COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ PATIËNTEN MET INSOMNIA

Yating Tang, K.U.Leuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, K.U.Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 - 2018

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

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

Inhoudstafel

Abstract……1

Inleiding……1

Onderzoeksvraag……2

Methodologie……2

Resultaten ……2

1. Diagnostische flowchart……3
2. Therapeutische flowchart……3
3. Schema cognitieve gedragstherapie……4

Discussie……6

Conclusie……6

Referenties……6

Appendix……8

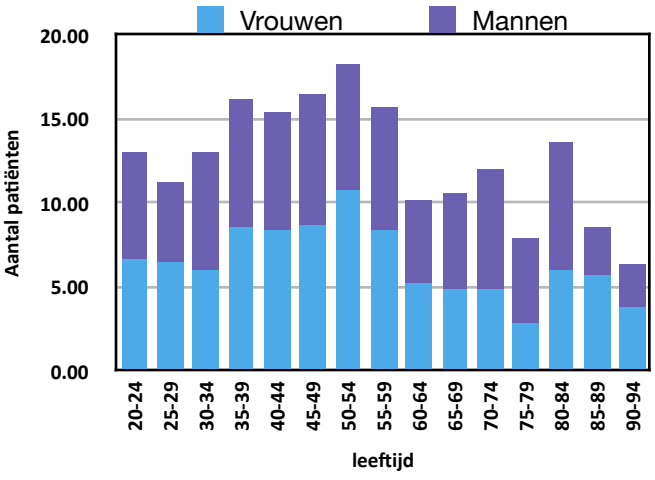
1. Insomnia Severity Index……8
2. Patiëntenfolder slaapstoornissen……9
3. Data studiepopulatie……10
4. INTEGO-databank: incidentie slaapstoornissen 2015……14
5. Ethische begeleiding masterproeven K.U.Leuven……15

***Abstract*—**
Achtergrond: Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2013 blijkt dat 30 % van de bevolking slaapproblemen ervaart. De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie(CGT-I) bij slaapstoornissen is in verschillende studies aangetoond. En in tegenstelling tot slaapmiddelen blijft de CGT-I ook na afloop van de therapie helpen.
Doelstelling: In deze studie willen wij peilen naar de huidige aanpak rond slaapstoornissen in de praktijk. Daarnaast wordt een praktijkrichtlijn rond slaapstoornissen opgesteld en geïmplementeerd. Daarna wordt de effectiviteit en toegevoegde waarde van CGT-I op een kritische manier geëvalueerd.
Methodologie: 1)Retrospectieve studie: o.b.v. de zoekmotorfunctie in het EMD worden er dossierstudies uitgevoerd om een representatieve steekproef te bekomen van de huidige aanpak van slaapstoornissen in twee huisartsenpraktijken. 2) Literatuurstudie met als doel het opstellen van een praktijkrichtlijn: diagnostische en therapeutische flowcharts ontwerpen; meetinstrument ontwikkelen ter evaluatie van de richtlijn en dit integreren in het EMD. 3)Prospectieve studie met het implementeren van de praktijkrichtlijn en evalueren van de haalbaarheid en effectiviteit van de CGT-I a.h.v. het meetinstrument.
Resultaten: Een groep van 238 patiënten met gemiddelde leeftijd van 47 jaar werd geïncludeerd in de retrospectieve studie. Deze groep van 47% mannen en 53% vrouwen kent diverse pathologieën. De farmaceutische interventie kent de volgende verdeling: alternatieve geneesmiddelen(19.5%), sederende antidepressiva(18%), antipsychotica(7.0%), benzodiazepines en zijn verwanten(17.6%), overige antidepressiva(32.7%) en anderen(5.2%). CGT-I wordt bij 13.4% van de patiënten uitgevoerd en 43.7% van de studiepopulatie wordt verwezen. De praktijkrichtlijn slaapstoornis wordt o.b.v. 'NHG-standaard slaapstoornissen en slaapmiddelen' en 'AASM Pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults' opgesteld en vervolgens geïmplementeerd in de prospectieve studie bij 22 studiepatiënten met gevarieerde slaapstoornissen. De vragenlijst 'insomnia severity index' meet de slaapkwaliteit voor- en gemiddeld 2 maanden na het implementeren van de praktijkrichtlijn. Er is een daling van gemiddeld 15.7 naar 12.1 punten en de daling is significanter in de CGT-I monotherapie groep.
Besluit: De opgestelde praktijkrichtlijn op basis van CGT-I is effectief voor de behandeling van slaapstoornissen in de huisartsenpraktijk. De studie wordt enerzijds beperkt door de kleinschalige opzet van studiepopulatie en anderzijds door de korte duur van de implementatie. Het effect van de interventie op lange termijn en bij reeds bestaande slaapstoornissen dient verder onderzocht te worden.

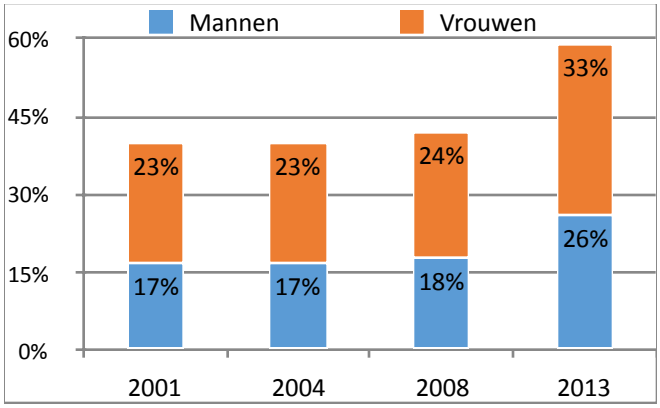
***Index Terms*—**
slaapstoornis, insomnia, cognitieve gedragstherapie.

I. Inleiding

Slaapstoornis kent een hoge prevalentie van 10-50% wereldwijd[1] en is ook een veel voorkomende pathologie in België. Data uit de INTEGO registratie tonen een jaarlijkse incidentie van 5.83/1000 patiënten in 2015 in de huisartsenpraktijk en is het hoogste in de leeftijdcategorie 50-54 jaar(Figuur 1). Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2013[2] is het gebleken dat 30% van de bevolking van 15 jaar en ouder slaapprobleem ervaart. 16% van de bevolking geeft aan één of meerdere psychotrope geneesmiddelen gebruikt te hebben in de 2 weken voorafgaand aan de enquête: 13% een slaap- en kalmeringsmiddel, 8% een antidepressivum(Figuur 2). Deze psychotrope geneesmiddelen hebben vaak bijwerkingen zoals verminderde alertheid, geheugenverlies, rusteloosheid en vooral afhankelijkheid. Na 2 weken neemt het effect van slaapmiddelen geleidelijk af en ongewenste bijwerkingen blijven echter bestaan[3][4]. Cognitieve gedragstherapie voor insomnia(CGT-I) is een combinatie van cognitieve therapie, gedragsinterventies (slaaprestrictie en stimuluscontrole) en



Figuur 1: Incidentie slaapstoornis ten opzichte van praktijkpopulatie(per 1000 patiënten) in 2015 (INTEGO-databank)



Figuur 2: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met slaapproblemen (Belgische gezondheidsenquête 2013)

educatieve interventies (slaaphygiëne). CGT-I focust zich op het veranderen van de manier waarop er tegen slaap en slaapklachten wordt aangekeken. De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij slaapstoornis is in verschillende studies aangetoond[5]. En in tegenstelling tot slaapmiddelen blijft de CGT-I ook na afloop van de therapie helpen[6].

II. ONDERZOEKSVRAAG

Komen slaapproblemen ook frequent voor in de huidige praktijk en hoe worden zij aangepakt? Hoe kan CGT-I in de huisartsenpraktijk uitgevoerd worden en is dit haalbaar voor de patiënten? Hoe kunnen wij de effectiviteit en toegevoegde waarde van CGT-I op een objectieve manier nagaan?

