VERMINDEREN VAN HET SLAAPMIDDELEN GEBRUIK BIJ 65+ ERS: HINDERNISSEN VOOR ARTS EN PATIËNT

Ethel BRITS, KU Leuven

Promotor: Sibyl ANTHIERENS, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2018

ABSTRACT

INLEIDING: Slapeloosheid is een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. België is koploper in Europa in het medicaliseren van het slaapprobleem. Vooral 65+-ers gebruiken chronisch slaapmedicatie. Nochtans raden wetenschappelijke richtlijnen dit af, aangezien deze medicatie het risico op vallen en fracturen bij ouderen verhoogt.

DOELSTELLING: Dit onderzoek heeft als doel om slaapmiddelen af te bouwen bij 65+-ers en dit proces in kaart te brengen, onder meer door na te gaan welke hindernissen een succesvolle afbouw in de weg staan. Het is een praktijkverbeterend project dat, aan de hand van actieonderzoek, de kwaliteit van zorg wil verhogen.

METHODE: Patiënten die chronisch slaapmedicatie innemen en voldoen aan een aantal inclusiecriteria (o.a. leeftijd 65+) worden begeleid in het afbouwproces. Er worden hindernissen geïdentificeerd aan de hand van vragenlijsten en motiverende consultaties. Nieuwe inzichten die gedurende het proces tot stand komen, worden verwerkt in het onderzoek om telkens het proces bij te sturen volgens het actieonderzoeksmodel. Finaal worden enkele aanbevelingen geformuleerd, toepasbaar in de dagdagelijkse huisartsenpraktijk, in de begeleiding van patiënten die chronisch slaapmedicatie gebruiken.

RESULTATEN: Zes patiënten stemden in om deel te nemen aan het onderzoek, evenveel mannen als vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 70 jaar. Zij gebruikten gemiddeld reeds 9,2 jaar een slaapmiddel. Bij aanvang van de studie vulden zij een vragenlijst in. Via de dosis-reductiemethode werd de medicatie afgebouwd. Tijdens motiverende consultaties werden vragen gesteld om hindernissen in kaart te brengen. Drie patiënten stopten de medicatie volledig tijdens de onderzoeksperiode.

CONCLUSIE: In een periode van slechts 10 weken slaagde bijna 1 op 5, van de patiënten die werden aangesproken om deel te nemen, erin om te stoppen met slaapmedicatie. Dit door begeleiding onder de vorm van motiverende consultaties en de dosis-reductiemethode.
Uit dit onderzoek komen enkele aanbevelingen: 1/ een goede inhoudelijke voorbereiding door de arts rond slaapproblematiek, slaapmedicatie en motiverende consultatievoering is noodzakelijk; 2/ de arts moet de patiënt zeer concrete tips rond slaaphygiëne kunnen aanreiken; 3/ het EMD is een nuttige tool om een (vervolg)gesprek over afbouwen in te plannen, in samenspraak met de patiënt; 4/ de patiënt moet betrokken worden in het uitstippelen en bijsturen van het traject, o.a. in het afbouwschema; 5/ de periode van interventie valt best in de lente of zomer; 6/ een stopbrief kan de agenda van de consultatie en de planning ten goede komen

INHOUDSTABEL

Abstract 2

Inhoudstabel 3

Inleiding en literatuurstudie 4

Methode 8

- Stappenplan 8
- Onderzoekspopulatie 9
- Vragenlijsten 9
- Afbouwschema 10
- Motiverende consultatievoering 10
- Goedkeuring door ethisch comité 11

Resultaten 12

- Baseline informatie 12
- Hindernissen uit literatuur 13
- Consult 1 13
- Consult 2 18
- Consult 3 24
- Consult 4 29
- Eindresultaat 31

Discussie 32

Conclusie 34

BIBLIOGRAFIE 35

Dankwoord 36

Bijlagen 37

INLEIDING EN LITERATUURSTUDIE

Slaapproblemen zijn een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. In de Belgische gezondheidsenquête van 2013, bleek 1/3de van de bevolking te kampen met slaapproblemen. In vergelijking met 2008, waar nog 21% melding maakte van slaapproblemen, is dit een forse stijging (1). België is bovendien koploper in Europa in het medicaliseren van het slaapprobleem: 13% van de bevolking, ouder dan 15 jaar, geeft aan een voorgeschreven slaap-of kalmeringsmiddelen gebruikt te hebben in de 2 weken voorafgaand aan de enquête. Markant is het stijgende percentage met de leeftijd: in de leeftijdscategorie 75+ gebruikt 35% een slaap- of kalmeringsmiddel. Bij de hoogstopgeleiden ligt het percentage aanzienlijk lager (11%) in vergelijking met de laagstopgeleiden (33%); ook ligt het percentage hoger bij vrouwen (40%) dan bij mannen (26%). In 90% van de gevallen betreft het slapeloosheid, door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gedefinieerd als minstens driemaal per week slecht slapen met gevolgen zoals moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie (2). Andere slaapproblemen zijn vb. bruxisme, nachtmerries, obstructieve slaapapneu syndroom (OSAS), restless-legssyndroom en narcolepsie (1; 2; 3).

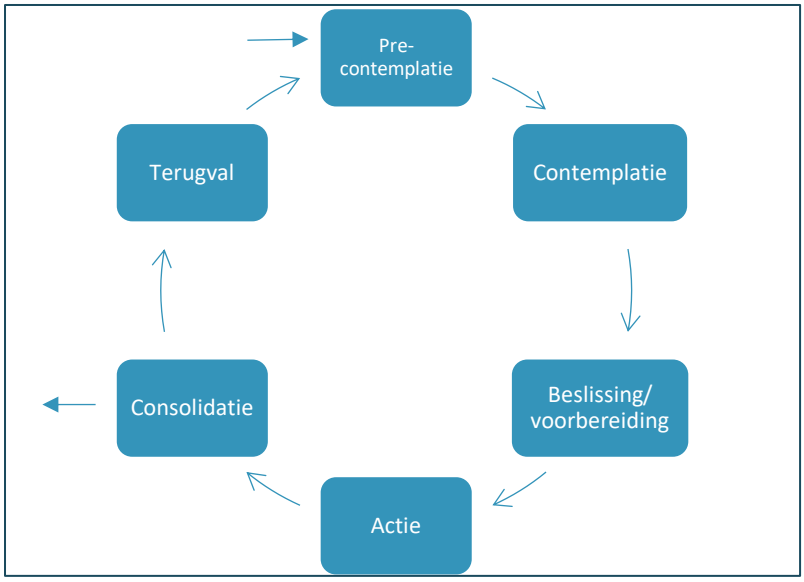
Slapeloosheid dient in eerste instantie niet-medicamenteus aangepakt te worden (2; 3; 4). De behandeling van de onderliggende oorzaak primeert, voor zover dit mogelijk is. Patiënten informeren en voorlichten is een volgende stap in het beleid (2; 3). De arts dient zich een goed beeld te vormen van de opvattingen van de patiënt om vervolgens op maat advies te geven en de kijk van de patiënt op slaap en slapeloosheid bij te sturen (3). Als deze educatie onvoldoende effect heeft, kan de arts samen met de patiënt beslissen om slaaphygiëne gecombineerd met een stimuluscontroleprogramma voor te schrijven. Verwijzing van de patiënt naar een gespecialiseerde hulpverlener of voor een polysomnografisch onderzoek kan nodig zijn als na 5 à 10 weken geen verbetering optreedt (3).
De indicaties voor een medicamenteuze behandeling van slapeloosheid zijn zeer beperkt (2; 3; 4). Het gebruik van slaapmiddelen kan aangewezen zijn in uitzonderlijke acute omstandigheden, vb. bij een overlijden en/of als de slapeloosheid lijdt tot ernstig disfunctioneren. Kortdurend (enkele dagen), kan een kort- of middellang werkend product voorgeschreven worden aan een lage dosis, steeds in combinatie met voorlichting en niet-medicamenteus advies. Het is van belang om bij het opstarten reeds een tentatieve stopdatum te voorzien (4).
Benzodiazepines zijn eerste keuze indien een slaapmiddel noodzakelijk wordt geacht, ze zijn even doeltreffend als de andere hypnotica, en weinig toxisch bij overdosering (4; 5). Ze worden gebruikt als slaapmiddel sinds 1960, destijds als veilig alternatief van barbituraten waarvan inmiddels het risico op respiratoire depressie duidelijk werd (6). Het werkingsmechanisme werd pas duidelijk midden jaren 1970: benzodiazepines versterken selectief de remmende werking van GABA (γ-aminoboterzuur) op de benzodiazepinereceptor in de hersenen, er is bijgevolg een verminderde excitatie van de betreffende hersencellen. Hierdoor hebben ze anticonvulsieve, anxiolytische, hypnotische en spierrelaxerende effecten (5). De populariteit van benzodiazepines steeg snel tot einde jaren 1970. Diazepam was lange tijd het meest voorgeschreven van alle farmaca, het liet zelfs de klassen van antihypertensiva en analgetica achter zich (6). Tot in de jaren 1980 duidelijk werd dat ze bij langdurig gebruik aanleiding gaven tot tolerantie, afhankelijkheid en middelenmisbruik (6; 7). Middelen verwant aan benzodiazepine, Z-drugs, hebben een werkingsmechanisme analoog aan benzodiazepines en geen voordelen qua doeltreffendheid of veiligheid. Zij zijn geen eerste keuze aangezien er geen meerwaarde is aangetoond en de kostprijs hoger ligt (4).

Chronisch gebruik van slaapmiddelen wordt ontraden omwille de bijwerkingen en de vermindering van effectiviteit bij langdurig gebruik (2; 3; 8; 9; 10). Immers, inname van slaapmiddelen brengt na enkele weken psychische en fysieke afhankelijkheid met zich mee, gewenning treedt op waardoor het effect afneemt en een hogere dosis nodig is (2; 11). Studies tonen aan dat in vergelijking met een placebo, slaapmiddelen de inslaapduur gemiddeld met 15 tot 20 minuten verkorten en de slaapduur met 30 tot 50 minuten verlengen. Echter, na een 2-tal weken neemt dit effect geleidelijk terug af (12). Een van de belangrijkste bijwerkingen is sedatie, met sufheid en vermindering van cognitieve en motorische prestaties tot gevolg (13). Het effect op de psychomotoriek verhoogt de valneiging (14) en het risico op verkeersongevallen (10). Volgens het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium hebben slaapmiddelen "*gezien hun ongewenste effecten slechts een zeer beperkte plaats in de aanpak van slapeloosheid bij ouderen"* (4; 15). Wetenschappelijke richtlijnen raden het voorschrijven van slaapmiddelen bij 65+ers af (7), voornamelijk om wille van het risico op vallen (16; 14) en fracturen (2; 9; 17; 18). Eén op drie thuiswonende 65+-ers valt minstens 1 maal per jaar, het gebruik van slaapmiddelen is één van de uitlokkende factoren (14; 18). Bij kwetsbare ouderen kan de verstoring van de psychomotoriek door slaapmiddelen bovendien gepaard gaan met ademhalings- en slikstoornissen, met aspiratiepneumonie of delirium als mogelijk gevolg (19; 20).

Bij abrupt stoppen met slaapmiddelen zijn er mogelijk ontwenningsverschijnselen zoals angst, gastro-intestinale klachten, perceptiestoornissen en treedt de slapeloosheid terug op. Een stoppoging geeft hierdoor de patiënt vaak de indruk het slaapmiddel nodig te hebben (2; 8). Gebruikers van slaapmiddelen ondervinden zelf meestal weinig negatieve effecten van hun medicatie, waardoor het initiatief om af te bouwen zelden door de patiënten genomen wordt. Voor het inperken van chronisch gebruik is daarom een actieve rol van de huisarts vereist door medicatie-educatie te geven en het probleem/de vraag aan het voor te leggen (2; 3; 21; 22).

Er zijn enkele strategieën gekend die de huisarts kan toepassen in de dagelijkse praktijkvoering. De geleidelijke afbouw of gereguleerde dosisreductie is de meest effectieve strategie (23; 24). Omwille van de ontwenningsverschijnselen bij abrupt stoppen (cf. supra), is het aangewezen om chronische gebruikers van slaapmedicatie geleidelijk te laten minderen via een duidelijk afbouwschema (2; 3; 4) vb. met 10 à 25 % per week of per 2 weken. Flexibiliteit in het schema in overleg met de patiënt is aanbevolen. Vaak wordt om af te bouwen omgeschakeld naar een benzodiazepine met lange halfwaardetijd (vb. diazepam). Deze strategie staat ter discussie omdat het kan leiden tot toegenomen sufheid overdag (4; 24). Het afbouwproces moet gepaard gaan met goede voorlichting door de arts met niet-medicamenteuze adviezen (2; 25).
Studies hebben aangetoond dat een minimale interventiestrategie ongeveer 20% van de chronische gebruikers kan aanzetten tot stoppen (26; 23). Voorbeelden van dergelijke interventies zijn een stopbrief en een consultatie bij de huisarts met voorlichting (2; 25). Bij patiënten met een ernstige verslaving aan slaapmiddelen of met een bijkomende verslavingsproblematiek aan andere middelen is een verwijzing naar de gespecialiseerde zorg aanbevolen. Ook gemotiveerde patiënten bij wie bovenvermelde strategieën niet succesvol bleken, worden verwezen.
Er is weinig wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van medicatie zoals antidepressiva, anticonvulsiva, bèta-blokkers en melatonine m.b.t. het verminderen van ontwenningssymptomen en het verhogen van de slaagkans (2; 3; 19).

Om het chronisch gebruik van slaapmiddelen terug te dringen, is het initiatief van en een goede begeleiding door de huisarts vereist. Om de consultatie met het oog op afbouwen van slaapmedicatie optimaal te benutten, wordt in de literatuur de methode van motiverende gespreksvoering volgens het veranderingsmodel van Prochaska en Diclemente aanbevolen (3; 22; 27) (fig.1).



Figuur 1. Het veranderingsmodel volgens Prochaska en Diclemente (27)

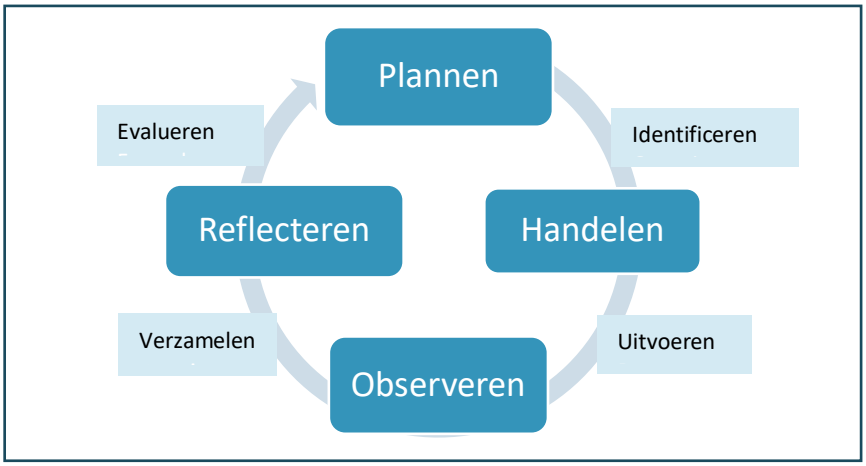
Het proces wordt weergegeven in een cirkel van 6 stappen (fig. 1):

- Precontemplatiefase: hier start het proces in vele gevallen. Er is nog geen intentie tot verandering. Vaak is de patiënt zich niet bewust dat er zich een probleem stelt.
- Contemplatiefase: de patiënt is zich nu bewust van het probleem en overweegt om er iets aan te doen.
- Beslissingsfase: de patiënt beslist om het probleem aan te pakken en maakt hiervoor de voorbereiding en concrete plannen.
- Actiefase: het besluit wordt omgezet in actie, er wordt iets aan het probleem gedaan.
- Consolidatiefase: de patiënt probeert de bereikte verandering te consolideren en niet te hervallen. Het is belangrijk dat het nieuwe gedrag verankerd wordt in het leven.
- Terugval: vaak slaagt de patiënt er niet in om de bereikte verandering te bestendigen. De patiënt valt (gedeeltelijk) terug in de oude situatie en het proces begint dan al dan niet volledig opnieuw.

Het proces heeft geen duidelijk begin en eindpunt en tijdens iedere stap is een terugval mogelijk. De patiënt betrekken bij elke stap is noodzakelijk om de consolidatiefase te bereiken. Een terugval is niet noodzakelijk volledig, bovendien kunnen patiënt en arts eruit leren. Het is belangrijk om de patiënt niet te veroordelen bij een terugval, maar net te ondersteunen en te motiveren (2; 3; 27).

