek

Een slaapdagboek, waarin de patiënt gedurende 1 of 2 weken zijn slaap weergeeft, kan gebruikt worden om het slaappatroon verder te analyseren. Bijlage 2 toont een voorbeeld van een slaapdagboek, er is geen gestandaardiseerd model. Uit de analyse van het slaapdagboek kunnen slechte slaapgewoontes gehaald worden zoals een te lange tijd in bed of dutjes overdag (4). Het slaapdagboek is een **subjectieve weergave van de slaap**, het is niet de bedoeling dat de patiënt op de wekker gaat kijken om het dagboek in te vullen. Het slaapdagboek kan ook ingezet worden als voorbereiding op een vervolgconsult, voor de uitgebreide anamnese, bijvoorbeeld wanneer de klacht pas vermeld wordt op het einde van een consult en er onvoldoende tijd is om hier dieper op in te gaan (1, 2). Op basis van het slaapdagboek kunnen tevens **gerichte interventies** opgezet worden voor een gepersonaliseerde aanpak van insomnia, het vormt de basis van de tijd-in-bedrestrictie waarover later meer. Daarnaast kan het slaapdagboek ook gebruikt worden om het effect van therapie op te volgen. In de verdere exploratie van een slaapklacht wordt het slaapdagboek gezien als een essentieel instrument in de Belgische richtlijn, de Nederlandse richtlijn vermeldt het als iets wat eventueel meer info kan geven (1, 4).

1.3.3. Voorlichting en advies rond slaap

De eerste stap in de behandeling van slaapklachten is het geven van voorlichting (1, 4, 7). Dit kan reeds volstaan bij beperkte slaapklachten en bij kortdurende insomnia (1). **Slaapeducatie** omvat het geven van wetenschappelijke informatie over slaap aan de patiënt (7). Dit gaat onder meer over de duur, de timing en de kwaliteit van de slaap, het verloop van de verschillende slaapcycli, de biologische klok en de slaapdruk (7). Informatie over normale slaap is essentieel voor het begrip van de patiënt over zijn slaapprobleem, gezien foutieve gedachten een onderhoudende factor kunnen zijn (1). De nadelen op het functioneren overdag van een nacht slecht slapen zijn beperkt, na een nacht slecht slapen zal de patiënt dieper slapen om het tekort in te halen, uitslapen heeft geen zin en kan nadelig zijn voor het normale slaapritme (1, 4). Verder wordt vaak ook de effectiviteit van de toch verkregen slaap onderschat (1).

Daarnaast wordt uitleg gegeven over **negatieve conditionering**. Initieel is er een uitlokkende factor die spanning oproept en resulteert in moeilijker slapen; er ontstaat meer stress, angst en zorgen door het slechte slapen. Reeds na een korte tijd wordt slapen geassocieerd met iets negatiefs, er treedt een stressreactie op rond het slapengaan waardoor de spanning innerlijk verhoogt en piekeren optreedt wat nadelig is voor het inslapen. Hierdoor doet de patiënt aanpassingen in het gedrag zoals bijvoorbeeld vroeg naar bed gaan, uitslapen, dutjes overdag en alcohol voor het slapen. Deze gedachten en gedragingen houden een slechte slaap in stand. De patiënt komt in een vicieuze cirkel terecht (1, 2, 4). Onderstaande figuur 3 illustreert deze vicieuze cirkel. Uitleg rond het ontstaan en in stand houden van deze vicieuze cirkel is van belang om deze te kunnen doorbreken.



Figuur 3: insomnia cirkel Bron: gebruikvanpsychofarmaca-gids.be (2)

Naast het geven van voorlichting rond normale slaap worden **slaap- en waakadviezen** gegeven. Men beoogt met minimale interventies de slaapkwaliteit en het functioneren van de patiënt overdag te verbeteren (11). Idealiter sluiten deze aan op de persoonlijke aandachtspunten verkregen uit anamnese en slaapdagboek. De arts gaat eerst na welke adviezen de patiënt reeds geprobeerd heeft (1, 4). Enkele adviezen die gegeven kunnen worden, zijn de volgende: het hanteren van vaste uren om op te staan, pas naar bed gaan als de patiënt zich slaperig voelt, dutjes overdag vermijden en slapen in een aangename slaapomgeving. Ook is het van belang voldoende ontspanning te hebben

voor het slapengaan, overdag voldoende actief te zijn maar geen zware inspanningen te doen vlak voor het slapengaan. Daarnaast zijn zware maaltijden, cafeïne, nicotine, alcohol en andere genotsmiddelen afgeraden in de avonduren (1, 4). Deze adviezen kunnen ook aan de patiënt meegegeven worden in de vorm van een brochure of een informatieve website zoals thuisarts.nl (12). Een vervolgconsult wordt idealiter gepland na twee tot drie weken om enerzijds voldoende ruimte te laten om de niet-medicamenteuze technieken toe te passen en anderzijds om de therapietrouw te bewaken (13).

1.3.4. Gedragsmatige behandeling en cognitieve gedragstherapie

Bij beperkte slaapklachten volstaan voorlichting en advies. Daarentegen is er bij patiënten met chronische slapeloosheid nood aan **gedragsveranderende maatregelen** bestaande uit ontspanningsoefeningen, stimuluscontrole, slaaprestrictie en aspecten van cognitieve gedragstherapie (CGT) (1, 5). Gedragsmatige behandeling heeft als doel het doorbreken van de vicieuze cirkel van negatieve conditionering. Theoretisch steunt cognitieve gedragstherapie voor een groot deel op de zes fasen van gezondheidsverandering (14). Na een analyse van het probleem, het gedrag en de omgeving en de beïnvloedende factoren wordt een interventie gekozen, geïmplementeerd en geëvalueerd (14). De basisbehandeling kan gestart worden bij de huisarts, afhankelijk van de ervaring met het onderwerp. Voor complexere problematiek is verwijzing naar een psycholoog meestal noodzakelijk. Enkele onderdelen van cognitieve therapie worden hieronder besproken.

1.3.4.1. Spanningsverlagende technieken

Ontspanningsoefeningen hebben als doel het stressniveau te verlagen om beter te slapen (1). Voorbeelden van deze technieken zijn een decompressie-uur, een constructief piekermoment of relaxatie (4). Een **decompressie-uur** houdt in dat de patiënt zich voor het slapengaan bewust gaat bezighouden met doelloze activiteiten, hierdoor neemt de slaap interfererende activiteit af waardoor slaperigheid kan optreden. De invulling is individueel verschillend, datgene wat voor de patiënt spanningsverlagend is. Deze interventie is zeker nuttig bij patiënten die tot het slapengaan druk bezig zijn en hierdoor de slaap niet kunnen vatten (4). Het principe achter een **constructief piekermoment** is dat de patiënt op een vast moment en vaste plek gedurende 20-30 minuten in de vooravond gaat opschrijven wat hem bezighoudt. Hierbij kan ook een to-do lijstje gemaakt worden. Het actief bezig zijn hiermee heeft als doel het piekeren van het inslaapmoment wegnemen (4). Ook andere vormen van **relaxatie** zoals mindfulness en rustgevende muziek kunnen toegepast worden (4).

1.3.4.2. Stimuluscontrole

Stimuluscontrole heeft als doel het **opnieuw positief associëren** van het bed met slapen (1). Het speelt in op het herstel van de balans tussen de slaapbehoefte, de circadiaanse klok en het activatiesysteem (4). De volgende adviezen worden hierbij gegeven. De patiënt dient enkel naar bed te gaan wanneer hij zich slaperig voelt. Indien de patiënt niet kan slapen is het zinvol weer op te staan en een rustige, ontspannende activiteit te doen in een matig verlichte kamer. De patiënt gaat weer naar bed wanneer hij zich opnieuw slaperig voelt. Het bed wordt enkel gebruikt om te slapen en voor seksuele activiteiten. De patiënt staat op hetzelfde moment op, ook als hij of zij dan nog slaperig is. Overdag worden dutjes vermeden (1, 4).

1.3.4.3. Slaaprestrictie/tijd-in-bed restrictie

Slaaprestrictie heeft als doel de **slaapbehoefte te vergroten** door de tijd in bed te beperken tot de werkelijke slaaptijd. Hierdoor is de patiënt slaperiger wanneer hij naar bed gaat waardoor hij makkelijker in slaap valt en langer doorslaapt (1, 4). De gemiddelde slaapduur wordt berekend aan de hand van een slaapdagboek bijgehouden gedurende 2 weken (4). Deze techniek vergt motivatie omdat de patiënt 's avonds lang dient op te blijven en vermoeidheid overdag eerst toeneemt (1, 10). Slaaprestrictie wordt gecombineerd met andere slaapadviezen.

1.3.4.4. Cognitieve technieken

Overige cognitieve technieken vertrekken vanuit de **gedachten over slaap** die het slaapprobleem onderhouden (4). Deze gedachten worden uitvoerig besproken, in vraag gesteld en gecorrigeerd (4). Voorbeelden van typische gedachten zijn onrealistische slaapverwachtingen, verkeerde opvattingen over de oorzaak van het probleem, slaap inhalen en de consequenties van slaaptekort dramatiseren (4). Een andere cognitieve techniek is de **paradoxale intentie** waarbij de patiënt de opdracht krijgt om zijn gedachten te richten op wakker blijven in plaats van proberen in slaap te vallen met als doel de overdreven focus op slapen en de angstige gedachten die daarmee gepaard gaan weg te nemen (4). Voor deze cognitieve gedragstherapie wordt meestal doorverwezen naar een psycholoog.

1.3.5. Balanstool

Een verdere exploratie van slaapklachten en de onderliggende oorzaak kan aan de hand van een balanstool (bijlage 3) (2). De balanstool visualiseert een verstoorde **balans tussen draaglast** (stressoren) **en draagkracht** (ondersteunende factoren, krachtbronnen) bovenop de persoonskenmerken. Zo kan de (somatische) klacht van de patiënt binnen een ruimer, biopsychosociaal functioneren geplaatst worden. Alle gegevens uit de anamnese worden hierin geïntegreerd. De balanstool heeft als functie de klacht verder **uit te diepen** maar ook **inzicht** te geven aan de patiënt waardoor deze tool reeds als therapie kan functioneren. De balanstool kan als samenvatting tijdens het consult ingevuld worden of kan meegegeven worden aan de patiënt om thuis in te vullen en nadien te bespreken om van hieruit persoonsgerichte oplossingen te zoeken (2). Deze tool wordt gebruikt voor bredere psychosociale klachten. Deze tool wordt niet vermeld in de Belgische en Nederlandse richtlijnen maar wel op de website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be.

1.3.6. 5G-schema

Het 5G-schema is een ander hulpmiddel bij de aanpak van slaapklachten en insomnia. Het kan helpen de patiënt duidelijk te maken **hoe gedachten emoties beïnvloeden** en slaapklachten in de hand werken en in stand houden (bijlage 4) (4). De 5 G's staan voor 'gebeurtenis', 'gedachte', 'gevoelens', 'gedrag' en 'gevolg'. Een bepaalde gebeurtenis zorgt voor bepaalde gedachten, daarbij horen gevoelens, deze leiden tot bepaalde gedragingen en hebben uiteindelijk gevolgen. Door hierbij stil te staan kunnen gerichte adviezen gegeven worden (2). De patiënt wordt gevraagd het schema in te vullen en mee te brengen ter bespreking.

1.3.7. KOP-model

Een andere tool om de klachten op een ruime, biopsychosociale manier in beeld te brengen is het KOP-model (2). KOP staat voor K(lachten) = O(mstandigheden) x P(ersoonlijke stijl). De tool helpt om **inzicht** te krijgen in de klachten en mogelijke oplossingen. Het KOP-model gaat ervan uit dat bepaalde klachten ontstaan door omstandigheden of gebeurtenissen en de manier waarop ermee wordt omgegaan. Het is een **registratie-opdracht** waarbij aan de patiënt gevraagd wordt de positieve en negatieve gebeurtenissen die een invloed zouden kunnen hebben op de klachten te noteren samen met de persoonskenmerken of copingstrategieën. Het kan de patiënt tonen dat zijn klacht een logisch gevolg is van een samenspel tussen uitlokkende en in stand houdende factoren. Ook dit kan een aanleiding zijn voor gerichte interventies (2). In de Belgische en Nederlandse richtlijnen wordt dit model niet vermeld (1, 4).

1.4. Behandeling met benzodiazepines

1.4.1. Indicaties

Benzodiazepines zijn geïndiceerd bij de behandeling van angststoornissen en kortdurende insomnia (14-16). Daarnaast worden benzodiazepines gebruikt bij langdurige (> 5 minuten) of repetitieve tonisch-clonische convulsies en specifiek midazolam bij anesthesie en palliatieve sedatie (13). Bij acute verwardheid met agitatie, niet in het kader van dementie, kan een middellangwerkend benzodiazepine overwogen worden (13). Daarnaast wordt een benzodiazepine ook gebruikt bij acute ontwenning van alcohol om de kans op ernstige ontwenningsverschijnselen zoals delirium tremens te verminderen, deze indicatie is enkel beschreven in de bijsluiter van diazepam (13).

Een **medicamenteuze behandeling bij insomnia** wordt in het algemeen niet aanbevolen, de richtlijnen verkiezen een niet-medicamenteuze aanpak met tools (zie supra) (1, 4). Volgens de Domus Medica richtlijn wordt medicatie enkel overwogen bij een acute presentatie van ernstige insomnia die gepaard gaat met een hoge lijdensdruk vaak met een duidelijke uitlokkende factor, zoals een plots overlijden van een geliefde (4, 17). Bij ouderen is er geen plaats voor medicatie in de eerste lijn (4). Indien een benzo uitzonderlijk wordt opgestart, wordt meteen ook een stopstrategie besproken en een vervolgconsult na 1 week ingepland (4). Het voorschrijven van medicatie wordt altijd gecombineerd met een niet-medicamenteuze behandeling van insomnia en/of onderliggende problematiek (zie supra) (4).

1.4.2. Werking

Benzodiazepines verhogen de activiteit van de GABA-A receptoren in het centrale zenuwstelsel, waardoor er inhibitie van de neurotransmissie is (1, 14). Hierdoor treedt anxiolyse, sedatie, verlaging van de spiertonus en anti-epileptische activiteit op (1, 14). De werking van een benzodiazepine als slaapmiddel ligt in de combinatie van het anxiolytische en het spierontspannende effect (1). De werkingsduur is afhankelijk van de halfwaardetijd, de absorptiesnelheid en de gebruikte dosis (1).

1.4.3. Effecten

Het positieve effect van benzodiazepines bij slaapstoornissen is enkel bij kortdurend gebruik aangetoond (1). Resultaten zijn een reductie van de inslaaptijd met 15 à 20 minuten en een verlenging van de slaapduur met 30 à 50 minuten ten opzichte van placebo in de eerste drie nachten (1). Over het **langdurig gebruik** van benzodiazepines (> 14-30 dagen) zijn geen relevante klinische studies die een positief effect tonen (4, 18). De onderliggende oorzaak van chronische insomnia wordt niet aangepakt met medicatie (7, 19). Na twee weken neemt het effect van benzodiazepines af en persisteren de bijwerkingen (1, 4, 14, 19-21). Na enkele weken treedt tolerantie op, voor hetzelfde hypnotisch effect dient een hogere dosis te worden ingenomen (4). Een minderheid van de patiënten gaat op eigen initiatief de dosis verhogen (4). Z-drugs hebben geen voordelen ten opzichte van benzodiazepines op vlak van veiligheid en effectiviteit (1, 13). Er werd beweerd dat de kans op rebound slapeloosheid kleiner is, maar studies bevestigen dit niet (1).

1.4.4. Veiligheid

Het gebruik van benzodiazepines geeft een **hoog risico op bijwerkingen** waaronder slaperigheid overdag, geheugen- en concentratiestoornissen, verwardheid, spierzwakte en ataxie en verhoogd risico op verkeersaccidenten, vallen en fracturen (1, 4, 14, 15, 19-21). Bij ouderen is het risico op deze bijwerkingen nog belangrijker. Overdreven en langdurige sedatie kan optreden met valrisico met heupfractuur en anterograde amnesie tot gevolg (13). Er is een groter risico op sedatie, ademhalingsdepressie, coma en overlijden en er is nood aan voorzichtigheid bij het gebruik van benzodiazepines tijdens een hittegolf (13). Er kunnen ook paradoxale reacties optreden bij ouderen zoals toegenomen slapeloosheid, angst en agitatie tot agressie (13).
Een **overdosering** van benzodiazepines uit zich in een depressie van het centraal zenuwstelsel. De symptomen kunnen variëren in ernst en omvatten slaperigheid, mentale verwarring, lethargie, dysarthrie, ataxie, paradoxale reacties, hypotensie, hypotonie, ademhalingsdepressie, cardiovasculaire depressie, coma (stadia 1 tot 3) tot overlijden van de patiënt. Behandeling omvat monitoring van vitale functies en bij recente intoxicatie het uitlokken van een braakreflex (13).

Reeds na enkele weken treden **gewenning en afhankelijkheid** op waardoor stoppen moeilijk gaat (1, 4). De afhankelijkheid is zowel fysisch als psychisch (1). De psychische afhankelijkheid is het verlangen naar het effect van de stof en het idee zonder niet te kunnen slapen (1). Fysieke afhankelijkheid uit zich in onttrekkingsverschijnselen na plots staken (1). Deze treden reeds op 48 uur na de laatste inname bij kortwerkende benzodiazepines en na 4 à 7 dagen bij langwerkende (14). De kans hierop is groter bij hogere dosissen en/of bij langer gebruik (1). Deze onttrekkingsverschijnselen bestaan onder andere uit een toename van insomnie of angst, hoofdpijn, sensorische overgevoeligheid en irritatie (1, 14). Er is een sterke invloed van psychologische factoren, die individueel afhankelijk zijn (14). Er wordt vastgesteld dat benzo's insomnia zelfs kunnen onderhouden door het versterken van angstige en vermijdende patronen (7). Intermittent gebruik van benzodiazepines zou ook gepaard gaan met een grotere afhankelijkheid omdat patiënten het groot contrast van slaap'kwaliteit' zien tussen de nachten met en zonder medicatie (7).

1.4.5. Geschiktheid

Het is gevaarlijk om benzodiazepines te **combineren met alcohol of andere centraal dempend werkende stoffen** omwille van een toename van de werking en de bijwerkingen (1). Zo leidt de combinatie van alcohol en benzo's tot een sterk verhoogde incidentie van verkeersongevallen (tot 7,7 keer meer) en een risico op ademhalingsdepressie met mogelijk overlijden (1, 13). Alprazolam, clobazepam, clonazepam, flurazepam, midazolam en triazolam zijn tevens substraten van CYP3A4, waarbij er een risico op toxiciteit en ernstige bijwerkingen is in combinatie met CYP3A4 inhibitoren (13). Verder is clonazepam ook een substraat van CYP2C8 (13). Diazepam is een substraat van CYP2C19 (13). Bij matig/ernstig nierlijden zijn dosisaanpassingen nodig bij verschillende benzodiazepines, waaronder bromazepam en lorazepam.

Absolute contra-indicaties voor benzodiazepines zijn myasthenia gravis, ernstige respiratoire insufficiëntie, onbehandeld slaapapneusyndroom, cognitieve stoornis en ernstige leverinsufficiëntie (4, 13). Ze zijn ook af te raden tijdens zwangerschap wegens een mogelijk verhoogd risico op vroeggeboorte (4, 13). Bij gebruik op het einde van de zwangerschap ontstaat het risico op floppy-infant syndroom met hypotonie, hyporeflexie en slecht drinken alsook ontwenningsverschijnselen bij de pasgeborene zoals prikkelbaarheid, diarree en braken (4, 13).

1.4.6. Prijs

De kostprijs van benzodiazepines is gemiddeld 0,10-0,80 euro per pil afhankelijk van het product, de dosering en de sterkte (13). In België is er geen terugbetaling van benzodiazepines (13). De bereiding van magistrale capsules binnen het RIZIV afbouwprogramma wordt wel terugbetaald (22).

1.4.7. Voorkomen in de bevolking

Het gebruik van benzodiazepines ligt in België zeer hoog (4). In totaal kreeg **één op vijf Belgen** in het jaar 2022 een benzodiazepine voorgeschreven, goed voor 420 miljoen pillen (17). Belgen behoren zo tot één van de grootste benzodiazepinegebruikers ter wereld (17). In de Belgische woonzorgcentra wordt een gebruik van 14.6 à 54.4% gezien, 65-plussers zijn goed voor 54% van het gebruik van benzodiazepines (17, 20). Het gebruik bij jongeren tussen de 14 en 25 jaar blijft de laatste jaren toenemen (17). Van de patiënten die zich presenteren met de klacht 'insomnia' krijgen zo'n 50 à 75% een medicamenteuze behandeling, voornamelijk benzodiazepines, werd vastgesteld in een analyse van routinezorg data van 21 Amsterdamse huisartspraktijken (1). Verder is het opvallend dat er vaak **meerdere herhaalvoorschriften** worden gegeven, waarbij in 2022 30% meer dan vijf verpakkingen voorgeschreven kreeg (17). De overgrote meerderheid van de voorschriften zijn afkomstig van huisartsen, met name 86% (17).

1.4.8. Dosering bij opstart

De NHG standaard raadt aan indien noodzakelijk een kortwerkend benzo of Z-drug in een **zo laag mogelijke dosering** voor te schrijven zoals zolpidem 10 mg (bij ouderen 5 mg) (1). De Domus Medica richtlijn raadt een halflange werkingsduur aan zoals lormetazepam in een zo laag mogelijke dosis voor een zo kort mogelijke duur met een maximum van één week (4). Bij angststoornissen wordt eerder de voorkeur gegeven aan een middellang tot lang werkend product (13). Bij ouderen is het van belang om de dosis aan te passen in overeenstemming met het doseeradvies bij ouderen, vaak is

dit de helft van de laagst aanbevolen dosis (1, 13). Dit laatste geldt ook voor personen met lever- en nieraandoeningen (13). De afbouw wordt hieronder besproken.

1.4.9. Andere medicamenteuze opties voor insomnia

Zowel in de Belgische als Nederlandse richtlijnen worden **geen andere medicamenteuze behandelingen** voor insomnie aanbevolen.
Atypische antipsychotica zoals quetiapine worden niet aangeraden wegens onvoldoende bewijs van de effectiviteit en de incidentie van (ernstige) bijwerkingen zoals extrapiramidale verschijnselen, droge mond en gewichtstoename, zelfs bij lage doses (1, 10). Het voorschrijven van antidepressiva voor de zuivere indicatie van insomnia wordt ook niet aangeraden vanwege het gebrek aan effectiviteit en het optreden van bijwerkingen zoals gewichtstoename en hoofdpijn (1). Het vaak als alternatief gebruikte sederende antidepressivum trazodon wordt niet aangeraden wegens de nadelige effecten op het leerproces, de spiertonus, het kortetermijngeheugen en het evenwicht (4). Het leidt ook frequenter tot nachtmerries (4). Ook andere sederende antidepressiva hebben geen plaats bij insomnia, vanwege hun risico op hangover door hun lange halfwaardetijd (4). Dit geldt ook voor sederende antihistaminica (4).

1.4.10. Fytotherapie

Er is tevens geen plaats voor **melatonine** vanwege het ontbreken van een klinisch relevant effect (1, 4, 6). Het heeft in vergelijking met placebo slechts een klein effect op slapeloosheid, waarbij een iets groter positief effect wordt gezien bij patiënten boven de 55 jaar (1, 10). Echter zijn de onderzoeken beperkt tot langdurige insomnia zonder comorbiditeit en werd de inname van melatonine beperkt in tijd (maximum 26 weken) (1). Het voordeel van melatonine is dat het geen afhankelijkheid veroorzaakt en er geen sufheid daags nadien is (1). Bij de afbouw van benzodiazepines is het medicamenteus ondersteunen met melatonine niet aangeraden (16). In één kleine RCT vonden patiënten het subjectief makkelijker af te bouwen met ondersteuning van melatonine, echter bevestigen andere onderzoeken deze resultaten niet (1). Melatonine kan daarbij het effect van benzodiazepines versterken en het reactievermogen verminderen (1).

Verder vond een systematische review op basis van 18 RCT's geen bewijskracht voor het positieve effect van **valeriaan** op de slaapeffectiviteit (1, 2, 4, 13). Daarnaast is er onzekerheid over de ongewenste en langetermijneffecten (2, 13). Een veel voorkomende bijwerking zijn maag- en darmklachten (4). Ook tijdens de zwangerschap is deze fytotherapie afgeraden vanwege de onzekerheid over hun veiligheid (4).