III. METHODOLOGIE

A. LITERATUURSTUDIE EN HET OPSTELLEN VAN PRAKTIJKRICHTLIJN:

Op basis van de watervalmethode worden de richtlijnen en questionnaires opgezocht in de huidige literatuur met het gebruik van volgende zoektermen: sleep, sleep disorder, insomnia, hypersomnia, parasomnia, cognitive behavioral therapy, sleep survey en sleep questionnaire. Bovendien worden de volgende quaternaire bronnen geraadpleegd: Domus Medica, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), American Academy of sleep medicine(AASM) en National Guideline Clearing House(NGC). Bovendien worden volgende websites geraadpleegd: cm.be, wiv-isp gezondheidsenquete, UZGent, slaapinfo.nl, De diagnostische en therapeutische flowcharts worden ontworpen en de inhoud van de cognitieve gedragstherapie wordt bepaald o.b.v. de gevonden literatuur en het boek ‘Slaap als een roos’ van Dr. Guy Meadows[7]. Het geschikte meetinstrument om de slaapproblemen in te schatten wordt uit de gevonden questionnaires gekozen en vervolgens geïntegreerd in het EMD.

B. RETROSPECTIEVE STUDIE:

o.b.v. de zoekmotorfunctie in het EMD worden alle patiënten ouder dan 18 jaar met ICPC-code P06 (slaapstoornissen) uitgefilterd: in praktijk A(solopraktijk, 1 PO en 1 HAIO) van 01/04/2012 t.e.m. 01/04/2017 en in praktijk B(wijkgezondheidscentrum, 4 artsen en 2 HAIO’s) van 01/09/2012 t.e.m. 01/09/2017. In praktijk A worden deze groep patiënten uitgenodigd voor dit onderzoek per mail of email. Patiënten die CGT willen ontvangen en geïnformeerde toestemming hebben verleend, worden verder geïncludeerd in de prospectieve studie. In beide praktijken worden de patiënten ingedeeld in 6 leeftijdscategoriën en vervolgens in primaire of secundaire slaapproblemen aan de hand van de diagnostische flowchart. Daarnaast worden de soorten therapieën die reeds gestart zijn na het slaapconsult onderzocht en worden deze verder ingedeeld in 8 groepen: alternatieve geneesmiddelen, sederende antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepines/benzo-verwanten, overige antidepressiva, andere geneesmiddelen, cognitieve gedragstherapie en verwijzing.

C. Prospectieve studie:

Alle patiënten ouder dan 18 jaar met aangegeven slaapstoornissen op consultatie worden uitgenodigd voor het onderzoek: in praktijk A van 01/04/2017 t.e.m. 30/08/2017 en ook de patiënten uit retrospectieve groep die willen deelnemen. Het aantal patiënten die geïnformeerde toestemming hebben verleend wordt verder geïncludeerd in de studie. Met behulp van de flowcharts wordt de diagnose vastgesteld en het gerichte therapeutische beleid ingesteld. Aanvullende patiëntenfolders worden op het einde van consult aan studiegroep meegegeven. Het meetinstrument in de vorm van enquête wordt door alle artsen gebruikt ter evaluatie: bij aanvang van de therapie en minstens 2 weken nadien op aangegeven contactwijze(op consultatie, telefonisch, per mail of email). Deze vragenlijsten worden anoniem verwerkt en met strikte vertrouwelijkheid behandeld. Om de kwaliteit en kwantiteit van de studie te garanderen wordt het onderzoek in praktijk B verdergezet van 01/09/2017 t.e.m. 28/02/2018 mits toestemming en deelname van alle artsen in de praktijk. De haalbaarheid bij het implementeren van de richtlijn wordt regelmatig getoetst bij de collega’s. Bovendien worden de patiënten bevraagd op de vervolgconsultatie om feedback te geven op de interventie, ook als zij zich niet expliciet aanmelden omwille van hun slaapstoornissen. De inhoud van de bevraging beperkt zich niet alleen tot de herevaluatie van hun slaapstoornissen, maar ook de haalbaarheid van het toepassen van praktijkrichtlijn voor de patiënten wordt systematisch nagegaan.