Het traject van ontwenning en afbouw van slaapmedicatie vergt van de arts een intensieve begeleiding (2; 3; 4). Buiten het doel van het succesvol individueel proces, is het zinvol om te leren uit elke situatie. In de dagelijkse praktijkvoering van de huisartsen zal dit leerproces eerder bestaan uit het opbouwen van ervaring, maar een onderzoeksproject geeft de mogelijkheid om bovendien het proces te documenteren, gaandeweg bij te sturen en uiteindelijk te consolideren in bruikbare adviezen. Een zinvol onderzoeksmodel hiervoor is actieonderzoek. In dit type onderzoek wordt het proces gaandeweg bijgestuurd. Men doorloopt telkens een cyclus van plannen, handelen, observeren en reflecteren (fig. 2). Het is geen rigide structuur, het proces kan afwijken van de cyclus net omwille van de continue feedback en (her)planning (28; 29; 30).

Ondanks campagnes van de overheid en duidelijke wetenschappelijke richtlijnen, worden slaapmiddelen nog steeds op grote schaal voorgeschreven in België. Er zijn factoren die kunnen toegeschreven worden aan de arts die onvoldoende informeert, sensibiliseert en begeleidt. Anderzijds zijn er patiëntgebonden factoren die een rol spelen: de keuze voor een gemakkelijkheidsoplossing, gebrek aan engagement (21; 3; 18). Dit onderzoek heeft als doel om slaapmiddelen af te bouwen bij 6 patiënten in een huisartsenpraktijk en dit proces in kaart te brengen, onder meer na te gaan welke hindernissen een succesvolle afbouw in de weg staan. Het is een praktijkverbeterend project dat, aan de hand van actieonderzoek (fig. 2), de kwaliteit van zorg wil verbeteren: aan patiënten die chronisch slaapmiddelen gebruiken zal gevraagd worden om de medicatie af te bouwen. Er wordt gekozen voor een doelgroep van 65+-ers aangezien het risico op nevenwerkingen in deze categorie het hoogst is.



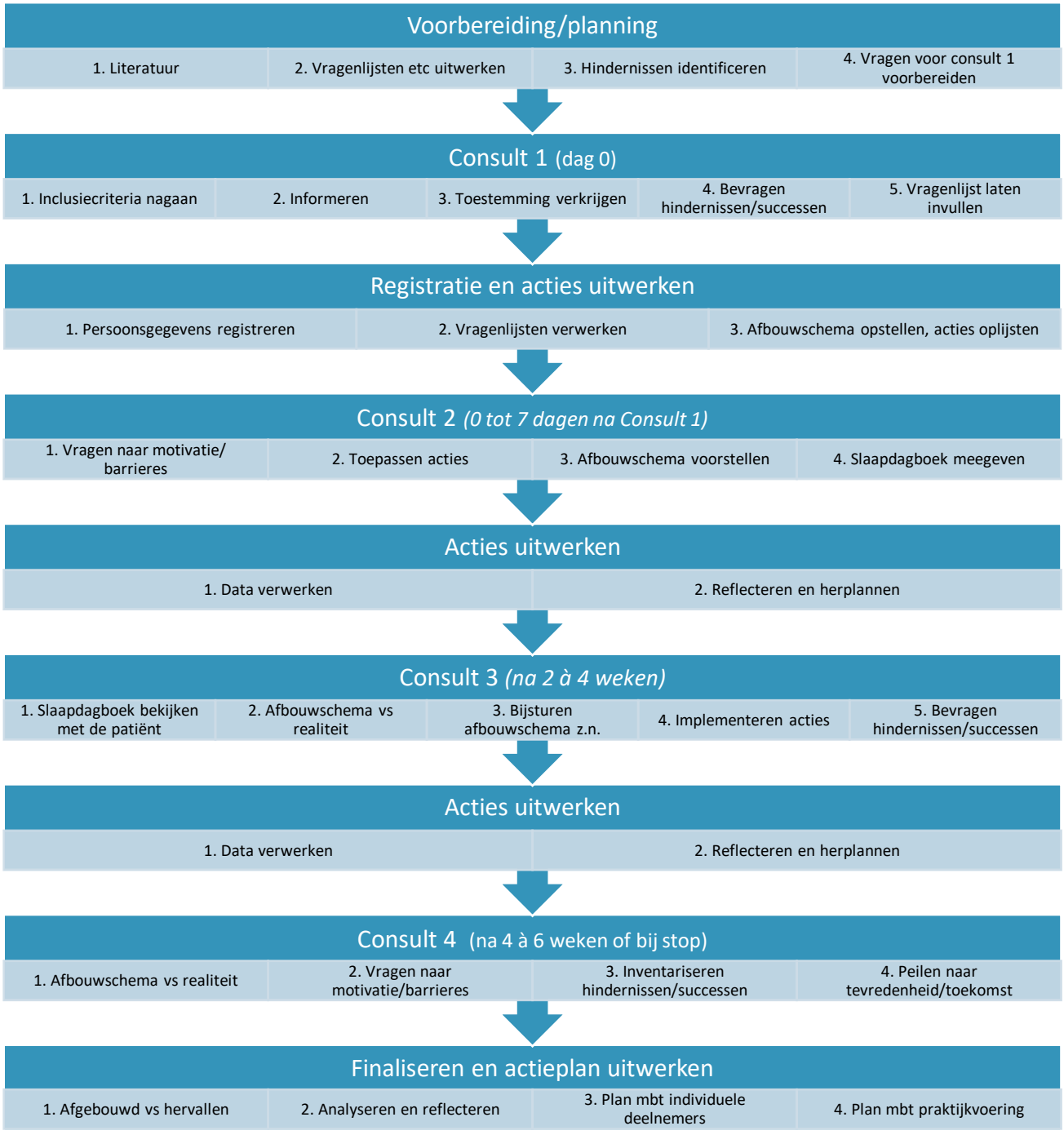
Figuur 2. Het actieonderzoeksmodel (28; 29; 30)

De onderzoeker zal tijdens het begeleiden van de patiënt in het afbouwproces hindernissen identificeren voor zowel de arts als de patiënt, en acties/interventies uitwerken. Het is de bedoeling dat nieuwe inzichten die gedurende het proces tot stand komen, worden verwerkt in het onderzoek om telkens het proces bij te sturen volgens het actieonderzoeksmodel (fig. 2). Finaal worden aanbevelingen geformuleerd, toepasbaar in de dagdagelijkse huisartsenpraktijk, in de begeleiding van patiënten die chronisch slaapmedicatie gebruiken.

METHODE

STAPPENPLAN

In onderstaand schema wordt voorgesteld welke stappen er gepland worden per patiënt (fig. 3), het schema is gebaseerd op de strategie van minimale interventies en gereguleerde dosisreductiemethode (2), tevens wordt gebruik gemaakt van actieonderzoek om gaande het proces hindernissen te identificeren, aan te pakken en het proces bij te sturen (fig. 2). Vragenlijsten (31; 32) (bijlage 1) en motiverende consultatievoering (fig. 1) worden hiertoe ingezet.



Figuur 2. Stappenplan en timing van de studie

ONDERZOEKSPOPULATIE

Dit onderzoek werd uitgevoerd in een opleidingspraktijk in Geel. Van de 1079 patiënten, was bij aanvang van het onderzoek (1 januari 2018) 48,7% vrouw en 26,8% 65 jaar of meer. Het percentage vrouwen was nagenoeg gelijk in de patiëntenpopulatie 65+-ers (48,4%). Er waren 90 patiënten die chronisch een slaapmiddel gebruiken, waarvan 48 65+-ers . Meer dan 2/3de was vrouw (68,9%), met een nagenoeg gelijke verdeling bij de 65+-ers (68,8%).

In de wachtzaal werd het onderzoek bij middel van een affiche aangekondigd. Aan patiënten die slaapmiddelen gebruiken en op consultatie komen in januari 2018 werd gevraagd deel te nemen aan het onderzoek.

Enkele inclusiecriteria werden toegepast bij de selectie van de onderzoekspopulatie:

- Leeftijd 65+
- Wilsbekwaam
- Chronisch (>12 weken) dagelijks gebruik van benzodiazepines of middelen verwant aan benzodiazepine (volgens BCFI) (15)
- Patiënt zijn in de praktijk waar de onderzoeker (HAIO) werkt
- Geen gebruik van slaapmiddelen in kader van ontwenning aan middelen (kalmerende of stimulerende)
- Geen stoornis in het gebruik van slaapmiddelen (volgens DSM5 criteria) (33)

De controle van bovenstaande criteria gebeurde op basis van informatie beschikbaar in het elektronisch medisch dossier (EMD) en anamnestisch tijdens de consultatie. Er werd gekozen omwille van praktische redenen om enkel patiënten te rekruteren die op consultatie in de huisartsenpraktijk kwamen, niet tijdens huisbezoeken.

Het project werd door de onderzoeker beknopt mondeling voorgesteld aan de patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden, dit op basis van het informatieblad over de studie (bijlage 2). Aan alle patiënten werd tevens schriftelijke informatie verstrekt onder vorm van het informatieblad (bijlage 2) en van de brochure “Ik wil stoppen met slaapmiddelen” (34; 25). Toestemming tot deelname werd vervolgens schriftelijk gevraagd aan de hand van het toestemmingsformulier (bijlage 3) aan de participanten. Op het moment van de toestemming worden tevens basisgegevens (leeftijd, geslacht, welk slaapmiddel) geregistreerd.

Op 1 februari 2018 is de overheid gestart met een nieuwe campagne rond slaap- en kalmeermiddelen. Het aanbod biedt tools om de arts toe te laten een patiënt goed te begeleiden. Op het moment van aanvang van het onderzoek was dit materiaal echter nog niet ter beschikking. Aangezien in dit onderzoek werkt volgens het model van actieonderzoek, was het mogelijk om het materiaal op te nemen zodra het ter beschikking kwam (21).

VRAGENLIJSTEN

Deelnemers werd gevraagd een vragenlijst in te vullen om een beeld te geven van de afhankelijkheidsgraad aan slaapmiddelen en van de eigen perceptie van de slaapkwaliteit.

Deze vragenlijst (bijlage 1) bundelt de volgende gestandaardiseerde vragenlijsten:

- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Nederlandse versie (31)
- Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire, Nederlandse versie (32)

In bijlage 1 wordt de vragenlijst weergegeven. De deelnemers leverden de vragenlijst in na het eerste consult. De keuze werd aan de patiënt gelaten om aansluitend aan consult 1 de vragenlijst in te vullen in de wachtzaal en dadelijk in te leveren of thuis in te vullen en binnen de week in te leveren. Aan de hand van de vragenlijst werd een afbouwschema opgesteld en acties uitgewerkt ter voorbereiding van het tweede consult.

AFBOUWSCHEMA

Slaapmedicatie werd geleidelijk verminderd met behulp van een afbouwschema dat in overleg met de patiënt is opgesteld. Zo nodig werden door de apotheker capsules gemaakt met aangepaste, niet-commercieel verkrijgbare, dosis.

- Week 1: -10% a 25%
- Week 2: idem of verder -10% a 25%
- Week 3: idem of verder -10% a 25%
- Week 4: idem of verder -10% a 25%

Een schema werd opgesteld voor een maximale periode van 4 weken (2; 3). Een tussentijdse consultatie werd voorzien ter begeleiding van de patiënt in het afbouwproces na 2 of 4 weken of bij noodzaak. In het geval de patiënt slechts 1 standaarddosering slaapmiddel gebruikte, kon in principe veilig abrupt gestopt worden.

MOTIVERENDE CONSULTATIEVOERING

CONSULT 1

De vraag tot deelname werd gesteld aan patiënten die op consultatie kwamen in de periode januari 2018 en er werd nagegaan of ze voldeden aan de inclusiecriteria. Zo ja, dan werd mondeling informatie over de studie gegeven en gevraagd naar eventuele bereidheid tot deelname.
Aan de patiënten die deelname overwogen in deze eerste consultatie werden enkele vragen gesteld om het medicatiegebruik te kaderen en te peilen naar motivatie om te stoppen.

- Wanneer is het slaapmiddel bij u opgestart? Wat was de aanleiding?
- Heeft u al eens proberen te stoppen met slaapmedicatie? Waarom mislukte dat?
- Denkt u dat uw slaapmiddel efficiënt is? Werkt de medicatie minder goed dan bij aanvang?
- Bent u nu gemotiveerd om te stoppen? Waarom (niet)? Barrières?
- Waarom denkt u dat het nu gaat lukken/mislukken?

Gezien het belang om tijdens motiverende gespreksvoering in te spelen op de individuele patiënt (3), werd er niet gekozen voor een vast stramien van bevragen, maar werden de vragen verwerkt in de consultatie. De antwoorden werden door de onderzoeker genoteerd tijdens de consultatie.
Na het gesprek werd nogmaals gevraagd of ze wensten deel te nemen. Alle patiënt kreeg schriftelijke informatie mee naar huis over stoppen met slaapmedicatie (25). Er werd afgetoetst wat de patiënt weet over de werking en de nevenwerkingen van slaapmedicatie. Er werd met de patiënt een vragenlijst meegegeven (31; 32) (bijlage 1). Een vervolgconsult werd afgesproken.

CONSULT 2

Op basis van de vragenlijsten en het eerste consult werd een afbouwschema opgesteld (2; 3; 4). Dit werd met de patiënt besproken. Er werd ook een slaapdagboek meegegeven om tijdens het proces bij te houden (2). Er werd aan de hand van enkele vragen nagegaan of er verandering waren in de motivatie t.o.v. consult 1 en of de patiënt zich kon vinden in het voorgestelde traject.

- Is uw motivatie om te stoppen gewijzigd?
- Denkt u dat het afbouwschema haalbaar is?
- Zijn er hindernissen/barrières/motivaties die u nu voelt, vb. omdat het erg concreet wordt, of omdat u beter geïnformeerd bent?
- Is het een meerwaarde voor u als patiënt dat er een consultatie volledig gewijd wordt aan de afbouw van slaapmedicatie?
- Denkt u het traject te kunnen afwerken?

CONSULT 3

Afhankelijk van het afbouwschema werd een derde consultatie gepland na 2 à 4 weken of bij stop. Doel was om na te gaan of het afbouwschema gevolgd kon worden of om aanpassingen vroeg. Het slaapdagboek werd samen met de patiënt overlopen. Er werd via enkele vragen opnieuw gepeild naar de motivatie. In dit gesprek werden de interventies/acties toegepast die werden geformuleerd op basis van data uit consultatie 2. Ook interventies/acties op basis van ervaring met andere patiënten in het onderzoek werden meegenomen indien mogelijk en relevant.

- Is uw motivatie gewijzigd ten opzichte van vorig consult?
- Was het afbouwschema haalbaar? Heeft u bijgestuurd gaandeweg?
- Zijn er hindernissen/barrières/motivaties opgedoken in de afgelopen weken?
- Denkt u het traject te kunnen afwerken?

CONSULT 4

Afhankelijk van het afbouwschema werd een vierde consultatie gepland na 4 à 6 weken of bij stop. Doel was om na te gaan of het afbouwschema verder gevolgd kon worden, al dan niet tot stop. Er werd via enkele vragen opnieuw gepeild naar de motivatie. In dit gesprek werden de interventies/acties toegepast die werden geformuleerd op basis van data uit consultatie 2 en 3.
Voor het onderzoek was consult 4 het finale consult. Indien nodig werd buiten het onderzoek de begeleiding van de patiënt uiteraard verdergezet.
De belangrijkste vragen waren:

- Is het (aangepaste) afbouwschema gevolgd?
- Is er een volledige stop bereikt? Zo nee, waarom niet?
- Bent u tevreden? Voelt u zich beter/slechter? Slaapt u beter/slechter?
- Indien u dit keer bent hervallen, of niet volledig bent gestopt, wenst u in de toekomst een nieuwe poging te ondernemen?
- Zijn er hindernissen/barrières/motivaties opgedoken in de afgelopen weken?
- Denkt u, indien u gestopt bent, dit te kunnen volhouden?