1.5. Afbouw bij langdurig gebruik van benzodiazepines

Deprescribing is het overwegen om een geneesmiddel dat ongeschikt of onnodig is geworden te verminderen of te stoppen. Zoals hierboven reeds aangegeven heeft het langdurig gebruik van benzodiazepines geen voordelen en gaat het gepaard met veel bijwerkingen, afhankelijkheid, mogelijke interacties en een oplopende kostprijs. Het gebruik van benzodiazepines verminderen gebeurt in eerste instantie door de voorschrijvers, voornamelijk huisartsen, de correcte kennis bij te brengen door middel van opleidingen (14). Daarnaast kan een verhoogde kostprijs of een verminderde terugbetaling een drempel zijn voor voorschrijven of gebruik (13, 14).

1.5.1. Aanpak

De afbouw van chronisch gebruik van benzodiazepines gebeurt doorgaans in **drie fases** (2). In de eerste fase wordt het probleem aangekaart en wordt er geëxploreerd naar het gebruik van de benzodiazepine (2). Dit kan gaan over de (oorspronkelijke) indicatie, voor- en nadelen en vroegere pogingen tot afbouw (1, 2). Een hulpmiddel bij het aankaarten van dit probleem kan de STOP-brief zijn (zie infra) (2). In fase 1 wordt tevens medicatie-educatie gegeven (14). De tweede fase is de rijpingsfase (2). De patiënt wordt zich bewust van de voordelen van afbouw, maar moet nog verder gemotiveerd worden (2). Hierbij is het van belang dat er aan de drie basisbehoeften voorzien wordt: autonomie, relationele verbondenheid en competentie (2). Interventies in deze tweede fase kunnen gebaseerd worden op de motivatiecirkel van Prochaska en DiClemente (bijlage 5) (2). Hieronder wordt besproken welke tools hierbij kunnen ondersteunen (2). Bij de derde en laatste fase treedt de patiënt in actie, eventueel ondersteund door een afbouwschema (1, 2). Hierbij speelt de huisarts een cruciale rol om samen een geïndividualiseerd schema voor geleidelijke afbouw op te stellen en de patiënt te ondersteunen in dit proces door middel van opvolgconsulten (1, 2).

Terugval, ook een deel van de motivatiecyclus, moet genormaliseerd worden en worden beschouwd als een leerkans (2). Het ervaren van ontwenningsverschijnselen bij de afbouw kan de patiënt het idee geven dat ze de medicatie nodig hebben (1). Het kan helpen dit van in het begin van het traject te vermelden zodat het geen barrière vormt om afbouw te starten (16). Daarnaast kan geadviseerd worden dat de patiënt een sociaal vangnet voorziet dat op de hoogte is van deze ontwenningsverschijnselen en steun kan bieden waar nodig (1).

1.5.2. Afbouwschema

Voor de afbouw van chronisch benzogebruik kan er gewerkt worden met de **gebruikelijke medicatie of een equivalente dosis van diazepam** (1). Het voordeel van conversie naar diazepam is de langere halfwaardetijd waardoor de kans op ontwenningsverschijnselen vermindert (1). Het is tevens ook beschikbaar in een lagere dosis waardoor het iets praktischer is voor de afbouw (1). Echter heeft het als nadeel dat het tot slaperigheid overdag kan leiden, met een mogelijk negatieve invloed op het werk of de verkeersdeelname (1). Vooral bij ouderen wordt aangeraden om met het gebruikelijke product geleidelijk af te bouwen op geleide van de klinische symptomen, aangezien de conversie naar diazepam ter discussie staat net omwille van die langere halfwaardetijd en de actieve metabolieten (13).

Er zijn verschillende afbouwschema's mogelijk, de NHG raadt een wekelijkse dosisreductie van 25% aan met in de laatste 2 weken een reductie van 12.5% (1). BCFI raadt een meer **geleidelijke afbouw** aan met 10-20% reductie per week of twee weken (13). Gebruikvanpsychofarmaca-gids.be raadt per stap een interval van 2-4 weken aan (2). De frequentie van dosisverlaging kan in samenspraak met de patiënt worden aangepast naar zijn of haar behoeften (1). Bij het optreden van ontwenningsverschijnselen kan het aangeraden zijn om de volgende stap met één week uit te stellen (1). Het is geen indicatie voor dosisverhoging (1). Het plotseling stoppen van slaapmedicatie is afgeraden wegens het risico op rebound-slapeloosheid, dat in sommige gevallen nog erger kan zijn dan de oorspronkelijke klacht, voornamelijk bij de kortwerkende middelen (4).

Sinds 1 februari 2023 bestaat er in België een **afbouwprogramma vanuit het RIZIV** (22). Thuiswonende volwassenen met een gebruik van slechts één benzodiazepine of Z-drug gedurende minimaal 3 maanden met een maximum van 3 maal de gebruikelijke dosis komen hiervoor in aanmerking. Dit programma omvat een samenwerkingsovereenkomst tussen huisarts, apotheker en patiënt. Het initiatief kan komen van een van deze 3 partijen. De huisarts stelt een afbouwschema op en schrijft de magistrale bereidingen voor. Het afbouwschema kan bestaan uit 5, 7 of 10 stappen van elk 10, 20 of 30 dagen. Dat stemt overeen met een stapsgewijze daling van respectievelijk 20 %, 15 % of 10 % van de startdosis (22). De apotheker voert een inleidings- en een opvolgingsgesprek (tussendoor of op het einde) met de patiënt en bereidt de magistrale capsules. De apothekers honoraria, twee gesprekken en het bereiden en afleveren van magistrale capsules, worden door het RIZIV betaald (22-24). De patiënt betaalt enkel de consultaties bij de arts en de medicatieverpakking. In 2024 begeleidden 2000 apothekers ruim 5500 patiënten met de afbouw van hun slaapmiddel (24). Eén op de twee Belgische apotheken heeft minimaal één patiënt die er gebruik van maakt (24).

1.5.3. Barrières

Huisartsen ervaren verschillende uitdagingen bij de aanpak van slaapklachten (16, 25). Men denkt niet over de nodige expertise te beschikken of voelt zich **onvoldoende zelfverzekerd** (26). Huisartsen vinden het vaak moeilijk om patiënten te motiveren of men vreest dat de patiënt ontevreden zal zijn als er geen medicatie wordt voorgeschreven (26). Ook wordt **tijdsdruk** en het idee dat het de taak is van andere zorgverleners genoemd als uitdagingen (26). Patiënten vermelden als redenen om niet af te bouwen onder andere angst voor ontwenning, moeilijke levenssituaties of geen bezorgdheid over het gebruik of bijwerkingen (21).

Om langdurig gebruik te stoppen, bestaan er verschillende tools. Deze hebben als doel om te informeren, de patiënt bewust te laten nadenken over de medicatie en handvaten aan te reiken voor de verdere aanpak van de afbouw en het onderliggende probleem. Ze kunnen tevens helpen om deze barrières te overwinnen. Hieronder worden enkele van deze tools besproken.

1.5.4. Tools bij afbouw van slaapmedicatie

1.5.4.1. STOP-brief

De NHG richtlijn raadt aan om patiënten die 1 standaarddagdosering of minder gebruiken een STOP-brief te bezorgen. Deze bevat informatie over de medicatie, waarom stoppen aangeraden is, hoe men dit kan doen en een verwijzing naar thuisarts.nl (1, 12). In deze brief wordt reeds vermeld dat de patiënt 3 maanden later een opvolg-stopbrief zal krijgen (1). In deze tweede brief wordt gevraagd of de patiënt geprobeerd heeft de medicatie te stoppen, hoe dit verlopen is, hoe het nu met het slapen gaat en wordt de patiënt uitgenodigd om een afspraak te maken bij de huisarts ter verdere bespreking (1). In de NHG richtlijn is er een voorbeeld van de gewone stopbrief (bijlage 6) en de opvolg stopbrief (bijlage 7) terug te vinden (1). Deze interventie valt onder de **minimale-interventiestrategie** en heeft als voordeel dat het weinig tijd vraagt (1). Bij patiënten die 1 dagdosering of minder gebruiken zou het 30-50% lukken om op eigen kracht te stoppen (1). Bij patiënten die meer gebruiken lukt het zelden om zelf te stoppen, meer begeleiding met een specifiek afbouwschema (zie supra) is hierbij nodig (1).

1.5.4.2. Informatiebrochures

Tijdens de voorbeschouwingsfase waarbij er nog geen intentie tot verandering is, is het doel informeren (2). Informatiebrochures rond slaap en slaapmedicatie kunnen hierbij ondersteunend zijn (2). Tijdens de contemplatiefase is er al besef van het probleem, maar is er onvoldoende motivatie voor effectieve gedragsverandering (2). Hierbij kan een specifieke brochure worden meegegeven gericht op de nadelen van benzodiazepines en wat te verwachten indien men zou stoppen (2).

1.5.4.3. Pro/contra lijst

Tijdens de contemplatiefase kan een lijst worden opgemaakt door de patiënt met voor- en nadelen van de medicatie en eventuele afbouw (2). Ook dit kan meer inzicht bieden voor de patiënt. Deze lijst wordt niet in de Belgische en Nederlandse richtlijnen vermeld.

1.5.4.4. Motivatieschaal

De motivatieschaal wordt gebruikt tijdens de contemplatiefase en de beslissingsfase met als doel de **innerlijke motivatie** in kaart te brengen (2). Hierbij wordt op een schaal van 0 tot 10 een cijfer gegeven in welke mate de patiënt zich bewust is van het probleem, zich capabel voelt om af te bouwen en worden de eigen slaagkansen bij de afbouw ingeschat (2). Ook deze schaal wordt niet in de Belgische en Nederlandse richtlijnen vermeld.

1.5.4.5. BENDEP-vragenlijst

De Benzodiazepine Dependence Self-report Questionnaire kan gebruikt worden tijdens de contemplatiefase (2). Deze vragenlijst wordt ingevuld door de patiënt zelf en spoort **misbruik van benzodiazepines** op (18). Het bestaat uit 20 vragen onderverdeeld in vier categorieën: problematisch gebruik, bezorgdheden, therapietrouw en onttrekkingssymptomen (18). Iedere stelling krijgt een score van 0 tot 4 (18). Op heden wordt de vragenlijst nog niet standaard aanbevolen als screening in de richtlijnen (1, 4, 18).

1.5.4.6. 5G-schema

Aan de hand van het 5G-schema kan tijdens de beslissingsfase worden geanticipeerd op bepaalde gedragingen of situaties waarin de patiënt de medicatie gewoonlijk neemt (2). Deze tool werd reeds bij de tools bij insomnia besproken. Bij de afbouw van benzo's zijn voornamelijk de gedachten en het gedrag van belang om verandering aan te moedigen (2). Deze tool wordt niet vermeld in de Belgische en Nederlandse richtlijnen bij afbouw.

1.5.4.7. Balanstool

Deze tool werd reeds besproken bij de tools bij insomnia, maar kan ook gebruikt worden als ondersteuning bij de afbouw van slaapmedicatie (2).

1.5.4.8. Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie kan toegepast worden bij de afbouw van slaapmedicatie, enerzijds door de afhankelijkheid en anderzijds door de onderliggende reden van het gebruik aan te pakken. De verschillende technieken zoals besproken bij de aanpak van insomnia kunnen hier ook toegepast worden.

1.5.4.9. Doorverwijzing

Verwijzing naar een **verslavingsarts** of advies hierbij inwinnen kan volgens NHG worden overwogen bij patiënten die gemotiveerd zijn om hun chronisch benzogebruik te stoppen maar waarbij gereguleerde afbouw niet effectief is of er sprake is van ernstige verslavingsproblematiek (1). Domus Medica raadt een verwijzing naar een **slaapcentrum** aan bij secundaire insomnia, parasomnieën, problemen met het slaap-waakritme, hypersomnolentie en bij onvoldoende resultaat met een eerstelijns aanpak (4). Een verwijzing naar een **psychiater** is geïndiceerd bij patiënten met ernstige psychiatrische comorbiditeit (4). Een verwijzing naar een **kinesitherapeut** kan worden overwogen voor begeleiding van relaxatieoefeningen (4). Waar nodig kan er doorverwezen worden voor cognitieve gedragstherapie naar een **psycholoog** (4).

1.6. LOK-sessies insomnia en afbouw benzodiazepines

Iedere huisarts is verplicht deel uit te maken van een LOK (lokale kwaliteitsgroep) om accreditatie te verkrijgen of te behouden (27). Een LOK is een bijeenkomst van een groep van huisartsen waarbij ze hun medisch handelen kritisch bekijken en beoordelen met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen (27).

In de periode 01/09/2023 tot en met 28/02/2025 werd het project 'LOK navormingen rond het rationeel gebruik van benzodiazepines en z-producten' uitgevoerd door Psychofarmaca@UGent onder leiding van Dr. Ellen Van Leeuwen (26). Dit project werd opgestart op vraag van de FOD en tevens gefinancierd door de overheid wegens het hoge gebruik van slaap- en kalmeermiddelen in de Belgische bevolking, zie supra. Het hoofddoel van dit project was het organiseren van interactieve sessies in LOK groepen voor huisartsen over het rationeel gebruik van benzodiazepines, met speciale aandacht voor slaapproblemen en insomnia (26). De focus lag hierbij op het vermijden van opstarten van slaap- en kalmeermiddelen en het afbouwen van langdurig gebruik van deze middelen (26). De bestaande navormingspakketten werden geüpdatet naar de laatste literatuur (26). Het betreft een fysieke interactieve sessie van 2 uur met een multidisciplinaire insteek met een duo huisarts-psycholoog als sprekers. In de sessie rond afbouw wordt tevens een filmpje getoond waarin een apotheker zijn ervaring deelt (26).

1.6.1. LOK insomnia

Voorafgaand aan de LOK insomnia werd een vragenlijst afgenomen waaruit blijkt dat het gebruik van niet-medicamenteuze interventies sterk varieert (bijlage 8) (26). Slaapadviezen worden het meest gegeven waarbij 78,1% aangeeft dit regelmatig tot vaak te geven (26). De uitleg over stimuluscontrole en tijd-in-bed restrictie wordt respectievelijk 69,4% en 50,4% regelmatig tot vaak gegeven (26). Verder worden ontspanningstechnieken regelmatig tot vaak uitgelegd door 64,2% van de deelnemers (26). 54% geeft zelden tot nooit brochures mee, 50.3% verwijst zelden tot nooit naar websites en een vragenlijst en slaapdagboek worden respectievelijk 73.7% en 68.6% zelden tot nooit gebruikt (26). Een verwijzing voor cognitieve gedragstherapie gebeurt bij 38,7% zelden tot nooit en slechts bij 21,9% regelmatig tot vaak (26). Uit een ander onderzoek blijkt dat websites en brochures met informatie over onder andere slapeloosheid en slaapmedicatie het vaakst gebruikt worden als tool (28).

Wat betreft medicamenteuze interventies geeft 8,8% aan nooit benzo's of Z-drugs voor te schrijven, 47,4% zelden, 26,3% af en toe en 11,6% schrijft het regelmatig tot vaak voor (26). Medicamenteuze alternatieven zoals trazodon worden door 43,1% af en toe voorgeschreven en door 21,9% en 2,9% respectievelijk regelmatig en vaak (26). Antipsychotica zoals quetiapine worden minder frequent voorgeschreven, 64,3% schrijft het nooit of zelden voor, slechts 21,9% schrijft het af en toe voor (26). 25.5% schrijft zelden melatonine voor, 28.5% af en toe en 28.4% regelmatig tot vaak (26). 79.5% van de deelnemers schrijven valeriaan of andere fytotherapie af en toe tot vaak voor (26).

1.6.2. LOK afbouw van benzo's

Voorafgaand aan de LOK over de afbouw van langdurig gebruik van benzodiazepines en Z-middelen werd ook een vragenlijst afgenomen (26). Dit toont een aantal uitdagingen. 75% van de deelnemers ervaart het als moeilijk om slaapmedicatie af te bouwen en 36,7% ervaart dat patiënten ontevreden zijn als er wordt afgebouwd (26). Voor 21,7% wegen de voordelen van slaapmedicatie op tegen de nadelen en voor 36,6% van de deelnemende huisartsen is er geen evenwaardig niet-medicamenteus alternatief voor slaapmedicatie (26). De afbouw van slaapmedicatie wordt ervaren als de taak van de huisarts, 85% is akkoord met deze stelling (26). 30% ervaart geen tijd te hebben om afbouw aan te pakken, waarbij nog eens 20% zich hier neutraal bij voelt (26). 21,6% van de deelnemers heeft het gevoel dat ze niet over de nodige expertise beschikken om de afbouw te begeleiden, slechts 41,7% heeft dat gevoel wel (26). Voor 58,3% vergemakkelijkt het gebruik van magistrale bereidingen het afbouwen van slaapmedicatie (26). 16.7% respectievelijk 18.3% voelt zich niet comfortabel bij het bespreken of begeleiden van de afbouw van slaapmedicatie, terwijl 56,7% respectievelijk 56.6% zich hier wel comfortabel bij voelt (26). De voornaamste uitdagingen voor de deelnemers zijn het gebrek aan ervaring met afbouw en het gebrek aan tijd (26).

Vragen over het gebruik van interventies voor de LOK sessie geven volgende cijfers (26). 72.8% geeft regelmatig tot vaak slaapadviezen, 70,7% geeft zelden tot nooit een brochure mee of kent het niet en 69,6% verwijst zelden tot nooit naar een website (26). Verder is het opvallend dat 97,9% zelden tot nooit een stopbrief verstuurt waarbij bijna één vierde het niet kent (26). Het gebruik van vragenlijsten bij de afbouw van benzo's is ook iets wat 82.5% zelden tot nooit doet (26). Bijna de helft heeft nog nooit van een balanstool gehoord en slechts 5,5% gebruikt het af en toe (26). Een 5G schema is bij 38% ongekend en slechts 14,4% gebruikt het af en toe tot vaak (26). Het verwijzen naar cognitieve gedragstherapie gebeurt soms bij 42,4% (26). Het samenwerkingsproject met de apotheker is duidelijk niet ongekend, slechts 5,4% heeft er nog niet van gehoord en 42.4% gebruikt het af en toe tot vaak (26). 44.6% van de deelnemers schrijft af en toe tot vaak een stopdatum op het eerste voorschrift van slaapmedicatie (26). Bij het starten van de afbouw van slaapmedicatie wordt de apotheker vaak (81,6%) niet op de hoogte gebracht door contact op te nemen of Start To Stop op het voorschrift te schrijven (26). Slechts 29,4% van de deelnemers maakt af en toe tot vaak afspraken met de apotheker voor de begeleiding van de afbouw (26).

Bij de afbouw van benzo's blijken de aangereikte instrumenten nuttig onder begeleiding van de huisarts (28). Het belangrijkste bij benzomanagement is educatie en opvolging (28). Zo toonde een studie aan dat de combinatie van deze twee resulteerde in een stop bij 40% van de deelnemers (28). Echter toont een Belgisch artikel aan dat de tools van de FOD Volksgezondheid nog onvoldoende bekend zijn bij de Vlaamse huisartsen, slechts één op de drie kende deze (28). Er is nood aan een

betere integratie in het EMD van zowel de tools als de richtlijnen over slapeloosheid en mogelijks ligt er ook een belangrijke rol in een bijscholing over de motivatiecyclus (28). Verder is er in België vaak goede medicatie-opvolging, echter is afbouw nog een groot werkpunt (28). Hierom is het positief dat er LOK's worden georganiseerd over het onderwerp afbouw waarin de tools van de FOD Volksgezondheid aan bod komen.

De resultaten van de vragenlijsten voorafgaand aan de de LOK- vormingen tonen aan dat de tools niet goed gekend zijn en dat de praktijk vaak anders verloopt dan de richtlijnen. Dit vormt de aanleiding voor deze thesis. We zullen deze tools verder onderzoeken, meer bepaald hun wetenschappelijke onderbouwing en de gebruikservaring met deze tools van huisartsen die een van deze LOK's volgden.

2. Vraagstelling

Wat is de onderbouwing van de tools voor de aanpak van slaapklachten en de afbouw van benzodiazepines en wat is de ervaring van hulpverleners hiermee?
De onderzoeksvraag wordt opgesplitst in twee onderdelen.
Het eerste onderdeel bestaat uit een literatuuronderzoek: Wat is er bekend in de literatuur over tools die gebruikt kunnen worden in de aanpak van slaapklachten en/of de afbouw van benzodiazepines?
Het tweede onderdeel bestaat uit een kwalitatief onderzoek aan de hand van interviews: Wat is de ervaring van hulpverleners, in de eerste plaats huisartsen, zowel deelnemers als trainers van de LOK sessies, en bij uitbreiding trainer-psychologen, met het gebruik van deze tools in de aanpak van slaapklachten en/of afbouw van benzodiazepines?

3. Methode

3.1. Inleiding

Deze masterproef vertrekt vanuit de kennis weergegeven op de website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be en de bestaande Belgische en Nederlandse richtlijnen. De Domus Medica richtlijn werd laatst geüpdatet in 2018, de NHG standaard in 2024, laatste raadpleging van deze richtlijnen vond plaats in februari 2026. Vervolgens werd er op systematische wijze gezocht op Pubmed, Web of Sciences, Embase en Google Scholar naar artikelen die een antwoord bieden op de onderzoeksvraag. Eerst werd er gezocht naar algemene informatie over de niet-medicamenteuze aanpak van insomnia en de afbouw van benzodiazepines. Hierbij waren de belangrijkste zoektermen “benzodiazepine”, “non pharmacological intervention”, “insomnia”, “sleep problems”, “education”, “non pharmacological tools”, “insomnia guidelines”, “sleep tracking devices”, “NOT medication or drugs” en “treatment”. Dit gaf voornamelijk artikels over de medicamenteuze aanpak maar ook algemene informatie over slapen, slaapproblemen en benzodiazepines. De verkregen artikelen vormden de basis voor de inleiding en van hieruit werd verder gezocht voor het eigenlijke literatuuronderzoek. Voor de inleiding werd tevens beroep gedaan op een informatief boek, het rapport over de LOK insomnia en afbouw van benzodiazepines en enkele weblinks en -artikelen.

3.2. Literatuuronderzoek

In het literatuuronderzoek wordt nagegaan wat de evidentie is van de tools aangereikt in de Belgische en Nederlandse richtlijnen rond de niet-medicamenteuze aanpak van insomnia en de afbouw van benzo’s. Daarnaast wordt er ook gekeken naar evidentie voor andere tools, bijvoorbeeld genoemd in de artikels voor de inleiding, die nog niet worden vermeld op de site van gebruikvanpsychofarmaca-gids.be en in de LOK-sessie hierover. Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd in de periode van maart 2024 tot en met februari 2026.

Bij deze zoektocht waren de belangrijkste zoektermen “insomnia”, sleeping disorders”, “benzodiazepines”, “tapering”, “sleep diary”, “thought record”, “general practitioner”, “sleep hygiene”, “cognitive behavioral therapy”, “sleep education”, “bendep questionnaire”, “5G schema", “KOP model”, “self help book”, “motivation scale”, “describing benzodiazepines” en “balance model”. Artikels werden geselecteerd op basis van de titel en abstract. Bijkomend werden artikels verzameld via een sneeuwbalmethode uit de bestaande richtlijnen.
Exclusiecriteria zijn artikels ouder dan 2013, patiënten onder de 18 jaar en artikels geschreven in een andere taal dan het Engels, Nederlands of Frans. Verder werd er geen beperking opgelegd in de literatuurzoektocht. Met deze zoektocht werden ongeveer 125 artikels verzameld. Dubbele artikels werden geschrapt en na het lezen van de full tekst en/of het ontbreken van full tekst zorgde dit voor verdere eliminatie tot 48 artikels. EndNote25 werd als referentiebeheer gebruikt.