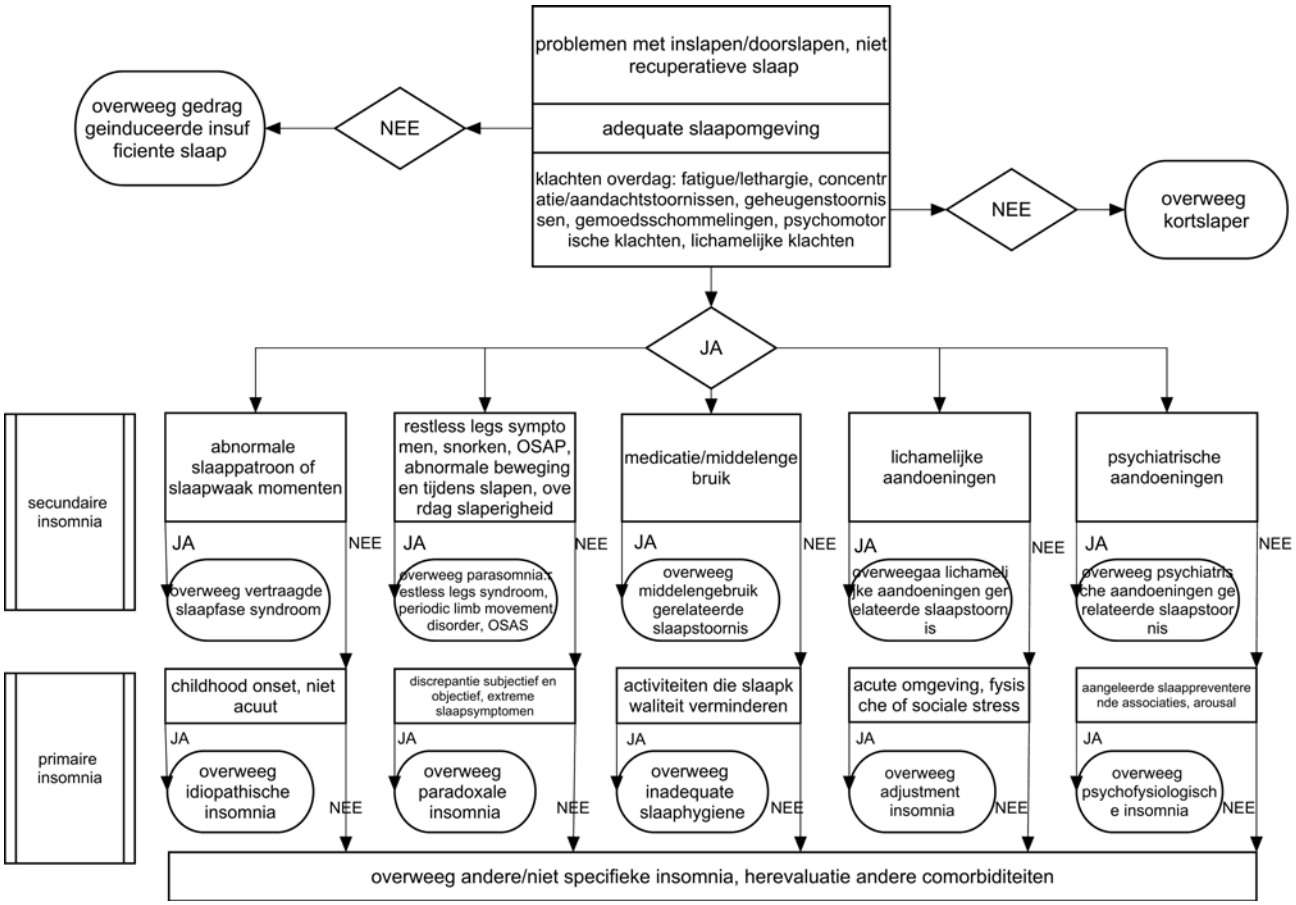
IV. RESULTATEN

A. PRAKTIJKRICHTLIJN

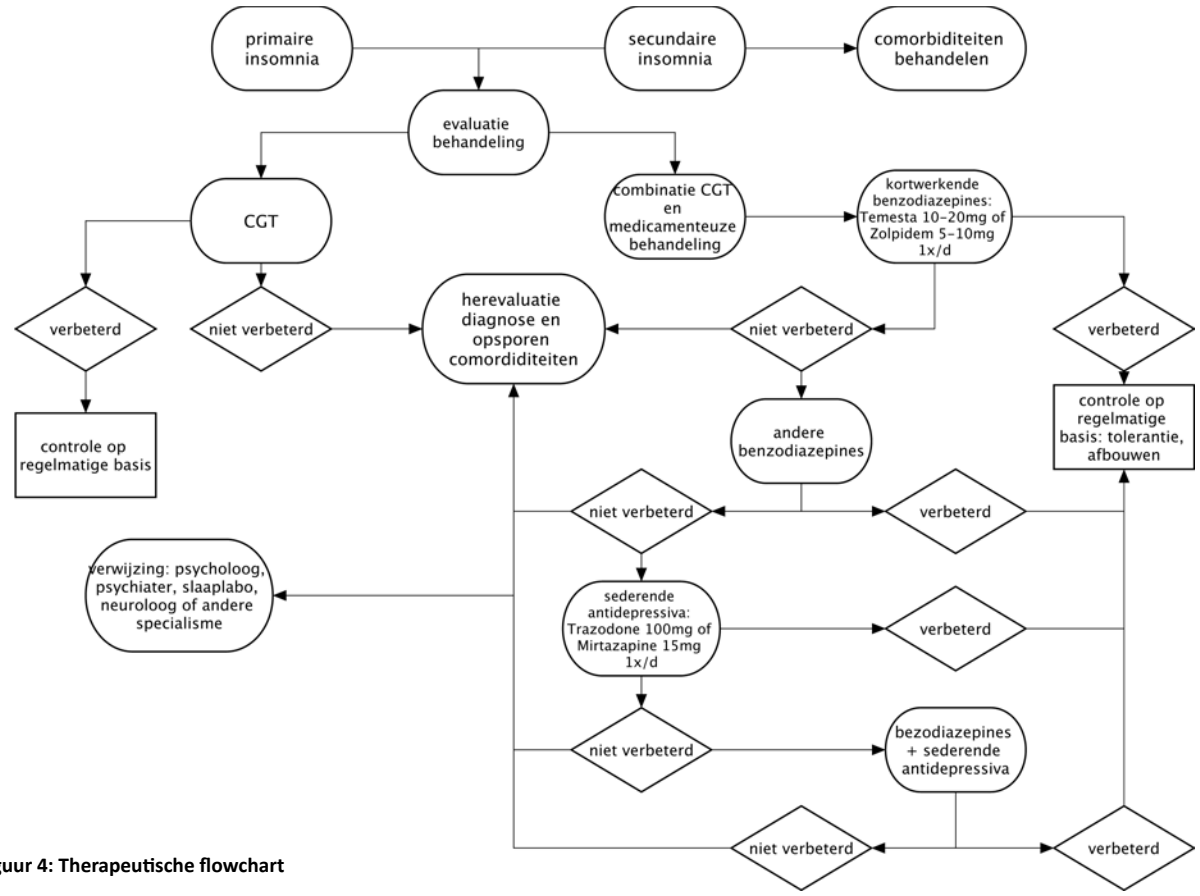
Op basis van de ‘NHG-standaard slaapproblemen en slaapmiddelen’[8] en de nieuwe AASM richtlijn ‘Pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults’ [9] worden de diagnostische en therapeutische flowcharts ontworpen(Figuur 3-4). Het stappenplan voor het uitvoeren van cognitieve gedragstherapie wordt samengevat en op een schematische manier opgesteld(Figuur 5). Een enquete o.b.v. het ‘insomnia severity index’ wordt gebruikt als meetinstrument en vervolgens geïntegreerd in het EMD als standaard template ‘vragenlijst slaapstudie’ bij inkomende documenten in beide praktijken. Deze bestaat uit 7 vragen die de tevredenheid over slaappatroon bevragen en de ernst van slaapproblemen oordelen. De 'thuisarts.nl brochure slaaploosheid’[10] wordt als patiëntenfolder gebruikt ter geheugenondersteuning.

B. RETROSPECTIEVE STUDIE:

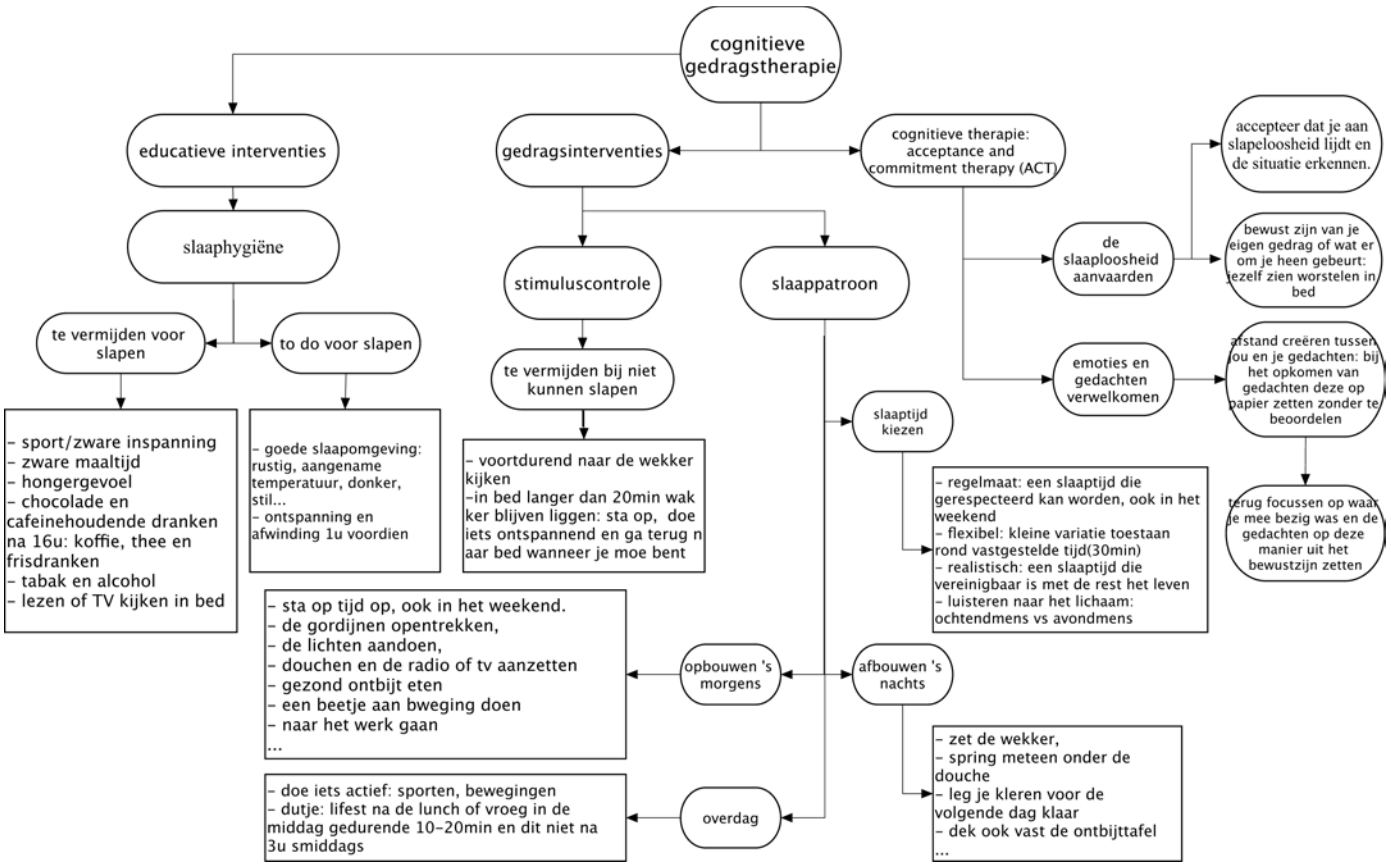
0,54% van de totale patiëntenpopulatie in praktijk A voldoet aan de zoekcriteria en wordt vervolgens geïncludeerd in de dossierstudie. Deze bestaat uit 24 mannen en 36 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 40,5 jaar. 33.3% uit deze groep met gemiddelde leeftijd van 35.1 jaar