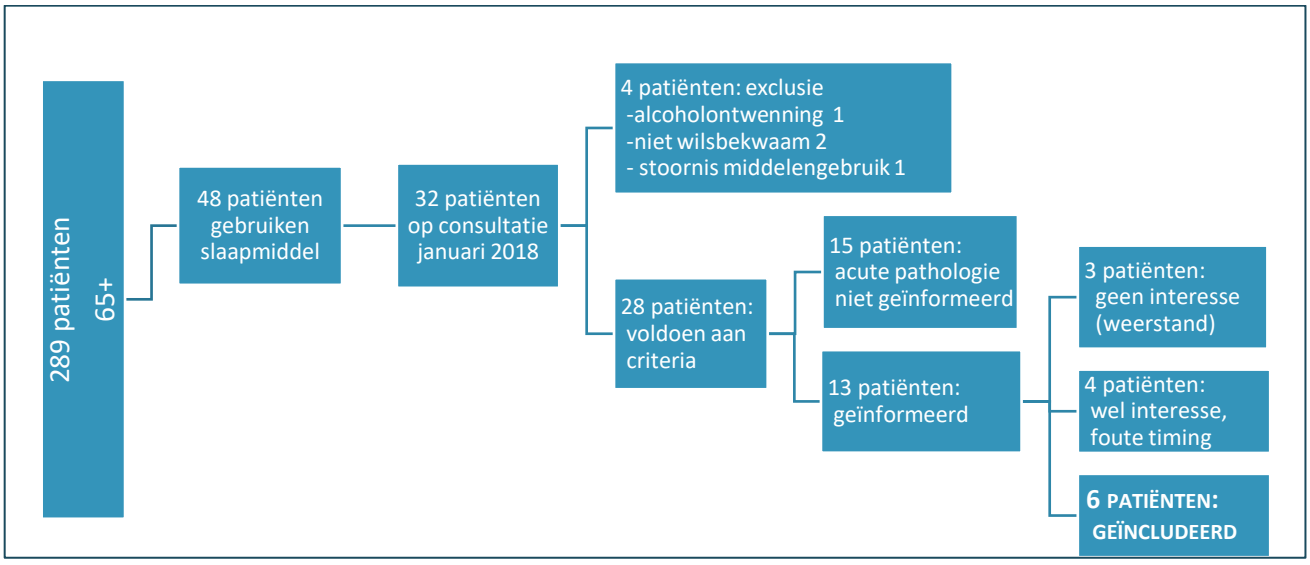
GOEDKEURING DOOR ETHISCH COMITÉ

Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité. Het schrijven van het ethisch comité en het goedgekeurde protocol werden toegevoegd in bijlage (resp. bijlage 4 en 5).

RESULTATEN

BASELINE INFORMATIE

In de huisartsenpraktijk werden bij aanvang van de studie 289 patiënten gevolgd met een leeftijd van 65 jaar of hoger. Van deze groep namen 48 patiënten een slaapmiddel, zijnde benzodiazepine of middel verwant aan de benzodiazepines. Hiervan kwamen in de rekruteringsperiode, januari 2018, 32 patiënten op consultatie. Na toepassen van de inclusiecriteria, bleven 28 potentiële deelnemers over. In de studieopzet was gepland om aan al deze patiënten een vraag tot deelname te stellen. Reeds snel werd duidelijk, dat het niet wenselijk is bij acuut zieke patiënten de studie ter sprake te brengen. De patiënt is door ziekte minder luisterbereid, de agenda wordt overladen, het gevaar bestaat te veel nieuwe informatie aan de patiënt te geven. Daarom werd de studie enkel voorgesteld aan patiënten die voor een controle onderzoek of herhaalvoorschrift van medicatie kwamen, zijnde 13 patiënten. Drie patiënten vroegen op basis van de affiche in de wachtzaal zelf om deel te kunnen nemen. Aan 10 andere patiënten werd gevraagd of er interesse bestond. Drie patiënten hadden geen interesse. Het informatieblad (bijlage 2) en de folder (25; 34) werden toch meegegeven ter sensibilisering. Vier patiënten toonden interesse en waren bereid om af te bouwen maar op een later tijdstip (buiten de onderzoeksperiode). De redenen waren een geplande heelkundige ingreep met ziekenhuisopname, een recent overlijden van een familielid en “de tijd van het jaar: liever in de zomerperiode”. Ook aan hen werd de documentatie meegegeven, bovendien werd in afspraak met de patiënt het EMD genoteerd het onderwerp bij een volgende consultatie terug aan te snijden.



Figuur 4. Selectie van de studiepopulatie

Zes patiënten werden uiteindelijk gerekruteerd om in het onderzoekstraject te stappen (fig. 4). De gemiddelde leeftijd was 70 jaar, er waren evenveel mannen dan vrouwen. In onderstaande tabel worden de basisgegevens van de deelnemers weergegeven (tabel 1), in volgorde van inclusie in de studie. Tevens wordt het startmoment (jaartal) en de reden voor het opstarten weergegeven. Deze informatie werd bevraagd tijdens consult 1. De gemiddelde duur van inname van slaapmedicatie is 9,2 jaar. Bij 4 patiënten werd de slaapmedicatie gestart door de huisarts, bij 2 patiënten tijdens een ziekenhuisopname.

Tabel 1. Basisgegevens van de studiepopulatie

Code	Geslacht	Leeftijd	Slaapmiddel (stofnaam)	Start inname	Reden inname
1	Vrouw	70	Zolpidem 10mg	2008	overlijden man
2	Man	73	Zolpidem 10mg	2002	echtscheiding
3	Man	71	Alprazolam 0,5mg	2014	ziekte
4	Vrouw	67	Zolpidem 10mg	2010	stress
5	Man	65	Zolpidem 10mg	2013	kanker
6	Vrouw	74	Lormetazepam 1mg	2006	heelkunde

HINDERNISSEN UIT LITERATUUR

Op basis van literatuur werd een lijst opgesteld van mogelijke hindernissen, weerstand of problemen die kunnen opduiken tijdens consult 1 (2; 3; 4; 8; 11; 17; 22; 26). Doel hiervan was om voorbereid te zijn op vragen en bedenkingen van de patiënt, om zo beter te kunnen informeren en motiveren tot het afbouwen van de slaapmedicatie. Eveneens was de voorbereiding relevant om als arts gedecideerd en onderbouwd het motiverende consult aan te vatten. Er zijn verschillende factoren van belang om een patiënt die chronisch slaapmedicatie gebruikt succesvol te laten stoppen. Voor alle patiëntgebonden en alle arts-gebonden factoren werd indien mogelijk een interventie of oplossing voorbereid (tabel 2).

Tabel 2. Hindernissen en interventies uit de literatuur

Actor	Probleem/hindernis	Interventie/oplossing
Patiënt	Geen kennis van nevenwerkingen	Informatie verstrekken (18; 25; 34)
	Geen last van nevenwerkingen	Informatie verstrekken (18; 25; 34)
	Angst om slechter te slapen	Proces en afbouwschema uitleggen (18; 25; 34)
	Angst om te falen, al dan niet uit voorgaande slechte ervaring	Begrip, falen is niet erg, het is een (leer)proces Begeleiding aanbieden
	Niet gemotiveerd	Sensibiliseren, informatie verstrekken
	Angst voor het onbekende	Begeleiding aanbieden tijdens het proces
	Wat als ik terug iets nodig heb in de toekomst	Korte tijd in nood kan zo nodig iets gestart worden
Arts	Kennis van afbouwen ontoereikend	Vooraf informatie doornemen, voorbeeld van een afbouwschema opstellen
	Gebrek aan bestaande doseringen om af te bouwen	Bereidingen door apotheek
	Tijdsbesteding (tijdsverspilling)	Een goed gestructureerd consult met goede voorbereiding duurt niet lang. De patiënt centraal stellen, niet de agenda.
	Angst voor weerstand van de patiënt	Plicht als arts om medisch correct te handelen.
	Angst om patiënt te forceren	Correct informatie geven, zo mogelijk een brochure, niet dwingend maar sensibiliserend
	Angst om patiënt te verliezen	Medisch correct handelen moet primeren
	Geen materiaal om mee te geven	Kant en klaar materiaal op internet
	Vroeger voorschrijfgedrag wordt in twijfel getrokken	Wetenschap is dynamisch, nieuwe kennis vraagt ander voorschrijfgedrag
	Opzien tegen falen van patiënt	Falen kan, het is een (leer)proces met de patiënt
	Excuus dat je niet zelf bent opgestart	Niet relevant, de patiënt wordt nu wel door jou opgevolgd. Dit ook duidelijk maken aan de patiënt

CONSULT 1

Zoals hierboven reeds vermeld, werd de studie mondeling voorgesteld aan 13 patiënten, die voor een controle onderzoek of herhaalvoorschrift van medicatie kwamen. Zij kregen allen schriftelijke informatie mee onder de vorm van het informatieblad (bijlage 2) en de folder (25; 34). Drie patiënten

aan wie de studie werd voorgesteld tijdens consult 1 hadden geen interesse, er was duidelijk weerstand merkbaar. Informatie werd meegegeven ter sensibilisering. Vier patiënten toonden interesse en overwogen om af te bouwen maar niet op dit moment. In het EMD werd genoteerd dat er tijdens een latere consultatie op teruggekomen zou worden, echter, dit valt buiten de onderzoeksperiode. Zes patiënten werden bijgevolg opgenomen in de studie. Aan hen werd de vragenlijst meegegeven om in te vullen na consult 1 (onmiddellijk in de wachtzaal of thuis). Aangezien patiënt 1 vroeg om na het invullen van de vragenlijst in de wachtzaal, dadelijk het afbouwschema en slaapdagboek te ontvangen, werd deze mogelijkheid vanaf dat moment voorgelegd aan de andere participanten. Consult 1 en 2 werd op dezelfde dag uitgevoerd bij patiënten 1, 2, 4 en 6. Deze patiënten kregen dus naast het informatieblad (bijlage 2), de folder bovendien hun persoonlijke afbouwschema en een slaapdagboek mee. Adviezen om slaapproblemen op te lossen werden met de patiënt overlopen.

PATIENT 1

Patiënt 1, een 70 jarige dame, vroeg zelf tot deelname op basis van de affiche in de wachtzaal. Zij nam zolpidem 10mg maximaal 1 tablet (≥ 4 keer per week), soms ook 1/2de tablet (1 à 2 keer per week) of geen (≤ 1 keer per week). De medicatie werd opgestart door de huisarts in 2008 naar aanleiding van slapeloosheid na het overlijden van haar echtgenoot. De medicatie werkt volgens de patiënt efficiënt en even goed als vroeger. Zij ondernam nog geen stoppoging. Zij was gemotiveerd om te stoppen omdat ze op de hoogte was dat slaapmiddelen nevenwerkingen hebben, ze ervaarde ’s nachts frequent verwardheid. Ze was ervan overtuigd dat het haar zou lukken om te stoppen, aangezien ze liever zo weinig mogelijk “pillen slikt”. Ze was niet op de hoogte van goede slaaphygiëne of oorzaken van slapeloosheid. Ze wilde graag ineens starten met afbouwen, ze nam immers reeds weinig slaapmedicatie. De vragenlijst vulde zij in de wachtzaal in en er werd ineens een vervolgconsult uitgevoerd: consult 1 en 2 werden op dezelfde dag uitgevoerd.

INTERVENTIE(S)

1. consult 2 op dezelfde dag uitvoeren
2. slaaphygiëne uitleggen

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Affiche werd opgemerkt.
- Gemotiveerde patiënt.
- De patiënt nam zelf het initiatief, het informeren/sensibiliseren/motiveren wordt hierdoor vergemakkelijkt.
- Voorstel van de patiënt om consult 1 en 2 op dezelfde dag uit te voeren.

Negatieve aspecten:

- Zeer uitbundige patiënt, mogelijk risico om bij een tegenslag af te haken: tijdens de consultaties dit bespreekbaar maken en goed informeren over het afbouwproces en over falen.

PATIENT 2

Patiënt 2, een 73 jarige man, had de affiche in de wachtzaal niet opgemerkt, maar wenste na de mondelinge informatie deel te nemen. Hij nam zolpidem 10mg, dagelijks 1 tablet, maar soms ook 1/2de tablet extra (1 tot 2 keer per week), een zeldzame keer 2 tabletten (1 tot 2 keer per maand). De medicatie werd opgestart door de huisarts in 2002 naar aanleiding van slapeloosheid o.w.v. een

echtscheiding. Hij dacht dat slaapmiddelen efficiënt zijn, maar ervaarde een verminderde werking met de tijd tenzij als hij er 1/2de of 1 extra innam. Hij ondernam reeds een stoppoging, zonder begeleiding en abrupt, waardoor snel werd hervallen. Hij was tamelijk gemotiveerd om te stoppen, het innemen van het slaapmiddel was een gewoonte geworden, er was geen aanleiding meer om slecht te slapen. Hij wist dat slaapmiddelen nevenwerkingen hadden. Zolpidem was volgens hem "maar een inslapertje en geen echt slaapmiddel" en dus minder risicovol. Hij wilde graag minderen onder begeleiding, was ervan overtuigd te kunnen minderen, maar vreesde dat hij niet volledig zou kunnen stoppen. Net als bij patiënt 1 werd consult 2 op dezelfde dag uitgevoerd.

INTERVENTIE(S)

1. consult 2 op dezelfde dag uitvoeren
2. informatie specifiek over zolpidem geven (in vergelijking met benzodiazepines)
3. slaaphygiëne uitleggen

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- ❖ Redelijk gemotiveerde patiënt.
- ❖ Gaf zelf aan dat er geen reden meer is om een slaapmiddel te moeten innemen.
- ❖ Verminderde werking bij chronisch gebruik ondervonden.

Negatieve aspecten:

- ❖ Niet overtuigd dat zolpidem een "echte" slaappil is: de patiënt is zich niet volledig bewust dat er zich een probleem stelt. Belang van goed te informeren.
- ❖ Vorige stoppoging faalde, hij denkt ook deze keer niet te zullen slagen: afbouwproces uitleggen, informatie rond falen als leerproces benadrukken.

PATIENT 3

Patiënt 3, een 71 jarige man, had de affiche in de wachtzaal opgemerkt en gaf na de mondelinge informatie aan te willen deelnemen. Hij nam alprazolam 0,5mg, maximaal 1 tablet per dag, af en toe vergat hij een tablet te nemen (1 à 2 keer per week). De medicatie werd opgestart in 2014 naar aanleiding van slapeloosheid bij een hospitalisatie met revalidatie o.w.v. ziekte. Hij dacht dat de medicatie niet erg efficiënt meer was en dat hij ze eigenlijk niet meer nodig had. Hij ondernam reeds een stoppoging, zonder begeleiding en abrupt, waardoor snel werd hervallen. Hij was gemotiveerd om te stoppen en wist dat slaapmiddelen nevenwerkingen hadden. Hij dacht dat hij succesvol zou kunnen afbouwen.
Deze patiënt koos ervoor om de vragenlijsten dadelijk in te vullen en in te leveren, maar consult 2 op een later tijdstip te doen. Hij wilde alle informatie rustig doorlezen en aan de hand hiervan werk maken van betere slaaphygiëne voor de start van het afbouwproces. Er werd een vervolgafspraak gegeven na 4 dagen.

INTERVENTIE(S)

1. informatie gegeven over afbouwen, dosis reductie methode
2. begeleiding aanbieden tijdens het proces

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- ❖ Affiche werd opgemerkt.
- ❖ Gemotiveerde patiënt.

- Gaf zelf aan dat er geen reden meer is om een slaapmiddel te moeten innemen.
- Gaf aan werk te willen maken van slaaphygiëne.

Negatieve aspecten:

- Vorige stoppoging faalde: afbouwproces uitleggen, informatie rond falen als leerproces benadrukken.

PATIENT 4

Patiënt 4, een 67 jarige dame, had de affiche in de wachtzaal opgemerkt en wilde graag deelnemen aan de studie. Zij was tevens op de hoogte gebracht over de studie door patiënt 1. Zij nam zolpidem 10mg dagelijks 1 tablet. Haar slaapmiddel zette ze wekelijks klaar in een pillendoos, ook het slaapmiddel. Het werd dus zeer trouw ingenomen. De medicatie werd opgestart door de huisarts in 2010 naar aanleiding van stress op het werk als zelfstandige. Zij dacht niet dat er een vermindering was van de werking ten opzichte van de opstart. Zij ondernam nog geen stoppoging. Zij was gemotiveerd om te stoppen omdat ze op de hoogte was dat slaapmiddelen nevenwerkingen hebben. Ze was gestopt met werken, maar ondervond nog steeds veel stress. Ze wilde graag ineens starten met afbouwen. Zij wist niet of ze zou kunnen stoppen, maar wilde de uitdaging aangaan. De vragenlijst vulde zij in de wachtzaal in en er werd ineens een vervolgconsult uitgevoerd, consult 1 en 2 werden dus op dezelfde dag uitgevoerd.