3.3. Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatief onderzoek naar de ervaring van huisartsen met de aangereikte tools werd uitgevoerd aan de hand van interviews. De opzet van deze interviews is om bij een selecte groep enkele

meningen en uitdagingen in de praktijk te exploreren. Kandidaten die na de LOK-vorming aangegeven hadden deel te willen nemen aan een interview werden gecontacteerd via mail en indien geen respons telefonisch gecontacteerd. Een eerste mail werd verstuurd op 26/11/2024, een tweede en derde mail werden verstuurd op respectievelijk 24/12/2024 en 08/05/2025. In totaal werd een interview afgenomen bij vijf van de acht gecontacteerde huisartsen. De overige artsen gaven geen respons of waren niet meer gemotiveerd deel te nemen ondanks een vergoeding hiervoor. Op initiatief van de promotor werd de onderzoekspool uitgebreid naar de trainers, wat resulteerde in tien extra kandidaten. Zij werden gecontacteerd via mail op 21/01/2025 met een reminder op 08/05/2025. Zes interviews werden ingepland waarvan twee uiteindelijk niet zijn doorgegaan, een door annulatie van de kandidaat, het andere door annulatie van de interviewer, beiden konden niet opnieuw worden ingepland. In totaal werden negen huisartsen, vijf deelnemers en vier trainers van de LOK, opgenomen in de studie uit een pool van 18 kandidaten, wat zorgt voor een responspercentage van 50%.
Ten slotte werden ook de trainer-psychologen gecontacteerd via mail, van de tien gecontacteerde psychologen reageerden drie kandidaten voor een interview.

Voorafgaand aan de interviews werd een semi-gestructureerde vragenlijst opgesteld (zie bijlage 9). De interviews vonden plaats tussen januari 2025 en november 2025, in de praktijk van de huisarts of online via Microsoft Teams. De interviews duurden gemiddeld 20 à 30 minuten. Een geluidsopname werd gemaakt en nadien handmatig uitgetypt. Codering en thematische analyse van de interviews gebeurde via MAXQDA24. Elk interview werd onafhankelijk gecodeerd door twee onderzoekers. De algemene indruk over de LOK-vorming en het gebruik van de tools werd nagegaan. Per tool werd gekeken naar het aantal gebruikers, de voor- en nadelen, de bedenkingen en uitdagingen volgens de deelnemers.

Voor deze masterproef werd ChatGPT en Gemini gebruikt voor het opzoeken van correcte vertalingen en synoniemen van specifieke termen.

Dit onderzoeksproject werd goedgekeurd door het Ethisch commissie van het UZ Gent/UGent (bijlage 11 en 12).

4. Literatuuronderzoek

4.1. Tools bij de aanpak van insomnia

4.1.1. Anamnese en ICE

De aanpak van insomnia wordt gestart middels een **grondige exploratie** van de klacht en de onderliggende factoren door middel van een uitgebreide verdiepende anamnese (1, 4).
Het bevragen van de ideeën, de bezorgdheden en de verwachtingen van een patiënt die kampt met slaapproblemen leidt volgens de domus medica richtlijn tot een beter voorstel van gepersonaliseerde therapeutische opties en minder medicatievoorschriften (4). De kwaliteit van het bewijs is eerder zwak, gebaseerd op observationeel en kwalitatief onderzoek maar de potentiële voordelen wegen duidelijk door ten opzichte van de nadelen waardoor het bevragen van de ICE sterk aanbevolen blijft (4). Het bevragen van de impact op het functioneren wordt aangeraden in de domus medica richtlijn en is gebaseerd op consensus (4). In de NHG richtlijn wordt niet verder ingegaan op de evidentie van de anamnese bij slaapklachten (1).
Aanvullend literatuuronderzoek naar de evidentie van een uitgebreide anamnese bij slaapklachten levert geen resultaten op.

4.1.2. Slaapdagboek

De domus medica richtlijn beveelt het gebruik van een slaapdagboek aan gebaseerd op expert opinie uit 2 review artikelen en een retrospectieve studie (4). Hierbij werd gezien dat het slaapdagboek van patiënten met insomnia op alle slaapparameters (bijvoorbeeld tijd in bed, tijd tot inslapen, totale slaapduur, slaapefficiëntie, aantal keer ontwaken…) **significant** verschillen van normale slapers (4). Het invullen van het slaapdagboek vlak na de nacht vermindert het optreden van recall bias in tegenstelling tot vragenlijsten over slaap (29).

De NHG richtlijn vermeldt het slaapdagboek als een zinvol hulpmiddel bij het inschatten van de ernst van de klachten en om het inzicht te vergroten in mogelijke oorzaken en verkeerd slaapgedrag. Het slaapdagboek is echter **niet gevalideerd** (1). Slaapdagboeken worden in studies gezien als een nuttig instrument in de exploratie en opvolging van slaapklachten en hun behandeling (7, 29, 30). Een andere systematische review toont aan dat een slaapdagboek op zichzelf niet veel meerwaarde biedt bij insomnia, het heeft geen evidentie voor een verbetering van de slaapkwaliteit (31).

4.1.3. Voorlichting en advies over slaap

In de huisartspraktijk wordt de aanpak van insomnia meestal gestart met slaapeducatie en slaapadviezen (6, 7, 32). De domus medica richtlijn stelt het geven van **voorlichting en adviezen over slaap** voor in een getrapte aanpak, op maat van de patiënt (4). De adviezen zijn voornamelijk gebaseerd op expert consensus, er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor elk van deze interventies in de literatuur te vinden. Soms worden adviezen tegengesproken, bijvoorbeeld met betrekking tot dutjes overdag of is er geen eenduidigheid over het advies, bijvoorbeeld het moment van naar bed gaan (4). De NHG richtlijn vermeldt matig grote effecten van lichaamsbeweging op slaapparameters bij patiënten met langdurende slapeloosheid maar bijvoorbeeld niet bij vrouwen

waarbij menopauzale klachten de oorzaak zijn van slapeloosheid (1). De kwaliteit van het bewijs is matig (1). Het algemene effect van beweging op slaapklachten is niet groot maar er zijn geen of weinig nadelige effecten en het past binnen een algemene gezonde levensstijl (1). Volgens de NHG richtlijn lijkt de effectiviteit van voorlichting en advies als alleenstaande interventie minimaal (1).

Als **monotherapie** geven voorlichting en advies slechts een beperkte winst in vergelijking met cognitieve gedragstherapie (CGT), toch kan het een waardevolle eerste stap in de behandeling zijn, mede gezien de beperkte inspanning en lage kostprijs (6, 7, 30, 32). Levensstijlaanpassingen en slaapadviezen tonen een effect op de objectieve slaapparameters maar patiënten ervaren dit subjectief niet altijd zo (33, 34). Een andere studie toont daarentegen geen winst op de slaapkwaliteit bij slaaphygiëne monotherapie (31). De voornaamste reden hiervoor is dat bij slechts een deel van de patiënten met insomnia foutieve gewoonten zoals dutjes overdag of overmatige cafeïne intake worden gezien (32, 34). Bij chronische insomnia passen patiënten deze tips meestal reeds toe (7). Idealiter worden gepersonaliseerde slaapadviezen op basis van een uitgebreide anamnese en een slaapdagboek gegeven.

Literatuuronderzoek toont bijkomend aan dat **bepaalde handelingen nadelige effecten** hebben op de slaapkwaliteit. Het schadelijke effect van cafeïne voor het slapen gaan is goed gedocumenteerd (11, 33, 34). In een RCT is aangetoond hoe een tas koffie tot zes uur voor bedtijd nog een nadelige invloed heeft op de slaap (34). Daarnaast is er ook een negatieve correlatie tussen alcoholconsumptie en de slaapkwaliteit ondanks het subjectieve gevoel makkelijker in slaap te vallen (11, 33). Het aanhouden van regelmatige slaaptijden, ook in het weekend, is één van de belangrijkste adviezen, zeker bij jongvolwassen (11).

Een meta-analyse over de invloed van beweging op slaap toont voor zowel eenmalige **sportsessies** als voor regelmatig sporten een positieve invloed op de slaap (35). Eenmalige sportsessies hebben een beperkte positieve invloed op de totale slaapduur, de inslaaptijd en de slaapefficiëntie in vergelijking met dagen zonder sport (35). Regelmatig sporten heeft een beperkte positieve invloed op de totale slaapduur en de slaapefficiëntie en een beperkte tot matige invloed op de inslaaptijd (35). Ook de algemene slaapkwaliteit verbetert bij regelmatig sporten (35).

Een ander voorbeeld van een slaapadvies is het beperken van smartphonegebruik voor het slapengaan. Een systematische review rond het gebruik van **digitale media** rond slaaptijd toont een negatieve invloed op de slaap (36). Schermgebruik zou zorgen voor een verhoogde slaaplatentie, een kortere slaap, een verminderde slaapkwaliteit, meer slaperigheid overdag en een verhoogde mentale alertheid voor het slapengaan (37). Daarnaast verstoort het licht afkomstig van de schermen de melatonineregulatie waardoor de slaap verstoord wordt (37). Daarentegen heeft televisie volgens deze studie geen invloed (36). Volgens een andere studie uitgevoerd bij volwassenen zou het smartphonegebruik een significante voorspellende waarde zijn voor een hogere score op de PSQI (38).

4.1.4. Gedragsmatige behandeling en cognitieve gedragstherapie

Volgens de domus medica richtlijn is er enig wetenschappelijk bewijs voor gedragsmatige behandeling bij insomnia maar zijn er enkele aandachtspunten (4). Er is evidentie voor het

gecombineerd aanbieden van technieken maar minder voor elke techniek op zich, onderzoek is veelal gebaseerd op studies bij getrainde professionals in het vakgebied en niet bij huisartsen (4). Volgens de domus medica richtlijn zijn er studies die aangeven dat een **vereenvoudigde vorm van CGT** door de huisarts toegepast kan worden (4). Voor intensievere therapie is meestal verwijzing naar getrainde therapeuten nodig. Algemeen is er eerder zwak bewijs voor een klein tot matig effect op relevante uitkomstmaten maar zijn de voordelen groter dan de nadelen volgens experts (4). Cognitieve therapie heeft een bijdrage aan de positieve langetermijneffecten in de aanpak van slaapproblemen (4). Paradoxale intentie blijkt werkzaam op de inslaaptijd maar het effect is kleiner dan stimuluscontrole en relaxatie (4). In de NHG standaard worden volgende conclusies over gedragsmatige behandeling vermeldt: een waarschijnlijke verbetering van de slaapkwaliteit en vermindering van de ernst van de slaapproblemen (kwaliteit van bewijs: redelijk), mogelijke verkorting van de totale tijd wakker in bed (kwaliteit van bewijs: laag), nauwelijks verschil in totale slaapduur (kwaliteit van bewijs: redelijk), nauwelijks verschil in inslaaptijd en slaapefficiëntie (kwaliteit van bewijs: laag) (1).

Verschillende meta-analyses tonen de effectiviteit van CGT voor primaire en secundaire insomnia bij jongeren en volwassenen aan (39). Cognitieve gedragstherapie heeft matige tot grote duurzame effecten op de slaapkwaliteit, inslaaptijd en slaapefficiëntie (8). De effecten op korte termijn, na 6-10 weken, zijn vergelijkbaar tot superieur aan medicamenteuze therapie, dit effect blijft aangehouden gedurende een follow-up periode van 3 jaar (39). Een review artikel toont dat CGT de meest **succesvolle behandeling** blijkt bij controlepunten op 1, 3, 6, 8 en 12 maanden, bijgehouden in een slaapdagboek (40). Dit onderzoek werd gevoerd bij primaire insomnia, er wordt van uitgegaan dat het ook van toepassing is op secundaire insomnia (40). Dit laatste vereist mogelijk wel een meer persoonsgerichte aanpak (40). Het belangrijkste **voordeel** van CGT boven een medicamenteuze aanpak is het ontbreken van bijwerkingen en tolerantie (40). Een meta-analyse van RCT's besluit eveneens dat cognitieve gedragstherapie een effectieve methode is in de aanpak van insomnia (19). Echter is het niet ontworpen voor de huisarts waardoor het in de eerstelijn te weinig wordt toegepast (19). De basisbeginselen van slaaphygiëne gecombineerd met gedragsinterventies zoals tijd-in-bed restrictie of stimuluscontrole kunnen wel toegepast worden in de huisartspraktijk (19). Een andere RCT vond dat zes weken CGT een langdurig effect heeft van minstens 24 maanden (6). Algemeen wordt gezien dat 70-80% van alle patiënten die cognitieve gedragstherapie krijgen een verbetering ondervinden van de slaapklachten, hiervan heeft 50% ook effectief klinisch significante uitkomsten (41). In vergelijking met placebo en medicamenteuze therapie bleek cognitieve gedragstherapie in drie RCT's de meest (kosten)effectieve behandeling voor chronische insomnia (14). Een van de studies vermeldt dat verder onderzoek omtrent CGT nodig is, maar de huidige resultaten tonen reeds een positief effect (14).

4.1.4.1. Spanningsverlagende technieken

Er is enig wetenschappelijk bewijs dat een **constructief piekermoment** de doeltreffendheid van een behandeling verhoogt (4). Relaxatie op zich is minder doeltreffend dan een multimethodische aanpak (4). Volgens de NHG richtlijn zijn spanningsverlagende technieken of mindfulness als losse component waarschijnlijk effectief (1).

Een meta-analyse van RCT's rond **mindfulness** voor insomnia toont een positief effect op korte termijn, echter is het moeilijk aan te tonen wat de effecten zijn op lange termijn en of de

aanpassingen van de levensstijl vol te houden zijn (42). Een andere studie toont aan dat er geen significante verbetering plaatsvindt met relaxatietechnieken alleen, het zou zelfs potentieel nadelig kunnen zijn door een langere tijd in bed (31). Dit kan de stimuluscontrole of slaaprestrictie dan tegenwerken (31).

4.1.4.2. Stimuluscontrole

Stimuluscontrole is wetenschappelijk onderbouwd als **monotherapie** (4). Volgens de NHG richtlijn is stimuluscontrole als losse component mogelijk effectief (1). Volgens een studie is stimuluscontrole geassocieerd met een verbetering van de slaapeffectiviteit en de inslaaptijd (31). Het effect ervan wordt verkregen door het verminderen van de inspanning om te kunnen slapen of door reconditionering in te stellen (31).

4.1.4.3. Tijd-in-bed restrictie

Volgens de NHG richtlijn is slaaprestrictie als losse component mogelijk effectief, andere studies bevestigen dit, maar idealiter is het wel deel van een multicomponent behandeling (1, 30). Slaaprestrictie verkrijgt zijn effect door invloed uit te oefenen op de slaaphomeostase (31). Een Nederlandse RCT uit 2025 met 147 patiënten met insomnia toonde een **gunstig effect** aan van slaaprestrictieve therapie (SRT) waarbij de testgroep telefonische ondersteuning kreeg van een coach. De groep met slaaprestrictie therapie rapporteerde kortere tijd tot inslapen, verminderde slaapgerelateerde arousal en langer doorslapen dan de controlegroep. De gunstige effecten waren nog objectiveerbaar op follow-up 3 en 6 maanden na afloop van het onderzoek (43). SRT vermindert symptomen van angst en depressie overdag (43). Slaaprestrictie kon geen effect aantonen op de gerapporteerde slaperigheid overdag en totale slaapduur (43).

De HABIT-trial onderzocht de effectiviteit van tijd-in-bed restrictie, uitgevoerd door verpleegkundigen in de eerstelijn (30). Tijd-in-bed restrictie wordt gecombineerd met slaapadviezen in vier sessies met behulp van een slaapdagboek (30). Deze groep werd vergeleken met een groep die enkel slaapadviezen kreeg (30). De onderzoeksgroep scoorde in het algemeen beter met minder depressieve symptomen, verbetering van de slaapgerelateerde levenskwaliteit en een afname van absenteïsme (30). Er was geen bewijs voor een effect op het gebruik van slaapmiddelen (30). Volgens deze Engelse studie is slaaprestrictie ook **kosteneffectief** waarbij de kost per verworven QALY 2076 pond is (met een gebruikte kosteneffectieve grenswaarde van 20.000 pond) (30). Volgens deze studie is tijd-in-bed restrictie effectief bij insomnia zonder significante ongewenste effecten (30). Aanvullende studies over dit onderwerp zijn nodig vooraleer het te generaliseren is naar de algemene populatie (30).

Volgens een andere systematische review is slaaprestrictie geassocieerd met een verbetering van de slaapeffectiviteit en een afname van de tijd dat de patiënt ‘s nachts wakker is (31). Verder toont deze studie aan dat een langere wachttijd tot therapie leidt tot een lagere kans op genezing (31).

4.1.4.4. Acceptance and commitment therapy

Eén van de nieuwere methodes van CGT is 'acceptance and commitment therapy’ (ACT) (14). Bij deze vorm van therapie draait het rond mindfulness (contact met het heden), aanvaarding (ruimte creëren voor onaangename gevoelens), defusie (afstand nemen van negatieve gedachten), waarden (wat is

belangrijk), toegewijde actie (gedrag staat in lijn met waarden) en context (in iemands anders schoenen staan) (14). De bedoeling van ACT is de **innerlijke beleving** (gedachten, emoties, sensaties) **te aanvaarden** in plaats van ze te mijden (14). ACT onderscheidt zich van de andere methodes door juist deze belevingen te omarmen (in context te plaatsen) in plaats van gedachten te willen veranderen en emoties te sturen (14). Het is op deze manier flexibeler dan de traditionele CGT die eerder gericht is op vermijden en beperken (14). Door bewustwording zou het gebruik van slaapmedicatie verminderen (14). Het zorgt ervoor dat de neiging om slaap te willen controleren, onder andere door het nemen van slaapmedicatie, sterk afneemt (14). Het doel is om beter te leven, niet enkel beter te slapen (14).

Een studie toont aan dat ACT effectief is, voornamelijk voor de slaapkwaliteit (31). El Rafihi-Ferreira et al. publiceerde in 2024 een RCT waarin ACT met traditionele CGT voor insomnia en een controlegroep (wachtlijst) werd vergeleken (44). Coaching en contact met therapeuten gebeurde via online groepssessies (44). Zowel vlak na de behandeling als na 6 maanden follow-up tonen de onderzoeksgroepen een verbetering van ISI-score in vergelijking met de controlegroep. CGT toont algemeen net iets betere resultaten dan ACT (44).

4.1.5. Balanstool

De Domus Medica en NHG richtlijnen vermelden het gebruik van een balanstool in de aanpak van insomnia niet (1, 4). De tool wordt vermeld op de website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be echter zonder vermelding van de evidentie (2). Verder literatuuronderzoek naar het gebruik van de balanstool bij insomnia leverde **geen resultaten** op.

4.1.6. 5G-schema

Het gebruik van een 5G-schema wordt vermeld in de Domus Medica richtlijn voor aanpak van insomnia en andere psychologische klachten (4). De wetenschappelijke evidentie van het gebruik van een 5G-schema bij insomnia wordt niet vermeld (4). De NHG standaard neemt een 5G-schema niet op in de richtlijn rond slaapstoornissen (1). De tool wordt tevens voorgesteld op de website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be zonder vermelding van de evidentie (2). Verder literatuuronderzoek naar het gebruik van deze tool binnen de aanpak van insomnia gaf **geen resultaten**.

4.1.7. KOP model

Het gebruik van het KOP-model wordt niet opgenomen in de richtlijnen rond slaapstoornissen van Domus Medica of NHG (1, 4). De tool wordt wel besproken op de website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be (2). Verder literatuuronderzoek levert **geen resultaten** op.

4.1.8. Nieuwe tools

4.1.8.1. Digitale cognitieve gedragstherapie

Meta-analyses tonen aan dat digitale cognitieve gedragstherapie onder de vorm van apps of geautomatiseerde websites ook **doeltreffend** is (8). De traditionele CGT wordt aangeboden door een psychotherapeut (45). Hierbij is het nadeel dat er wachtlijsten zijn, de kostprijs relatief hoog is en er

noodzaak is tot opgeleide therapeuten (45). Er wordt ook gekeken naar andere methoden zoals digitaal aangeboden CGT, begeleid door een therapeut of met automatisch gegenereerde feedback (7, 45, 46). De Domus Medica richtlijn vermeldt enig wetenschappelijk bewijs voor telefonische ondersteuning (4). Apps die steunen op de principes van CGT lijken beloftevol maar zijn nog onvoldoende onderzocht in ons taalgebied (4).

Een RCT toont aan dat digitale cognitieve therapie onder de vorm van de **app Sleepio** in het Verenigd Koninkrijk in vergelijking met educatie over slaap een significante verbetering geeft van het mentaal welzijn, de functionele gezondheid (bijvoorbeeld arbeidsonbekwaamheid en werktevredenheid) en de slaapgerelateerde levenskwaliteit (8). Respectievelijk waren de resultaten hiervan een toename van 2,95 punten op de WEMWBS-schaal, 1,76 punten erbij op de PROMIS-10-schaal en een vermindering van 18,72 op de GSII-schaal (8). Echter is de **therapietrouw** bij digitale therapieën een belangrijk minpunt, zo ook in deze RCT waarbij 42% vroegtijdig stopte (4, 8). De werkzaamheid vergroot echter aanzienlijk wanneer er online ondersteuning is (4).

Voor het **online behandelprogramma I-Sleep** is effectiviteit aangetoond in de Nederlandse huisartspraktijk met begeleiding door de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (1). Een RCT rond digitaal aangeboden CGT onder begeleiding van een coach toonde een verbetering van subjectieve slaapscores en een daling van slaapmiddelengebruik (47). Een andere review rond digitale CGT toonde zowel bij begeleide als bij geautomatiseerde systemen een positief effect op insomnia (46). Deze vorm van behandeling is nog zeer jong, verder onderzoek waaronder het vergelijken met conventionele cognitieve gedragstherapie is noodzakelijk om na te gaan of het in de toekomst een belangrijkere plaats kan krijgen (8).

Een andere manier om CGT toegankelijker te maken in de huisartsenpraktijk is het aanbieden van **BTI (brief therapies for insomnia)**. Dit bestaat uit adviezen rond slaap, aangevuld met de basisprincipes van CGT zoals slaaprestrictie, uitgevoerd in een beperkt aantal sessies (48). Een grote meta-analyse vond een statistisch significant resultaat op de slaapkwaliteit, gemeten aan de hand van een slaapdagboek, de totale slaaptijd en op de ernst van insomnia (ISI) in vergelijking met een controlegroep (48). De andere uitkomsten, inslaaptijd, slaapefficiëntie en nachtelijk ontwaken waren niet significant in deze review (48).

Cognitieve gedragstherapie aangeboden door een therapeut heeft meer evidentie dan online toepassingen, echter kan het voor bepaalde patiënten voordeliger zijn om met een online toepassing te werken bijvoorbeeld door een fulltime job of de kostprijs (7). Online toepassingen vergen meer doorzettingsvermogen van de patiënt (7).

4.1.8.2. Muziek

Door het **gemakkelijk en veilig** toepassen van muziek als tool, kan dit een meerwaarde bieden in de aanpak van insomnia (49). Een Cochrane review onderzocht het effect van muziek op insomnia (49). Hierbij zouden verschillende mechanismen een rol spelen waardoor de slaap verbetert. Rustgevende muziek bevordert de relaxatie, objectief gemeten door een daling van het cortisol en veranderingen in het autonoom zenuwstelsel zoals het vertragen van de hartslag (49). Muziek kan angst en stress verminderen en zo als spanningsverlagende techniek werken (49). Muziek kan ook gebruikt worden als afleiding om minder te piekeren (49). Vijf studies tonen een significante verbetering van de

slaapkwaliteit aan (49). Op de inslaaptijd, totale slaaptijd en slaapefficiëntie wordt geen significante impact gemeten (49). Er werden echter geen neveneffecten genoteerd (49). Het dagelijks luisteren naar muziek gedurende 45 minuten over een verloop van drie weken zou voldoende zijn om resultaten te zien (49). Dit kan aangevuld worden met andere relaxatie tips (49).

4.1.8.3. Zelfhulpboeken

Zelfhulpboeken blijken **doeltreffender dan slaapadviezen** alleen (4, 50). Het zorgt voor een kortere slaaplatentie, minder tijd wakker gedurende de nacht en minder medicatiegebruik in vergelijking met een groep patiënten die de reguliere zorg kregen (50). Deze effecten werden ook gedurende de vier jaar durende follow-up behouden (50). Samen met individuele begeleiding wordt het effect nog significant beter (4, 50). Ook de combinatie van een zelfhulpboek en groepssessies geeft significante voordelen ten opzichte van het zelfhulpboek op zich (50). Een zelfhulpboek wordt gezien als een **effectieve en gemakkelijk** uitvoerbare interventie bij chronische insomnia in de eerstelijn (50). Verder onderzoek op grotere populaties is noodzakelijk.