Figuur 3: Diagnostische flowchart



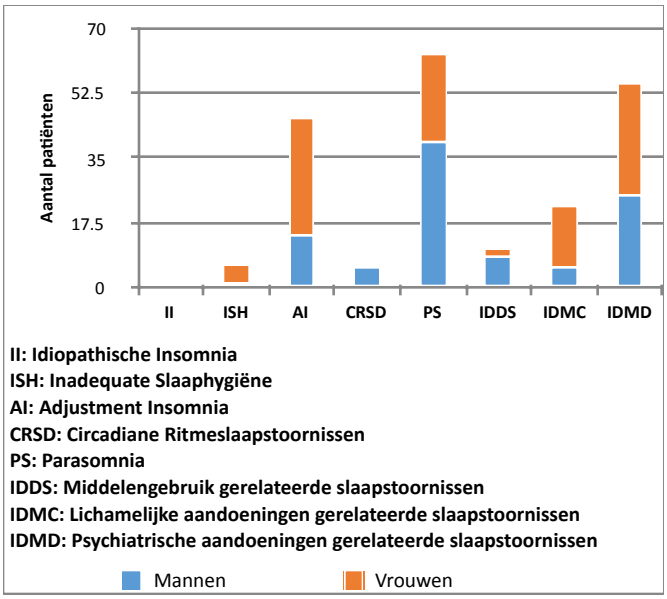
Figuur 4: Therapeutische flowchart



Figuur 5: Schema cognitieve gedragstherapie(CGT-I)

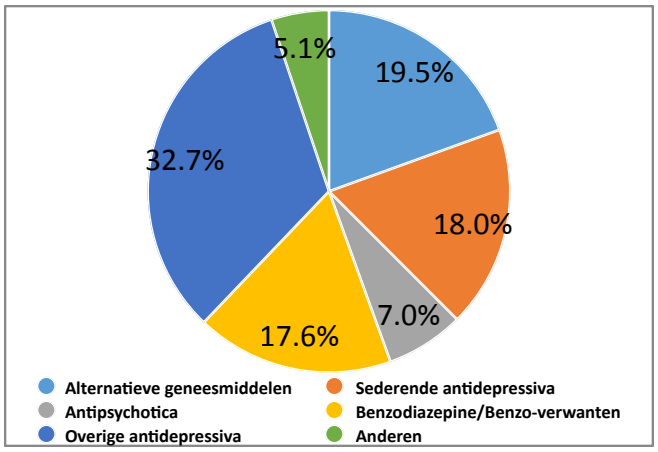
leden aan primaire en 56.7% aan secundaire insomnia met een gemiddelde leeftijd van 40.9 jaar. De overige 10% van de patiënten kan niet gecategoriseerd worden. De slaapstoornissen kennen de volgende verdeling: 3.7% aan inadequate slaaphygiëne(Inadequate Sleep Hygiene, ISH), 33.3% aan adjustment insomnia(AI), 7.4% aan circadiane ritmeslaapstoornissen(Circadian Rhythm Disorders, CRSD), 3.7% aan parasomnia(PS), 1.9% aan middelengebruik gerelateerde insomnia(Insomnia Due to Drug or Substance, IDDS), 5.6% aan lichamelijke-(Insomnia Due to Medical Condition, IDMC) en 44.4% aan psychiatrische aandoeningen gerelateerde insomnia(Insomnia Due to Mental Disorder, IDMD). De verdeling van medicamenteuze therapie ziet er als volgt: 27% alternatieve geneesmiddelen, 27% sederende antidepressiva, 8.1% antipsychotica, 20.2% benzodiazepines/benzo-verwanten, 13.5% overige antidepressiva en 4.1% andere geneesmiddelen. CGT-I werd uitgevoerd bij 11.7% van de patiënten en voor aanvullende diagnostiek en therapie werd 15% van de patiënten doorverwezen naar de medische en para-medische specialismen. 55 Van de totale studiepatiënten in praktijk A met geregistreerde contactgegevens worden uitgenodigd van 01/04/2017 t.e.m. 01/06/2017 voor het prospectieve onderzoek : 50 patiënten per mail en 5 patiënten zowel per mail als email.

In praktijk B komt 4.77% van de totale patiëntenpopulatie in aanmerking voor de dossierstudie. De gemiddelde leeftijd van deze studiegroep bedroeg 49,2 jaar. De 88 mannelijke en 90 vrouwelijke patiënten worden vervolgens ingedeeld in 4 groepen: 17.4% primaire insomnia, 64.6% secundaire insomnia, 2.2% gecombineerde en 15.7% niet-gecategoriseerde slaapstoornissen. De gemiddelde leeftijd van deze 4 groepen zijn respectievelijk 39.6, 51.5, 41.5 en 51.4 jaar. De pathologieën zijn even gevarieerd in praktijk B: 0.6% aan idiopathische insomnia(Idiopathic Insomnia, II), 2.6% aan ISH, 18% aan AI, 1.3% aan CRSD, 39.4% aan PS, 5.8% aan IDDS, 12.3% aan IDMC en 20% aan IDMD. De verhouding tussen de voorgeschreven geneesmiddelen in



Figuur 6: overzicht pathologieën in de retrospectieve studie

praktijk B verschilt ten op zicht van praktijk A: 16.8% alternatieve geneesmiddelen, 14.7% sederende antidepressiva, 6.8% antipsychotica, 16.8 % benzodiazepines/benzo-verwanten, 39.8% overige antidepressiva en 5.2% andere geneesmiddelen. De cognitieve gedragstherapie werd bij 14% van de patiënten uitgevoerd gespreid over 4 groepen. Opvallend is het grote aantal verwijzingen naar de andere disciplines: in totaal bij 94 patiënten wat overeenkomt met 52.2% van de studiepopulatie.



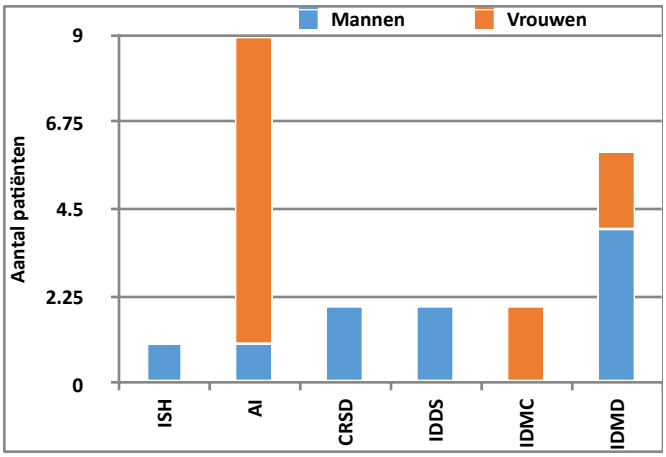
Figuur 7: overzicht farmacotherapie in de retrospectieve studie

Samengevat komen er in totaal 238 patiënten met gemiddelde leeftijd van 47 jaar in de retrospectieve studie: 25.2% uit praktijk A en 74.5% uit praktijk B. Deze groep bestaat uit 47% mannen en 53% vrouwen met diverse pathologieen: 0.5% aan II, 2.9% aan ISH, 22% aan AI, 2.9% aan CRSD, 30.1% aan PS, 4.8% aan IDDS, 10.5% aan IDMC en 26.3% aan IDMC(Figuur 6). De farmaceutische interventie wordt in totaal 272 keer uitgevoerd en kent de volgende verdeling: 19.5% alternatieve geneesmiddelen, 18% sederende antidepressiva, 7% antipsychotica, 17.6% benzodiazepines/benzo-verwanten, 32.7% overige antidepressiva en 5.1% anderen(Figuur 7). CGT-I wordt in totaal bij 13.4% van de patiënten uitgevoerd en 43.7% van de studiepopulatie wordt verwezen.