INTERVENTIE(S)

1. consult 2 op dezelfde dag uitvoeren
2. informatie geven over werking van slaapmedicatie en chronisch gebruik

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Affiche werd opgemerkt.
- Gemotiveerde patiënt.
- Bekijkt het afbouwen als een uitdaging.

Negatieve aspecten:

- Overtuigd dat het slaapmiddel goed werkt.
- Nog steeds veel stress.
- Bekijkt het afbouwen als een uitdaging, dit heeft een positieve en negatieve kant: ze is bereid om het probleem aan te pakken, maar het moet op langere termijn ook geïntegreerd worden in haar dagelijkse routine.

PATIENT 5

Patiënt 5, een 65 jarige man, had de affiche in de wachtzaal niet opgemerkt. Er was lichte weerstand na de mondelinge informatie over de studie. Hij nam zolpidem 10mg, dagelijks 1 tablet, af en toe werd de medicatie niet genomen (≤ 1 keer per week). De medicatie werd opgestart in 2013 naar aanleiding van slapeloosheid o.w.v. kanker. Hij was ervan overtuigd dat slaapmiddelen efficiënt waren, maar gaf wel toe dat ze niet meer zo goed werkten als bij opstarten en dat er niet zoveel verschil was als hij eens een dag geen medicatie nam. Hij was toch niet erg gemotiveerd om te stoppen omdat hij al genoeg zorgen had. Hij was niet op de hoogte nevenwerkingen, tenzij bij overdosering. Hij maakte duidelijk dat hij “niet van plan was om terug helder nachten te liggen woelen, dan liever een pilleke”. Na een motiverend gesprek wilde hij meewerken aan de studie, hij vond het een goed idee om thuis te overleggen met zijn echtgenote die ook zolpidem gebruikte.

De patiënt vulde de vragenlijsten thuis in en leverde ze de dag erna binnen. Een vervolgafspraak werd na 7 dagen ingepland.

INTERVENTIE(S)

1. informatie over nevenwerkingen geven, sensibiliseren zonder te forceren
2. afbouwproces en dosis reductie methode uitleggen
3. slaaphygiëne uitleggen

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- ❖ Is minder overtuigd van de efficiëntie van het slaapmiddel op langere termijn.
- ❖ Het slaapmiddel werd soms vergeten, geen obsessiviteit.
- ❖ Wilt de partner betrekken.

Negatieve aspecten:

- ❖ Nog steeds veel stress m.b.t. zijn ziekte e.a. factoren, afbouwen van slaapmedicatie is geen prioriteit: sensibiliseren en motiveren.
- ❖ Weinig gemotiveerde patiënt: motiveren, informatie meegeven, tijd geven om na te denken.

PATIENT 6

Patiënt 6, een 74 jarige dame, had de affiche in de wachtzaal niet opgemerkt. Zij was na de informatie geïnteresseerd om deel te nemen. Zij nam lormetazepam 1mg dagelijks 1 tablet. Sporadisch (≤ 1 keer per week) nam ze 1/2de tablet extra in de loop van de nacht. De medicatie werd opgestart in 2006 naar aanleiding van postoperatieve pijn die zorgde voor slapeloze nachten. Zij was zeker dat de medicatie efficiënt was, want bij de opstart voelde ze zicht veel rustiger. Een verminderde werking achtte ze mogelijk omdat ze sinds een 2-tal jaren soms 1/2de tablet extra nodig had in de loop van de nacht. Zij ondernam nog geen stoppoging. Zij gaf aan geen voorstander te zijn van slaappillen, maar had veel angst om terug slecht te slapen. Ze had echter nog nooit voorlichting rond slapeloosheid gehad en was onder de indruk van de informatie die gegeven werd. De begeleiding die aangeboden werd vond ze interessant. Zij wist niet of ze zou slagen, ze wilde haar tijd nemen om traag af te bouwen maar wenste dadelijk te starten met het afbouwproces. De vragenlijst vulde zij in de wachtzaal in en er werd ineens een vervolgconsult uitgevoerd, consult 1 en 2 werden dus op dezelfde dag uitgevoerd.

INTERVENTIE(S)

1. consult 2 op dezelfde dag uitvoeren
2. informatie over nevenwerkingen geven, sensibiliseren
3. afbouwproces en dosis reductie methode uitleggen

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- ❖ Gemotiveerde patiënt.
- ❖ Geïnteresseerd in slaaphygiëne.
- ❖ Verminderde werking bij chronisch gebruik reeds ondervonden.

Negatieve aspecten:

- ❖ Overtuigd van de efficiëntie van het slaapmiddel: informeren.
- ❖ Angst om slechter te slapen: afbouwproces uitleggen, informatie rond falen als leerproces benadrukken.

OVERZICHT HINDERNISSES/INTERVENTIES

Tabel 3 geeft een samenvattend overzicht van de problemen, hindernissen of vragen die zich stelden tijdens consult 1 evenals de gekoppelde interventies/acties.

Tabel 3. Hindernissen en interventies uit consult 1

Actor	Probleem/hindernis	Interventie/oplossing
Patiënt	Geen kennis van nevenwerkingen	Informatie verstrekken (18; 25; 34)
	Geen last van nevenwerkingen	Informatie verstrekken (18; 25; 34)
	Niet gemotiveerd	Sensibiliseren, informatie verstrekken (18; 25; 34), motiveren
	Geen kennis van oorzaken slapeloosheid en aanpak	Informatie verstrekken (18; 25; 34) en slaaphygiëne uitleggen
	Angst voor het onbekende	Begeleiding aanbieden
Arts	Patiënt komt o.w.v. acute aandoening: studieonderwerp aansnijden past niet	Enkel patiënten die komen voor hernieuwing voorschrift of een controle raadpleging (vb bloedname) komen in aanmerking
	Patiënt wilt sneller starten dan gepland in de studieopzet	Consult 1 en 2 integreren.
	Agenda kan uitlopen door dubbel consult door integratie consult 1 en 2	Tussendoor patiënt in de wachtzaal laten plaatsnemen om vragenlijst in te vullen met de informatie om nog eens door te nemen

CONSULT 2

Voor patiënten 1, 2, 4 en 6 werden consult 1 en 2 op dezelfde dag uitgevoerd zoals reeds hoger vermeld. Bij patiënten 3 en 5 vond consult 2 na resp. 4 en 7 dagen plaats. Op basis van de vragenlijsten en het eerste consult werd een afbouwschema opgesteld (2; 3; 4). Dit werd met de patiënt besproken. Er werd ook een slaapdagboek meegegeven om tijdens het proces bij te houden.

PATIËNT 1

Patiënt 1 vond de vragenlijst invullen niet evident, de lijst werd daarom kort overlopen, hetgeen duidelijk maakte dat soms een andere interpretatie gegeven werd door de patiënt. Daarom werd besloten de vragenlijsten met alle participanten te overlopen. De motivatie was sterk aanwezig, ze dacht het traject succesvol te kunnen doorlopen. Het voorgestelde schema met een 25% reductie per week vond ze te traag en er werd dadelijk gestart met een halvering van de standaarddosis van 1 tablet per dag.

INTERVENTIE(S)

1. afbouwschema sneller dan gepland aangezien de patiënt ≤ 1 standaarddosis per dag gebruikt.
2. antwoorden op de vragenlijst kort overlopen met de patiënt

VRAGENLIJST

Pittsburgh Sleep Quality Index

Score van 11 op de 7 componenten van de vragenlijst: een score van meer dan 5 wordt gezien als een slechte slaapkwaliteit.

Bendep-SQR

Interpretatie van de somscores van de Bendep-SRQ vragenlijst:

A. Problematisch gebruik: score 1, matig problematisch gebruik.
B. Preoccupatie: score 0, erg lage preoccupatie. Geen obsessiviteit met het slaapmiddel
C. Gebrek aan therapietrouw: score 0, laag gebrek aan therapietrouw.
D. Ontwenningsverschijnselen: niet van toepassing

De patiënt scoort een lage afhankelijkheid. Het minderen/stoppen wordt niet als moeilijk ingeschat.

AFBOUWSCHEMA:

- Week 1: Zolpidem 1/2de tablet
- Week 2: Zolpidem 1/4de tablet
- Week 3: Zolpidem 1/4de tablet zo weinig mogelijk (niet dagelijks)
- Consult 3

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Gemotiveerde patiënt.
- Wenst snel af te bouwen.
- Lage afhankelijksheidsscore op de vragenlijst.

Negatieve aspecten:

- Slechte slaapkwaliteit volgens vragenlijst: slaaphygiëne bespreken.

PATIENT 2

Patiënt 2 gaf na het doornemen van de informatie en het invullen van de vragenlijsten aan niet te snel te willen afbouwen en voorlopig nog niet helemaal te willen stoppen. Het afbouwschema dat hem werd aangeboden leek hem haalbaar. Hij gaf aan tussentijds op consultatie te willen komen na de eerste dosis reductie om te evalueren of hij verder wilde afbouwen. Hij vreesde het traject niet volledig te kunnen doorlopen.

INTERVENTIE(S)

1. begeleiding aanbieden tijdens het proces: extra consultatie indien gewenst
2. uitleg gegeven over het proces, over falen
3. (voorlopige) doelstelling is vermindering van de slaapmedicatie . Motiveren, niet forceren
4. antwoorden op de vragenlijst kort overlopen met de patiënt

VRAGENLIJST

Pittsburgh Sleep Quality Index

Score van 10 op de 7 componenten van de vragenlijst: een score van meer dan 5 wordt gezien als een slechte slaapkwaliteit.

Bendep-SQR

Interpretatie van de somscores van de Bendep-SRQ vragenlijst:

A. Problematisch gebruik: score 2, hoog problematisch. De patiënt is zich goedbewust van het probleem.
B. Preoccupatie: score 2, matige preoccupatie. De patiënt is duidelijk geobsedeerd met het beschikbaar hebben van een slaapmiddel.
C. Gebrek aan therapietrouw: score 1, hoog gebrek aan therapietrouw.
D. Ontwenning: score 2, matig last van ontwenningsverschijnselen.

De patiënt scoort een matige tot hoge afhankelijkheid. Het minderen/stoppen wordt als moeilijk ingeschat.

AFBOUWSCHEMA:

- Week 1: Zolpidem 1 tablet
- Week 2: Zolpidem 3/4de tablet
- Consult 3
- Week 3: Zolpidem 3/4de tablet
- Week 4: Zolpidem 1/2de tablet
- Week 5: Zolpidem 1/2de tablet
- Consult 4

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Gemotiveerde patiënt.

Negatieve aspecten:

- Matige tot hoge afhankelijksheidsscore op de vragenlijst: goede begeleiding vereist, traag afbouwen.
- Slechte slaapkwaliteit volgens vragenlijst: slaaphygiëne bespreken.

PATIENT 3

Patiënt 3, hoopte met succes te kunnen stoppen onder begeleiding alhoewel de angst om te falen in zekere mate aanwezig was. Aangezien hij slechts een lage dosis slaapmiddel nam en af en toe een dag niets (zie consult 1) kon hij zich vinden in het dosis reductie schema van 25% per week. Er werd aangeboden om tussentijds op consultatie te komen zo nodig.

INTERVENTIE(S)

1. begeleiding aanbieden tijdens het proces: extra consultatie indien gewenst
2. uitleg gegeven over het proces, over falen
3. informeren over slaaphygiëne
4. antwoorden op de vragenlijst kort overlopen met de patiënt

VRAGENLIJST

Pittsburgh Sleep Quality Index

Score van 12 op de 7 componenten van de vragenlijst: een score van meer dan 5 wordt gezien als een slechte slaapkwaliteit.

Bendep-SQR

Interpretatie van de somscores van de Bendep-SRQ vragenlijst:

A. Problematisch gebruik: score 2, hoog problematisch. De patiënt is zich goedbewust van het probleem.
B. Preoccupatie: score 0, erg lage preoccupatie. Geen obsessiviteit met het slaapmiddel.
C. Gebrek aan therapietrouw: score 0, laag gebrek aan therapietrouw.
D. Ontwenning: score 0, erg weinig last van ontwenningsverschijnselen.

De patiënt scoort een lage afhankelijkheid. Het minderen/stoppen wordt niet als moeilijk ingeschat.

AFBOUWSCHEMA:

- Week 1: Alprazolam 0,5mg 3/4de tablet
- Week 2: Alprazolam 0,5mg 1/2de tablet
- Zo nodig extra consultatie
- Week 3: Alprazolam 0,5mg 1/4de tablet
- Consult 3

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Gemotiveerde patiënt.
- Lage afhankelijksheidsscore op de vragenlijst.

Negatieve aspecten:

- Slechte slaapkwaliteit volgens vragenlijst: slaaphygiëne bespreken.

PATIENT 4

Patiënt 4 opteerde voor een 2-wekelijkse vermindering met een dosis reductie van 25% in plaats van wekelijks. Ze dacht dat het haar zou lukken om te stoppen, maar zou wel graag “een doosje op voorraad hebben voor als ze eens echt een slechte periode heeft”.

INTERVENTIE(S)

1. geruststellen dat slaapmedicatie kan gebruikt worden voor korte periode indien nodig
2. informeren over slaaphygiëne
3. antwoorden op de vragenlijst kort overlopen met de patiënt

VRAGENLIJST

Pittsburgh Sleep Quality Index

Score van 5 op de 7 componenten van de vragenlijst: een score van minder dan 5 wordt gezien als een goede slaapkwaliteit.

Bendep-SQR

Interpretatie van de somscores van de Bendep-SRQ vragenlijst:

A. Problematisch gebruik: score 1, matig problematisch gebruik.
E. Preoccupatie: score 3, hoge preoccupatie. De patiënt is duidelijk geobsedeerd met het beschikbaar hebben van een slaapmiddel.
B. Gebrek aan therapietrouw: score 0, laag gebrek aan therapietrouw.
C. Ontwenningsverschijnselen: niet van toepassing

De patiënt scoort een matige afhankelijkheid. Het minderen/stoppen wordt niet als moeilijk ingeschat.

AFBOUWSCHEMA:

- Week 1: Zolpidem 3/4de tablet
- Week 2: Zolpidem 3/4de tablet
- Week 3: Zolpidem 1/2de tablet
- Week 4: Zolpidem 1/2de tablet
- Consult 3

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- ❖ Gemotiveerde patiënt.
- ❖ Matige afhankelijksheidsscore op de vragenlijst.
- ❖ Goede slaapkwaliteit volgens vragenlijst.

Negatieve aspecten:

- ❖ Angst om slecht te slapen: begeleiding vereist

PATIENT 5

Patiënt 5, had thuis de informatie doorgelezen met zijn echtgenote. Ze besloten om samen te stoppen met slaapmedicatie en waren beide aanwezig. De echtgenote kon niet gerekruteerd worden want ze voldeed niet aan het inclusiecriterium leeftijd. De motivatie van de patiënt was toegenomen en de weerstand afgenomen ten opzichte van consult 1. Hij kon zich vinden in het dosis reductie schema van 25% per week. Hij vond het een duidelijke meerwaarde dat het consult enkel in het teken van de afbouw van slaapmedicatie stond. Hij meende dat hij geen problemen ging ondervinden om te stoppen.

INTERVENTIE(S)

1. uitleg gegeven over het proces, over falen
2. betrekken van de partner
3. slaaphygiëne uitleggen
4. extra consultatie en begeleiding aanbieden

VRAGENLIJST

Pittsburgh Sleep Quality Index

Score van 8 op de 7 componenten van de vragenlijst: een score van meer dan 5 wordt gezien als een slechte slaapkwaliteit.

Bendep-SQR

Interpretatie van de somscores van de Bendep-SRQ vragenlijst:

A. Problematisch gebruik: score 2, hoog problematisch. De patiënt is zich goedbewust van het probleem.
B. Preoccupatie: score 1, lage preoccupatie. De patiënt is niet geobsedeerd met het beschikbaar hebben van een slaapmiddel.
C. Gebrek aan therapietrouw: score 0, laag gebrek aan therapietrouw.
D. Ontwenning: score 2, matig last van ontwenningsverschijnselen.

De patiënt scoort een lage afhankelijkheid. Het minderen/stoppen wordt niet als moeilijk ingeschat.