4.1.8.4. Apps en slaaptrackers

De NHG standaard vermeldt het gebruik van **smartphones of smartwatches** om de slaap te monitoren (1). Zij bevelen het gebruik op dit moment nog niet aan aangezien de nauwkeurigheid laag is (1). Daarnaast is het onduidelijk wat deze metingen bijdragen aan de subjectieve beleving van de slaap zoals weergegeven in een slaapdagboek (1). Het gebruik van apps kan onrust veroorzaken en zo het herstel van slapeloosheid belemmeren (1). Ook de Domus Medica richtlijn raadt het gebruik van apps om de slaapparameters bij te houden af wegens lage betrouwbaarheid (4). In 2 reviews werden draagbare slaapregistraties vergeleken met polysomnografie, deze toonden een overschatting van de totale slaaptijd, de slaapefficiëntie en de diepe slaap en een onderschatting van de inslaaptijd en het nachtelijk wakker worden (51, 52). Over het gebruik bij de aanpak van slaapstoornissen wordt niets vermeld in deze reviews. De accuraatheid van slaaptrackers is lager dan die van polysomnografie maar vergelijkbaar of zelfs beter dan die van klassieke actiegrafie (53). Voornamelijk het aanduiden van de verschillende slaapstadia is inaccuraat (53). In deze studie worden de trackers wel gezien als een hulpmiddel voor feedback en info rond slaap (53). Een review die het gebruik van slaaptrackers onderzocht bij cognitieve gedragstherapie voor insomnia toont gelijkaardige uitkomsten tussen het al dan niet gebruiken van slaaptrackers (54). Een voordeel van het gebruik van slaaptrackers in plaats van een klassiek slaapdagboek is dat de patiënt niet kan vergeten deze in te vullen (54). Algemeen is het volgens deze studie nog onduidelijk of er een meerwaarde is van het gebruik van slaaptrackers (54). Verder onderzoek is nodig om de plaats van slaaptrackers te bepalen in de toekomst.

4.2. Tools bij de afbouw van benzodiazepines

4.2.1. Medicatie-educatie en informatiebrochures

Onderzoek naar de evidentie van educatie en informatiebrochures bij de afbouw van benzodiazepines toont slechts enkele artikelen. De Nederlandse richtlijn heeft de educatieve website thuisarts.nl waar patiënten informatie kunnen vinden over slaapmedicatie (12). Deze info kan ook

afgedrukt en meegegeven worden (12). Evidentie rond het geven van deze voorlichting wordt niet vermeld.

In de Canadese EMPOWER trial werd een infobrochure rond slaapmedicatie naar patiënten gestuurd, hierdoor stopte 27% de slaapmedicatie in vergelijking met 5% in de controlegroep (21, 55). Daarnaast verminderde 11% de dosis na het krijgen van de informatiebrochure (21, 55). In een andere studie gingen ze na of de EMPOWER brochure, verstuurd via mail, ook helpt bij het afbouwen van benzo's (55). De controlegroep was de reguliere eerstelijnszorg (55). Ze zagen na negen maanden dat in de interventiegroep 26% was gestopt met een benzo in vergelijking met 17% in de controlegroep en dat er een vermindering van de dosis was bij respectievelijk 41% en 32% (55). Een toename van de dosis was respectievelijk bij 2% en 5% het geval (55). Bij 5,9% van de interventiegroep werd een SSRI/SNRI opgestart of de dosis hiervan verhoogd na de interventie (55). 7,1% van de patiënten in de interventiegroep namen onmiddellijk contact op met hun huisarts na het krijgen van de brochure voor begeleiding (55). De motivatie van de huisarts is een belangrijke factor in deze interventie (55). Elf patiënten uit de interventiegroep werden verwezen naar een programma voor de afbouw van benzo's, waar uiteindelijk vijf patiënten aan deelnamen (55).

Een volgende studie bekeek patiënten met milde cognitieve stoornissen bij de EMPOWER-trial en komt tot het besluit dat dit geen invloed heeft op het begrip van de brochure en het resultaat van de mogelijke afbouw van de benzo, al dan niet met ondersteuning van de familie of mantelzorger (56).

4.2.2. Stopbrief

De NHG standaard rond slaapproblemen beveelt het gebruik van een stopbrief als **minimale interventiestrategie** aan, dit is vooral effectief bij patiënten die lage doseringen (maximaal 1 standaarddosering) van een slaapmiddel gebruiken (1). Deze aanbeveling baseren ze op de resultaten van twee grote Nederlands studies waarbij volgende resultaten worden gezien. Met de stopbrief stopte 24% met het gebruik van benzodiazepines na zes maanden in vergelijking met 12% zonder stopbrief (de controlegroep) (1). 2 jaar na de interventie was 52% van de stoppers nog steeds zonder medicatie in vergelijking met 42% van de stoppers zonder interventie. Bij de patiënten die niet volledig gestopt waren, werd in de eerste 6 maanden na de brief een reductie van 11% van de dagelijks ingenomen dosis bereikt. In dezelfde zes maanden werd geen reductie gezien in de controlegroep. Zes maanden na het versturen van de stopbrief werd een daling in benzodiazepine voorschriften gezien van 24% in vergelijking met 5% in de controlegroep, na 21 maanden was deze reductie respectievelijk 26% en 9%, wijzend op een stabiel effect (1, 15). Gelijkaardige resultaten werden gevonden in een ander grootschalig Nederlands onderzoek. Over een periode van 6-12 maanden was 11% van de patiënten die een stopbrief had gekregen gestopt met benzodiazepines in vergelijking met 5% van de patiënten in de controlegroep over dezelfde tijd (1, 57). Een meer persoonsgerichte brief zou effectiever zijn dan een gestandaardiseerde stopbrief (1). Zowel de dosering als de gebruiksduur zijn voorspellers voor het slaagpercentage van een stopbrief interventie (1). Een andere studie toonde slaagpercentages van 25-40% op korte termijn (14). Resultaten op langere termijn zijn minder goed, na 10 jaar toonde deze studie nog een succespercentage van 7% (14).

4.2.3. Pro/contra lijst en motivatieschaal

Onderzoek naar de evidentie van pro/contra lijsten en motivatieschalen bij afbouw van benzodiazepines toont een beperkt aantal artikelen. Deze tools worden niet vermeld in de Belgische en Nederlandse richtlijnen.

Een nieuwe schaal, genaamd de **Motives for Benzodiazepine Use Questionnaire (MBUQ-48)**, is een betrouwbare manier om de redenen van het benzogebruik te bevragen (58). Studies tonen aan dat motieven voorspellende factoren kunnen zijn voor het gebruik en verslavende patronen (59). Een gestandaardiseerde motivatieschaal kan helpen om dit mogelijks verslavende gedrag beter te begrijpen en zo belangrijk zijn voor preventie (58). Het helpt ook om personen met risico op verslaving vroegtijdig op te sporen (58). De MBUQ-48 bestaat uit 48 motieven onderverdeeld in vier categorieën: persoonlijke en sociale voordelen, regulering van middelengebruik, coping en slaapbevordering (58). Verder onderzoek in grotere populaties naar het gebruik van deze schaal is noodzakelijk (58).

4.2.4. BENDEP-vragenlijst

Deze vragenlijst wordt gebruikt om het risico op problematisch benzodiazepinegebruik in te schatten aan de hand van vier onderdelen. Een Duitse studie ging na bij 60 mensen die een benzo gebruiken, gerekruteerd door onder andere advertenties, wat de nauwkeurigheid van de BENDEP vragenlijst was (18). De totaalscore en de score op het onderdeel “problematisch gebruik” zijn de beste parameters uit deze vier onderdelen om patiënten te onderscheiden met problematisch gebruik (18). De sensitiviteit en specificiteit voor de categorie problematisch gebruik zijn beide 83% bij een cut-off op 5.5, voor de totaalscore is dit respectievelijk 79% en 83% bij een cut-off van 16.5 (18). Verder onderzoek op grotere populaties en in eerstelijns settings is nodig om deze waarden al dan niet te bevestigen (18). De test kan worden gebruikt voor het opsporen van een stoornis in het gebruik van benzo’s in de huisartspraktijk, maar ook in de vorm van een online tool (zelftest) of tijdens een preventief consult bij de verpleegkundige (18). Bij het enkel bevragen van het onderdeel problematisch gebruik lijkt het kosteneffectief te zijn (18).

4.2.5. 5G-schema en balanstool

Deze tools werden eerder al vermeld bij de aanpak van insomnia. Specifiek over het gebruik bij afbouw van slaapmedicatie werd geen evidentie gevonden.

4.2.6. Cognitieve gedragstherapie

Ook bij patiënten die slaapmedicatie nemen is cognitieve gedragstherapie **effectief** en kan het helpen de medicatie af te bouwen (39). Het voordeel van cognitieve gedragstherapie is dat het zowel de afhankelijkheid als de onderliggende oorzaak aanpakt (7, 14). Hierdoor neemt de kans op een succesvolle stop toe (14). Idealiter past men cognitieve gedragstherapie toe **in combinatie met een individueel afbouwschema** (14). Deze combinatie is in verschillende studies succesvoller op korte en lange termijn (verdubbeling tot verviervoudiging) in vergelijking met enkel een afbouwschema (14).
Een systematische review toonde aan dat de afbouw van benzo’s in combinatie met niet-medicamenteuze ondersteuning succesvoller was op korte en op middellange termijn (langer dan vier weken na stoppen interventie) (16). NHG meldt echter dat additionele psychologische

behandeling bij een gereguleerde dosisreductiemethode weinig tot geen meerwaarde biedt (1). Verder onderzoek is noodzakelijk.

Een studie die een slaaprestrictie interventie door verpleegkundigen in de eerste lijn onderzocht (HABIT-trial) toont bijkomend geen evidentie dat slaaprestrictie helpt bij de afbouw van benzo's, alhoewel dit niet het initiële doel was van deze studie (30).

4.2.7. Educatie door de apotheker

Apothekers kunnen naast de huisarts een belangrijke rol spelen in de afbouw van benzodiazepines (25). De Nederlandse richtlijn vermeldt dat voor het opstellen van een afbouwschema **advies** gevraagd kan worden aan de apotheker (1). Apothekers werken daarnaast mee aan het opstellen van richtlijnen omtrent de afbouw, beschikken over de nodige medicatie expertise, zijn laagdrempelig bereikbaar en hebben zicht op de medicatie van de patiënt (25). De apotheker kan voorstellen doen over veranderingen in het medicatieschema maar zelf geen wijzigingen doorvoeren (25). Dit duidt op het belang van een **multidisciplinaire samenwerking** (25). Het is bewezen dat een medicatienazicht door de apotheker gevolgd door communicatie met de arts resulteert in veiligere voorschrijfomstandigheden (59).

In de EMPOWER trial hebben onderzoekers gekeken naar de aanpak van apothekers in Amerika gericht op patiënten vanaf 65 jaar (21). Deze RCT toont een positieve invloed van het geven van informatie over benzo's door de apotheker met als doel de 'patiënt empowerment' te ondersteunen (21). Er werd een volledige stop bereikt bij 27% van de patiënten uit de interventiegroep in vergelijking met 5% bij de controlegroep. Daarnaast kon 11% zijn dosage verlagen met één vierde of meer, in vergelijking met 7% in de controlegroep (21).

In de D-PRESCRIBE studie wordt onderzocht of interventies door apothekers, met name educatie aan ouderen en hun artsen rond onterechte voorschriften, effectief zijn (59). Dit gebeurt hoofdzakelijk onder de vorm van brochures die via de apotheker in persoon of via mail worden afgeleverd aan de patiënt (59). In de interventiegroep werd bij 43,2% een stop bereikt in vergelijking met 9,0% bij de controlegroep (59). De NNT bij slaapmedicatie bedraagt 3 (59). Van de 146 patiënten ging 79% door het ontvangen van de brochure in gesprek met hun arts over hun slaapmedicatie (59). 53% startte met het afbouwen van de slaapmedicatie, waarvan 25% hier niet in slaagde omwille van ontwenningsverschijnselen (59). De andere 47% gaf als reden voor het niet stoppen aan: afhankelijkheid, geen zorgen over de schade van de medicatie en zich comfortabel voelen met het nemen van een lage dosis (59).

4.2.8. Digitale interventies

Volgens NHG is de effectiviteit van e-healthinterventies, bijvoorbeeld een internetbehandeling van Tactus Verslavingszorg (www.benzodebaas.nl) nog **onduidelijk** bij de afbouw van chronisch benzogebruik (1). Verder onderzoek levert slechts één recente RCT gepubliceerd in 2026 op (60). Hierbij werd bij Amerikaanse veteranen de informatie van de EMPOWER-trial verstuurd via mail vergeleken met de standaard eerstelijnszorg omtrent benzogebruik (60). In de interventiegroep was er een hoger aantal dat de benzo stopte in vergelijking met de controlegroep (12,2% vs 2,5%) (60). Er was geen statistisch significant verschil op vlak van de secundaire uitkomsten zoals angstklachten en

slaapkwaliteit (60). Het voordeel van deze interventie is dat het laagdrempelig is en weinig kosten met zich meebrengt (60). Verder onderzoek in een veralgemeende populatie is noodzakelijk (60).

4.2.9. Zelfhulpboeken

Bij een Noorse RCT uitgevoerd bij patiënten in de huisartspraktijk die een voorschrift van zopiclone of zolpidem in de afgelopen zes maanden hadden gekregen, werd het meegeven van slaapadviezen vergeleken met een zelfhulpboek (titel: Bedre søvn. En håndbok for deg som sover dårlig = Better sleep. a handbook for you who sleep poorly) (61). Dit boek is in het Noors geschreven door Bjørn Bjorvatn en bestaat uit 187 pagina's. Het geeft informatie over normale slaap, slaapregulatie, hoe slaapproblemen worden beoordeeld en geeft uitleg over de verscheidene oorzaken van slaap. Het boek is gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie (61).

In deze studie werd gezien dat er in de groep met het zelfhulpboek een **afname** is **van het dagelijks benzogebruik** van 25,4% naar 18,6% (61). Er was ook een afname in het aantal dagen dat er een benzo werd gebruikt en een verbetering van de slaaptijd (61). In de controlegroep werd zelfs een lichte toename van het dagelijks benzogebruik genoteerd (61). In beide groepen was er een verbetering van de insomnia score (61). Verder waren er een aantal niet-significante veranderingen: minder mensen met angst in de onderzoeksgroep (32% naar 23%) en een lichte toename van angst bij de controlegroep (61). Zowel de slaapadviezen als het zelfhulpboek werden positief ontvangen bij de patiënten en goed opgevolgd (61).

5. Resultaten kwalitatieve studie

Door middel van interviews met huisartsen die een bijscholing rond insomnia of afbouw van benzodiazepines volgden, werd een antwoord gezocht op de onderzoeksvraag ‘Wat is de ervaring van huisartsen met niet-medicamenteuze tools bij insomnia en bij de afbouw van benzo's?’ In totaal werden negen huisartsen geïnterviewd, deze groep bestond uit zowel deelnemers als trainers van de bijscholing. Daarnaast werden drie interviews afgenomen bij trainer-psychologen over hun ervaring met de aanpak van insomnia en afbouw van benzo's in de eerste lijn.

5.1. Interviews huisartsen

De groep geïnterviewde huisartsen bestond uit vijf huisartsen die deelnamen aan de LOK en vier trainers van de LOK. Drie artsen zijn werkzaam in een wijkgezondheidscentrum, vijf in een groepspraktijk en één arts in een duopraktijk met HAIO. De groep kandidaten bestaat uit zes vrouwen en drie mannen.

5.1.1. Algemene indruk van de LOK

De algemene indruk over de inhoudelijke informatie gegeven tijdens de LOK sessies is positief. Het is een meerwaarde om informatie te krijgen van trainers die zelf praktijkervaring hebben met insomnia en de afbouw van benzodiazepines. De meeste informatie is reeds bekend maar een **opfrissing** is nuttig, nieuwe zaken worden meegenomen met het oog op een verbeterde aanpak. Het is een moment om even stil te staan bij de eigen consultvoering en het belang van een goede aanpak. De powerpoint met de afbeeldingen, de links naar podcasts of websites kunnen worden meegegeven aan een patiënt. Het **praktische aspect** van de LOK insomnia wordt als een meerwaarde beschouwd, tips rond het concreet toepassen van de tools in een consult en het helpen van de patiënt zonder medicatie voor te schrijven worden gewaardeerd. Daartegenover staat een mening dat de sessies interactiever en meer praktijkgericht mogen zijn. Het concreet leren toepassen van de tools bijvoorbeeld met een filmpje of oefening wordt gemist. Ook het netwerken met collega’s achteraf en het delen van ervaringen met elkaar ontbreekt.

5.1.2. Gebruik van tools

In het algemeen vinden de geïnterviewde huisartsen dat er voldoende tools aangereikt worden om met een insomnia klacht aan de slag te gaan: er is **keuzevrijheid**. Toch zijn er maar enkele van de 9 geïnterviewde artsen die aangeven er regelmatig mee aan de slag te gaan, er heerst een gevoel dat ze eerst vertrouwd moeten zijn met de tools voor deze goed toegepast kunnen worden. De artsen die regelmatig gebruikmaken van een of meerdere tools geven aan dat ze hierin hun eigen weg hebben gezocht en de tools die ze toepasbaar vinden, toegankelijker hebben gemaakt, bijvoorbeeld door deze op het bureaublad op te slaan zodat ze er tijdens een consult makkelijk bij kunnen.

5.1.2.1. Exploratie

Anamnese en exploratie wordt toegepast door alle huisartsen: het vormt de **basis**, dit is belangrijker geworden na de LOK sessie. Er wordt meer stilgestaan bij de anamnese en de exploratie van het slaappatroon. Er is meer aandacht voor de exploratie van routines, met onder andere koffiegebruik,

gewoontes voor het slapengaan en het breder opentrekken van de anamnese naar gewoontes doorheen de dag in plaats van enkel te focussen op de avond en de nacht. Er wordt dieper ingegaan op de slaaparchitectuur en het differentiëren tussen in- en doorslaapproblemen. Ook dient er meer aandacht te zijn voor de grote invloed van gsmgebruik bij jongeren en de invloed hiervan op slaap. Een van de artsen geeft aan een uitgetekend biopsychosociaal model te gebruiken om de verschillende aspecten te visualiseren. Bij de exploratie wordt tevens nagegaan wat de patiënt reeds doet en wat haalbare aanpassingen kunnen zijn.

5.1.2.2. Vragenlijsten

Uit de interviews blijkt dat er geen vragenlijsten rond insomnia worden gebruikt. Artsen bevragen dit eerder mondeling tijdens de exploratie. Een van de artsen geeft aan dat slaap meestal eerder een bijzaak is in een consult, niet de hoofdklacht en bijgevolg is er weinig tijd voor verdere uitwerking. Bij de aanpak van afbouw van benzodiazepines wordt ook amper gewerkt met vragenlijsten, bijvoorbeeld een pro/contra-motivatievragenlijst. Dit is minder bekend bij de huisartsen. Eén arts geeft wel aan dat hij in een consult de pro's en contra's van slaapmedicatie bevraagt maar dit wordt niet als opdracht meegegeven aan de patiënt. Deze arts geeft wel aan dat hij dit in de toekomst zou willen proberen.

5.1.2.3. Slaapdagboek

Van de negen geïnterviewde huisartsen geven zes aan het slaapdagboek af en toe te gebruiken bij de aanpak van slaapproblemen. Dit wordt bijvoorbeeld gebruikt als voorbereiding op een volgend consult als het slaapprobleem pas aangehaald wordt op het einde van een consult of als de klacht onvoldoende duidelijk is. Het slaapdagboek wordt ook gebruikt bij **complexere situaties** om de slechte nachten te registreren en om gewoontes rond het slapen in kaart te brengen met als doel hiernaar terug te koppelen. Eén arts gaf specifiek aan reeds een goede ervaring te hebben met het gebruik van een slaapdagboek. Uit de interviews kwamen enkele beperkingen en uitdagingen aan bod. Ten eerste werd de **intrinsieke motivatie** van de patiënt benoemd als een cruciale factor. Een slaapdagboek kan enkel worden toegepast indien de patiënt geëngageerd is om actief aan de slag te gaan met het slaapprobleem om dit over verschillende consultaties uit te werken. Aanvullend wordt het gezien als minder praktisch aangezien het een behoorlijke inspanning vereist van de patiënt. Ten tweede kwam de bezorgdheid over de **psychologische impact** aan bod. Er wordt gevreesd dat patiënten net meer gefocust gaan zijn op hun slaap en de controle van de tijd wat de slaapproblematiek zou kunnen versterken.

Drie van de geïnterviewde artsen geven aan nooit een slaapdagboek te gebruiken. Dit werd toegeschreven aan een subjectief kennistekort om de instructies aan de patiënt uit te leggen. Daarnaast bleek de beperkte integratie van het slaapdagboek binnen een standaard consultatie een barrière, waardoor het voor deze artsen niet beschouwd wordt als een inherent deel van het diagnostisch proces.

5.1.2.4. Voorlichting en advies rond slaap en informatiebrochures

Het geven van voorlichting en advies rond slaap komt bij alle geïnterviewde artsen aan bod. Het is een **fundamenteel onderdeel** en is laagdrempelig. Beperkte aanpassingen in de levensstijl kunnen reeds leiden tot significante verbeteringen. Het doel is **tweeledig**: bewustwording rond normale

slaap en meer inzicht krijgen in slaapproblemen. De invulling hiervan verschilt bij de artsen: de ene arts geeft de voorkeur aan herhaling van de basistips in het opvolgconsult, de andere arts geeft voornamelijk adviezen op maat van de patiënt op basis van verkregen informatie uit de exploratie. Hierbij wordt er soms gebruikgemaakt van educatieve afbeeldingen uit de opleiding. Enkele artsen geven **ondersteunend educatief materiaal** zoals brochures met slaapeducatie en -tips mee zodat de patiënt deze nog eens kan nalezen en zo beter kan begrijpen dan wanneer de info enkel mondeling wordt versterkt. Dit wordt door één arts beschouwd als een versterking van de eigen professionele rol met als doel de effectiviteit van de interventie te vergroten. Naast brochures worden ook informatieve boeken, websites of online cursussen aangeraden. Drie van de geïnterviewde huisartsen geven aan geen brochures mee te geven omwille van laaggeletterdheid of taalbarrières van de patiëntenpopulatie, evenals het ontbreken van de gewoonte om een brochure mee te geven.

Wat betreft slaapmedicatie wordt tevens educatie gegeven, vaak door specifiek de negatieve effecten te benadrukken wanneer patiënten naar medicatie vragen. Een brochure met uitleg rond slaapmedicatie wordt ook soms meegegeven.

5.1.2.5. De balanstool

De meerderheid van de geïnterviewde huisartsen gebruikt de balanstool wel eens, waarbij één arts de balanstool standaard hanteert. De tool kent niet enkel zijn toepassing bij insomnia maar ook bij **bredere psychologische problematieken** zoals surmenage of stressgerelateerde klachten. Het wordt gezien als eenvoudig in gebruik voor de patiënt en kan extra inzicht geven in de klachten. Het visueel tekenen zorgt voor meer inzicht bij de patiënt. De tool wordt op verschillende manieren gebruikt: van een indirecte, verbale toepassing in het consult tot een hybride vorm waarbij de arts de reeds verkregen informatie invult en de patiënt dit thuis vervolledigt tot het volledig thuis laten invullen door de patiënt ter voorbereiding op een vervolgconsult. Een deelnemer gaf aan dat de balanstool kan fungeren als een opstapje naar een gesprek binnen een relatie. Twee artsen geven aan nooit een balanstool te gebruiken omdat ze niet vertrouwd zijn met de tool. Specifiek voor afbouw van benzodiazepines wordt de tool niet gebruikt.

5.1.2.6. 5G schema

Het 5G schema wordt in het algemeen minder toegepast. Twee artsen gebruiken het als thuisopdracht bij bredere klachten zoals angst- of depressieve klachten, met als doel het **inzicht te vergroten**. Bij primaire insomnia wordt het doorgaans niet gebruikt, twee artsen gebruiken het nooit. Barrières hierbij zijn tijdgebrek, gebrek aan een geschikt moment tijdens het consult om het te introduceren en de nodige voorbereiding missen om vertrouwd te raken met de tool. De achtergrondkennis van het 5G schema wordt door een arts wel indirect gebruikt voor psycho-educatie.