C. PROSPECTIEVE STUDIE:

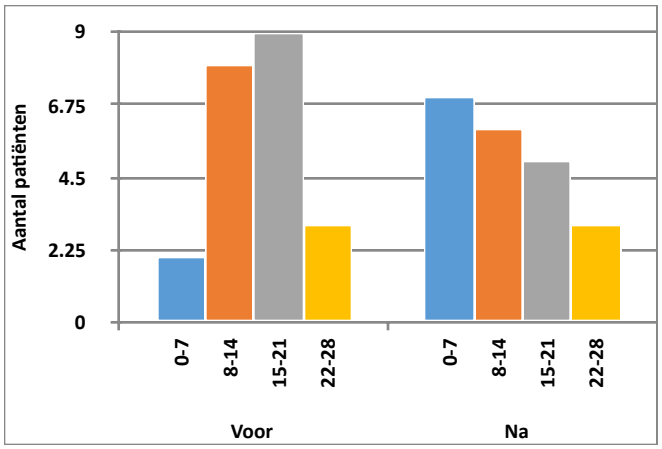
2 patiënten uit praktijk A hebben gereageerd op de uitnodiging maar gaven het later aan dat zij er echter geen tijd voor hadden.Van 01/04/2018 t.e.m. 30/08/2017 worden er in totaal 10 patiënten met nieuwe diagnose insomnia gerekruteerd door de HAIO en wegens de werkdrukte heeft de PO geen patiënt geincludeerd. Aan de hand van de diagnostische en therapeutische flowcharts worden de gerichte therapie uitgevoerd: bij 40% van de patiënten CGT-I in monotherapie en bij 60% gecombineerde CGT-I en medicamenteuze behandeling. Het schema CGT-I wordt systematisch overlopen tijdens de consultatie en de aandachtspunten(to-do en te-vermijden) worden mondeling toegelicht. De gedragstherapie houdt enerzijds in het weten aanvaarden van de slaaploosheid(acceptance) en anderzijds het leren verwelkomen van eigen emoties en gedachten(commitment) door de patiënt. De vragenlijst 'insomnia severity index' wordt bij alle patiënten tijdens het eerste consult afgenomen en de aanvullende patiëntenfolder wordt aan alle patiënten meegegeven op het einde van de consultatie. 7 patiënten raadpleegden de HAIO op de vervolgconsultatie 2 weken tot 5 maanden na het eerste consult. Deze bestaan uit 4 mannen en 3 vrouwen met een mediane leeftijd van 42,4 jaar: 28.5% aan AI, 14.3% aan IDDS, 14.3% aan IDMC- en 42.9% aan IDMD. Een daling van gemiddelde 13 naar 7 punten wordt bemerkt bij de primaire insomnia patiënten en de secundaire groep volgt een vergelijkbare evolutie: van 15.4 naar 11.2 punten Slechts 1 patiente ontvangt CGT-I als enige behandeling en de ISI score bij deze patiente daalt van 16 naar 4 punten.

In praktijk B hebben 20 patiënten deelgenomen aan het onderzoek en bij 15 patiënten met nieuwe diagnose insomnia wordt de vragenlijst tweemaal afgenomen. Deze patiënten worden vervolgens meegenomen in de einde analyse: 6.7% aan ISH, 46.7% aan AI, 13.3% aan CRSD, 6.7% aan IDDS, 6.7% aan IDMC en 20% aan IDMD. De gemiddelde leeftijd van studiegroep bedroeg 40.6 jaar en er is een lichte vrouwelijke dominantie(60%). 66.7% van de studiepopulatie consulteerde de HAIO bij het eerste contact en de overige 5 patiënten worden behandeld door andere 4 collega's. De consultatie duurt gemiddelde 25 minuten en het invullen van ISI neemt ongeveer 3 minuten in beslag. De tweede afname van de enquête een tot vijf maanden nadien wordt volledig door de HAIO uitgevoerd: bij 6 patiënten tijdens de consultatie en bij 9 patiënten gebeurt dit telefonisch. 40% van de patiënten kregen CGT-I in monotherapie en er werden farmaca voorgeschreven aan de overige patiënten: 2 uit de primaire en 7 uit de secundaire groep. Bovendien worden 6 patiënten uit zowel primaire als secundaire groep verwezen. Uit de anamnese is het gebleken dat 80% van de patiënten de instructies gevolgd hebben maar het toch moeilijk is voor 13.3% van de patiënten om de tips toe te passen. Bovendien geven 33% van de patiënten het aan dat zij de patiëntenfolder als zeer nuttig ervaren. Er is een daling van de ISI score voor en na interventie: van gemiddelde 16,1 naar 12.5 punten in de primaire groep en van 16.3 naar 15.8 punten in de secundaire groep. Opvallend is het significantere verschil bij de 40% patiënten die enkel CGT-I ontvangen: van gemiddelde 16.2 punten naar 9.3 punten.



Figuur 8: overzicht pathologieën in de prospectieve studie

31.8% van de studiepopulatie komt uit praktijk A en 68.2% uit praktijk B. Deze samengestelde groep heeft ook uiteenlopende ziektebeelden: 4.5% aan ISH, 40.9% aan AI, 9.1% aan CRSD, 9.1 % aan IDDS, 9.1% aan IDMC en 27.3% aan IDMD(Figuur 8). De enquête ISI meet een daling van van gemiddelde 15.7 naar 12.1 punten voor en na de interventie en het verschil is groter in de primaire groep: van 15.5 naar 11.4 punten(Figuur 9). Bovendien is er een significante daling van 7.7 punten in CGT-I monotherapie groep.



Figuur 9: ISI score voor en na consult. (0-7: niet klinisch significant; 8-14: marginaal; 15-21: matig/ernstig; 22-28: ernstig)

V. Discussie

Dit onderzoek toont de incidentie van slaapstoornissen in twee huisartsenpraktijken afgelopen vijf jaar en de aanpak wordt op een overzichtelijke manier weergegeven. Deze studie toont ook de effectiviteit en haalbaarheid van het uitvoeren van cognitieve gedragstherapie in de huisartsenpraktijk op basis van de opgestelde praktijkrichtlijn.

De retrograde studie beperkt zich tot het opzoeken van patiënten in het EMD met ICPC-code P06. Omwille van het niet systematisch gebruik van codering in praktijk A en het factor onderregistratie bij patiënten met comorbiditeiten in beide praktijken wordt er slechts een kleine groep patiënten gerekruteerd. Door de hoge werkdruk in praktijk A wordt het onderzoek daar enkel uitgevoerd door de HAIO. Bovendien worden er weinig reacties ontvangen op de patiëntenbrieven en hierdoor is het aantal patiënten die deelnemen aan de prospectieve studie beperkt. Het kleine aantal secundaire insomnia patiënten in zowel de retrograde als de prospectieve studie kan ook te maken hebben met de complexe pathologie: de patiënten hebben wellicht mindere interesse om deel te nemen aan de studie omdat de slaapstoornis maar een van de problemen is en niet dat met de grootste prioriteit. De kleinschalige opzet van de studie komt ook door de korte onderzoeksduur: 5 maanden in praktijk A en 6 maanden in praktijk B. Hierdoor kunnen een aantal patiënten niet geïncludeerd worden omwille van het gebrek aan controlegegevens uit vervolgconsultaties. Daarnaast worden er geen patiënten uit de retrograde groep gerekruteerd en slaagde dit onderzoek er niet in om de effectiviteit van CGT-I bij reeds bestaande slaapstoornissen te bewijzen.