AFBOUWSCHEMA:

- ❖ Week 1: Zolpidem 3/4de tablet
- ❖ Week 2: Zolpidem 1/2de tablet
- ❖ Week 3: Zolpidem 1/4de tablet
- ❖ Week 4: Zolpidem 1/4de tablet zo weinig mogelijk (niet dagelijks)
- ❖ Consult 3

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- ❖ Matig gemotiveerde patiënt.
- ❖ Lage afhankelijksheidsscore op de vragenlijst.
- ❖ Betrokkenheid van de echtgenote.

Negatieve aspecten:

- ❖ Slechte slaapkwaliteit volgens vragenlijst: slaaphygiëne bespreken.

PATIENT 6

Patiënt 6, vond de begeleiding die aangeboden werd interessant. De patiënt was gemotiveerd en wenste rustig af te bouwen met 25% per 2 weken. Er werd geopteerd om te starten met inname van de standaarddosis van 1 per dag gedurende 1 week alvorens er gereduceerd werd aangezien ze af en toe meer dan 1 tablet innam (zie consult 1). Ze was enthousiast over de tips omtrent slaaphygiëne en hoopte te zullen slagen.

INTERVENTIE(S)

1. antwoorden op de vragenlijst kort overlopen met de patiënt
2. uitleg gegeven over het proces, over falen
3. slaaphygiëne uitleggen
4. extra consultaties en begeleiding aanbieden (wekelijks zo nodig)

VRAGENLIJST

Pittsburgh Sleep Quality Index

Score van 10 op de 7 componenten van de vragenlijst: een score van minder dan 5 wordt gezien als een goede slaapkwaliteit.

Bendep-SQR

Interpretatie van de somscores van de Bendep-SRQ vragenlijst:

A. Problematisch gebruik: score 2, hoog problematisch gebruik.
E. Preoccupatie: score 2, matige preoccupatie. De patiënt is duidelijk geobsedeerd met het beschikbaar hebben van een slaapmiddel.
B. Gebrek aan therapietrouw: score 1, hoog gebrek aan therapietrouw.
C. Ontwenningsverschijnselen: niet van toepassing

De patiënt scoort een matige tot hoge afhankelijkheid. Het minderen/stoppen wordt als moeilijk ingeschat.

AFBOUWSCHEMA:

- ❖ Week 1: Lormetazepam 1mg 1 tablet
- ❖ Week 2: Lormetazepam 1mg 3/4de tablet
- ❖ Week 3: Lormetazepam 1mg 3/4de tablet
- ❖ Week 4: Lormetazepam 1mg 1/2de tablet
- ❖ Consult 3

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- ❖ Gemotiveerde patiënt.
- ❖ Geïnteresseerd in slaaphygiëne

Negatieve aspecten:

- ❖ Slechte slaapkwaliteit volgens vragenlijst: slaaphygiëne bespreken.
- ❖ Matige tot hoge afhankelijksheidsscore op de vragenlijst: goede begeleiding vereist, traag afbouwen.
- ❖ Niet overtuigd te zullen slagen: motiveren/begeleiden; informeren i.v.m. falen als leerproces.

OVERZICHT HINDERNISSEN/INTERVENTIES

Tabel 4 geeft een overzicht van de problemen, hindernissen of vragen die zich stelden tijdens consult 2 evenals de gekoppelde interventies/acties.

Tabel 4. Hindernissen en interventies uit consult 2

Actor	Probleem/hindernis	Interventie/oplossing
Patiënt	Wat als ik terug iets nodig heb in de toekomst	Korte tijd kan zo nodig iets gestart worden (2; 4)
	Angst om slechter te slapen	Proces en afbouwschema uitleggen (18; 25; 34) en begeleiding aanbieden
	Angst om te falen, al dan niet uit voorgaande slechte ervaring	Begrip, falen is niet erg, het is een (leer)proces. Begeleiding aanbieden
	Geen kennis van oorzaken slapeloosheid en aanpak	Informatie verstrekken (18; 25; 34) en slaaphygiëne uitleggen
	Vragenlijst invullen is moeilijk	Antwoorden samen overlopen
	Angst voor het onbekende	Begeleiding aanbieden tijdens het proces
Arts	Patiënt wilt sneller afbouwen dan gepland in de studieopzet	Afbouwschema versnellen igv ≤ 1 standaarddosering per dag.
	Partner wilt mee afbouwen en komt mee op consultatie	Partner betrekken en meenemen in het proces
	Patiënt wil afbouwen maar niet volledig stoppen	Voorlopig afbouwschema meegeven, patiënt sensibiliseren en motiveren zonder te forceren.

CONSULT 3

Tijdens consult 3 werd het slaapdagboek besproken met de patiënt. Slechts 2 patiënten hadden dit nauwgezet ingevuld, patiënt 2 en 4. Patiënt 1 had enkele zaken opgeschreven de eerste 3 dagen. De beschikbare dagboeken toonden aan dat de slaaphygiëne van deze patiënten niet optimaal was ondanks de korte mondelinge en schriftelijke informatie over slaaphygiëne. In consult 3 werd tevens het afbouwschema getoetst aan de realiteit en nagegaan of er een aanpassing nodig was. De motivatie om verder te gaan werd bevraagd.

PATIËNT 1

Patiënt 1 had het voorgestelde schema goed gevolgd, zij nam week 3 nog slechts 2 keer 1/4de tablet. Zij had geen nevenwerkingen ondervonden en zeker niet slechter geslapen. De nachtelijke verwardheid die ze intermittent ondervond, was niet meer voorgevallen in de laatste week. Ze had slechts de eerste 3 dagen iets genoteerd in het slaapdagboek, daarna was ze het vergeten. De patiënt vond de tips rond voeding en drank nuttig, ze was hierdoor minder moeten opstaan om te plassen. Ze nam zich voor om vanaf de lente een korte avondwandeling te maken om haar slaapkwaliteit te verbeteren. Uit de beperkte gegevens in het slaapdagboek bleek dat ze TV keek vlak voor te gaan slapen.
De motivatie was nog steeds sterk aanwezig, ze was niet van plan nog slaapmiddelen te gebruiken en vroeg geen nieuw voorschrift. Ze was ervan overtuigd dat ze niet ging hervallen.

INTERVENTIE(S)

1. problemen en gewoonten bevragen want slaapdagboek nauwelijks ingevuld
2. slaaphygiëne uitleggen: TV kijken vermijden
3. alternatieven voor een avondwandeling overlopen: ontspanningsoefeningen, een warm bad, luisteren naar muziek, een ontspannend boek of magazine

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Traject succesvol afgelegd, slaapmedicatie werd gestopt.
- De patiënt was erg tevreden en was niet van plan in de toekomst terug te grijpen naar een slaapmiddel.

Negatieve aspecten:

- Slechte slaaphygiëne: slaaphygiëne bespreken.

PATIENT 2

Patiënt 2 kwam op een extra tussentijdse consultatie na week 2, de eerste dosis reductie van 25%. Hij had 2 dagen nog 1 tablet ingenomen in plaats van 3/4de, maar ondervond weinig verschil in effectiviteit. Hij had het slaapdagboek nauwgezet ingevuld, hetgeen een dagelijks terugkerend patroon aantoonde: tijd voor inslapen 1 uur, piekeren als oorzaak van wakker liggen, TV gekeken of op de PC tot net voor het slapengaan.
Hij was gemotiveerd om af te bouwen, maar nog steeds niet om volledig te stoppen. Hij wilde het afbouwschema verderzetten zoals het werd voorgesteld tijdens consult 2.

INTERVENTIE(S)

1. uitleg gegeven over het proces, over falen
2. (voorlopige) doelstelling is vermindering van de slaapmedicatie niet stoppen, motiveren zonder te forceren
3. slaaphygiëne uitleggen: niet op TV/PC, ontspannen voor het slapengaan om piekeren te vermijden: ontspanningsoefeningen, een warm bad, luisteren naar muziek, een ontspannend boek of magazine

AFBOUWSCHEMA:

- Week 3: Zolpidem 3/4de tablet
- Week 4: Zolpidem 1/2de tablet
- Week 5: Zolpidem 1/2de tablet
- Consult 4

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Gemotiveerde patiënt.
- Afbouwen gestart.
- Geen verschil in efficiëntie ondervonden tussen 1 tablet of 3/4de tablet.

Negatieve aspecten:

- Afbouwschema niet volledig kunnen volgen: noodzaak tot aanpassing van het schema bespreken.
- Slechte slaaphygiëne: slaaphygiëne bespreken.
- Niet gemotiveerd om volledig te stoppen: verminderen van de dosis als doelstelling.

PATIENT 3

Patiënt 3 kwam na 3 weken op consultatie. Hij nam 1/2de tablet en had de laatste dosis reductie van 25% niet doorgevoerd. Voor de deelname aan de studie nam hij af en toe geen slaapmiddel, sinds het afbouwen nam hij dagelijks medicatie. Hij had het slaapdagboek niet ingevuld. Hij vond zelf dat hij meer obsessief met slaap en slaapmiddelen bezig was. Hij had de tips om beter te slapen niet doorgenomen, deze werden tijdens de consultatie besproken met de patiënt. Hij nam zich voor geen alcohol meer te drinken vlak voor het slapengaan en geen snacks te eten voor de TV. Bovendien ging hij proberen een meer regelmatig ritme te ontwikkelen en niet meer te slapen na de lunch.
Hij wenste nu verder te gaan met afbouwen maar 2-wekelijks. Hij was nu minder zeker dat hij zou slagen in het afbouwen, hij vond dat hij slechter kon slapen en voelde zich minder gemotiveerd maar wenste het proces wel verder te zetten.

INTERVENTIE(S)

1. nadruk leggen op begeleiding aanbieden
2. uitleg geven over het proces, over falen
3. motiveren om verder af te bouwen zonder te forceren
4. problemen en gewoonten bevragen want slaapdagboek niet ingevuld
5. slaaphygiëne uitleggen: voeding/dranken en slaapritme
6. afbouwschema aanpassen

AFBOUWSCHEMA:

- Week 4: Alprazolam 0,5mg 1/4de tablet
- Week 5: Alprazolam 0,5mg 1/4de tablet
- Week 6: Alprazolam 0,5mg 1/4de tablet zo nodig
- Week 7: Alprazolam 0,5mg 1/4de tablet zo nodig
- Consult 4

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Afbouwen gestart.

Negatieve aspecten:

- Slechte slaaphygiëne: slaaphygiëne bespreken.
- Minder gemotiveerd om te stoppen: motiveren.
- Angst om te falen: motiveren/begeleiden; informeren i.v.m. falen als leerproces.
- Verhoogde preoccupatie rond slaapmedicatie: slaaphygiëne, concrete tips

PATIENT 4

Patiënt 4 kwam na 4 weken op raadpleging. Ze had het afbouwschema gevolgd, maar 1 à 2 keer per week nog 1 tablet genomen. Als reden gaf ze aan dat ze vaak piekerde en op “slechte dagen een heel innam voor de zekerheid”. Om die reden werd afgesproken om nog 1 week op 1/2de tablet te blijven vooraleer verder af te bouwen, maar volledige tabletten trachten te vermijden. Tevens werden tips gegeven om piekeren te vermijden. Ze wilde graag in week 7 af en toe een dag geen tablet proberen te nemen. Ze vulde het slaapdagboek in, waaruit bleek dat ze een goed slaapritme vertoonde en ondanks piekeren toch snel de slaap kon vatten. Inmiddels was de nieuwe overheidscampagne rond slaapmiddelen gelanceerd. De brochure werd aan de patiënt meegegeven (21).

Ze was sterker gemotiveerd dan voor de start het afbouwproces en was ervan overtuigd te zullen slagen. Het aangepaste afbouwschema leek haar haalbaar. De vraag naar een doosje om op voorraad te hebben liggen (cf. consult 2) werd niet herhaald.

INTERVENTIE(S)

1. slaaphygiëne uitleggen: luisteren naar muziek, een korte avondwandeling maken om piekeren te vermijden
2. afbouwschema aanpassen
3. brochure van de nieuwe campagne van de overheid meegegeven (21)

AFBOUWSCHEMA:

- Week 5: Zolpidem 1/2de tablet
- Week 6: Zolpidem 1/4de tablet
- Week 7: Zolpidem 1/4de tablet zo nodig
- Consult 4

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Gemotiveerde patiënt.
- Afbouwen gestart.
- Overtuigd te zullen slagen.
- Goede slaapkwaliteit en slaaphygiëne volgens slaapdagboek.
- Nieuwe campagne van de overheid omtrent slaapmiddelen was gelanceerd, nieuwe informatie werd beschikbaar.

Negatieve aspecten:

- Afbouwschema niet volledig kunnen volgen: noodzaak tot aanpassing van het schema bespreken.

PATIENT 5

Patiënt 5 was afgebouwd tot 1/4de zolpidem per dag in week 3, maar daarna hervallen naar 1/2de tablet in week 4. Hij kwam alleen naar de consultatie, zonder de echtgenote, en had het slaapdagboek niet ingevuld. Hij wenste voorlopig niet verder af te bouwen ondanks motiveringsgesprek. Hij was wel vastberaden niet meer dan een 1/2de tablet in te nemen per dag. Hij wilde in de toekomst misschien wel verder afbouwen, dit werd in het EMD genoteerd.

INTERVENTIE(S)

1. uitleg gegeven over het proces, over falen
2. motiveren, informeren zonder te forceren
3. problemen en gewoonten bevragen want slaapdagboek niet ingevuld

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- De patiënt vond het afbouwproces toch een succes.
- Hij stond ervoor open om in de toekomst mogelijk verder af te bouwen.

Negatieve aspecten:

- De patiënt was gedeeltelijk hervallen en wenste niet verder af te bouwen.
- Slechte slaaphygiëne: slaaphygiëne bespreken, concrete tips.

PATIENT 6

Patiënt 6, kwam reeds op consultatie na 2 weken. Ze was nog niet afgebouwd naar 3/4de tablet. Ze wenste een aanpassing van het schema en had tevens vragen over slaaphygiëne.Het slaapdagboek werd niet ingevuld. Inmiddels was de nieuwe overheidscampagne rond slaapmiddelen gelanceerd. De brochure werd aan de patiënt meegegeven (21). De motivatie was nog aanwezig, maar ze wenste rustig af te bouwen.

INTERVENTIE(S)

1. afbouwschema aanpassen
2. uitleg gegeven over falen
3. extra consultaties en begeleiding aanbieden
4. problemen en gewoonten bevragen want slaapdagboek niet ingevuld
5. brochure van de nieuwe campagne van de overheid meegegeven (21)

AFBOUWSCHEMA:

- Week 3: Lormetazepam 1mg 3/4de tablet, zo nodig 1 tablet
- Week 4: Lormetazepam 1mg 3/4de tablet
- Week 5: Lormetazepam 1mg 3/4de tablet
- Consult 4

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Gemotiveerde patiënte
- Afbouwproces gestart
- Nieuwe campagne van de overheid omtrent slaapmiddelen was gelanceerd, nieuwe informatie werd beschikbaar.

Negatieve aspecten:

- Wenst trager af te bouwen uit angst om slecht te slapen: afbouwschema aangepast. Informeren, falen als leerproces.
- Slechte slaaphygiëne: slaaphygiëne bespreken, concrete tips.

OVERZICHT VAN HINDERNISSEN EN INTERVENTIES

Tabel 5 geeft een overzicht van de problemen, hindernissen of vragen die zich stelden tijdens consult 3 evenals de gekoppelde interventies/acties.

Tabel 5. Hindernissen en interventies uit consult 3

Actor	Probleem/hindernis	Interventie/oplossing
Patiënt	Meer geobsedeerd door slaapmiddel dan voor het afbouwproces	Slaaphygiëne uitleggen, leren ontspannen en een goed slaapritme ontwikkelen
	Angst om te falen, al dan niet uit voorgaande slechte ervaring	Begrip, falen is niet erg, het is een (leer)proces. Begeleiding aanbieden
Arts	Afbouwschema gaat te snel/te traag	Afbouwschema aanpassen in overleg met de patiënt
	Fouten omtrent slaaphygiëne opgemerkt in slaapdagboek van 3 patiënten	Met alle patiënten slaaphygiëne bespreken en tips geven
	Slaapdagboek niet ingevuld door 4/6de van de patiënten	Problemen en gewoonten kort bevragen bij alle patiënten
	Patiënt wil niet volledig stoppen	Patiënt sensibiliseren en motiveren zonder te forceren
	Campagne overheid gestart	Brochure meegegeven (21)

CONSULT 4

Tijdens consult 4 werd het resultaat van het afbouwtraject besproken met de patiënt. Slechts 2 patiënten hadden dit nauwgezet ingevuld, patiënt 2 en 4. Patiënt 1 had enkele zaken opgeschreven de eerste 3 dagen. De beschikbare dagboeken toonden aan dat de slaaphygiëne van deze patiënten niet optimaal was ondanks de korte mondelinge en schriftelijke informatie over slaaphygiëne. Tevens werd het afbouwschema getoetst aan de realiteit en nagegaan of er een aanpassing nodig was. De motivatie om verder te gaan werd bevraagd.