5.1.2.7. STOP brief

De houding van de artsen ten opzichte van de STOP brief varieert van **positief tot sceptisch** over het verwachte effect. Een arts rapporteerde positieve resultaten na het versturen van de STOP brief met een geschatte responsgraad van 30-40%. Het is een reminder voor de patiënt om eens kritisch over het gebruik van de slaapmedicatie te denken. Daartegenover staat een kritischere mening van een arts die in hun patiëntenpopulatie geen grote respons verwacht op de brief. De redenering

hierachter is dat het medicatiegebruik van de patiënt reeds elke keer besproken wordt bij een herhaalvoorschrift. Het idee wordt positief onthaald maar de concrete uitvoering in de praktijk ontbreekt nog bij artsen, het is er nog niet van gekomen.

5.1.2.8. Cognitieve therapie

De **basisprincipes** van cognitieve therapie kunnen toegepast worden door de huisarts, vier van de geïnterviewde artsen gaan hier soms mee aan de slag, de ene meer uitgebreid dan de andere. Specifieke technieken zoals een constructief piekermoment, relaxatietherapie en stimuluscontrole worden hierbij aangewend. Twee artsen hanteren soms tijd-in-bed restrictie, de toepassing hiervan hangt af van de motivatie van de patiënt en van de contextuele haalbaarheid. De meerderheid ziet het als taak van de huisarts om de basisprincipes van CGT mee te geven met de patiënt en de patiënt te motiveren voor een verder traject. Voor de toepassing van complexere CGT verwijst men naar een psycholoog voor individuele therapie of groepssessies rond slaap. Over de **verwijzing naar de groepstherapie** zijn enkele artsen enthousiast. Deze zijn laagdrempelig, kortdurend (4-tal sessies) en zijn goedkoop voor de patiënt. Ook online cursussen of boeken worden soms aangeraden. Bij de **verwijzing naar een psycholoog** stoten de huisartsen op structurele barrières: problemen van financiële en geografische toegankelijkheid, wachtlijsten en het gebrek aan adequate informatie over welke psychologen zich in dit onderwerp verdiepen.

5.1.2.9. Samenwerking apotheker

De interprofessionele samenwerking met de apotheker voor de afbouw van benzodiazepines loopt volgens de artsen goed. De samenwerking wordt gekenmerkt door **wederzijds initiatief**, waarbij zowel de arts als de apotheker het contact kan aangaan. Direct overleg kan onderlinge frustraties en therapeutische inconsistenties vermijden. Een arts ervoer onduidelijkheden rond de modaliteit van magistrale bereidingen, maar door overleg is deze verwarring weggenomen. De voornaamste samenwerking gebeurt telefonisch of via magistrale voorschriften, in mindere mate wordt er gewerkt via een MFO of met het RIZIV contract rond afbouw. Er was bij een arts wel motivatie om met een contract te werken als de patiënt gemotiveerd is om tot een volledige stop te komen. Verder biedt de aanwezigheid van een geconcretiseerd afbouwplan meer overzicht bij de opvolging van patiënten in de afbouw van benzo's. Er wordt geopteerd voor een multidisciplinaire aanpak in de LOK sessies waarbij de expertise van de apotheker complementair wordt ingezet bij de klinische blik van de huisarts en psycholoog.

5.1.3. Verandering aanpak van insomnia

Uit de analyse van de interviews blijkt dat het voorschrijfgedrag bij alle geïnterviewde artsen niet zozeer veranderde na de LOK. De deelnemers waren immers al terughoudend met het voorschrijven van slaapmedicatie voor de bijscholing. Huisartsen hanteren een meer terughoudende, **proactieve en onderbouwde aanpak**. Niet-starten wordt gezien als de meest effectieve strategie. Enkel in crisissituaties wordt voor korte duur en met een duidelijke stopdatum nieuwe medicatie opgestart. Er wordt echter op een **aantal barrières** gestoten voor de optimale aanpak: ze voelen zich initieel niet bekwaam in het geven van gedragsmatige interventies, de last-minute vermelding van de klacht zorgt ervoor dat er geen grondige exploratie kan worden uitgevoerd. Hierdoor wordt er vaker geopteerd voor plantaardige medicatie als minder schadelijk alternatief dan benzo's, ondanks beperkte evidentie. Na de LOK is er een toename van het **professioneel zelfvertrouwen** dat zich

onder meer uit in een diepere exploratie met het bespreken van het slaappatroon, misvattingen over normale slaap en slaapadviezen. Er is meer aandacht voor de rol van de activiteiten overdag en hun invloed op de slaap. Door de toegenomen kennis over de effecten van psychofarmaca voelen de artsen zich beter in staat om het niet-voorschrijven beter uit te leggen aan de patiënt. Ze hebben meer tools in hun arsenaal. Onder andere de gestandaardiseerde zinnen, de mogelijkheid tot groepssessies rond slaap en de verschillende tools werden als voorbeeld hiervan aangehaald.

5.1.4. Verandering aanpak van afbouw van benzo's

Uit de analyse van de interviews blijkt dat het gesprek rond afbouw vaker geopend wordt, bijvoorbeeld door bij elk herhaalvoorschrift de effecten aan te halen en begeleiding aan te bieden bij afbouw. De focus ligt hierbij minder op het confronteren met negatieve gevolgen van gebruik maar meer op de voordelen van stoppen, zoals cognitieve helderheid, minder valrisico en een betere levenskwaliteit. Huisartsen ervaren dat deze **positieve benadering** de weerstand bij patiënten verlaagt en het gesprek toegankelijker maakt.

De interviews tonen ook aan dat huisartsen zich **competenter en zelfverzekerder** voelen in het begeleiden van afbouwtrajecten. De info uit de LOK helpt hen om beter in te schatten waar de patiënt zich motivationeel bevindt en om afbouw niet te forceren. Het idee dat "onrijp fruit niet geplukt moet worden" komt frequent terug: informeren, mandaat vragen en het thema herhaaldelijk maar voorzichtig aanbrengen worden gezien als essentiële stappen.

Praktisch gezien maken veel huisartsen vaker gebruik van **gestructureerde afbouwschema's**, soms in samenwerking met de apotheek via magistrale bereidingen, om dosisreductie op maat mogelijk te maken. Ook **opvolgconsultaties** specifiek gericht op afbouw worden bewuster ingepland, wat rust en duidelijkheid creëert voor zowel arts als patiënt. Tegelijk blijven de huisartsen realistisch: bij patiënten met chronisch gebruik verloopt afbouw vaak moeizaam en is intrinsieke motivatie een cruciale voorwaarde.

5.1.5. Website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be

De bekendheid met en het gebruik van de website www.gebruikvanpsychofarmaca-gids.be varieert behoorlijk onder de deelnemers. Hoewel een deel van de artsen voor het eerst kennismaakte met de website tijdens de LOK-vergadering, gebruikt een derde het platform reeds actief. De voornaamste doeleinden zijn het downloaden van patiëntenbrochures, voorbereiding op intercollegiaal overleg en het raadplegen van niet-medicamenteuze interventies voor insomnia. De inhoudelijke kwaliteit wordt geapprecieerd. Eén van de ondervraagde psychologen looft de duidelijke farmacologische uitleg, ook voor personen zonder voorkennis.

Nochtans geeft het grootste deel van de respondenten aan de website weinig tot niet te gebruiken. Verklaringen daarvoor zijn het gebrek aan gebruiksvriendelijkheid en een complexe navigatiestructuur, wat vooral bij nieuwe bezoekers een drempel vormt. Daarnaast vormt de online vindbaarheid ook een barrière. Deze uitdagingen worden bevestigd door de regelmatige bezoekers, die aangeven dat het tijd vraagt om vertrouwd te raken met de website. Een tip die hierbij gegeven wordt, is om de website als favoriet op te slaan zodat hij snel terug te vinden is.

Er is onder de respondenten duidelijke interesse om de website als ondersteunend hulpmiddel te integreren, onder de voorwaarde dat de gebruiksvriendelijkheid verbetert. Ze gaven ook wat verbeterpunten mee om de site aantrekkelijker te maken, zoals meer visuele ondersteuning rond slaapeducatie, de mogelijkheid om tools digitaal met patiënten te kunnen delen, makkelijker kunnen scrollen en de site mogelijk maken voor toepassing op de smartphone.

5.1.6. Uitdagingen over het gebruik van tools in het algemeen

De grootste uitdaging voor alle huisartsen, zowel deelnemers als trainers, is de **structurele tijdsdruk**. Slaapklachten worden door patiënten vaak terloops vermeld, vaak binnen het kader van een bredere klachtenlijst, waardoor er te weinig tijd rest voor een grondige exploratie binnen het consult. Als oplossing voor dit deurklinkfenomeen geeft één arts op dat moment een brochure mee. Bij de artsen heerst er een bepaalde spanning tussen de wens voor een kwalitatieve aanpak en de begrensde duur van een consult. Het opdelen van de klacht over meerdere consulten zorgt voor een bezorgdheid dat patiënten hier niet goed op zullen reageren, artsen gaan ervan uit dat de patiënt een snelle oplossing verwacht. Daarnaast is er een gevoel van onevenwicht tussen de geleverde prestatie en de **financiële vergoeding**. Er wordt geopteerd voor een specifieke nomenclatuurcode, zoals bij het rookstopconsult reeds bestaat, om de investering van deze psychosociale consulten te erkennen.

Deze tijdsdruk heeft ook een invloed op het **voorschrijfgedrag** van de artsen. Er wordt sneller geneigd naar andere medicamenteuze oplossingen, variërend van off-label medicatie zoals trazodon tot alternatieve middelen zoals melatonine of valeriaan, om de patiënt niet met lege handen naar huis te sturen. Sommige artsen hebben schrik voor de reactie van de patiënt bij het weigeren van voorschrijven van slaapmedicatie. Als de patiënt niet voldoende gemotiveerd is, wordt het 'gevecht' soms niet aangegaan. Anderzijds wordt er ingezet op educatie waar de patiënt toch vaak akkoord mee gaat, het idee dat de patiënt steeds een snelle oplossing verwacht blijkt niet te kloppen. Het leggen van de **verantwoordelijkheid** voor een vervolgconsult bij de patiënt hangt af van de soort klacht, psychologisch of somatisch. Bij dit laatste gaat de arts vaker zelf proactief een vervolgconsult vastleggen.

Een specifieke uitdaging wordt gevormd door patiëntenpopulaties met een hoog percentage **laaggeletterdheid en/of anderstaligheid**. De huidige Nederlandstalige brochures en/of boeken sluiten onvoldoende aan bij deze groepen. Er is nood aan eenvoudige brochures met prentjes of visuele flowcharts bij de afbouw van benzo's. Er is tevens vraag naar meer praktische tips over de afbouw van benzo's in de LOK. Verder vragen artsen naar richtlijnen rond moderne technologieën zoals slaapdevices en hun nut in de praktijk.

Een andere uitdaging is de **samenwerking** met andere zorgverleners. Barrières bij een verwijzing naar een psycholoog zijn wachtlijsten en hoge kosten. De groepssessies zorgen voor een waardig alternatief. Er is nood aan een laagdrempelig (online) advies van een psychiater en een betere afstemming met de apothekers. Het inzetten van verpleegkundigen in de aanpak van insomnia en de afbouw van benzo's lijkt een waardevolle piste te zijn. Verder wordt er geopperd om praktische coaching te hanteren voor artsen bij de aanpak van insomnia waarbij bijvoorbeeld maandelijks wordt overlopen hoe het gebruik van de tools in de praktijk gaat.

5.2. Interviews psychologen

5.2.1. Ervaring LOK

Alle drie geïnterviewde trainer-psychologen vinden dat de LOK een positieve evolutie heeft ondergaan in de loop der jaren. Een belangrijke sterkte hiervan is dat het zeer **ervaringsgericht** is, waarbij huisartsen gestimuleerd worden om zelf inzichten te ontdekken in plaats van passief kennis op te nemen. Complexe psychologische methodes worden succesvol omgezet naar de dagelijkse praktijk van de huisarts. Tools worden niet als aparte instrumenten gepresenteerd maar gesitueerd in een **breder educatief kader**. Dit zorgt ervoor dat de theoretische achtergrond achter de tool beter begrepen wordt.

Daartegenover staat een belangrijk meningsverschil over de huidige focus van de LOK. Waar de ene psycholoog de nadruk op de ervaring looft, ervaart een andere dit eerder als **eenzijdige kennisoverdracht**. Er is minder aandacht voor het aanleren van zogenaamde soft skills zoals gespreksvaardigheden, omgaan met weerstand, motiveren en exploreren. Zonder intensieve praktijktraining wordt ingeschat dat de drempel voor huisartsen te hoog blijft om de aangereikte tools toe te passen.

Verder zou er ook te weinig ruimte zijn voor **onderlinge dialoog**, waar juist behoefte aan is bij de huisartsen. Echter is er hierbij een methodologisch dilemma: de afgebakende tijd van de LOK dwingt tot het maken van keuzes. Tijd vrijmaken voor dialoog gaat ten koste van de presentatie, wat een conflict creëert tussen de te behandelen kennis en de behoeften van de groep.

5.2.2. Gebruik van tools

5.2.2.1. Exploratie

Net als bij de huisartsen gaan de geïnterviewde psychologen volgens een **gestructureerde aanpak** te werk. Deze kenmerkt zich door een biopsychosociale focus en het gebruik van specifieke klinische instrumenten. Er is een brede anamnese die verder gaat dan de slaapklacht alleen: de klacht zelf wordt nauwkeurig in kaart gebracht, de copingmechanismen en de instandhoudende factoren. Wanneer er sprake is van benzodiazepinegebruik, wordt er geëxploreerd naar de achterliggende motivatie en barrières voor stop van de medicatie. Er wordt gezocht naar de kern van het probleem zodat een plan op maat gemaakt kan worden.

Een belangrijk verschil met de huisartspraktijk is de **factor tijd**. Psychologen geven aan meer ruimte en tijd te hebben dan de huisarts voor deze uitgebreide exploratie. Dit is essentieel voor het opstellen van een optimaal behandelplan. Eén psycholoog maakt gebruik van de insomnia severity index bij de start en na een traject, vooral bij de groepssessies.

5.2.2.2. Slaapdagboek

Het slaapdagboek speelt een centrale rol binnen de methodiek van de psycholoog, iedere deelnemer heeft hier goede ervaringen mee. Dit wordt beschouwd als een **essentiële tool** om de subjectieve slaapervaring te objectiveren en legt de basis voor gerichte interventies. Daarom vinden de

psychologen het van belang dat de huisarts ook gebruikmaakt van het slaapdagboek. Het brengt de klacht beter in beeld en is gemakkelijk in gebruik. Het wordt tevens gebruikt in de groepssessies rond slaap. De invulling kan eenvoudiger gemaakt worden met kwalitatieve indicatoren zoals plus-min aanduidingen in plaats van tijdschattingen. Exacte tijdschattingen kunnen stressverhogend werken wat de slaap negatief beïnvloedt. Het inschatten van de tijd op gevoel wordt door patiënten ervaren als een belangrijke uitdaging.

5.2.2.3. Voorlichting en advies rond slaap en informatiebrochures

Educatie en informatieoverdracht vormt de **basis** in de aanpak van slaapklachten bij de huisarts en in de groepslessen rond slaap. Bij sommige patiënten is dit reeds genoeg om een negatief patroon te doorbreken. De basiszaken worden mondeling overlopen, zijnde uitleg rond slaap en slaapbehoefte, mentale en fysieke moeheid, stress rond slaap en de impact hiervan, negatieve conditionering en vicieuze cirkel, foutieve gedachten… Afhankelijk van de patiënt wordt er op bepaalde aspecten dieper ingegaan. Er is voor de psychologen belang aan differentiatie: bij secundaire insomnia verschuift de therapeutische focus. De educatie dient hierbij dan eerder ter geruststelling en de eigenlijke behandeling focust zich op de wortel van het probleem, met het idee dat de slaapkwaliteit als gevolg daarvan zal herstellen.

Er is consensus bij de psychologen: zij zien de huisarts als de **primaire bron van educatie**. Het geven van kwalitatieve informatie wordt gezien als de belangrijkste bijdrage van de huisarts binnen het behandelplan. De psycholoog neemt de complexere problemen op zich.
De geïnterviewde psychologen geven ter versterking van de mondelinge uitleg ook regelmatig informatiebrochures mee met de patiënt.

5.2.2.4. De balanstool

De toepassing van de balanstool varieert onder de deelnemers. De balanstool wordt door twee van de geïnterviewde psychologen gebruikt **bij stressklachten**, als motivatie en om de situatie duidelijker te maken. De derde psycholoog past de tool niet rechtstreeks toe maar de **achterliggende concepten** worden wel uitgewerkt in de anamnese. De praktische toepassing in de huisartspraktijk van de balanstool wordt door één van de psychologen als uitdagend beschouwd.

5.2.2.5. 5G schema

De tool wordt door de psychologen gebruikt om het onderscheid te maken tussen slaapgerelateerde gedachten en gedachten bij andere problemen. De achtergrond van het 5G schema kan ook **impliciet** gebruikt worden door in te gaan op gedachten en gedragingen zonder dit in een formeel schema te gieten. De meningen verschillen over de vraag of deze tool toegepast kan worden in de huisartspraktijk: terwijl één deelnemer deze tool te uitdagend vindt, raadt de andere het gebruik ervan juist aan.

5.2.2.6. Cognitieve therapie

Volgens de geïnterviewde psychologen kan de **basis van cognitieve technieken** toegepast worden door huisartsen. Interventies zoals stimuluscontrole, constructieve piekermomenten of tijd-in-bed restrictie kunnen opgestart worden op voorwaarde dat zowel huisarts als patiënt bereid zijn meer tijd te investeren in de klacht. Specifiek bij de opstart van tijd-in-bed restrictie is een goede uitleg van

belang zodat de patiënt begrijpt waarom hij iets moet doen. In Nederland zou er een basis CGT-training bestaan voor huisartsen. Voor meer complexe situaties kan de patiënt ofwel rechtstreeks ofwel via **verwijzing** naar de psycholoog gaan. De psycholoog start dan met een uitgebreide functieanalyse en brengt het probleem in kaart, nadien wordt bekeken welke interventie het meest geschikt is. Het is noodzakelijk dat de patiënt eerst inzicht in de problematiek krijgt voordat er aan gewerkt kan worden. CGT kan toegepast worden bij slaapproblemen en bij afbouw van slaapmedicatie.

In de **groepstherapie** rond slaap komen verschillende aspecten van CGT aan bod waaronder stimuluscontrole, constructief piekeren, relaxatie, cognitieve methoden en tijd-in-bed restrictie. Van de tien patiënten die het hele groepstraject volgen zouden er acht geholpen zijn, dit zijn geen officiële cijfers maar een inschatting van de psycholoog. Er zijn ook patiënten die afhaken na één of enkele lessen. Informatie rond de groepstherapie wordt onder andere verdeeld via folders in de apotheek en door de apothekers aan te sporen patiënten hierover te informeren wanneer ze slaapmedicatie komen afhalen.

5.2.3. Uitdagingen over het gebruik van tools in het algemeen

Zoals eerder vermeld is de LOK minder geschikt voor het **trainen van soft skills** van artsen, door onvoldoende tijd en weinig initiatief van de artsen na een lange werkdag. Het zou nuttig kunnen zijn om eerst te verdiepen in de leerprincipes in plaats van de informatie mee te geven, personen leren nu eenmaal beter door oefening en fouten te maken. Hierbij aansluitend kan het interessant zijn om een verdiepingssessie aan te bieden om deze soft skills aan te scherpen, de basissessie kan dienen om ze hiervoor warm te maken. Aan de andere kant is de LOK minder arbeidsintensief dan zo'n trainingsmoment.

De exploratie van de klacht en het gebruik van een slaapdagboek zijn in de huisartspraktijk de belangrijkste tools. De psychologen zijn het niet volledig eens met de indruk van de artsen dat er te **weinig tijd** is in een consult om aan de slag te gaan met een slaapklacht. Het is mogelijk om op korte tijd de basisprincipes mee te geven. Hierbij wordt verwezen naar een boek rond 'motivationele gespreksvoering wanneer je maar zeven minuten de tijd hebt', dit boek wordt niet verder benoemd. Er is genoeg materiaal beschikbaar om de patiënt naar te verwijzen en dit volstaat vaak al binnen het eerste consult. Daarnaast kan de afbouw van benzo's niet in één gesprek, het is een misvatting dat dat binnen een kwartier opgelost moet worden. De afbouw van benzo's is door hun verslavende karakter zelfs moeilijker dan de afbouw van illegale drugs.

De **communicatie tussen huisartsen en psychologen** kan beter. Informatie wordt voornamelijk via de patiënt doorgegeven. De schrik om de arts te storen, het niet rechtstreeks kunnen contacteren van een arts en beschikbare momenten die niet samenvallen worden genoemd als drempels om de huisarts te contacteren waardoor overleg beperkt blijft.

6. Discussie

Deze thesis onderzocht de onderbouwing van de tools voor de aanpak van slaapklachten en de afbouw van benzodiazepines. Daarnaast werd bij een selecte groep huisartsen en bij uitbreiding psychologen onderzoek gedaan naar de ervaring met deze tools door middel van interviews.

6.1. Resultaten literatuuronderzoek

De aanpak van slaapproblemen start volgens de richtlijnen met een uitgebreide anamnese en exploratie, eventueel aangevuld met een slaapdagboek. De behandeling focust op het geven van voorlichting en advies en zo nodig gedragsmatige interventies. Het literatuuronderzoek naar beschikbare tools in de aanpak van slaapklachten toont wisselende evidentie rond slaapadviezen. Het geven van voorlichting is gebaseerd op consensus, het heeft op zich een beperkt effect. Beweging, het vermijden van koffie, alcohol en schermgebruik hebben een positieve invloed op de slaap. Het voeren van een uitgebreide anamnese is gebaseerd op expert consensus. Het gebruik van een slaapdagboek wordt aangeraden als een instrument in de exploratie, als interventie op zich heeft het weinig meerwaarde. Cognitieve gedragstherapie is bewezen effectief in de aanpak van slaapproblemen. De resultaten van een gecombineerde aanpak zijn beter dan de losse componenten op zichzelf, zijnde spanningsverlagende technieken, stimuluscontrole en tijd-in-bed restrictie. Muziek kan ook gebruikt worden als relaxatiemethode. De basis van CGT kan toegepast worden in de huisartspraktijk. Rond digitaal toegepaste CGT zijn de resultaten belovend maar verder onderzoek is hier noodzakelijk. Over de balanstool, het 5G schema en KOP model werd geen relevante literatuur gevonden. Zelfhulpboeken kunnen een aanvulling zijn op educatie en slaapadviezen. De plaats van digitale slaapregistratie via apps staat nog ter discussie in de literatuur, verder onderzoek is hierbij noodzakelijk.

Infobrochures over slaapmedicatie hebben een bewezen positief effect bij de afbouw van benzodiazepines volgens beperkt onderzoek. De STOP brief is tevens bewezen effectief als minimale interventiestrategie. Motivatievragenlijsten rond slaapmedicatie kunnen helpen om meer inzicht te verkrijgen in het gebruik. De BENDEP- en MBUQ-48 vragenlijsten kunnen gebruikt worden om het risico op verslaving in te schatten. Literatuur toont geen eenduidigheid over de toegevoegde waarde van CGT bij de afbouw van slaapmedicatie. Zelfhulpboeken bleken in een Noorse studie effectiever dan mondelinge slaapadviezen, studies over een Nederlandstalig boek ontbreken. De multidisciplinaire samenwerking met de apotheker is effectief in de bewustwording rond slaapmedicatie en de afbouw hiervan.

6.2. Resultaten kwalitatief onderzoek

6.2.1. Huisartsen

De geïnterviewde artsen beschouwen de LOK over insomnia en afbouw van benzo's als een goede opfrissing en kans voor het aanscherpen van hun eigen aanpak. Het praktische aspect wordt als een grote meerwaarde beschouwd, met feedback om meer in te zetten op het trainen van de gespreksvaardigheden en concrete voorbeelden. De grootste uitdaging in de praktijk is tijd investeren

in de aanpak van insomnia. Andere uitdagingen zijn het aangaan van een motivationeel gesprek en afzien van het idee dat de patiënt altijd een snelle oplossing verwacht.