De 'insomnia severity index' wordt gebruikt als instrument. Ondanks zijn hoge betrouwbaarheid en validiteit[11] blijft het moeilijk om de slaapkwaliteit op een volledig objectieve manier te meten[12]. De therapeutische interventie beperkt zich niet alleen tot het uitvoeren van CGT-I, maar afhankelijk van de comorbiditeiten wordt ook aanvullende medicamenteuze behandeling gestart bij meerdere patiënten. Dit maakt het moeilijk om te vergelijken tussen primaire en secundaire groepen en daarom is de aangetoonde effectiviteit van CGT-I mogelijk gebiased. Om het uitvoeren van CGT-I haalbaar te maken binnen de korte duur van consultatie beperkt de inhoud van de gedragstherapie zich tot 'acceptance and committent therapy'. Andere therapieën zoals mindfulness[7] komen hier niet aan bod. In totaal nemen er 5 artsen deel aan dit onderzoek. Hun manier waarop uitleg gegeven wordt kan verschillen evenals de attitude van de patiënten tegenover wetenschappelijk onderzoek.

VI. Conclusie

De slaapstoornissen treden meesten op bij patiënten in de leeftijdscategorie 40-49 jaar en er is een lichte vrouwelijke dominantie in de twee huisartsenpraktijken. De meerderheid van de patiënten lijdt aan secundaire insomnia en de meest voorgeschreven medicaties zijn (sederende) antidepressiva, benzodiazepines(en zijn verwanten) en alternatieve geneesmiddelen. De toepassing van praktijkrichtlijn slaapstoornis is haalbaar voor de patiënten en effectief in de praktijk en bovendien geven de meeste patiënten positieve feedback over de interventie. De verbetering in slaapkwaliteit is significanter bij primaire slaapstoornissen na de therapeutische interventie en er is een grotere toename van de tevredenheid over het slaappatroon in de CGT-I monotherapie groepen. Het opzetten van een vervolgstudie met grotere patiëntenpopulatie zou nodig zijn om de effectiviteit en toegevoegde waarde van deze praktijkrichtlijn en CGT-I bij reeds bestaande slaapstoornissen te evalueren.

Referenties:

1. Prevalence of chronic insomnia in adult patients and its correlation with medical comorbidities: Swapna Bhaskar, D. Hemavathy and Shankar Prasad. J Family Med Prim Care. 2016 Oct-Dec; 5(4): 780–784. doi: 10.4103/2249-4863.201153
2. Belgische gezondheidsenquête van 2013: 6. Geestelijke gezondheid. Lydia GISLE. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance. Depotnummer: D/ 2014/2505/46. Intern referentienummer PHS Report 2014-26
3. Aronson JK. Meyler's side effects of drugs: the international encyclopedia of adverse drug reactions and interactions. Amsterdam: Elsevier, 2006.
4. Riemann D, Nissen C. Sleep and psychotropic drugs. In: Morin CM, Espie CA, redactie. Oxford Handbook of Sleep and Sleepdisorders. Oxford: Oxford University Press, 2012.

5. Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) in a Primary Care Setting. Davidson JR, Dawson S, Krsmanovic A. Behav Sleep Med. 2017 May 2:1-13. doi: 10.1080/15402002.2017.1318753.
6. Three-Year Follow-Up Comparing Cognitive Behavioral Therapy for Depression to Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, for Patients With Both Diagnoses.Blom K, Jernelöv S, Rück C, Lindefors N, Kaldo V. Sleep. 2017 Aug 1;40(8). doi: 10.1093/sleep/zsx108.
7. Slaap als een roos. Guy Meadows. Luitingh-Sijthoff. ISBN 978902181050. Augustus 2014.
8. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. Huisarts Wet 2005;48(8):402-15.
9. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults Sharon Schutte-Rodin, M.D.1; Lauren Broch, Ph.D. 2; Daniel Buysse, M.D.3; Cynthia Dorsey, Ph.D.4; Michael Sateia, M.D.
10. thuisarts.nl slaapproblemen - 'ik wil beter slapen': https://www.thuisarts.nl/slaapproblemen/ik-wil-beter-slapen.
11. The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. Charles M. Morin, PhD, Geneviève Belleville, PhD, Lynda Bélanger, PhD, and Hans Ivers, PhD.Sleep. 2011 May 1; 34(5): 601–608. Published online 2011 May 1. PMCID: PMC3079939. PMID: 21532953
12. The Insomnia Severity Index, Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale, Pittsburgh Sleep Diary (PSD), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Michael T. Smith and Stephen T. Wegener. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) Vol. 49, No. 5S, October 15, 2003, pp S184–S196 DOI 10.1002/art.11409. © 2003, American College of Rheumatology.

Appendix:

1. Insomnia Severity Index

Slaapproblemen	geen	beetje	matig	ernstig	Zeer ernstig
1. moeite met inslapen	0	1	2	3	4
2. moeite met doorslapen	0	1	2	3	4
3. problemen met te vroeg wakker worden	0	1	2	3	4

4. Hoe tevreden bent u met uw huidige slaappatroon?

0	1	2	3	4
Zeer tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Zeer ontevreden

5. Hoe opvallend zijn de dagelijkse gevolgen van uw slaapprobleem voor anderen?

0	1	2	3	4
Helemaal niet opvallend	Een beetje opvallend	Enigszins opvallend	Erg opvallend	Heel erg opgevallen

6. Hoe ongerust bent u over uw huidige slaapproblemen?

0	1	2	3	4
Helemaal niet ongerust	Een beetje ongerust	Enigszins ongerust	Erg ongerust	Heel erg ongerust

7. In hoeverre beïnvloeden uw slaapproblemen uw dagelijks functioneren? (Bijvoorbeeld vermoeidheid, concentratie, geheugen en stemming)

0	1	2	3	4
Geen negatieve invloed	Een beetje negatieve invloed	Enigszins negatieve invloed	Veel negatieve invloed	Zeer veel negatieve invloed

SI-score _____

0-7 = niet klinisch significant, 8-14 = marginaal, 15-21 = matig/ernstig, 22-28 = ernstig

2. Patiëntenfolder slaapstoornissen:

Brochure SLAPELOOSHEID
Goed om weten
• We hebben onze slaap nodig om te herstellen. Door te slapen slaan we zowel lichamelijk als geestelijk nieuwe energie op.
• Slapen is het natuurlijke vervolg van een toestand van ontspanning. Probeer jezelf dus niet tot slapen te dwingen, want dat heeft een averechts effect. Probeer jezelf wel te ontspannen.
• Onze slaap is een weerspiegeling van ons leven overdag. Kijk dus ook eens naar hoe je je leven overdag organiseert. Wie tot 's avonds laat druk bezig is, mag niet verwachten dat hij onmiddellijk kan slapen. Iemand die de hele dag piekert en tot niet veel komt, zal dat waarschijnlijk ook in zijn slaap ervaren.
• Je kunt pas spreken van een slaaptekort als je overdag merkt dat je daar last van hebt. Je wordt bijvoorbeeld snel kwaad, je kunt de aandacht niet bij je werk houden of je wil steeds maar slapen overdag. Ook de slaapbehoefte verschilt van persoon tot persoon. Je hebt nu eenmaal kort- en langslapers. Het is een fabeltje dat iedereen acht uur slaap nodig heeft.
• Ons slaappatroon verandert met de leeftijd. Een baby slaapt het grootste deel van de dag.
• We spreken van een slaapstoornis als iemand gedurende één maand regelmatig slecht slaapt en daar overdag veel last van heeft, zonder dat dit te wijten is aan de inname van een genees- of genotsmiddel of aan een lichamelijke of psychiatrische aandoening.
• Slaapproblemen komen veel voor. Ongeveer één derde van de westerse bevolking heeft weleens een slaapprobleem. Tussen de 10 en 20 % van de bevolking heeft last van een langdurig slaapprobleem.