PATIËNT 1

Patiënt 1 was reeds gestopt na 3 weken afbouwen, zie consult 3.

PATIENT 2

Patiënt 2 had zich aan het afbouwschema gehouden. Hij nam nog 1/2de tablet zolpidem in. Hij was tevreden dat hij minder slaapmedicatie gebruikte. maar wenste niet verder af te bouwen. Om het gebruiksgemak te verhogen en de kans te verkleinen dat de dosis terug zou verhogen in de toekomst werd omgeschakeld naar Zolpeduar 5mg. Hij probeerde om de avondrituelen te wijzigen in de voorbije weken door minder beeldschermen te gebruiken, maar vond moeilijk een vervangende activiteit. Hij had wel de indruk dat een bad nemen de inslaapduur verminderde. De patiënt stemde toe om het EMD te noteren om na 3 à 4 maanden het gebruik van slaapmedicatie terug te evalueren, maar dacht niet dat hij een nieuwe stoppoging zou ondernemen.

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Traject gedeeltelijk succesvol afgelegd, slaapmedicatie werd verminderd.
- De patiënt was tevreden.

Negatieve aspecten:

- Slechte slaaphygiëne: slaaphygiëne bespreken, concrete tips.
- De patiënt overwoog niet om in de toekomst verder af te bouwen: motiveren, niet forceren.
- Er werd geen volledige stop bereikt: informeren, in de toekomst nieuwe poging plannen.

PATIENT 3

Patiënt 3 had het afbouwschema versneld. Hij nam reeds 10 dagen geen slaapmedicatie meer. Hij had een aantal slaaptips toegepast: geen alcohol en snacks na het avondeten en niet meer slapen na de lunch. Hij gaf aan dat het verschuiven van de aandacht van de slaappil naar slaaphygiëne had geholpen om de obsessie rond het slaapmiddel te laten verdwijnen. De patiënt vroeg geen nieuw voorschrift en was ervan overtuigd om te kunnen gestopt blijven.

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Traject succesvol afgelegd, slaapmedicatie werd gestopt.
- De patiënt was tevreden en was niet van plan in de toekomst terug te grijpen naar een slaapmiddel.
- Tips omtrent slaaphygiëne toegepast.

Negatieve aspecten:

- geen

PATIENT 4

Patiënt 4 had het afbouwschema goed kunnen volgen. Ze merkte de laatste 2 weken dat er geen verschil was in de tijd tot inslapen met of zonder zolpidem. Er was ook geen vermindering van slaapkwaliteit t.o.v. voor het afbouwproces. Ze had enkele keren een wandeling met de hond gemaakt 's avonds en merkte dat ze daardoor minder piekerde. Ze vroeg wel een voorschrift voor als ze echt een moeilijke nacht zou hebben in de toekomst, ze had enkele uitstappen gepland en gaf aan slecht te slapen op andere locaties. Er werd Zolpeduar 5mg voorgeschreven.

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Traject succesvol afgelegd, slaapmedicatie werd gestopt.
- De patiënt was erg tevreden en was van plan in de toekomst enkel terug te grijpen naar een slaapmiddel in uitzonderlijke gevallen.

Negatieve aspecten:

- De patiënte vraagt een slaapmiddel voor "noodgevallen". Het risico op herval is reëel.

PATIENT 5

Patiënt 5 gaf tijdens consult 3 reeds aan niet verder af te willen bouwen, cf. supra.

PATIENT 6

Patiënt 6 had zich gehouden aan het afbouwschema en hierbij weinig problemen ondervonden. Ze was gestart met het lezen van een boek voor het slapengaan en kon hierdoor veel sneller de slaap vatten. De motivatie was nog aanwezig, ze wenste het traject verder te zetten en aan hetzelfde tempo af te bouwen. De verdere opvolging valt buiten deze studie.

AFBOUWSCHEMA:

- Week 6: Lormetazepam 1mg 1/2de tablet, zo nodig 3/4de tablet
- Week 7: Lormetazepam 1mg 1/2de tablet
- Week 8: Lormetazepam 1mg 1/2de tablet
- Week 9: Lormetazepam 1mg 1/4de tablet, zo nodig 1/2de tablet
- Week 10: Lormetazepam 1mg 1/4de tablet
- Week 11: Lormetazepam 1mg 1/4de tablet
- Week 12: stop, zo nodig 1/4de tablet
- Week 13: stop

EVALUATIE – POSITIEVE EN NEGATIEVE ASPECTEN

Positieve aspecten:

- Traject reeds gedeeltelijk succesvol afgelegd, slaapmedicatie werd verminderd.
- De patiënt was tevreden en wenste verder af te bouwen.
- Tips omtrent slaaphygiëne toegepast.

Negatieve aspecten:

- Er werd geen volledige stop bereikt binnen het tijdsbestek van dit onderzoek.

OVERZICHT HINDERNISSEN/INTERVENTIES

Tabel 6 geeft een overzicht van de problemen, hindernissen of vragen die zich stelden tijdens consult 4 evenals de gekoppelde interventies/acties.

Tabel 6. Hindernissen en interventies uit consult 4

Actor	Probleem/hindernis	Interventie/oplossing
Patiënt	Wat als ik terug iets nodig heb in de toekomst	Korte tijd in nood kan zo nodig iets gestart worden
	Angst om slechter te slapen	Proces en afbouwschema uitleggen (18; 25; 34) en begeleiding aanbieden
	Angst om te falen, al dan niet uit voorgaande slechte ervaring	Begrip, falen is niet erg, het is een (leer)proces. Begeleiding aanbieden
Arts	Patiënt haakt af en wilt niet stoppen	Sensibiliseren en motiveren zonder te forceren, eventueel in de toekomst opnieuw een stoppoging ondernemen.
	Patiënt wil afbouwen maar niet volledig stoppen	Voorlopig afbouwschema meegeven, patiënt sensibiliseren en motiveren zonder te forceren.
	Patiënt wil een voorschrift om een slaapmiddel in huis te hebben zo nodig	Sensibiliseren en motiveren zonder te forceren, risico op herval bespreken.

EINDRESULTAAT

In onderstaande tabel (tabel 7) wordt een overzicht gemaakt van het resultaat van het afbouwproces bij de 6 patiënten die deelnamen aan het onderzoek. De helft van de patiënten slaagden erin om in het tijdsbestek van de studie te stoppen met slaapmedicatie.

Tabel 7. Eindresultaat van het afbouwproces

Code	Slaapmiddel (stofnaam)	Stop/afbouw/terugval	Tijdsspanne
1	Zolpidem 10mg	stop	3 weken
2	Zolpidem 10mg	afbouw	5 weken
3	Alprazolam 0,5mg	stop	6 weken
4	Zolpidem 10mg	stop	7 weken
5	Zolpidem 10mg	herval	4 weken
6	Lormetazepam 1mg	afbouw (intentie tot stoppen)	13 weken (niet volledig binnen studieperiode)

DISCUSSIE

In de onderzoekspraktijk waren bij aanvang van de studie 90 patiënten of 8,3% chronisch gebruiker van een slaapmiddel. In de populatie 65+ lag het gebruik meer dan drie maal hoger dan in de leeftijdscategorie tot 65 jaar, zijnde 16,6% t.o.v. 5,3%. Ongeveer 2/3de van de gebruikers zijn vrouwen, zowel in de totale populatie (68,9%) als bij de 65+-ers (68,8%). Deze verhoudingen zijn in overeenstemming met gegevens in de literatuur (1).

In de wetenschappelijke richtlijnen wordt aanbevolen om, indien een slaapmiddel nodig wordt geacht, een benzodiazepine voor te schrijven (2; 4). Z-drugs of middelen verwant aan benzodiazepines, hebben geen voordelen qua doeltreffendheid of veiligheid en de kostprijs ligt hoger (4). Nochtans wordt in de opleidingspraktijk aan ruim 50% van de patiënten, 46 op 90 chronische gebruikers, zolpidem voorgeschreven.
Het voorschrijven van een slaapmiddel kan volgens wetenschappelijke richtlijnen aangewezen zijn als crisisinterventie (2; 3). Bij 80% van de participanten aan de studie was dit inderdaad het geval, vb. het overlijden van een partner, een diagnose van kanker, een echtscheiding. Echter, eveneens in lijn met de literatuur, neemt 1 op de 3 mensen aan wie een benzodiazepine wordt voorgeschreven, deze na 8 jaar nog steeds in (22). De gemiddelde duur van inname was in onze studie 9,2 jaar.

Er werd gekozen om patiënten te rekruteren tijdens de dagelijkse huisartsenraadpleging. Na toepassing van de inclusiecriteria kwamen 28 patiënten in aanmerking om deel te nemen aan de studie. Meer dan de helft van de mogelijke deelnemers kwam echter o.w.v. een acute aandoening naar de huisarts, wat vanzelfsprekend de prioriteit kreeg boven de studie. Om een overladen agenda en een te veel aan informatie te vermijden werden deze 15 patiënten niet gevraagd tot deelname. Enkel aan patiënten die op raadpleging kwamen voor vb. een herhalingsvoorschrift of een routine bloedonderzoek, zijnde 13 patiënten, werd gevraagd om deel te nemen. Er waren 5 patiënten die geen interesse toonden om deel te nemen en waarbij weerstand voelbaar was, deze bevonden zich volgens het model van Prochaska en Diclemente (27) in de precontemplatie fase, er was geen intentie tot verandering en de patiënten waren zich er niet van bewust dat er een probleem was. Het is in deze fase belangrijk om toch het probleem aan te kaarten, de weerstand te exploreren en medicatie-educatie te geven (2; 3; 8; 22). Daarom werd informatie mondeling en schriftelijk gegeven aan de patiënten. Patiënt 5 bevond zich ook in de precontemplatiefase, maar nam toch deel aan de studie. Door het instappen in de studie en het dadelijk werk maken van afbouwen, is de contemplatiefase bij deze patiënt erg kort geweest. De intrinsieke motivatie om het probleem aan te pakken was onvoldoende aanwezig en verklaart mogelijk het hervallen van de patiënt. Bij 4 patiënten was de timing van het gesprek fout omwille van uiteenlopende redenen, maar zij wensten in de toekomst af te bouwen, zij bevonden zich in de contemplatiefase. Er werd in de planning van het EMD genoteerd dat het bij een volgende raadpleging terug besproken zou worden. Vijf patiënten waren gemotiveerd tot deelname, waarvan 4 patiënten dadelijk met afbouwen wensten te starten, dus met de actiefase van het veranderingsmodel. Patiënt 3 bevond zich in de beslissingsfase, hij wenste niet dadelijk over te gaan tot afbouwen maar wilde zich rustig voorbereiden. Het situeren van de patiënten in het veranderingsmodel kan de huisarts helpen om begrip op te brengen voor de patiënt en gerichte ondersteuning te bieden (22).

Het aanspreken van de patiënt is een eerste belangrijke stap gebleken. Van de 13 patiënten aan wie het aanbod werd gedaan om in het kader van een onderzoek de slaapmedicatie af te bouwen, waren 8 patiënten geïnteresseerd en gemotiveerd om onmiddellijk of in de toekomst af te bouwen, zijnde 61%. Dit toont aan dat het een onterechte verwachting is van artsen dat patiënten niet willen

afbouwen (35). Tijdens dit eerste consult is het van belang om het afbouwproces reeds toe te lichten, inclusief informatie rond falen. Zowel arts en patiënt moeten overtuigd zijn dat falen een deel is van het veranderingsproces en dat het niet noodzakelijk een volledige terugval betekent (27). Het heeft geen zin om niet-gemotiveerde patiënten te forceren, maar het is de taak van de arts om de patiënt bewust te maken van het probleem door te sensibiliseren en te motiveren. Dit kan door in aankaarten van het onderwerp en door het verstrekken van informatie over nadelen van slaapmiddelen en over niet-medicamenteuze maatregelen en slaaphygiëne in plaats van routinematig een herhaalvoorschrift af te leveren tijdens een consultatie. In de hectiek van een huisartsenpraktijk kan dit onderwerp aan de aandacht ontsnappen. Het overleggen met de patiënt en inschrijven in het EMD wanneer er op het afbouwen van slaapmedicatie in de toekomst teruggekomen kan worden, verhelpt deze hindernissen (8; 22; 35).
Een goede voorbereiding is eveneens erg belangrijk, zowel qua kennis rond slaapproblemen als rond motiverende consultatievoering (2; 3; 22) Dit neemt de barrière van onzekerheid weg bij de arts en zorgt voor een goed gestructureerd consult. Er wordt best ook gezorgd voor een brochure om aan de patiënt mee te geven om thuis na te lezen en zo het veranderingsproces verder te zetten (2; 22; 25; 21). In dit onderzoek is gebleken dat ondanks een mondelinge uitleg en een brochure, bij een 2de consult het merendeel van de patiënten nauwelijks een verandering of betere slaaphygiëne had toegepast. Een goede herhaalde begeleiding met concrete tips was hiervoor een succesvolle interventie tot tevredenheid van de patiënten.
De angst om slechter te slapen is een belangrijke hindernis. Informeren en concrete tips geven rond slaaphygiëne zijn hiervoor belangrijk. In dit onderzoek haalde het aanbieden van begeleiding de patiënten over de streep, dit werd ook reeds in richtlijnen en de literatuur beschreven (3; 8; 21). Patiënten die aan het onderzoek deelnamen, werden opgevolgd via ingeplande consultaties gericht op het afbouwen van slaapmedicatie. Dit werd geapprecieerd door de patiënt en gaf de arts/onderzoeker de tijd om de patiënt goed te begeleiden.
Eén patiënt wilde de zekerheid dat er in de toekomst nog iets kon voorgeschreven worden in geval van een acute situatie. Het uitleggen van de indicaties waarbij een slaapmiddel kan worden voorgeschreven stelde gerust.
Het afbouwen van slaapmedicatie gebeurt best in overleg tussen arts en patiënt. De arts volgt hierbij wetenschappelijke richtlijnen, maar luistert naar de patiënt om het tempo van afbouwen te bepalen zonder te forceren (3; 22). In dit onderzoek werd het afbouwschema voorgelegd aan de patiënt en zo nodig aangepast, zowel initieel als in de loop van het proces.

De beperkte tijd die de huisarts ter beschikking heeft per patiënt en de druk op de agenda van een consultatie is een belangrijke hindernis waaraan niet volledig is tegemoetgekomen in deze studie. Acute pathologie primeert in de dagelijkse praktijkvoering waardoor chronische medicatie, inclusief slaapmedicatie, routinematig wordt voorgeschreven. Ook tijdens deze studie werden patiënten met acute aandoening niet geïncludeerd omdat die de agenda van een consultatie reeds vult. Vaak betreft het ouderen met multi-morbiditeit waarbij de complexiteit van een acuut probleem de evaluatie van chronische medicatie, inclusief slaapmedicatie, op de achtergrond duwt (35; 36). Een mogelijke oplossing hiervoor in de toekomst is een minimale interventie onder de vorm van een stopbrief (2; 23; 37). Patiënten die chronisch een slaapmiddel gebruiken kunnen dan m.b.v. het EMD geselecteerd worden: aan hen wordt een schrijven gericht waarin informatie wordt gegeven over slaapmiddelen, zij worden tevens uitgenodigd voor een consultatie bij de huisarts om dit te bespreken. Op deze manier kan de huisarts een consultatie volledig besteden aan het informeren en motiveren van een patiënt. Het veranderingsproces (27) gaat bij de patiënt reeds van start dankzij de stopbrief. De periode van het jaar waarin de arts patiënten aanspreekt om te stoppen met slaapmedicatie, al dan niet via een stopbrief, is een overweging waard. In deze studie gaf 1 patiënt zelf aan om interesse te

hebben in het afbouwen van slaapmedicatie, maar niet in de winterperiode. Inderdaad, in de literatuur werd reeds veelvuldig beschreven dat slapeloosheid een seizoenale variatie kent, met een piek in de wintermaanden (38; 39). De timing van deze studie was bijgevolg suboptimaal.
Tenslotte, patiënten die afhaken of niet volledig willen stoppen, mogen niet als een mislukking worden bekeken. Ook hier is het van belang een planning af te spreken met de patiënt om het veranderingsproces te hernemen (27).
Dankzij dit onderzoek, lopende over een periode van 10 weken, slaagden 3 patiënten erin om te stoppen met slaapmedicatie. Voor 1 patiënt was het afbouwproces nog succesvol lopende op het einde van dit onderzoek. Bij 2 patiënten was het afbouwen slechts gedeeltelijk of niet gelukt. Vier patiënten gaven aan in de toekomst het veranderingsproces te willen starten.