In het algemeen worden er voldoende tools aangereikt om met een slaapklacht aan de slag te gaan: er is keuzevrijheid. Toch zijn er maar enkele artsen die aangeven deze tools regelmatig te gebruiken, er is een gebrek aan professioneel zelfvertrouwen bij de implementatie van deze tools in het consultmodel. De regelmatige toepassers hebben hun eigen weg gevonden door de tools toegankelijker te maken, bijvoorbeeld door deze op het bureaublad op te slaan zodat ze er tijdens een consult makkelijk aan kunnen. De meest toegepaste tool is de uitgebreide exploratie van de slaapklacht, er worden hierbij geen vooropgestelde vragenlijsten gebruikt. Bij alle artsen is het geven van educatie en basistips rond slaap reeds een fundamenteel onderdeel van het slaapconsult. Het slaapdagboek wordt regelmatig gebruikt in de verdere exploratie als voorbereiding op het vervolgconsult of bij complexere psychosociale klachten. Barrières zijn de afwezigheid van intrinsieke motivatie bij de patiënt, de complexiteit en de psychologische impact van het focussen op de tijd bij het invullen van het slaapdagboek. De balanstool wordt toegepast binnen een breder psychosociaal kader. Het 5G schema wordt bij slaapklachten niet gebruikt. De basisprincipes van cognitieve gedragstherapie worden door ongeveer de helft van de huisartsen soms toegepast. Voor complexere CGT wordt verwezen naar een psycholoog. Er zijn goede ervaringen met de verwijzing naar groepstherapie.

Het theoretisch effect van de STOP-brief komt overeen met de praktische bevindingen, echter de implementatie ervan is beperkt, slechts één arts paste dit reeds toe. Het voorschrijfgedrag van de meeste artsen is evidence based, er worden geen benzodiazepines voorgeschreven en slechts een minderheid schrijft off-label of plantaardige medicatie soms voor. Bij herhaalvoorschriften wordt de patiënt frequent herinnerd aan de positieve effecten van afbouw. De samenwerking met de apotheker wordt gekenmerkt door wederzijds initiatief met als gezamenlijk doel correct medicatiegebruik. De website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be kan een ondersteunend hulpmiddel zijn, echter zijn er barrières zoals de online vindbaarheid, de gebruiksvriendelijkheid en het complexe navigatiesysteem.

6.2.2. Psychologen

De LOK wordt enerzijds als een meerwaarde beschouwd vanwege zijn praktijkgerichte karakter, maar anderzijds wordt het ook beschouwd als eenzijdige kennisoverdracht. Er is nood aan meer ruimte voor onderling dialoog en het verder trainen van de soft skills, eventueel als verdiepingssessie na de LOK. De exploratie gebeurt bij de psychologen volgens een gestructureerde aanpak en waar de huisartsen tijdsbeperkingen hebben, is hier meer ruimte voor bij de psycholoog. Dit bevestigt het stepped care principe waarbij de huisarts als poortwachter fungeert en de psycholoog de verdere uitwerking op zich neemt.

Het slaapdagboek vormt een essentiële tool voor de psycholoog in de aanpak van slaapklachten, dit zou volgens hen ook door de huisarts moeten worden gebruikt voor het objectiveren van de slaapklacht. De psychologen zien de huisarts als de primaire bron van educatie en voor complexere CGT komt de patiënt bij hen terecht. Patiënten komen ofwel rechtstreeks ofwel via verwijzing door de huisarts bij de psycholoog terecht. Zij werken ook met groepssessies, wat een hoog geschat

succespercentage kent. De balanstool wordt voornamelijk bij stressklachten gebruikt. Het 5G schema wordt expliciet ofwel impliciet gebruikt. De balanstool en het 5G schema kunnen volgens de psychologen gebruikt worden door huisartsen, echter ziet niet iedere psycholoog dit als haalbaar. De onderlinge communicatie tussen huisarts en psycholoog kent nog werkpunten.

6.3. Sterktes onderzoek

Dit kwalitatief onderzoek is het eerste onderzoek dat de ervaring van zowel huisartsen als psychologen, betrokken bij de LOK als lesgever of deelnemer, met de bestaande tools voor de niet-medicamenteuze aanpak van insomnia en de afbouw van benzodiazepines in kaart brengt. Recentelijk is een nieuw LOK-pakket aangereikt over dit thema en is het bijgevolg interessant om de nieuwste evidentie uit de literatuur hierin te verwerken. Deze LOKs en de website zijn in samenwerking met de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, bijgevolg is het een extra meerwaarde om de ervaring met de tools te onderzoeken. De interviews werden afgenomen bij trainers en deelnemers van de LOK die reeds een sterkere affiniteit hebben met het onderwerp slaap en benzodiazepines. De resultaten zijn indicatief, indien wordt opgemerkt dat deze onderzoeksgroep een bepaalde tool al weinig gebruikt, is de kans relatief groot dat dit in de algemene huisartsenpopulatie ook zo zal zijn. Dit onderzoek onthult ook de grootste barrières waarom artsen niet frequenter met tools aan de slag gaan. Hierop kan geanticipeerd worden in toekomstige LOK's en bij de update van de website.

6.4. Beperkingen onderzoek

Een eerste beperking van dit onderzoek is de gelimiteerde omvang van de onderzoeksgroep. Ondanks dat er herhaaldelijk contact werd opgenomen en een vergoeding werd aangeboden, bleef de participatie laag, bij de huisartsen was de responsgraad 50%, bij de psychologen 30%. De leeftijd van de deelnemers en hun jaren ervaring als huisarts werden niet specifiek bevraagd, naar onze inschatting is de ondervraagde populatie wel voldoende divers qua leeftijd, praktijkvorm en ervaring om verschillende meningen te verkrijgen. Een volgende beperking is dat niet elke tool specifiek in elk interview bevraagd is, wat een vertekend beeld kan geven. Het KOP-model is niet opgenomen in de vragenlijst voor het interview, bijgevolg is er geen informatie over het gebruik verzameld.
Een laatste beperking is dat het literatuuronderzoek mogelijk studies gemist heeft doordat het niet eenvoudig was om tot de juiste zoektermen te komen, bijvoorbeeld door moeilijke vertaling naar het Engels.

6.5. Aanbevelingen

6.5.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Aanvullend onderzoek is nodig naar de implementatie en effectiviteit van een interventie met de balanstool, het KOP-model en het 5G schema bij slaapproblemen. Daarnaast lijkt het nuttig om meer onderzoek te doen naar de evidentie rond slaapregistratie via apps of smartwatches en hun gebruik in de huisartsenpraktijk. De evidentie van een Nederlandstalig zelfhulpboek zou tevens onderzocht kunnen worden. De meerwaarde van cognitieve gedragstherapie bij de afbouw van benzodiazepines is twijfelachtig waardoor aanvullend onderzoek aangewezen is, zo ook voor digitaal toegepaste CGT

bij insomnia. Motivatieschalen zoals de Motives for Benzodiazepine Use Questionnaire (MBUQ-48) of vragenlijsten zoals de BENDEP vragenlijst zijn onvoldoende onderzocht als hulpmiddel bij de afbouw van benzodiazepines.

6.5.2. Aanbevelingen voor de praktijk en organisatoren van de LOK insomnia / afbouw van benzo's

De meest beloftevolle tools zijn een uitgebreide exploratie, voorlichting en slaapadviezen, een slaapdagboek, een balanstool en verwijzing naar groepssessies rond slaap. Bijgevolg lijkt het nuttig hier verder op in te zetten bij de vormingen. Uit de bevraging over de LOK komt naar voren dat er interesse is om training van de gespreksvaardigheden of concrete voorbeelden van het gebruik van de tools te verwerken in de sessies. Dit kan eventueel door middel van een intensievere vervolgsessie gebeuren waarin de soft skills worden getraind. Uit de interviews blijkt dat de artsen ervoor open staan en dat de psychologen er sterk voorstander van zijn. Anderzijds wordt er geopteerd om de apotheker meer te betrekken in de vorming rond afbouw van benzodiazepines, momenteel gebeurt dit enkel via een filmpje.
De website kan bekender worden bij huisartsen door de site visueel aantrekkelijker te maken en/of de gebruiksvriendelijkheid te verbeteren. Dit kan onder meer door de tools digitaal met de patiënt te kunnen delen (zoals bij thuisarts.nl mogelijk is), eenvoudigere online vindbaarheid of als app op de smartphone. Daarnaast zouden brochures met prenten en visuele ondersteuning bij slaapeducatie de boodschap meer toegankelijk maken, onder meer voor laaggeletterden of anderstaligen.

7. Conclusie

Deze thesis onderzocht de ervaring van huisartsen met het gebruik van niet-medicamenteuze tools bij insomnia en de afbouw van benzo's. De opzet van dit kwalitatieve onderzoek was enkele meningen en uitdagingen in kaart brengen bij een selecte groep huisartsen en psychologen, namelijk deelnemers en trainers van de LOK sessies insomnia en afbouw van benzodiazepines. De verkregen resultaten kunnen logischerwijs niet geëxtrapoleerd worden naar de algemene populatie huisartsen. De resultaten zijn eerder indicatief voor het gebruik en de huidige barrières in de praktijk.

De richtlijnen en literatuur bevelen een uitgebreide anamnese, een slaapdagboek, slaapeducatie en de principes van cognitieve gedragstherapie aan voor de huisarts. Over aanvullende tools zoals een balanstool, een 5G-schema of een KOP model is onvoldoende evidentie terug te vinden voor gebruik bij insomnia. Digitale toepassingen zullen mogelijk een belangrijkere rol gaan spelen maar zijn op heden onvoldoende onderzocht. Bij de afbouw van benzodiazepines zijn educatie over medicatiegebruik en een STOP-brief effectieve interventies.

De ervaring van de geïnterviewde huisartsen met het gebruik van niet-medicamenteuze tools bij de aanpak van insomnia en de afbouw van benzodiazepines is algemeen positief maar individueel verschillend. Een grondige exploratie en voorlichting wordt steeds toegepast, een slaapdagboek, de balanstool en de basisprincipes van CGT regelmatig, andere tools worden zelden gebruikt. Daarnaast is er goede ervaring met verwijzing naar groepstherapie rond slaap of individuele cognitieve gedragstherapie bij een psycholoog. Verder is de samenwerking met de apotheker een belangrijke schakel in de afbouw van benzodiazepines, onder andere via het RIZIV afbouwcontract.

De implementatie van de tools verloopt niet altijd even vlot, de factor tijd en het gebrek aan professioneel zelfvertrouwen verhinderen de toepassing in de huisartsenpraktijk. Er is, naast theoretische kennis, nood aan het trainen van soft skills zoals gespreksvaardigheden en praktische integratie van tools. De gebruiksvriendelijkheid en online vindbaarheid van de website gebruikvanpsychofarmaca-gids.be, waar de meeste tools te vinden zijn, wordt als barrière genoemd.

De gereedschapskist voor de aanpak van insomnia en de afbouw van benzo's is reeds goed gevuld, echter ligt de oplossing tot het bekomen van een effectievere aanpak niet in het toevoegen van meer tools, maar in het versterken van de gespreksvaardigheden en het optimaliseren van de toegankelijkheid van de bestaande tools.

8. Referenties

1. NHGstandaarden. NHG standaard slaapproblemen 2014 [updated 01/2026. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen.
2. Psychofarmaca@UGent. Gebruikvanpsychofarmaca-gids.be 2023 [Available from: https://gebruikvanpsychofarmaca-gids.be/arts/.
3. Laureys S. Het no-nonsense slaapboek2022.
4. DomusMedica. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn / Domus Medica 2018 [updated 30/06/2028. Available from: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/aanpak-van-slaapklachten-en-insomnie-bij-volwassenen-de-eerste-lijn.
5. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017;26(6):675–700.
6. Sutton EL. Insomnia. Ann Intern Med. 2021;174(3):Itc33–itc48.
7. Sweetman A, Andronis C, Hancock K, Stocks N, Lack L, McEvoy RD. General practitioner assessment and management of insomnia in adults. Aust J Gen Pract. 2023;52(10):691–8.
8. Espie CA, Emsley R, Kyle SD, Gordon C, Drake CL, Siriwardena AN, et al. Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2019;76(1):21–30.
9. Newton AT, Honaker SM, Reid GJ. Risk and protective factors and processes for behavioral sleep problems among preschool and early school-aged children: A systematic review. Sleep Med Rev. 2020;52:101303.
10. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J Sleep Res. 2023;32(6):e14035.
11. Urbanová L, Sebalo Vňuková M, Anders M, Ptáček R, Bušková J. The Updating and Individualizing of Sleep Hygiene Rules for Non-clinical Adult Populations. Prague Med Rep. 2023;124(4):329–43.
12. Thuisarts.nl. Thuisarts.nl/ slecht slapen 2024 [18/02/2026]. Available from: https://www.thuisarts.nl/slecht-slapen.
13. BCFI. BCFI 2026 [Available from: https://www.bcfi.be/nl/.
14. Chapoutot M, Peter-Derex L, Bastuji H, Leslie W, Schoendorff B, Heinzer R, et al. Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for the Discontinuation of Long-Term Benzodiazepine Use in Insomnia and Anxiety Disorders. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(19).
15. Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, van de Lisdonk EH, van Balkom AJ, Breteler MH, et al. Predictors of discontinuation of benzodiazepine prescription after sending a letter to long-term benzodiazepine users in family practice. Fam Pract. 2006;23(1):65–72.
16. Soni A, Thiyagarajan A, Reeve J. Feasibility and effectiveness of deprescribing benzodiazepines and Z-drugs: systematic review and meta-analysis. Addiction. 2023;118(1):7–16.
17. Brems P. 2.3 miljoen Belgen kregen vorig jaar verslavende slaap- en kalmeermiddelen, gebruik bij jongeren stijgt 2023 [Available from: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/04/26/2-3-miljoen-belgen-kregen-vorig-jaar-verslavende-benzodiazepines/.
18. Stratmann MW, Heeg J, Härter M, Kriston L, Verthein U, Lindemann C. Screening accuracy of the German version of the benzodiazepine self-report questionnaire. Comprehensive Psychiatry. 2025;141:152607.
19. Falloon K, Arroll B, Elley CR, Fernando A, 3rd. The assessment and management of insomnia in primary care. Bmj. 2011;342:d2899.

20. Evrard P, Henrard S, Foulon V, Spinewine A. Benzodiazepine Use and Deprescribing in Belgian Nursing Homes: Results from the COME-ON Study. J Am Geriatr Soc. 2020;68(12):2768–77.
21. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. JAMA Intern Med. 2014;174(6):890–8.
22. RIZIV. Afbouwprogramma voor benzodiazepines en aanverwante producten (Z-drugs) 2026 [17/02/2026]. Available from: 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.
23. Apotheek.be. Hoe helpt je apotheker je om te stoppen met slaapmedicatie? 2025 [updated 18/12/2025. Available from: https://www.apotheek.be/Pharmacy/Article/hoe-helpt-je-apotheker-je-om-te-stoppen-met-slaapmedicatie~863.
24. DomusMedica. Apothekers begeleiden ruim 5500 patiënten bij afbouw slaapmiddelen 2024 [updated 22/02/2024. Available from: https://www.domusmedica.be/actueel/apothekers-begeleiden-ruim-5500-patienten-bij-afbouw-slaapmiddelen.
25. Melo TAR, Bezerra CO, Fernandes BD, Rotta I, Reis WCT, Aguiar PM. Pharmacists' contribution to benzodiazepine deprescribing in older outpatients: a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Pharm. 2023;45(5):1037–49.
26. Psychofarmaca@UGent. Organisatie van vormingen voor huisartsen rond het rationeel gebruik van benzodiazepines en z-producten. BESTEK nr. PSY/DRUGS/BENZO/2023/LOK VORMINGEN periode 01/09/2023 – 28/02/2025. 2025.
27. DomusMedica. Navorming kringen 2018 [updated 15/03/202112/01/2026]. Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/kringen/navorming-kringen.
28. Coteur K, Nuland MV, Schoenmakers B. Instrumenten voor benzo-management: te weinig bekend en gebruikt? Afbouw van slaap- en kalmeermiddelen kan beter. HuisartsNu. 2022;september-oktober 2022:230–2.
29. Natale V, Léger D, Bayon V, Erbacci A, Tonetti L, Fabbri M, et al. The consensus sleep diary: quantitative criteria for primary insomnia diagnosis. Psychosom Med. 2015;77(4):413–8.
30. Kyle SD, Siriwardena AN, Espie CA, Yang Y, Petrou S, Ogburn E, et al. Clinical and cost-effectiveness of nurse-delivered sleep restriction therapy for insomnia in primary care (HABIT): a pragmatic, superiority, open-label, randomised controlled trial. Lancet. 2023;402(10406):975–87.
31. Furukawa Y, Sakata M, Yamamoto R, Nakajima S, Kikuchi S, Inoue M, et al. Components and Delivery Formats of Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia in Adults: A Systematic Review and Component Network Meta-Analysis. JAMA Psychiatry. 2024;81(4):357–65.
32. Chung KF, Lee CT, Yeung WF, Chan MS, Chung EW, Lin WL. Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. Fam Pract. 2018;35(4):365–75.
33. Baranwal N, Yu PK, Siegel NS. Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. Prog Cardiovasc Dis. 2023;77:59–69.
34. Drake C, Roehrs T, Shambroom J, Roth T. Caffeine effects on sleep taken 0, 3, or 6 hours before going to bed. J Clin Sleep Med. 2013;9(11):1195–200.
35. Kredlow MA, Capozzoli MC, Hearon BA, Calkins AW, Otto MW. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. J Behav Med. 2015;38(3):427–49.
36. Brautsch LA, Lund L, Andersen MM, Jennum PJ, Folker AP, Andersen S. Digital media use and sleep in late adolescence and young adulthood: A systematic review. Sleep Med Rev. 2023;68:101742.
37. Lemola S, Perkinson-Gloor N, Brand S, Dewald-Kaufmann JF, Grob A. Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. J Youth Adolesc. 2015;44(2):405–18.

38. Exelmans L, Van den Bulck J. Bedtime mobile phone use and sleep in adults. Soc Sci Med. 2016;148:93–101.
39. Buysse DJ. Insomnia. Jama. 2013;309(7):706–16.
40. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. 2015;163(3):191–204.
41. Chan NY, Chan JWY, Li SX, Wing YK. Non-pharmacological Approaches for Management of Insomnia. Neurotherapeutics. 2021;18(1):32–43.
42. Wang YY, Wang F, Zheng W, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, et al. Mindfulness-Based Interventions for Insomnia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Behav Sleep Med. 2020;18(1):1–9.
43. Looman MI, Blanken TF, Schoenmakers TM, Reesen JE, Effting M, Linnebank FE, et al. Telephone-Guided Sleep Restriction for Insomnia: A Randomized Sleep Diary-Controlled Trial. Psychother Psychosom. 2025;94(3):147–61.
44. El Rafihi-Ferreira R, Hasan R, Toscanini AC, Linares IMP, Suzuki Borges D, Brasil IP, et al. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for insomnia: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2024;92(6):330–43.
45. Dopheide JA. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. Am J Manag Care. 2020;26(4 Suppl):S76–s84.
46. Luik AI, Kyle SD, Espie CA. Digital Cognitive Behavioral Therapy (dCBT) for Insomnia: a State-of-the-Science Review. Curr Sleep Med Rep. 2017;3(2):48–56.
47. van Straten A, Emmelkamp J, de Wit J, Lancee J, Andersson G, van Someren EJ, et al. Guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: a randomized trial. Psychol Med. 2014;44(7):1521–32
48. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, Carney CE, Harrington JJ, Lichstein KL, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med. 2021;17(2):255–62
49. Jespersen KV, Koenig J, Jennum P, Vuust P. Music for insomnia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(8):Cd010459
50. Kaldo V, Bothelius K, Blom K, Lindhe M, Larsson M, Karimi K, et al. An open-ended primary-care group intervention for insomnia based on a self-help book - A randomized controlled trial and 4-year follow-up. J Sleep Res. 2020;29(1):e12881
51. Shelgikar AV, Anderson PF, Stephens MR. Sleep Tracking, Wearable Technology, and Opportunities for Research and Clinical Care. Chest. 2016;150(3):732–43
52. Zhai H, Yan Y, He S, Zhao P, Zhang B. Evaluation of the Accuracy of Contactless Consumer Sleep-Tracking Devices Application in Human Experiment: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sensors (Basel). 2023;23(10)
53. Hathorn T, Byun YJ, Rosen R, Sharma A. Clinical utility of smartphone applications for sleep physicians. Sleep Breath. 2023;27(6):2371–7
54. Glazer Baron K, Culnan E, Duffecy J, Berendson M, Cheung Mason I, Lattie E, et al. How are Consumer Sleep Technology Data Being Used to Deliver Behavioral Sleep Medicine Interventions? A Systematic Review. Behav Sleep Med. 2022;20(2):173–87
55. Le TM, Campbell S, Andraos A, Ahlmark P, Hoang H, Isserman S, et al. Implementation of an intervention aimed at deprescribing benzodiazepines in a large US healthcare system using patient education materials: a pre/post-observational study with a control group. BMJ Open. 2024;14(4):e080109
56. Martin P, Tannenbaum C. Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment. BMC Geriatr. 2017;17(1):37
57. Niessen WJM, Stewart RE, Broer J, Haaijer-Ruskamp FM. [Reduction in the consumption of benzodiazepines due to a letter to chronic users from their own general practitioner]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2005;149(7):356–61

58. Péter L, Lázár BA, Bajsz A, Bőthe B, Paksi B, Czakó A, et al. A New Scale for Assessing Benzodiazepine Use Motives Among Community and Clinical Samples: The Development and Validation of the MBUQ- 48. International Journal of Mental Health and Addiction. 2025
59. Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S, Tannenbaum C. Effect of a Pharmacist-Led Educational Intervention on Inappropriate Medication Prescriptions in Older Adults: The D-PRESCRIBE Randomized Clinical Trial. Jama. 2018;320(18):1889–98
60. Humphreys K, Hagedorn H, Han X, Kemp L, Poitra N, Cucciare MA. Electronic Intervention for Patient-Managed Benzodiazepine Tapering: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2026;9(1):e2551807.
61. Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S. A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: a randomized controlled comparative study. Scand J Psychol. 2011;52(6):580–5

9. Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst bij slaapproblemen psychofarmaca UGent

OMGAAN MET ANGST, STRESS
EN SLAAPPROBLEMEN

VRAGENLIJST BIJ
SLAAPPROBLEMEN

U kreeg deze vragenlijst mee omdat blijkt dat u last heeft van slaapproblemen.

Als u deze lijst invult, kan uw arts samen met u nagaan wat de mogelijke oorzaken van uw slaapprobleem is. Samen kunnen we dan zoeken naar een gepaste aanpak van uw probleem.

NAAM

DATUM

1. ZICHT KRIJGEN OP UW SLAAPPROBLEEM

- Hoe lang heeft u al last van slaaproblemen?
- Hoe lang duurt het vooraleer u inslaapt?
- Hoe vaak wordt u 's nachts wakker?
- Hoeveel uur slaapt u gemiddeld per nacht?
- Ondervindt u overdag hinder door het slecht slapen? Zo ja: verduidelijk (bijv. concentratieproblemen, vergeetachtig, sneller kwaad worden, overdag in slaap vallen...).

2. UW IDEEËN, BEKOMMERNISSEN EN VERWACHTINGEN:

- Heeft u zelf een idee wat ervoor zorgt dat u niet goed slaapt?
- Wat is uw grootste bezorgdheid rond uw slaapprobleem?
- Wat heeft u zelf al geprobeerd om beter te slapen?
- Welke verwachtingen heeft u over de aanpak van uw slaapprobleem?

Vragenlijst bij slapeloosheid van Sarah Calis en Barbara Ternest , aangepast.