Verschillende slaapstoornissen
Er zijn verschillende soorten slaapstoornissen. Soms slapen mensen slecht omdat ze lijden aan één of andere ziekte of omdat ze bepaalde middelen of medicijnen hebben genomen. Er zijn nog andere meer specifieke slaapstoornissen die te maken hebben met de ademhaling, onrust in de benen of omdat mensen in een steeds wisselend dag- en nachtritme zitten (ploegenwerk, lange vliegtuigreis). Deze slaapklachten behandelen we hier niet. We beperken ons tot die slaapstoornissen waarbij mensen last hebben van in- of doorslaapstoornissen of vroegtijdig wakker worden. Enkel je arts kan uitmaken of/en welke slaapstoornis je hebt en/of wat hierna volgt voor jou van toepassing is.

Goede slaapgewoonten
• Ga pas 's avonds slapen als je moe wordt, maar sta zoveel mogelijk op hetzelfde uur op.
• Het is zeer belangrijk dat je het laatste halfuur van de dag gebruikt om je geleidelijk aan voor te bereiden op het slapen. Zorg voor een zekere routine: tafel dekken, omkleden, wassen en tandenpoetsen. Ook een warm bad of douche kan helpen om te ontspannen.
• Als je last hebt van slaapstoornissen, kun je beter niet lezen of tv-kijken in je slaapkamer.
• Als je na 20 minuten in bed nog niet bent ingedommeld, sta dan op en doe een nuttige, maar eerder vervelende activiteit in een andere kamer. Ga pas weer naar bed als je terug moe wordt.

Eten, drinken, actief zijn
• Probeer een uur voor het slapengaan rustgevende activiteiten te verrichten; luister bijvoorbeeld naar muziek of maak een praatje met je partner.
• Vermijd 's avonds een zware maaltijd of lichamelijke inspanningen. Seksuele activiteit is geen probleem omdat de meeste mensen zich na het vrijen ontspannen voelen.
• Vermijd roken, alcohol en koolzuur- en cafeïnehoudende dranken (koffie, cola, limonade) net voor het slapengaan. Als je gewoon bent om veel van die dranken te gebruiken, bouw dat dan af over enkele dagen of weken. Alcohol vergemakkelijkt wel het inslapen, maar verstoort de natuurlijke slaap en zorgt ervoor dat je slechter doorslaapt.
• Tracht overdag zo actief mogelijk te zijn. Regelmatig lichaamsbeweging verbetert de slaap.

Comfortabele slaapomgeving
Zorg voor een comfortabele temperatuur en een stille, wat verduisterde slaapkamer.

Stresshantering
• Als piekeren de oorzaak is van je slaapklachten, zoek dan iemand om daarover te praten. Ga eens voor jezelf na welke activiteiten het piekeren in het verleden hebben verdreven. Het kan soms helpen om in de vroege vooravond je muizenissen op papier te zetten.
• Als je allerlei plannen ligt te maken in bed, leg dan op je nachttafel pen en papier en schrijf je ideeën op.
• Relaxatiemethodes zoals yoga, meditatie, zelfhypnose en andere ontspanningsoefeningen zijn een goede manier om je te leren ontspannen.

Medicatie
• Als je langer dan een à twee weken slaappillen neemt, dan maken die het probleem dikwijls alleen maar erger. Slaapmedicatie zorgt ervoor dat je niet wakker bent, maar is niet bij machte de natuurlijke slaap na te bootsen.
• De kans is groot dat je aan die pillen gewend geraakt en je er zo een probleem bij krijgt.
• Neem nooit slaappillen zonder je arts te raadplegen. Hij kan met jou methodes bespreken die je zonder medicatie in staat stellen iets te doen aan je slapeloosheid.

Langdurige slaapklachten
• Slaapklachten ontstaan meestal omdat mensen in een stressvolle periode zitten. Zelfs als de problemen opgelost zijn, kunnen de slaapklachten blijven bestaan.
• Na ongeveer drie weken van slecht slapen ontstaat een mechanisme waarbij het bed steeds meer de betekenis krijgt van 'de plaats waar ik wakker lig'. Dat maakt je gespannen, waardoor
de kans kleiner wordt dat je snel inslaapt.
• Als je slaapklachten al maanden of jaren aanhouden en je zelf al van alles hebt geprobeerd, dan kan het nodig zijn om je manier van denken en leven ter sprake te brengen. Misschien kun je samen met je huisarts nadenken over een andere manier om naar de dingen te kijken, over hoe je je leven anders kunt organiseren of hoe je de problemen anders kunt aanpakken. Ook slaapklachten die al jarenlang bestaan, kunnen nog met goed gevolg behandeld worden.
• Onderzoek toont aan dat je je slaapprobleem het best oplost zonder naar medicatie te grijpen. Dat geeft het beste resultaat. De vorderingen die je daarmee behaalt, behoud je ook op langere termijn!
• Geef jezelf de tijd. Jouw slaapprobleem heeft de nodige tijd gehad om zich te ontwikkelen tot wat het nu is. Mensen denken dat er wondero lossingen bestaan die het probleem in één nacht oplossen. Het is erg begrijpelijk dat je hoopt op een mirakel, maar dat is niet haalbaar. Geef jezelf de tijd om je slaapprobleem terug af te leren en het gewone slaappatroon opnieuw aan te leren.
• Eén van de meest voorkomende fouten die mensen maken, is niet lang genoeg volhouden. Je hebt ongeveer twee à drie weken nodig om opnieuw een gewoon slaappatroon te hebben. Zolang moet je de adviezen van de arts zeker volgen.
• Soms is doorverwijzing naar een slaaplabo nodig. In zo'n slaaplabo wordt je slaap en de kwaliteit van je slaap heel nauwkeurig gemeten. Je overnacht dan in de slaapkliniek.
• Een slaapwaakdagboek kan je soms heel wat leren over wat een rol speelt in je slaapproblemen. Bespreek met je arts of zo'n dagboek voor jou een zinvol hulpmiddel kan zijn en hoe je dat het best invult.

3. Data studiepopulatie

Retrospectieve studie: Overzicht studiepopulatie praktijk A

Totaal					
leeftijd	Totaal	Primaire Insomnia	Secundaire insomnia	Gecombineerd	Niet gecategoriseerd
18-29	16	0	0	0	0
30-39	16	0	0	0	1
40-49	15	0	0	0	2
50-59	4	0	0	0	0
60-69	8	0	0	0	3
70+	1	0	0	0	0
som	**60**	**0**	**0**	**0**	**6**

	Man						Vrouw				
leeftijd	Totaal	primair	secundair	gecombindeerd	niet gecategoriseerd	Leeftijd	Totaal	primair	secundair	gecombindeerd	niet gecategoriseerd
18-29	5	3	2	0	0	18-29	11	6	5	0	0
30-39	8	1	6	0	1	30-39	8	3	5	0	0
40-49	6	0	5	0	1	40-49	9	5	3	0	1
50-59	1	0	1	0	0	50-59	3	1	2	0	0
60-69	4	0	3	0	1	60-69	4	1	1	0	2
70+	0	0	0	0	0	70+	1	0	1	0	0
som	**24**	**4**	**17**	**0**	**3**	som	**36**	**16**	**17**	**0**	**3**

Primaire Insomnia	Idiopathische insomnia		Paradoxale insomnia		Inadequate slaaphygiene		Adjustment insomnia		Psychofysiologische insomnia	
Leeftijd	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
18-29	0	0	0	0	1	0	2	6	0	0
30-39	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
40-49	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0
50-59	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
60-69	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
70+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
som	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**	**3**	**15**	**0**	**0**