CONCLUSIE

Ondanks wetenschappelijke consensus rond de aanpak van slapeloosheid door de huisarts, worden benzodiazepines en Z-drugs in België nog steeds frequent voorgeschreven. Vele patiënten zijn chronisch gebruiker van slaapmedicatie, in de onderzoekspraktijk betrof dit 8,3% van de patiënten.
Uiteraard is de belangrijkste interventie om het gebruik van slaapmiddelen in te perken, het niet opstarten maar de patiënt voorlichten rond slapeloosheid en slaaphygiëne. Om chronische gebruikers te doen afzien van het slaapmiddel is immers veel moeilijker, met hindernissen aan zowel arts- als patiëntzijde.
In deze studie werden aan de hand van actieonderzoek barrières bij arts en patiënt geïdentificeerd en zo mogelijk interventies uitgewerkt. In een periode van slechts 10 weken slaagde bijna 1 op 5 (3 patiënten) van degenen die werden aangesproken om deel te nemen, erin om te stoppen. Dit door begeleiding onder de vorm van consultaties, de methode van dosis-reductie en schriftelijke informatie.
<u>Aanbeveling voor toekomstige praktijkvoering omvatten:</u>

- Minimale interventiestrategie door een stopbrief te versturen aan chronische gebruikers
- Periode van de interventie eerder in de lente of zomerperiode plannen
- Niet routinematig herhalingsvoorschriften maken voor slaapmedicatie maar de patiënt erover aanspreken
- Goede inhoudelijke voorbereiding door de arts rond slaapproblematiek, slaapmiddelenafbouw en motiverende consultatievoering
- Het EMD gebruiken om een (vervolg)gesprek over afbouwen te plannen, in samenspraak met de patiënt. Niet opgeven als de patiënt niet gemotiveerd is: sensibiliseren zonder te forceren
- Betrekken van de patiënt in het afbouwproces, zeker in het afbouwschema. Het schema telkens evalueren en zo nodig bijsturen
- Begeleiding door consultaties gewijd aan het stoppen en rond slapeloosheid; telkens herhalen van informatie rond slaaphygiëne, de patiënt hierover bevragen en zeer concrete tips geven

BIBLIOGRAFIE

1. Gezondheidsenquête 2013 Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Van der Heyden J, Charafeddine R. (ed.). Brussel : WIV-ISP, 2014.
2. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening) . Knuistingh Neven A., Lucassen P.L.B.J., Bonsema K., Teunissen H., Verduijn M.M BM. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. 57(7):352-61, sl : Huisarts Wet , 2014.
3. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn: Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. . Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J, De Meyere M, Mariman A. 34:346-71, sl : Huisarts Nu , 2005.
4. Transparantiefiche: aanpak van slapeloosheid. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, BCFI. Vol. 2010.
5. Benzodiazepine agonisten. Farmakotherapeutisch Kompas, FK. sl : Zorginstituut Nederland, 2018.
6. The history of benzodiazepines. Wick, J.Y. 28(9):538-48., sl : Consult Pharm. , 2013.
7. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. Schroeck, JL, Ford, J, Conway, EL, Kurtzhalts, KE, Gee, ME, Vollmer, KA, Mergenhagen, KA. 38(11):2340-2372., sl : Clin Ther., 2018.
8. Stoppen met langdurig benzodiazepinegebruik. . De Gier H, Gorgels W, Lucassen P, Oude Voshaar R, Mulder J, Zitman F. sl : Huisarts Wet. , 2011, Vol. 54(10):548–51.
9. Psychotropic medications and the risk of fracture: a meta-analysis. . Takkouche B, Montes-Martinez A, Gill SS, Etminan M. 30:171-84, sl : Drug Saf, 2007.
10. Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. . Dassanayake T, Michie P, Carter G, Jones A. 34:125-56., sl : Drug Saf , 2011.
11. Het langdurig gebruik van benzodiazepinen. . Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, Breteler MH, Van de Lisdonk EH, Zitman FG. 145:1342-6, 2001, Vol. Ned Tijdschr Geneeskd .
12. Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation. Dundar Y, Boland A, Strobl J, Dodd S, Haycox A, Bagust A, et al. . 8:3-125, 2004, Health Technol Assess .
13. Medicamenteuze therapie. In: Van Bemmel AL, Beersma DGM, De Groen JHM, Hofman WF Handboek Slaap en Slaapstoornissen. Theunissen D, Knuistingh Neven A, Uges D. sl : Elsevier gezondheidszorg, 2001.
14. Medication as a risk factor for falls: a critical systemtic review. . Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. 62: 1172-81, sl : J Gerontol a Biol , 2007.
15. Repertorium van geneesmiddelen. Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium, BCFI. sl : BCFI, 2018.
16. Psychotropic medications, including short acting benzodiazepines, strongly increase the frequency of falls in elderly. . Van Strien AM, Koek HL, Van Marum RJ, Emmelot-Vonk MH. 74:357-62., sl : Maturitas, Vol. 2013.
17. Praktijk instrumenten val- en fractuurpreventie. Wertelaers A, Baeten. R, Vandeput O, Tessier J,. Deconinck L, Heirstrate. L, Beyen A, Goemaere S,. Milisen K, Vlaeyen E,. Gielen E, Dejaeger E. sl : Domus. Medica, 2015.
18. Van slaappillen kan je vallen. Milisen, Koen. sl : Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, 2015.
19. Nieuwe of verergerende slaapproblemen bij acuut opgenomen ouderen in het ziekenhuis of verpleeghuis. de Rooij, SEJA, Tuut, MK, Genet, PA, Gruppelaar, MB, Weterman, MA, van Pagee AH, Brouwer, JP. sl : Nederlandse Internisten Vereniging, 2015.
20. Benzodiazepine-agonisten, hypnotica. Geneesmiddelbeoordeling voor de kwetsbare oude patiënt in het Farmacotherapeutisch Kompas. Van Ojik, AL, Jansen, PAF, Brouwers, JRBJ, van Roon, EN. sl : Ephor FK, 2011.
21. Campagne: Slaap- en kalmeermiddelen, denk eerst aan andere oplossingen. Volksgezondheid, FOD. 2018.
22. Hulpmiddelenboek voor huisartsen. Angst-stress, slaapproblemen. . Volksgezondheid, FOD. sl : Federale campagne voor het verantwoord gebruik van benzodiazepines , 2005.
23. Zijn minimale interventies doeltreffend om chronisch gebruik van benzodiazepines te reduceren in de eerste lijn? Anthierens, S. sl : Minerva, 2012.
24. Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. . Oude Voshaar, RC, Gorgels, WJMJ, Mol, AJJ, Couvée, JE, van Balkom, AJLM, Zitman, FG. 145(28): 1347-50, sl : Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2001.
25. Ik wil stoppen met slaapmiddelen . Thuisarts.nl. sl : NHG, 2014.

26. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: Meta-analysis. . Oude Voshaar, R. C., Couvee, J. E., van Balkom, A. J., Mulder, P. G., & Zitman, F. G. 189, 213-220, sl : British Journal of Psychiatry, 2006.
27. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change Psychotherapy: Theory, Research & Practice1982. Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (19) 3 276-288,
28. Action research in health promotion. Whitehead, D, Taket, A, Smith, P. 65:5, sl : Health Education, 2003.
29. Using action research: an introduction. Bridges, J & Meyer, J. sl : Nursing times, 2001, Vol. 97(2) 30.
30. Action research: a useful method of promoting change in primary care? Hampshire, A, Blair, M, Crown, N, Avery, A, Williams, I. 16(3) 305-311, sl : Family practice, 1999.
31. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): a new instrument for psychiatric practice and research. Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, Kupfer D. Nederlandstalige bewerking door: R. Cluydts, M. Kerckhoffs,. G. Hoffmann. sl : Psychiatry Research , 1989, Vol. 28:193-213.
32. Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire, Nederlandse versie. Federale campagne voor het verantwoord gebruik van benzodiazepines, FOD. sl : FOD VOlksgezondheid, 2005.
33. DSM5 criteria Stoornis in het gebruik van een middel. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM. 5, 2013.
34. Christiaens, T, Creupelandt, H, Rogiers, R, Thoen, A. Projectgroep Benzodiazepines. sl : FOD volksgezondheid.
35. Patients' and clinicians' experiences of consultations in primary care for sleep problems and insomnia: a focus group study. Dyas, JV, Apekey, TA, Tilling, M, Ørner, R, Middleton, H, Siriwardena, AN. 60(574):e180-200, sl : Br J Gen Pract. , 2010.
36. Clyne B, Cooper JA, Hughes CM, Fahey T, Smith SM, Mangoni A, et al. “Potentially inappropriate or specifically appropriate?” Qualitative evaluation of general practitioners views on prescribing, polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in ol. Clyne, B, Cooper, JA, Hughes, CM, Fahey, T, Smith, SM, Mangoni, A,. 17(1):109, sl : BMC Fam Pract. , 2016.
37. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. . Mugunthan, K, McGuire, T, Glasziou, P. 61:573-8, sl : Br J Gen Pract , 2011.
38. Winter is coming: nightmares and sleep problems during seasonal affective disorder. Sandman, N, Merikanto, I, Määttänen, H, Valli, K Kronholm, E, Laatikainen, T, Partonen, T, Paunio, T. 25(5) 612-619, 2016.
39. Retrospectively reported month-to-month variation in sleeping problems of people naturally exposed to high-amplitude annual variation in daylength and/or temperature. Putilov, AA. 10(3):101-112, sl : Sleep Sci., 2017.

DANKWOORD

Tot slot een woordje van dank aan iedereen die heeft bij gedragen aan deze masterproef.

Op de eerste plaats aan mijn promotor Dr. Sibyl Anthierens om mij te begeleiden in het wetenschappelijke deel: het formuleren van een duidelijke onderzoeksvraag, het idee om met actieonderzoek te werken, de aanvraag bij de ethische commissie, de feedback op de verwerking van de resultaten en het schrijfproces.

Dank ook aan mijn praktijkopleider, Leo Riemis, voor de ondersteuning. Niet enkel om me de tijd te geven om het onderzoek en de verwerking te doen voor deze masterproef, maar voor de volledige ondersteuning tijdens mijn HAIO jaren.

Aan mijn ouders voor hun eeuwig enthousiasme en logistieke steun. En zeker ook dankjewel aan Daan en Peter, mijn zoon en mijn partner, voor jullie hulp, geduld en liefde!

BIJLAGE 1: VRAGENLIJST

VERMINDEREN VAN HET SLAAPMIDDELENGEBRUIK BIJ 65+ERS:
HINDERNISSEN VOOR ARTS EN PATIENT

Beste,

U neemt deel aan onze studie over hindernissen bij het stoppen met slaapmedicatie.
Een belangrijk deel van dit onderzoek steunt op deze vragenlijst die door alle deelnemers aan het onderzoek wordt ingevuld.
De vragenlijst in dit bundeltje bestaat uit 2 delen.
Deel I: vragenlijst slaapkwaliteit. Deze vragenlijst geeft ons een zicht op de mogelijke oorzaken van uw slaapproblemen.
Deel II: vragenlijst slaapmiddel. Deze vragenlijst laat ons toe om na te gaan of u afhankelijk bent van uw slaapmiddel.
Als u problemen ondervindt bij het invullen van de vragenlijst, helpen we u graag verder.
Op de vragenlijst staat een code vermeld, zo weten wij door wie de lijst werd ingevuld.
U hoeft uw naam nergens te vermelden. Dit is om uw privacy te beschermen.
De resultaten van de vragenlijsten worden omgezet in een score.
We bespreken de resultaten nadien met u om uw slaapkwaliteit te helpen verbeteren.

Hartelijk dank voor uw deelname!

Dr Ethel Brits

Code: …….. Datum: ……..

Deel I : Vragenlijst Slaapkwaliteit

Instructies:

De onderstaande vragen betreffen uw gebruikelijke slaapgewoonten gedurende de afgelopen maand. Uw antwoorden moeten de juiste indruk geven van de meerderheid van dagen en nachten van de afgelopen maand.

Beantwoord alstublieft alle vragen.

1. Gedurende de afgelopen maand, hoe laat bent u gewoonlijk naar bed gegaan? .....
2. Gedurende de afgelopen maand, hoe lang duurde het gemiddeld om in slaap te vallen? …….
3. Gedurende de afgelopen maand, hoe laat bent u gemiddeld opgestaan in de ochtend? ..…..
4. Gedurende de afgelopen maand, hoeveel uur heeft u echt geslapen 's nachts? (dit mag afwijken van het aantal uren dat u in bed heeft gelegen.) ……..

5. hoe vaak heeft u gedurende deze maand problemen met slapen gehad omdat u:	Niet gedurende deze maand	Minder dan 1 keer per week	1 tot 2 keer per week	3 of meer keren per week
a. Niet binnen 30 minuten in slaap kan vallen				
b. Wakker wordt in het midden van de nacht of vroeg in de morgen				
c. Naar de W.C. moet				
d. Niet normaal kan ademhalen				
e. Hard snurkt of moet hoesten of kuchen				
f. Het te koud hebt				
g. Het te warm hebt				
h. Enge dromen hebt				
i. Pijn hebt				
j. Andere redenen, zoals:				
6. Hoe vaak heeft u slaapmedicatie genomen deze maand? (op voorschrift of zelf bij de drogist)				
7. Hoe vaak heeft u problemen om wakker te blijven tijdens autorijden, eten of sociale bezigheden?				

	Helemaal geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een groot probleem
8. hoeveel problemen ervaarde u de afgelopen maand met genoeg zin / enthousiasme te hebben om dingen te doen?				
	Heel goed	Redelijk goed	Redelijk slecht	Heel slecht
9. Hoe zou u uw slaapkwaliteit van de afgelopen maand gemiddeld inschalen?				
	Geen partner of kamergenoot	Partner of kamergenoot in de andere kamer	Partner in dezelfde kamer maar niet in hetzelfde bed	Partner in hetzelfde bed
10. Heeft u een bedpartner of kamergenoot?				
	Niet gedurende deze maand	Minder dan 1 keer per week	1 tot 2 keer per week	3 of meer keren per week
Als u een kamergenoot of bedpartner heeft, vraag hem/haar hoe vaak u de afgelopen maand last had van:				
a. Hard snurken				
b. Lange adempauzes tijdens slapen				
c. Trekken of schokken van de benen tijdens slapen				
d. Periodes van desoriëntatie of verwarring tijdens de slaap				

e. Andere onrust terwijl u slaapt, graag beschrijven:
……
……

Code: …….. Datum: ……..

Deel I : Vragenlijst Slaapmiddel

Instructies: geef bij elk van de onderstaande uitspraken aan of ze voor u persoonlijk van toepassing is. Met behulp van een score van 1 tot 5 kan u aangeven of de uitspraak voor u geldt:

UITSPRAAK	Omcirkel het antwoord dat het meest van toepassing is voor u				
1. Ik neem op tijd mijn medicatie omdat ik anders klachten krijg.	1	2	3	4	5
2. Ik word nerveus als ik geen medicatie bij de hand heb.	1	2	3	4	5
3. Anderen dringen erop aan dat ik minder medicatie zou innemen.	1	2	3	4	5
4. Ik neem meer medicatie dan op het voorschrift staat vermeld.	1	2	3	4	5
5. Ik voel me gerust als ik mijn medicatie bij de hand heb.	1	2	3	4	5
6. De medicatie werkt tegenwoordig minder goed dan vroeger.	1	2	3	4	5
7. Mijn medicatie is te snel opgebruikt.	1	2	3	4	5
8. De medicatie brengt me in de problemen.	1	2	3	4	5
9. Ik verander een voorschrift.	1	2	3	4	5
10. Ik denk erover om te stoppen met de medicatie.	1	2	3	4	5

Score:

1/ helemaal niet

2/ niet

3/ deels wel, deels niet

4/ wel

5/ helemaal wel

11. Net voor ik mijn medicatie inneem, kan ik aan niets anders denken dan aan deze medicatie.	1	2	3	4	5
12. Ik ben in mijn gedachten veel met medicatie bezig.	1	2	3	4	5
13. Ik geloof dat de medicatie mijn leven kapot maakt.	1	2	3	4	5
14. Ik haal eerder dan afgesproken een nieuw voorschrift.	1	2	3	4	5
15. Ik neem veel medicatie in één keer.	1	2	3	4	5

Score:

1/ helemaal niet

2/ niet

3/ deels wel, deels niet

4/ wel

5/ helemaal wel

Als u nog nooit geprobeerd heeft om minder medicatie te gebruiken of om ermee te stoppen, dan kan u de rest van de vragen overslaan en bent u nu klaar. Ga verder indien u wel al eens geprobeerd heeft om minder medicatie te gebruiken of om ermee te stoppen. Hieronder worden een aantal klachten opgesomd waarvan u mogelijk last had. Geef bij elke klacht een score van 1 tot 5.