Psychofarmacagroep (UGent)

3. ZOEKEN NAAR EEN MOGELIJKE OORZAAK VAN UW SLAAPPROBLEEM

	Ja	Nee
Zijn er recent veranderingen of gebeurtenissen geweest waarover u piekert?	○	○
Heeft u last van stemmingsveranderingen?	○	○
Heeft u last van angst?	○	○
Wordt uw dag- en nachtritme verstoord? [vb. door ploegendienst, jetlag, lawaaierige slaapomgeving...]	○	○
Gebruikt u voor het slapengaan alcohol?	○	○
Gebruikt u voor het slapengaan (soft)drugs?	○	○
Gebruikt u voor het slapengaan koffie, thee, cola of andere opwekkende middelen?	○	○
Rookt u voor het slapengaan?	○	○
Neemt u medicatie?	○	○
Heeft u lichamelijke klachten 's nachts? [vb: pijn, jeuk, dorst, zuurbranden, hoest, nachtelijk plassen, ademnood, verstopte neus, nachtelijk zweten, opvliegers, hartkloppingen...]	○	○
Heeft u soms last van onaangename gewaarwordingen in de onderbenen?	○	○
Zo ja:	○	○
Neemt dit toe in rust?	○	○
Neemt dit af bij beweging?	○	○
Treedt dit vooral 's avonds op?	○	○
Krijgt u soms opmerkingen over beenbewegingen 's nachts?	○	○
Krijgt u soms opmerkingen over hevig snurken?	○	○

Vragenlijst bij slapeloosheid van Sarah Calis en Barbara Ternest , aangepast.

Psychofarmacagroep (UGent)

4. VRAGEN OVER UW SLAAPGEWOONTES

	Ja	Nee
Staat u steeds op hetzelfde uur op?	○	○
Is de temperatuur aangenaam in de slaapkamer?	○	○
Wordt uw slaapkamer voldoende verlucht?	○	○
Kan uw slaapkamer voldoende verduisterd worden?	○	○
Bent u actief overdag?	○	○
Heeft u een vast slaapritueel?	○	○
Gebruikt u 's avonds een lichte of zware maaltijd? (omcirkel wat juist)		
Gaat u naar bed als u moe bent of als het tijd is om te slapen? (omcirkel wat juist)		
Als u na 20 minuten nog niet slaapt, blijft u dan in bed liggen?	○	○
Kijkt u frequent naar de klok 's nachts?	○	○
Leest u soms in bed?	○	○
Kijkt u soms tv in bed?	○	○
Doet u overdag soms een dutje?	○	○
Sport u soms voor het slapengaan?	○	○

Vragenlijst bij slapeloosheid van Sarah Calis en Barbara Ternest , aangepast.

Psychofarmacagroep (UGent)

Bron: gebruikvanpsychofarmaca-gids.be (2)

Bijlage 2: Slaapdagboek

SLAAPDAGBOEK

Naam:

Datum:

Een slaapdagboek geeft jou en jouw arts inzicht in jouw slaappatroon en slaapgewoontes.

Invullen is eenvoudig en duurt dagelijks slechts enkele minuten.

Vul je slaapdagboek 's morgens in (en niet tijdens de nacht!) en vul het eventueel aan in de loop van de dag of avond.

Het slaapdagboek loopt van dag 1 tot en met dag 7 en omvat één balk per dag.
Elke balk loopt van 's avonds 21 uur tot 21 uur de dag erop. Elk halfuur is aangeduid met een klein vierkant blokje.
In het slaapdagboek duid je aan wanneer je wakker bent, effectief slaapt of wakker ligt in bed.
De tijdstippen zijn geschatte tijdstippen. Het is dus niet de bedoeling dat je constant op je klok kijkt om je slaapdagboek in te vullen.

Je beoordeelt ook je slaapkwaliteit per nacht: 1 staat voor zeer rusteloos en slecht geslapen, 10 staat voor zeer diep geslapen.
Daarnaast beoordeel je hoe uitgerust je je voelt tijdens de dag: 1 staat voor helemaal niet uitgerust/je voelt je niet fit, 10 staat voor volledig uitgerust/je voelt je fit.

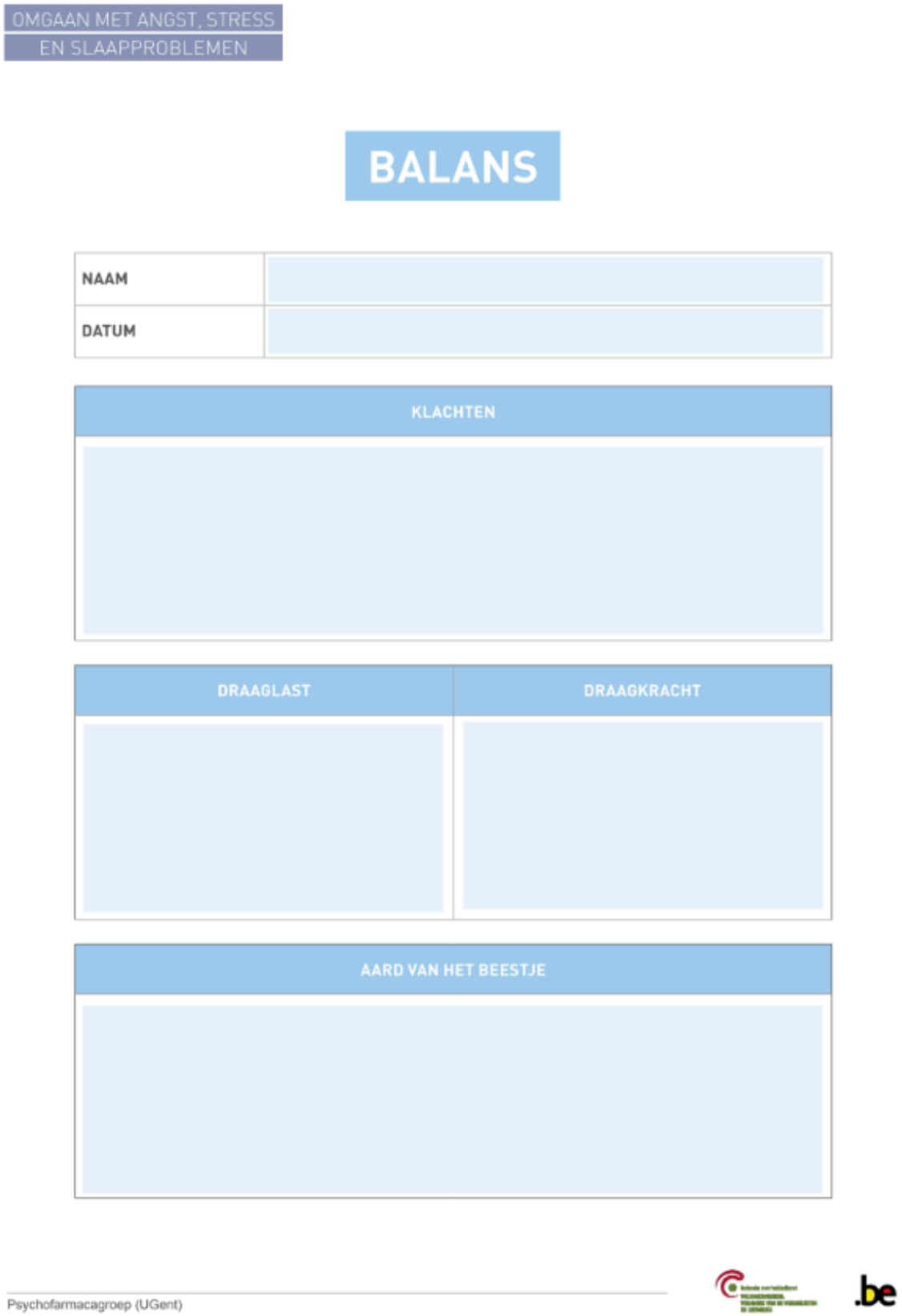
Hoe invullen?

1. Vul je weekdag in.
2. Kleur alle vakjes waarin u 's avonds of overdag denkt te hebben geslapen.
3. Zet schuine strepen in de vakjes waarin u in je bed lag, maar wakker was.
4. Laat alle vakken leeg waarin u niet in bed lag en wakker was.
5. Vul je slaapkwaliteit van die nacht in: 1 staat voor zeer rusteloos, 10 staat voor zeer diep geslapen.
6. Vul in hoe uitgerust je je voelt op die dag: 1 staat voor helemaal niet uitgerust/je voelt je niet fit, 10 staat voor volledig uitgerust/je voelt je fit.
7. Indien je opmerkingen hebt kan je dit vermelden. [vb de reden waarom je niet goed kon slapen, ...]
8. Je kan je slaapefficiëntie berekenen als volgt: $\frac{\text{Totaal aantal uur geslapen}}{\text{Totaal aantal uur in bed}}$ = ... * 100 = ...%



Bron: gebruikvanpsychofarmaca-gids.be (2)

Bijlage 3: Balanstool



OMGAAN MET ANGST, STRESS
EN SLAAPPROBLEMEN

BALANS

NAAM	
DATUM	

KLACHTEN

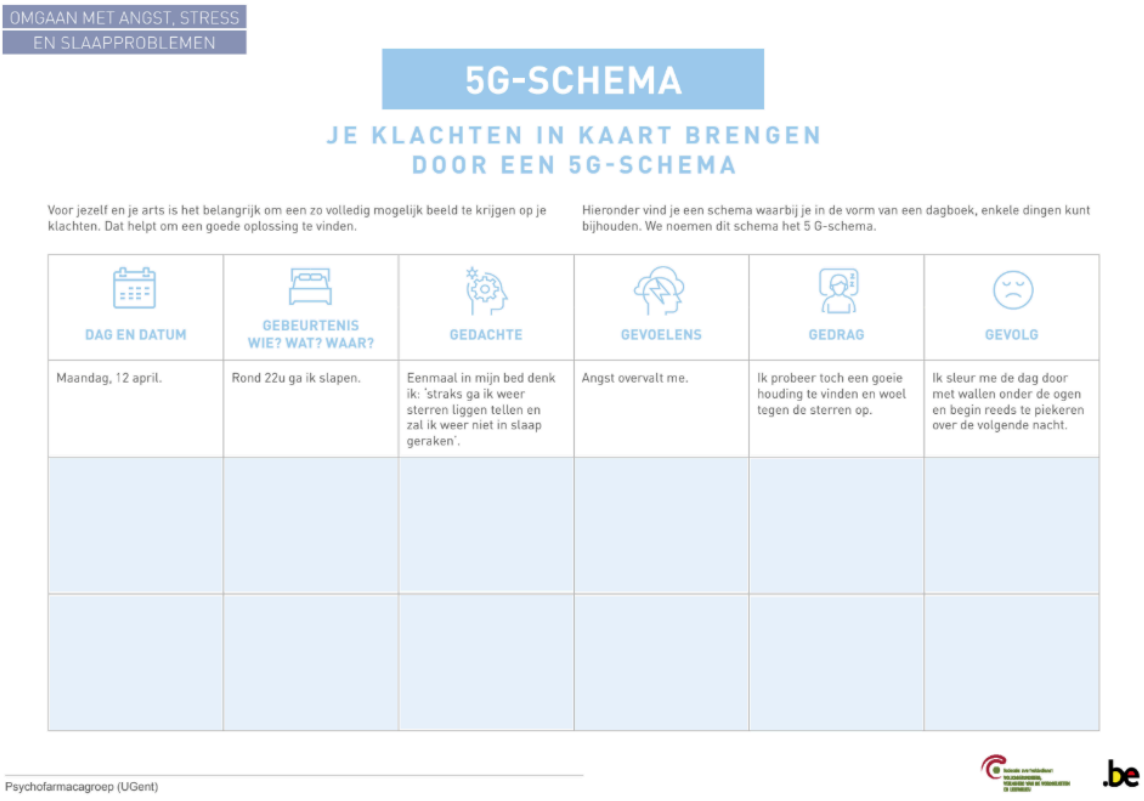
DRAAGLAST	DRAAGKRACHT

AARD VAN HET BEESTJE

Psychofarmacagroep (UGent)

Bron: gebruikvanpsychofarmaca-gids.be (2)

Bijlage 4: 5G-schema



OMGAAN MET ANGST, STRESS EN SLAAPPROBLEMEN

5G-SCHEMA

JE KLACHTEN IN KAART BRENGEN DOOR EEN 5G-SCHEMA

Voor jezelf en je arts is het belangrijk om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen op je klachten. Dat helpt om een goede oplossing te vinden.

Hieronder vind je een schema waarbij je in de vorm van een dagboek, enkele dingen kunt bijhouden. We noemen dit schema het 5 G-schema.

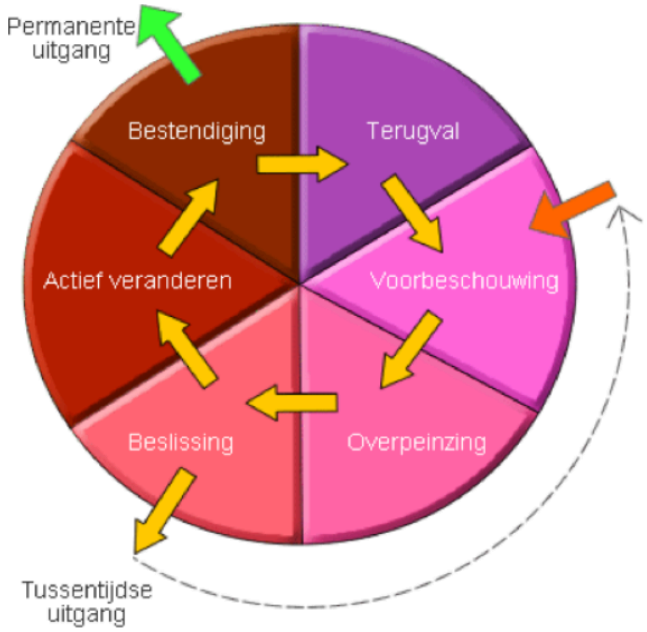
DAG EN DATUM	GEBEURTENIS WIE? WAT? WAAR?	GEDACHTE	GEVOELENS	GEDRAG	GEVOLG
Maandag, 12 april.	Rond 22u ga ik slapen.	Eenmaal in mijn bed denk ik: 'straks ga ik weer sterren liggen tellen en zal ik weer niet in slaap geraken'.	Angst overvalt me.	Ik probeer toch een goeie houding te vinden en woel tegen de sterren op.	Ik sleur me de dag door met wallen onder de ogen en begin reeds te piekeren over de volgende nacht.

Psychofarmacagroep (UGent)

.be

Bron: gebruikvanpsychofarmaca-gids.be (2)

Bijlage 5: Motivatiecirkel van Prochaska en DiClemente



Bron: gebruikvanpsychofarmaca-gids.be (2)

Bijlage 6: Voorbeeld stopbrief NHG



Voorbeeld stopbrief

«Naam»
«Adres»
«Postcode»
«Woonplaats»

Praktijklogo

Plaats, datum verzending

Geachte «geslacht» «naam aanhef»,

Op mijn voorschrift gebruikt u al geruime tijd «Benzo», een geneesmiddel uit de groep van de rustgevende middelen en slaapmiddelen. Veel huisartsen maken zich zorgen over het langdurig gebruik van deze middelen, omdat het lichaam eraan went en de werking vermindert.
Deze tabletten of capsules kunnen zelfs verslavend zijn. Mensen die hun tabletten niet innemen, kunnen last krijgen van angst of slapeloosheid. Dit zijn meestal niet de klachten waarvoor het middel oorspronkelijk is voorgeschreven, maar tijdelijke symptomen van ontwenning.
Daarnaast hebben benzodiazepinen nog andere bezwaren. Gebruikers hebben een grotere kans op ongevallen. Ook kunnen ze een nadelige invloed op het geheugen hebben.
Ik raad u daarom aan het gebruik van «Benzo» geleidelijk te verminderen en uiteindelijk helemaal te stoppen.

U ontvangt deze brief omdat ik wil nagaan of het mogelijk is bij u de routine te doorbreken. Uw lichaam zal aan de nieuwe situatie moeten wennen, waardoor u tijdelijk last kunt hebben van gevoelens van onrust, gespannenheid en slecht slapen. Als deze verschijnselen bij u optreden, probeer dan toch vol te houden; na verloop van tijd gaan ze vanzelf over en voelt u zich beter.
Door uw gebruik stapje voor stapje te verminderen is de kans op deze verschijnselen het kleinst. Probeer daarom elke week een beetje minder te nemen. Slik alleen tabletten als u iets moet doen waar u erg tegenop ziet. Als u eenmaal begonnen bent met minderen, dan bent u misschien wel in staat om helemaal te stoppen. Het blijkt dat veel mensen die het gelukt is hun gebruik te stoppen, zich prettiger voelen dan toen zij nog gebruikten.

Ik hoop dat deze brief een stimulans voor u is om uw gebruik te verminderen. Over ongeveer drie maanden krijgt u van mij een uitnodiging om een afspraak op het spreekuur te maken. Als u dit op prijs stelt, kunt u dan uw ervaringen met het verminderen van het gebruik van deze middelen met mij bespreken.

Met vriendelijke groeten,

© Nederlands Huisartsen Genootschap

THUISARTS.NL

Bron: NHG standaard slaapproblemen (1)

Bijlage 7: Voorbeeld vervolgstopbrief NHG

Voorbeeld vervolgstopbrief

«Naam»
«Adres»
«Postcode»
«Woonplaats»

Praktijklogo

Plaats, datum verzending

Onderwerp: uitnodiging gesprek over slaappillen

Beste «naam»,

Je hebt een paar maanden geleden een brief van mij gekregen. Daarin stond dat ik je aanraad om langzaam te stoppen met slaappillen.

Ik ben benieuwd hoe het nu met je gaat. Heb je geprobeerd om te stoppen?
Hoe ging dat?
Hoe gaat het nu met slapen? Ik zou hier graag met je over willen praten.

Je kunt de assistente bellen voor een afspraak. Wil je dan erbij zeggen dat je deze brief van mij hebt gekregen?

Graag tot ziens.

Met vriendelijke groeten,

© Nederlands Huisartsen Genootschap

THUISARTS.NL
THUIS IN GEZONDHEID

Bron: NHG standaard slaapproblemen (1)

Bijlage 8: Resultaten van vragenlijst voorafgaand aan LOK insomnia en afbouw van benzo's

Voormeting LOK insomnia (26)

	Niet gekend	Nooit	Zelden	Af en toe	Regelmatig	Vaak
Slaapadviezen						
Voormeting	0,7%	0%	2,2%	19,0%	46,7%	31,4%
Geven van brochures voor de patiënt						
Voormeting	7,3%	25,5%	28,5%	21,2%	12,4%	5,1%
Verwijzen naar websites.						
Voormeting	9,5%	20,4%	29,9%	20,4%	13,9%	5,8%
Gebruik van een vragenlijst bij slaapproblemen						
Voormeting	10,2%	41,6%	32,1%	11,7%	2,9%	1,5%
Gebruik van een slaapdagboek						
Voormeting	2,9%	37,2%	31,4%	21,2%	3,6%	3,6%
Adviezen over stimuluscontrole (opstaan en iets anders doen als het langer duurt dan 15min duurt voor u in slaap valt en opnieuw in bed bij slaperigheid)						
Voormeting	0,7%	5,1%	5,8%	19,0%	33,6%	35,8%
Adviezen over slaaprestrictie (tijd beperken in bed)						
Voormeting	2,9%	8,8%	12,4%	25,5%	35,8%	14,6%
Gebruik van ontspanningstechnieken						
Voormeting	0,7%	3,6%	5,1%	26,3%	39,4%	24,8%
Verwijzen voor cognitieve gedragstherapie						
Voormeting	2,9%	17,5%	21,2%	36,5%	15,3%	6,6%
Voorschrijven van benzodiazepines & z-drugs						
Voormeting	5,8%	8,8%	47,4%	26,3%	10,9%	0,7%
Voorschrijven van trazodon						
Voormeting	1,5%	8,0%	22,6%	43,1%	21,9%	2,9%
Voorschrijven van antipsychotica zoals quetiapine						
Voormeting	9,5%	38,0%	26,3%	21,9%	3,6%	0,7%
Voorschrijven van melatonine						
Voormeting	2,9%	14,6%	25,5%	28,5%	24,8%	3,6%
Voorschrijven van valeriaan of andere kruiden (Bvb Sedistress®)						
Voormeting	1,5%	2,2%	16,8%	37,2%	32,1%	10,2%

Voormeting LOK afbouw van benzo's (26)

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Eerder akkoord (%)	Volledig akkoord (%)
Wanneer ik medicatie afbouw bij een patiënt die slaapmedicatie gebruikt, voel ik mij niet empathisch genoeg. (n=90)					
Voormeting	16,5%	59,3%	18,7%	5,5%	0,0%
Wanneer ik bij een patiënt slaapmedicatie afbouw, is hij ontevreden.					
Voormeting	6,7%	31,7%	25,0%	26,7%	10,0%
Als huisarts is het moeilijk om een patiënt met slaapmedicatie te motiveren tot afbouwen.					
Voormeting	6,7%	13,3%	5,0%	53,3%	21,7%
Hoewel het gebruik van slaapmedicatie nadelen heeft, wegen de voordelen op tegen de nadelen.					
Voormeting	41,7%	31,7%	5,0%	11,7%	10,0%
Er zijn geen evenwaardige niet-medicamenteuze alternatieven voor slaapmedicatie.					
Voormeting	11,7%	28,3%	23,3%	33,3%	3,3%
Ik heb geen tijd om afbouw van slaapmedicatie aan te pakken.					
Voormeting	15,0%	35,0%	20,0%	26,7%	3,3%
Het afbouwen van slaapmedicatie is de taak van andere hulpverleners.					
Voormeting	30,0%	55,0%	13,3%	1,7%	0,0%
Ik beschik over de nodige expertise om slaapmedicatie af te bouwen.					
Voormeting	8,3%	13,3%	36,7%	36,7%	5,0%
Ik voel mij overweldigd als een patiënt met psychosociale problemen op consultatie komt					
Voormeting	23,3%	41,7%	20,0%	13,3%	1,7%
De afbouw van slaapmedicatie moet ondersteund worden door medicatie.					
Voormeting	8,3%	28,3%	35,0%	25,0%	3,3%
Het gebruik van een magistrale bereiding vergemakkelijkt de afbouw van benzodiazepines voor de patiënten.					
Voormeting	6,7%	8,3%	26,7%	38,3%	20,0%
Ik voel me comfortabel bij het bespreken van het afbouwen van slaapmedicatie bij patiënten die slaapmedicatie gebruiken.					
Voormeting	10,0%	6,7%	26,7%	46,7%	10,0%
Ik voel me comfortabel bij het begeleiden van patiënten bij het afbouwen van slaapmedicatie.					
Voormeting	8,3%	10,0%	25,0%	48,3%	8,3%

Bijlage 9: Vragenlijst interviews

Alvast bedankt om deel te nemen aan dit interview. Enkele maanden geleden volgde / gaf u een LOK vergadering over de niet-medicamenteuze aanpak van insomnia en de afbouw van benzodiazepines. Ik zal u hier enkele vragen over stellen.

1. Introvraag
    a. Hoe kijkt u terug op de LOK?
    b. Vond u dat er voldoende relevante informatie werd aangereikt?
    c. Wat vindt u van de aangereikte tools?
    d. Wat heeft u hieruit meegenomen?
2. Heeft u sindsdien al patiënten gezien met insomnia? (LOK insomnia)
    a. Is uw aanpak van insomnia veranderd?
    b. Zo ja, wat was vroeger uw aanpak? Hoe ziet u dit nu?
3. Hebt u sindsdien al patiënten gezien met langdurig gebruik van benzo's? (LOK afbouw benzo's)
    a. Is uw visie hierop veranderd?
    b. Is uw aanpak veranderd?
    c. Zo ja, hoe?
    d. Zo nee, waarom, wat houdt u tegen?
4. Heeft u al tips/tools (bv balanstool, slaapdagboek, vragenlijsten…) uit de LOK toegepast bij patiënten met insomnia?
    a. Hoe verloopt dit? (LOK insomnia)
    b. Wat gaat goed/ moeilijk?
5. Heeft u al tips/tools (bv balanstool, slaapdagboek, vragenlijsten, zin & onzin slaapmiddelen…) uit de LOK toegepast bij patiënten met langdurig gebruik van benzo's? (LOK afbouw benzo's)
    a. Hoe verloopt dit?
    b. Wat gaat moeilijk/ goed?
6. Per tool (stopbrief – pro/contra motivatievragenlijst – educatie/ slaaphygiëne - slaapdagboek – balanstool – 5G schema - cognitieve therapie - …?)
    a. Heeft u deze tool al gebruikt?
    b. Waarom wel/niet?
    c. Hoe ervaart u het gebruik?
    d. Is het haalbaar in de praktijk? Waarom niet?
    e. …
7. Kent u de website gebruikpsychofarmacagids.be?
    a. Heeft u deze al bezocht?
    b. Heeft u deze al gebruikt?
    c. Wat verwacht u op zo een website? Wat mist u?
8. Zijn er uitdagingen uit de praktijk die te weinig belicht werden in de LOK volgens u?
    a. Zo ja, welke?
9. Hoe zou u nog beter ondersteund kunnen worden om het gebruik van benzo's te beperken?