KLACHT	Omcirkel het best passende antwoord				
	Geen of nauwelijks last	Een beetje last	Nogal wat last	Veel last	Heel veel last
16. Neerslachtig gevoel	1	2	3	4	5
17. Vermoeidheid	1	2	3	4	5
18. Trillen	1	2	3	4	5
19. Prikkelbaarheid	1	2	3	4	5
20. Rusteloosheid	1	2	3	4	5

Benzodiazepine Dependence self-report Questionnaire, korte versie, o.c. kan, 1999

BIJLAGE 2: INFORMATIEBLAD

Verminderen van het slaapmiddelen gebruik bij 65+ ers: hindernissen voor arts en patiënt
Geachte mevrouw, heer,
Wij vragen u vriendelijk om mee te werken aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Als u besluit om aan dit onderzoeksproject deel te nemen, is het van belang dat u de onderstaande informatie goed begrijpt. Indien u na het lezen van de informatie nog vragen heeft, zijn wij uiteraard graag bereid om deze te beantwoorden.
Achtergrondinformatie
Het gebruik van slaapmedicatie gaat gepaard met ongewenste bijwerkingen, daarenboven verhoogt het bij ouderen het risico op vallen en fracturen. Het gebruik van slaapmiddelen bij 65+ers wordt best maximaal vermeden, het voorschrijven van slaapmedicatie kan overwogen worden voor kortdurend gebruik en als de slapeloosheid leidt tot slechter functioneren overdag. Toch blijkt in de praktijk naar schatting 30 procent van de 65+ers slaapmedicatie te gebruiken. Er is dus een groot verschil tussen de aanbevelingen en de praktijk. Het doel van dit project is het in kaart brengen van het afbouwproces van slaapmiddelengebruik en mogelijke oplossingen. De onderzoekers volgen patiënten op die slaapmedicatie gebruiken. De patiënten worden gemotiveerd tijdens consultaties bij de huisarts om deze medicatie af te bouwen. Er wordt hen gevraagd om een vragenlijst te beantwoorden en om een slaapdagboek bij te houden. Alle informatie wordt op een gecodeerde manier verwerkt. De onderzoekers zullen uit deze gegevens meer te weten komen over hindernissen en oplossingen om deze hindernissen aan te pakken. De resultaten van het onderzoek zullen worden beschreven in een eindwerk.
Omschrijving van de procedure van het onderzoek
Als deelnemer zal u op gevolgd worden via een consultatie (interview) bij de huisarts tijdens het afbouwen van de slaapmedicatie die u gebruikt. Er wordt ook gebruik gemaakt van vragenlijsten en een slaapdagboek. Er zijn onkosten noch vergoedingen verbonden aan het onderzoek.
Mogelijke nadelen van het onderzoek
Er zal u gevraagd worden één of meerdere vragenlijst in te vullen en een slaapdagboek bij te houden.
Vertrouwelijkheid en rechten
Alle verzamelde gegevens zijn strikt vertrouwelijk en zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek. In geen enkel document zullen uw persoonlijke gegevens herkenbaar zijn, de gegevens worden gecodeerd verwerkt en beheerd door de onderzoeker. De gegevens worden vernietigd na afloop van het onderzoek. U heeft het recht de resultaten van dit onderzoek in te zien. U heeft ook het recht aan de onderzoekers te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de geldende wet- en regelgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. U kan ook op elk moment besluiten uw deelname stop te zetten.
Indien u wenst deel te nemen, dient u het bijbehorende toestemmingsformulier te ondertekenen.
Met vriendelijke groeten en hartelijk dank voor uw medewerking.

Dr. Ethel Brits Winkelomseheide 44 - 2440 Geel Ethel@brits.be of 014 589759

BIJLAGE 3: TOESTEMMINGSFORMULIER

Verminderen van het slaapmiddelen gebruik bij 65+ ers: hindernissen voor arts en patiënt
Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik toestemming geef voor deelname aan het hierboven vermelde onderzoek. In verband hiermee verklaar ik het volgende:
Ik heb het bijhorende informatieformulier ontvangen en gelezen
Ik ben gedetailleerd geïnformeerd over het doel, de aard en de procedures van het onderzoek
Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen, deze zijn voldoende beantwoord
Ik weet dat mijn gegevens gebruikt worden, voor de doelen die in het informatieformulier staan
Ik heb deze beslissing uit vrije wil genomen
Ik ben op de hoogte dat ik op elk ogenblik de deelname aan deze studie kan stopzetten zonder dat dit een invloed heeft op mijn verdere behandeling
Naam en voornaam deelnemer:
Datum en handtekening

Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het hierboven vermelde onderzoek. Ik bevestig tevens dat dit onderzoek zal uitgevoerd worden volgens de voorwaarden die beschreven zijn in het informatieformulier.
Verklaring van de projectcoördinatoren:
De projectcoördinatoren zijn verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document en de informatiebrief

Projectcoördinatoren:
Dr. Ethel Brits, arts-in-opleiding

Dr Sibyl Anthierens, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg, Universiteit Antwerpen

BIJLAGE 4: GOEDKEURING ETHISCH COMITE

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Dr. S. Anthierens
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Verminderen van het slaapmiddelen gebruik bij 65+ers: hindernissen voor arts en patiënt (manama huisartsgeneeskunde Ethel Brits)

Belgisch Registratienummer: B300201734246

datum	ons kenmerk	contactpersoon
27/11/2017	17/21/255	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Katelijne Bovée ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 27/11/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Brits
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 15/10/2017
  versie 4
- Protocol aangepaste versie dd. 15/10/2017
  versie 5
- Vragenlijst(en) dd. 15/10/2017
  Slaapkwaliteit en medicatie, versie 2
- Dagboek dd. 15/10/2017
  Slaapdagboek, versie 1
- Diverse dd. 15/10/2017
  Affiche wachtkamer, versie 2

BIJLAGE 5: ONDERZOEKSPROTOCOL

VERMINDEREN VAN HET SLAAPMIDDELEN GEBRUIK BIJ 65+ ERS: HINDERNISSEN VOOR ARTS EN PATIËNT

Korte samenvatting van het project

Dit onderzoek wil de hindernissen en succesfactoren die arts en patiënt ondervinden in het afbouwproces van slaapmiddelen in kaart brengen en mogelijke oplossingen hiervoor bieden. Daartoe worden cases bestudeerd die chronisch slaapmiddelen gebruiken (> 12 weken). De recrutering van de patiënten gebeurt in de periode december 2017-januari 2018 in de praktijk waar de huisarts in opleiding stage loopt. Er wordt aan de patiënten gevraagd een slaapdagboek bij te houden en vragenlijsten te beantwoorden. De opvolging van de patiënten gebeurt tijdens de consultatie bij de huisarts in opleiding. Het consultatiemodel van de motivationele gespreksvoering wordt hiervoor toegepast.

Probleemstelling

Slapeloosheid is een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. In de Belgische gezondheids enquête van 2013, bleek 1/3de van de bevolking te kampen met slaapproblemen. In vergelijking met 2008, waar nog 21% melding maakte van slaapproblemen, is dit een forse stijging (1).

België is bovendien koploper in Europa in het medicaliseren van het slaapprobleem: 13% van de bevolking geeft aan slaap-of kalmeringsmiddelen gebruikt te hebben in de 2 weken voorafgaand aan de enquête. Markant is het stijgende percentage met de leeftijd: in de leeftijdscategorie 75+ gebruikt 35% een slaap- of kalmeringsmiddel. Bij de hoogst opgeleiden ligt het percentage aanzienlijk lager (11%) in vergelijking met de laagst opgeleiden (33%) (1). Inname van slaap-en kalmeringsmiddelen brengt snel afhankelijkheid met zich mee (2-4), dit wil zeggen dat het lichaam went aan het middel, waardoor het effect afneemt en een hogere dosis nodig is. Bij abrupt stoppen treden ontwenningsverschijnselen op en treedt de slapeloosheid terug op. Wetenschappelijke richtlijnen raden het voorschrijven van slaapmiddelen bij 65+ers af, aangezien deze medicatie het risico op vallen en fracturen bij ouderen verhoogt (5-6). Er is dus een duidelijke discrepantie tussen de richtlijnen en de praktijk.

Onderzoeksvraag

Hoe kunnen we de aanpak van afbouwen van slaapmiddelengebruik in onze praktijk verbeteren?

Onderzoeksopzet

<u>Studie-opzet</u>

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de processen en kennis over het afbouwproces van slaapmiddelengebruik binnen onze praktijk en mogelijke oplossingen hiervoor uittesten. Onder slaapmiddelen worden in dit onderzoek benzodiazepines en middelen verwant aan benzodiazepines (Z-middelen) beschouwd.

In een eerste fase van het onderzoek zullen de mogelijke hindernissen opgelijst worden op basis van literatuuronderzoek.

Volgende categoriën worden in dit stadium reeds vooropgesteld.

Factoren verbonden aan de arts die slaapmedicatie voorschrijft (vb. gebrek aan kennis van alternatieve aanpak, gebrek aan tijd om het belang van afbouw aan te kaarten bij de patiënt)

Factoren verbonden aan de patiënt die slaapmedicatie gebruikt (vb. gebrek aan kennis van alternatieven en van het gevaar van slaapmedicatie, angst om slechter te slapen)

Factoren verbonden aan de infrastructuur (vb. coderen in het EMD, geen afsprakensysteem zodat een consultatie om slaapmedicatie te bespreken niet kan vastgelegd worden)
Maatschappelijke factoren (vb. gebrek aan voorlichting door overheid, wijd verspreid zijn van slaapmedicatie)
Per probleem wordt gestreefd om een oplossing/interventie te plannen. De patiënten worden opgevolgd vanaf het moment dat de patiënt toestemt tot deelname en dus om afbouw van slaapmedicatie te starten en tijdens het volledige afbouwproces
Op 3 momenten van het afbouwproces worden vragenlijsten afgenomen. Tevens wordt voor de start van het afbouwproces bevraagd hoe hij/zij er tegenaan kijkt. In de loop van het proces evenals bij afloop wordt gevraagd naar de ervaringen van de patiënt. Consultaties worden gevoerd volgens motivationele gespreksvoering (fasen van gedragsverandering). Tussentijds wordt gevraagd een slaapdagboek bij te houden.
De begeleiding van de patiënten in de afbouw van slaapmedicatie gebeurt volgens NHG en Domus Medica richtlijnen.
Tijdens het begeleiden van de patiënt in de afbouw van slaapmedicatie zal de onderzoeker hindernissen identificeren voor zowel de huisarts als voor de patiënt, en oplossingen uitwerken. Hindernissen kunnen zowel patiënt-gebonden, onderzoeker-gebonden of extern zijn. Gaandeweg krijgt de onderzoeker nieuwe inzichten die worden verwerkt in het onderzoek, m.a.w. de info van de vragenlijsten en de consultaties wordt telkens geanalyseerd door de HAIO om zo eventuele zaken bij te sturen. Finaal kunnen aanbevelingen geformuleerd worden om toe te passen in de huisartsenpraktijk bij confrontatie met patiënten (65+) die chronisch slaapmedicatie gebruiken.

<u>Onderzoekspopulatie</u>
Inclusiecriteria voor dit actieonderzoek zijn de volgende:

- Leeftijd 65+
- Wilsbekwaam
- Chronisch (>12 weken) dagelijks gebruik van benzodiazepines of middelen verwant aan benzodiazepine (volgens BCFI)
- Patiënt zijn in de praktijk waar de onderzoeker (HAIO) werkt
- Geen gebruik van slaapmiddelen in kader van ontwenning aan middelen (kalmerende of stimulerende)
- Geen stoornis in het gebruik van slaapmiddelen (volgens DSM5 criteria) (9)

Aan alle patiënten in de praktijk waar de HAIO werkt die slaapmiddelen gebruiken, die op consultatie komen in december 2017 en januari 2018 wordt het onderzoek kort voorgesteld en gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Er zal een stopbrief worden meegegeven aan alle patiënten die willen deelnemen of een deelname overwegen (NHG patientenbrief 'Stoppen met slaapmiddelen) evenals de flyer van de valpreventiecampagne 2016 van de Vlaamse Overheid 'van slaappillen kan je vallen' (10-11). In de wachtzaal wordt het onderzoek aangekondigd.

<u>Vragenlijsten</u>
Voorafgaand aan het afbouwproces, na ondertekening van het toestemmingsformulier voor deelname aan de studie, wordt een vragenlijst ingevuld door de patiënt. De vragenlijst moet een beeld geven van de afhankelijkheidsgraad aan slaapmiddelen en van de eigen perceptie van de slaapkwaliteit. De vragenlijst wordt in de loop van het proces en op het einde nogmaals door de patiënt ingevuld.
Deze vragenlijst bundelt de volgende gestandaardiseerde vragenlijsten:
Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire, Nederlandse versie (12)
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Nederlandse versie (13)

Tijdsschema

November-December 2016: indienen onderwerp voor eindwerk
Januari-Maart 2017: opstellen protocol, informatieblad, toestemmingsformulier en aanvraag ethische commissie.
Maart-Juni 2017: uitwerken actie-onderzoek, selecteren van vragenlijsten
Juni 2017: gedetailleerde planning opstellen
Juli-Oktober 2017: literatuurstudie, inleiding en methodologie afwerken
December 2017-Januari 2018: recruteren patiënten
December 2017-Maart 2018: onderzoek uitvoeren
Februari-Maart 2018: verwerken resultaten onderzoek
Maart-April 2018: formuleren aanbevelingen
April 2018: finaliseren scriptie
Mei-Juni 2018: indienen en verdedigen scriptie

Ethische overwegingen

Om de anonimiteit van de deelnemende personen te garanderen, krijgt elke deelnemer een code.
Elke deelnemer krijgt een informatiebrief en kan met zijn/haar vragen terecht bij de onderzoeker (huisarts in opleiding).
Indien de patiënt wenst deel te nemen wordt een toestemmingsformulier ondertekend.
Vragenlijsten en het slaapdagboek die door de deelnemers worden ingevuld, worden gecodeerd verwerkt.
De patiënt kan op elk moment beslissen om deelname aan het onderzoek te stoppen.

Referenties

1. Van der Heyden J, Charafeddine R. (ed.) Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn
2. Brochure slapeloosheid Domus Medica http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/patienteninformatie/706-brochure-slapeloosheid/file.html
3. Farmacotherapeutisch kompas https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren-volgens-boek/inleidingen/inl-benzodiazepinen
4. Hulpmiddelenboek voor huisartsen. Angst-stress, slaapproblemen. Federale campagne voor het verantwoord gebruik van benzodiazepines 2005 http://5006.fedimbo.belgium.be/sites/5006.fedimbo.belgium.be/files/explorer/Huisartsen_hulpmiddelenboek.pdf
5. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J et al. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Internetsite Domus Medica 2005 http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392.html
6. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen(tweede herziening) NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet 2014;57(7):352-61. https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-slaapproblemen-en-slaapmiddelen
7. Charles M. Morin. Insomnia severity index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. Sleep. 2011; 34(5): 601–608.
8. Buysse, DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ: The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. Psychiatry Research 28:193-213, 1989
9. DSM5 criteria Stoornis in het gebruik van een middel. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version 5, 2013
10. NHG patientenbrief 'Stoppen met slaapmiddelen' NHG patientenbrieven. Versie 2011
11. Expertisecentrum val en fractuurpreventie. Campagne valpreventie 2016 'van slaappillen kan je vallen' KULeuven 2016
12. Federale campagne voor het verantwoord gebruik van benzodiazepines. Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire, Nederlandse versie. FOD VVVL. 2005
13. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Nederlandse versie