Bijlage 10: Informatiebrief voor deelnemers + informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers

Kwalitatief onderzoek bij huisartsen over hun ervaringen en visie op hulpmiddelen voor een niet-medicamenteuze aanpak van slaapklachten en afbouw van benzodiazepines.

Beste,

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

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal binnenkort mogelijks als huisarts deelnemen aan een kwalitatief onderzoek over de hulpmiddelen voor een niet-medicamenteuze aanpak van slaapklachten en afbouw van benzodiazepines zoals vragenlijsten ter evaluatie, modelbrieven gericht naar de patiënten en brochures. Gezien huisartsen voornamelijk deze medicatie voorschrijven, vormen huisartsen een belangrijke schakel in de behandeling van slaapklachten. De visie van huisartsen is belangrijk voor het verder ontwikkelen van hulpmiddelen die huisartsen ondersteunen voor de aanpak van slaapklachten en een goed gebruik van benzodiazepines.

De dienst Unit Klinische Farmacologie van de vakgroep Fundamentele en Toegepaste Medische wetenschappen van de Universiteit Gent voert een onderzoek uit naar de visie van huisartsen op hulpmiddelen voor een niet-medicamenteuze aanpak van slaapklachten en afbouw van benzodiazepines. U kan enkel deelnemen aan deze studie als u werkzaam bent als huisarts.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om aan een interview deel te nemen. Dit zal ongeveer 30-60 min van uw tijd in beslag nemen. Dit interview zal worden opgenomen. Na het uitschrijven zullen deze opnames worden verwijderd.

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

De opdrachtgever van deze studie is de Universiteit Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr Van Leeuwen. Studenten van de vakgroep Fundamentele en Toegepaste Medische Wetenschappen zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om deel te nemen aan

het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de behandeling van slaapklachten.

4. KOSTEN

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

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

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

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Uw persoonsgegevens zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

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

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

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

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

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

6. VERZEKERING

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

7. CONTACT

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

Naam: Ellen Van Leeuwen

Contact: ellen.vanleeuwen@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat mijn persoonsgegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

* Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: - Deelnemen aan een interview dat zal worden opgenomen (video-recording).	

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

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

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

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

Bijlage 11: Positief advies Ethisch Comité

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Dr. Ellen Van Leeuwen
Vakgroep Fundamentele en
Toegepaste Medische Wetenschappen
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Ellen Van Leeuwen	30/10/2024	1/7
Onze referentie	**Belgisch Uniek Nummer**	
ONZ-2024-0338	B6702024000390	

Betreft:

Kwalitatief onderzoek bij huisartsen over hun ervaringen en visie op de hulpmiddelen voor een niet-medicamenteuze aanpak van slaapklachten en afbouw van benzodiazepines.

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

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 10/09/2024.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de aangeleverde informatie en ingediende documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (30/10/2024):

Positief advies. De CME is van oordeel dat voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor medische ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

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



Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Unofficial translation in English:

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

The Medical ethics committee (EC) of Ghent University (UGent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 10/09/2024.

This project falls within the scope of the Law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

After consulting the information provided and documents submitted, the Medical ethics committee provides the following advice on (30/10/2024):

Positive advice. The CME considers the proposed study scientifically relevant and ethically justified.

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

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 1: Ingediende documenten

Categorie: Antwoord onderzoeker op opmerkingen CME U(Z) Gent
- Antwoordbrief op opmerkingen CME, ontvangen dd. 26/10/2024 (nl)

Categorie: CV
- Ellen Van Leeuwen, versie ontvangen dd. 16/07/2024

Categorie: GCP certificaat
- Ellen Van Leeuwen, dd. 29/11/2022

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- dmp plan, versie 1 dd. 22/08/2024 (nl)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- icf, versie 1 dd. 22/08/2024 (nl)

Categorie: Rekruteringsmateriaal
- strookje voor interesse, versie 1 dd. 22/08/2024 (nl)

Categorie: Verzekeringscertificaat
- Verzekeringscertificaat, dd. 15/12/2023 (Engels)

Categorie: Vragenlijsten
- vragenlijst clean, versie 2 dd. 29/10/2024 (nl)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

Voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
Secretaris: Dr. L. Goossens

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer UGent – statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits UGent – statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern – huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, ♂
Dr. J. Van Elsen Extern – huisarts ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, , ♂
Prof. dr. K. De Groote UZ Gent – kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent – kindergastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent – psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent – psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent – verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent – verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent – verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent – verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent – apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent – apotheker, ♀
Dhr. B. Vanderhaegen UZ Gent – ethicus, ♂	Dhr. K. Raus UZ Gent – ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent – jurist, ♂	Mevr. V. Vanscheewijck UGent – jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent – nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent – geneticus, ♀
Prof. dr. R. Peleman UZ Gent – internist en pneumoloog, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent – neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent – hartchirurg, ♂	Prof. dr. H. Eker UZ Gent – algemeen en hepatobiliair chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent – fertiliteitsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent – verloskundige, ♀
Dr. R. Van Der Looven UZ Gent – kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent – anesthesist, ♀
Dr. E. Schoentjes UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♀

Bijlage 3a: Aandachtspunten

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de Verklaring van Helsinki, het Oviedoverdrag inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde en alle toepasselijke wet- en regelgeving.

Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker om ervoor te zorgen dat elk lid van het onderzoeksteam over een geldig GCP-certificaat beschikt.

De ICH-GCP vereist dat jaarlijks een voortgangsrapport aan de CME wordt verstrekt, tenzij het onderzoek binnen het jaar wordt beëindigd.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker en de promotor van dit onderzoek voor het waarborgen van de privacy van de persoons- en patiëntgegevens in contacten met patiënten en bij het inkijken van patiëntgegevens, inclusief de correcte omgang hiermee door medewerkers en studenten. De hoofdonderzoeker/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet betreffende de patiëntenrechten van 06/02/2024, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

Het is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever om ervoor te zorgen dat eventueel vertaalde documenten conform zijn met de Nederlandstalige documenten.

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

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer, de reglementen van de wet van 19 december 2008 en het koninklijk besluit van 9 januari 2018 betreffende de biobanken.

De hoofdonderzoeker dient erover te waken dat publicaties, rapporten voor de overheid, enz. steeds het eigen standpunt betreffende de resultaten van dit onderzoek weergeven.

U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk is.

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

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. De opdrachtgever blijft verantwoordelijk voor het onderzoek.

De CME verwacht dat de sponsor bij een volgende indiening rekening houdt met haar huidige opmerkingen.

De goedkeuring van de CME voor een specifiek project is een jaar geldig. Wij verzoeken u om ons te informeren als het onderzoek niet wordt opgestart, binnen een jaar na goedkeuring.

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

Annex 3b: Points of concern

This project falls within the scope of the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

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

It is the responsibility of the principal investigator to make sure that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The ICH-GCP requires that a progress report be provided annually to the CME unless the study is terminated within the first year.

The EC emphasises that it is the responsibility of the principal investigator and the promotor of this study to safeguard the privacy of the personal and patient data during contacts with patients and when consulting patient data, including the correct handling thereof by employees and students. The principal investigator/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with the applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian the Law on the Rights of the Patient of 06/02/2024, and the policy of the institution where the research is carried out.

It is the responsibility of the sponsor to make sure that any translated documents comply with the Dutch documents.

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

Please take into account the hospital's regulations concerning tissue management, the regulations of the law of 19 December 2008, and the Royal Decree of 9 January 2018 concerning the biobanks.

The principal investigator must ensure that publications, government reports, etc. always reflect his or her own position regarding the results of this research.

With regard to clinical trials, any observed serious event should be immediately reported to the sponsor and ethics committee, even if the causal relationship to the study is unclear.

The EC confirms that in the event of a conflict of interest, members involved will not participate in the vote on the study.

The EC's favourable advice does not imply that it assumes responsibility for the planned study. The sponsor remains responsible for the study.

The EC expects the sponsor to take its current comments into account in any future submission.

The EC approval for a specific project is valid for one year. We request that you inform us if the study is not initiated within the first year after approval.

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

Bijlage 12: Goedgekeurd onderzoeksprotocol Ethisch Comité

Kwalitatief onderzoek bij huisartsen over hun ervaringen en visie op de hulpmiddelen voor een niet-medicamenteuze aanpak van slaapklachten en afbouw van benzodiazepines.

Summary

Hoofdonderzoeker (PI): Ellen Van Leeuwen
Referentienummer: ONZ-2024-0338

Owner	Ellen Van Leeuwen
Publication date	-

Details

1 Overview study

Study Overview
Titel onderzoek: Kwalitatief onderzoek bij huisartsen over hun ervaringen en visie op de hulpmiddelen voor een niet-medicamenteuze aanpak van slaapklachten en afbouw van benzodiazepines.
Protocolcode:
Hoofdonderzoeker: Ellen Van Leeuwen
Opdrachtgever: Universiteit Gent

Reference Number
ONZ-2024-0338

Phase
Study Ongoing, not yet enrollment

Advice CME
goedgekeurd / advies gegeven

Date advice CME
2024-10-30

Link to current step in ticket flow (before approval)

Link to ongoing request (ticket)
Geen lopende tickets

Current step HIRUZ/EC
Advies CME gegeven

Link to life cycle study (after approval)

ATTENTION!
Via onderstaande link zal u **na de goedkeuring** de status van het verloop van de studie kunnen bijhouden.
Volgende meldingen dienen verplicht via deze link te gebeuren:
- de start van de rekrutering (prospectief onderzoek)
- de eerste inclusie (prospectief onderzoek)
- het einde van de studie (prospectief onderzoek)
- het indienen van de studieresultaten (retrospectief en prospectief onderzoek)

Link study status after all approvals are given:
Opvolging studie na goedkeuring

2 Study information

ATTENTION!
Na het invullen van de aanvraag kan u deze **indienen via het tabblad "Algemeen"** door op de knop *"dien aanvraag in"* te **klikken**. Deze knop verschijnt pas wanneer alle verplichte velden ingevuld zijn.

2.1 General information

Dutch title of the study:
Kwalitatief onderzoek bij huisartsen over hun ervaringen en visie op de hulpmiddelen voor een niet-medicamenteuze aanpak van slaapklachten en afbouw van benzodiazepines.

English title of the study:

Simplified title/acronym of the study:

I wish to submit an application concerning:
Academisch onderzoek

ATTENTION!
Bij studies met **U(Z) Gent opdrachtgever** of **academisch onderzoek** zal de studie na goedkeuring door de hoofdonderzoeker (medisch beheerder en diensthoofd indien van toepassing) **ingediend worden bij HIRUZ** ter nazicht.
De indiening bij de commissie voor medische ethiek verloopt via HIRUZ.

Bij **commercieel onderzoek** zal de studie na goedkeuring door de hoofdonderzoeker (medisch beheerder en/of diensthoofd indien van toepassing) **ingediend moeten worden door de aanvrager**. Zo kan het exacte moment van indienen bij de commissie voor medische ethiek zelf bepaald worden. Deze indiening verloopt niet via HIRUZ.

This application concerns:

Niet-interventioneel prospectief onderzoek (observationeel)

Is this prospective observational study performed with:
Interviews

Will a retrospective data collection be performed next to the prospective study?
No

Is this data collection conducted with the goal of development of a medical device?
No

ATTENTION!
Veel studies worden uitgevoerd met een **Medical Device (medisch hulpmiddel)** en kunnen onder een specifieke wetgeving vallen.
Om u ervan te vergewissen dat deze studie niet met een Medical Device uitgevoerd wordt, kan u de info raadplegen op de website van het FAGG

Opgelet, **AI algoritmes en software** kunnen ook als een medical device (medisch hulpmiddel) beschouwd worden!

Protocol code or number:

Have you received a preliminary advice from the Medical Ethics Committee in the past for this study?
No

Specify the type of study:
Therapeutisch

2.2 Study conduct

Planned start date of the study:
01-09-2024

Planned end date of the study:
30-06-2026

Will this research be conducted at multiple locations? This study is:
Nationaal, monocentrisch

Will this study be conducted at one or more UZ Gent departments?
No

Is the research question nursing related?
No

3 Parties involved

3.1 Sponsor

Who is the sponsor of this study (in Belgium)?
Universiteit Gent

3.2 Contact person sponsor

Information of the contact person of the sponsor (for Belgium):

Name contact person of the sponsor (for Belgium)
Ellen Van Leeuwen

Mail contact person of the sponsor (for Belgium)
Ellen Van Leeuwen

Phone number of the contact person of the sponsor (for Belgium):
Ellen Van Leeuwen

3.4 Principal investigator

Name Principal Investigator:
Ellen Van Leeuwen
ellen.vanleeuwen@ugent.be

Title Principal Investigator:
Dr.

Affiliation of Principal Investigator to conduct the research:
Universiteit Gent

Specify the Ghent University department of the Principal Investigator:
Vakgroep Fundamentele en Toegepaste Medische Wetenschappen

Does the Principal Investigator performs a health care profession?
Yes

Which health care profession?
01, Arts

Upload/select the CV of the Principal Investigator:
CV_EVL_juni2024.pdf

Upload/select the GCP certificate of the Principal Investigator (max 3 years old):
GCP_Ellen_VanLeeuwen2023.pdf

3.5 Requestor

Overview of the requestor:
Ellen Van Leeuwen
ellen.vanleeuwen@ugent.be

Overview of the requestor (back-up):

3.6 Investigator(s)

Overview other investigators:
Thierry Christiaens||Ketura Verheye
thierry.christiaens@ugent.be||Ketura.Verheye@UGent.be
||
Ugent||Universiteit Gent

||
Ugent||Universiteit Gent

3.7 Study team member(s)

Overview study team members:
Florian Stul
Florian.Stul@UGent.be

Universiteit Gent

Describe the role and tasks of the study team members in this study:
analyse (Florian Stul werkt vanaf oktober in onze onderzoeksgroep)

Are there study team members that are not affiliated with UZ Gent or Ghent University?
No

3.8 Student(s)

Are there students that are going to work on this study?
No

Do you anticipate that there will be students working on this study in the future?
Yes

Are these students in training for a health care profession, as described in KB 78?
Yes

Will the students collect and/or analyze data?
Yes

Are the collected data in the database that the students will receive pseudonymized or anonymized?
De database is gepseudonimiseerd, de link naar de identiteit van de deelnemer wordt bijgehouden apart van de studiedata

5 Research content

5.1 Study and interventions

Please give a (short) summary of the study (Dutch):
Slaapproblemen zijn frequent in de huisartspraktijk en het gebruik van slaapmiddelen ligt hoog in België (VRT Nieuws, 2024). Nochtans raden richtlijnen (Domus Medica, 2018; NHG, 2024) in de eerste plaats aan om slaapproblemen niet-medicamenteus te behandelen en langdurig gebruik van slaapmiddelen af te bouwen. De richtlijn biedt allerlei hulpmiddelen zoals vragenlijsten ter evaluatie, modelbrieven gericht aan de patiënten en brochures om de arts hierin te ondersteunen.

In deze studie willen we de ervaringen en visie van huisartsen over deze hulpmiddelen nagaan door middel van semi-gestructureerde interviews. Deze interviews zullen 30-60 minuten duren en plaatsvinden in de praktijk (of op een door de huisarts gekozen locatie) of online. Huisartsen worden gerekruteerd tijdens bijscholingen over slaapklachten die georganiseerd worden door de Universiteit Gent in samenwerking met de FOD Volksgezondheid.

Please give a (short) summary of the study (English):

Was a similar study already (partly) conducted elsewhere?
No

What are the primary objectives and end points of this study?
ervaringen en visie van huisartsen over de bestaande hulpmiddelen voor een niet-medicamenteuze aanpak van slaapklachten

What are the secondary objectives and end points of this study?

Is this a randomized study?
No

Is this a blinded study?
No

5.2 Questionnaire & interviews

Which validated questionnaires/interview guides will be used:
neen

Which non-validated questionnaires/interview guides will be used:
eigen opgestelde vragenlijst op basis van literatuuroverzicht en expertise van het onderzoeksteam

In which languages are these taken?
nl

Will the interviews be recorded?
Yes

Were will the recordings be stored?
de opnames zullen verwijderd worden na het uitschrijven

Will the recordings be deleted at the end of the study?
Yes

Upload/select interview guides:
Definitieve-vragenlijstv2clean.docx
Definitieve-vragenlijstv1.docx

ATTENTION!
Gelieve per vragenlijst/interview guide de informatie aan te vullen onder het tabblad "documenten".

6 Study subjects, recruitment and informed consent

6.1 Study subjects

Total number of subjects in Belgium for the complete study:
25

--------- Gelieve hieronder de gegevens in te vullen voor **de deelnemers in België**. ---------

The study subjects are:
1, Gezonde personen

Number of healthy study subjects in Belgium:
25

Number of healthy study subjects and patients combined in Belgium:
25

Sex of the study subject:
Mannelijk, Vrouwelijk

Estimation of number of study subjects from 0 to 12 years in Belgium:
0

Estimation of number of study subjects from 12 to 18 years in Belgium:
0

Estimation of number of study subjects from 18 to 65 years in Belgium:
20

Estimation of number of study subjects 65+ in Belgium:
5

Total number of study subjects in Belgium:
25

Are the study subjects own students or staff and/or prisoners?
No

6.2 Recruitment, information and consent

Will legally capable adults participate in this study?
Yes

Is consent of legally capable adult study subjects obtained after receiving clear and objective information regarding the goal of the study?
Yes

Upload/select ICF legally capable adult study subjects:
ICF_Short_Version_Prospective_Observational_Study_Adults_NL_tools-v1.docx

Will legally incapable adults participate in this study?
No

How will the ICF procedure be conducted?
Artsen zullen tijdens bijscholingen over de aanpak van slaap en het afbouwen van slaapmedicatie door de onderzoekers geïnformeerd worden over deze studie en gevraagd worden deel te nemen aan een interview. Als ze geïnteresseerd kunnen zij hun contactgegevens doorgeven aan de onderzoekers samen met moment van tijdstip om gecontacteerd te worden, en op dat moment zullen ze opnieuw geïnformeerd worden over de studie, en bij toestemming zal de ICF ondertekend worden. Bij online interviews zal dit document voorafgaand aan het interview digitaal worden bezorgd voor ondertekening.

Are the most important inclusion criteria listed in the ICF?
Yes

Please list the most important inclusion criteria:
werkzaam als huisarts

Are the most important exclusion criteria listed in the ICF?
Yes

Please list the most important exclusion criteria:
niet werkzaam zijn als huisarts

Are all in- and exclusion criteria clearly listed in the protocol?
No

Explain why not?
er si geen afzonderlijk protocol

Please describe how study subjects are recruited/contacted?
Artsen zullen tijdens bijscholingen over de aanpak van slaap en het afbouwen van slaapmedicatie door de onderzoekers geïnformeerd worden over deze studie en gevraagd worden deel te nemen aan een interview. Als zij geïnteresseerd zijn, zullen hun contactgegevens gevraagd worden en zullen ze later opnieuw gecontacteerd worden voor een interview in hun praktijk of online (naar keuze van de huisarts). Bij dat interview worden ze opnieuw geïnformeerd en zal toestemming gevraagd worden door middel van een handtekening op het ICF. Bij online interviews zal dit document voorafgaand aan het interview digitaal worden bezorgd voor ondertekening.

Is recruitment material used, e.g. flyer/poster...?
Yes

6.3 Recruitment material

Are flyers being used?
No

Are reminders being used?
No

Are e-mails being used?
No

Are advertisements used?
No

Are posters used?
No

Are other recruitment materials used?
Yes

Which other recruitment material?
strookje voor interesse

Upload/select other recruitment materials:
Interesse-strookje-v1.docx

In which languages are the recruitment materials provided?
1, Nederlands

Particularities:
neen

6.4 Urgency

Are there participants whose consent cannot be obtained due to urgency?
No

7 Additional information

7.1 Data Management

Please select the type of the (directly and/or indirectly) identifiable data that will be collected:
mailadress, Gender, Job position and workplace, Age

Specify the type of database that will be used:
Spreadsheet

Are the collected data in the database pseudonymized or anonymized?
De database is gepseudonimiseerd, de link naar de identiteit van de deelnemer wordt bijgehouden apart van de studiedata.

Who is responsible for pseudonimisation of the data?
Ellen Van Leeuwen

Who has access to the key of the code?
Ellen Van Leeuwen

Will the dataset be shared?
No

Can the collected data be re-used in future scientific research?
Yes

Is this clearly described in the ICF?
Yes

Upload/select the data processing register:
plan_209275_20240822v1.pdf

ATTENTION!
"De GDPR vereist dat alle verwerkingen van persoonsgegevens van wetenschappelijk onderzoek geregistreerd worden in een 'register van verwerkingsactiviteiten'.
Sinds 25-05-2018 is het verplicht om een gegevensverwerkingsregister op te stellen voor elk nieuw onderzoek en voor elk amendement aan een reeds lopend onderzoek (waarvoor eerder nog geen register werd ingediend) waarbij persoonsgegevens van levende personen worden verwerkt.
Voor studies met **opdrachtgever U(Z)Gent** dient een register opgesteld te worden via DMPonline.
Voor studies met een andere opdrachtgever dan U(Z)Gent kan het register van de opdrachtgever ingediend worden (indien beschikbaar) of kan een register opgesteld worden via DMPonline.
Meer informatie over het gegevensverwerkingsregister (alsook FAQ) kunnen teruggevonden worden op Intranet of de UGent website ."

7.2 Risks & Benefits

Do you consider this study to be:
1, Waarschijnlijk geen enkel risico inhoudt

7.3 Feasibility

Are there enough study team members to conduct the study?
Yes

7.4 Insurance

Has insurance been taken out for the research in Belgium in accordance with the Belgian law of May 7, 2004, the Belgian law of May 7, 2017 or the Belgian law of December 22, 2020?

Ja

Which insurance policy covers this study?
UZ of UGent

7.5 Financing and budget

Is this study financially or materially supported?
No

What is the estimated cost of the study?
1, < € 20.000

7.6 Statistics

Is there an SAP (statistical analysis plan) available?
No

On what is the number of subjects based in order to fulfill the goals of the study?
op basis van vroeger onderzoeken expertise van het team

Is the number of subjects the result of a formal sample calculation?
No

7.7 Archiving

Where will the study documents be archived after the end of the study?
op de share van de klinische farmacologie

How many years will the documents be archived?
10 jaar na einde studie

ATTENTION!
Voor studies met U(Z) Gent opdrachtgever worden volgende bewaartermijnen gehanteerd:
- voor **geneesmiddelenstudies**: 25 jaar na einde studie
- voor **studies met medical devices**: 10 jaar na einde studie
- voor **alle andere experimenten**: 10 jaar na einde studie

Is the duration of archiving of study documents mentioned in the ICF?
Yes

Declaration before submission

ATTENTION!
Na het invullen van de aanvraag kan u deze **indienen via het tabblad "Algemeen"** door op de groene knop *"Dien aanvraag in"* te klikken. Die knop verschijnt pas wanneer alle verplichte velden ingevuld zijn en onderstaande statements werden bekrachtigd.

Tijdens het indieningsproces zijn bepaalde stappen in het ticket enkel uitvoerbaar door de aanvrager. Meer informatie over het indienen en opvolgen van de aanvraag is terug te vinden in de handleiding onderzoeksportaal

Een aanvraag zal pas **ontvankelijk** verklaard worden door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan U(Z)Gent wanneer de noodzakelijke gegevens (naam, categorie, titel, versienummer, versiedatum en taal) werden aangevuld voor de documenten die ingediend worden.
Dat kan **per document** aangevuld worden via het blauw potloodje onder de kolom "actie" in het tabblad "Documenten". Meer informatie alsook een handleiding is terug te vinden in het "handvat documenten in het onderzoeksportaal".

Statements before submission
All information in the documents was completed., This application was completed truthfully., The study will only be started after all necessary approvals (Committee for Medical Ethics, FAMHP, FANC, DAC - whichever are applicable) have been obtained., The study will only be started after all necessary contracts have been signed (if applicable).

Statement regarding "Study follow-up"
The start and further course of the study will be communicated via the "Study follow-up (Life cycle study)" tab.