Secundaire insomnia	Circadiane ritmeslaapstoornissen		Parasomnia		Middelengebruik gerelateerde insomnia		Lichamelijke aandoeningen gerelateerde insomnia		Psychiatrische aandoeningen gerelateerde insomnia	
Leeftijd	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
18-29	1	0	0	0	1	0	0	1	0	4
30-39	3	0	0	0	0	0	0	1	3	4
40-49	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2
50-59	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
60-69	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0
70+	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
som	**4**	**0**	**0**	**2**	**1**	**0**	**0**	**3**	**12**	**12**

Primair	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Leeftijd	Alternatieve geneesmiddelen		Sederende antidepressiva		Antpsychotica		Benzodiazepine/Benzo-verwanten		Overige antidepressiva		Anderen		CGT-I		Verwijzing	
18-29	1	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0
30-39	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
40-49	0	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
50-59	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
60-69	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
70+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
som	**1**	**10**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**4**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**	**4**	**0**	**1**

Secundair	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Leeftijd	Alternatieve geneesmiddelen		Sederende antidepressiva		Antpsychotica		Benzodiazepine/Benzo-verwanten		Overige antidepressiva		Anderen		CGT-I		Verwijzing	
18-29	1	3	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
30-39	1	1	3	4	1	2	1	1	1	1	0	0	1	0	2	1
40-49	1	0	4	1	1	1	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1
50-59	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	1
60-69	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
70+	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
som	**3**	**5**	**10**	**6**	**3**	**3**	**5**	**4**	**4**	**6**	**1**	**1**	**2**	**0**	**2**	**5**

Niet gecategoriseerd	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Leeftijd	Alternatieve geneesmiddelen		Sederende antidepressiva		Antpsychotica		Benzodiazepine/Benzo-verwanten		Overige antidepressiva		Anderen		CGT-I		Verwijzing	
18-29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-39	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40-49	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60-69	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
som	**0**	**2**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Retrosspectieve studie: Overzicht studiepopulatie praktijk B

Totaal						Mannen						Vrouwen					
Leeftijd	Totaal	Primaire Insomnia	Secundaire insomnia	Gecombineerd	Niet gecategoriseer	Leeftijd	Totaal	primair	secundair	gecombindeerd	niet gecategoriseerd	Leeftijd	Totaal	primair	secundair	gecombindeerd	niet gecategoriseerd
18-29	31	10	14	2	5	18-29	16	3	8	1	4	18-29	15	7	6	1	1
30-39	24	5	17	0	2	30-39	13	2	10	0	1	30-39	11	3	7	0	1
40-49	26	7	15	0	4	40-49	14	3	9	0	2	40-49	12	4	6	0	2
50-59	51	7	33	2	9	50-59	20	2	15	1	2	50-59	31	5	18	1	7
60-69	22	0	18	0	4	60-69	14	0	10	0	4	60-69	8	0	8	0	0
70+	24	2	18	0	4	70+	11	0	10	0	1	70+	13	2	8	0	3
som	178	31	115	4	28	som	88	10	62	2	14	som	90	21	53	2	14

Primaire Insomnia	Idiopathische insomnia		Paradoxale insomnia		Inadequate slaaphygiene		Adjustment insomnia		Psychofysiologische insomnia	
Leeftijd	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
18-29	0	1	0	0	0	0	3	6	0	0
30-39	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0
40-49	0	0	0	0	0	2	3	2	0	0
50-59	0	0	0	0	0	1	3	5	0	0
60-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
som	0	1	0	0	0	4	11	17	0	0

Secundaire insomnia	Circadiane ritmeslaapstoornissen		Parasomnia		Middelengebruik gerelateerde insomnia		Lichamelijke aandoeningen gerelateerde insomnia		Psychiatrische aandoeningen gerelateerde insomnia	
Leeftijd	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
18-29	1	0	2	0	2	1	2	0	1	5
30-39	0	0	2	2	2	0	0	1	6	4
40-49	0	0	6	2	2	0	0	2	2	2
50-59	0	1	14	7	0	1	1	7	2	6
60-69	0	0	6	6	1	0	1	2	2	0
70+	0	0	9	5	0	0	1	2	0	1
som	1	1	39	22	7	2	5	14	13	18

Primair								
Leeftijd	Alternatieve geneesmiddele	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	CGT-I	Verwijzing
18-29	3	0	0	0	2	0	5	5
30-39	1	0	0	1	3	1	2	1
40-49	3	0	0	0	4	1	1	2
50-59	0	2	0	1	4	0	0	3
60-69	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	1	0	1	0	0	1	2	0
som	8	2	1	2	13	3	10	11

Secundair								
Leeftijd	Alternatieve geneesmiddele	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	CGT-I	Verwijzing
18-29	4	1	0	1	6	0	6	5
30-39	2	5	3	2	11	4	1	13
40-49	1	7	2	7	3	0	1	13
50-59	6	6	3	4	12	1	3	23
60-69	1	0	1	3	4	1	1	10
70+	2	5	1	9	8	0	0	10
som	16	24	10	26	44	6	12	74

Gecombineerd								
Leeftijd	Alternatieve geneesmiddele	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	CGT-I	Verwijzing
18-29	0	0	2	0	2	0	0	1
30-39	0	0	0	0	0	0	0	0
40-49	0	0	0	0	0	0	0	0
50-59	1	1	0	0	0	1	0	2
60-69	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	0	0	0	0	0	0	0	0
som	1	1	2	0	2	1	0	3

Niet gecategoriseerd								
Leeftijd	Alternatieve geneesmiddele	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	CGT-I	Verwijzing
18-29	1	0	0	1	2	0	0	2
30-39	0	0	0	0	2	0	0	1
40-49	2	0	0	0	3	0	0	0
50-59	1	0	0	2	7	2	0	2
60-69	3	1	0	0	1	0	1	1
70+	1	1	0	2	2	0	0	0
som	8	2	0	5	17	2	1	6

Man							
Leeftijd	Alternatieve geneesmiddele	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	CGT-I	Verwijzing
18-29	1	0	1	2	8	0	6	6
30-39	3	3	2	2	8	1	1	10
40-49	4	4	0	5	7	0	1	9
50-59	3	2	0	2	5	1	0	16
60-69	4	1	0	2	1	0	2	7
70+	2	1	0	5	4	0	0	9
som	17	11	3	18	33	2	10	57

Vrouw							
Leeftijd	Alternatieve geneesmiddele	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	CGT-I	Verwijzing
18-29	7	1	1	0	4	0	5	9
30-39	0	2	1	1	8	4	2	4
40-49	2	3	2	2	5	1	1	6
50-59	5	7	3	5	18	3	4	14
60-69	0	0	1	1	4	1	0	4
70+	2	5	2	6	7	0	2	1
som	16	18	10	15	46	9	14	38

Prospectieve studie: Overzicht studiepopulatie praktijk A

Primair		idiopathische insomnia		paradoxale insomnia		inadequate slaaphygiene		adjustment insomnia		psychofysiologische insomnia	
Leeftijd	SOM	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
18-29	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
30-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
som	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0

Secundair		Circadiane ritmeslaapstoornissen		parasomnia		Middelengebruik gerelateerde insomnia		Lichamelijke aandoeningen gerelateerde insomnia		psychiatrische aandoening gerelateerde insomnia	
Leeftijd	SOM	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
18-29	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
30-39	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
40-19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
50-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60-69	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
70+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
som	5	0	0	0	0	1	0	0	1	3	0

Primair							
leeftijd	Alternatieve geneesmiddelen	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	Verwijzing
18-29	0	0	0	0	0	0	0
30-39	0	0	0	0	0	0	0
40-49	0	0	0	0	0	0	0
50-59	0	0	0	0	0	0	0
60-69	0	0	0	0	0	0	0
70+	1	0	0	0	0	0	0
som	1	0	0	0	0	0	0

Secundair							
leeftijd	Alternatieve geneesmiddelen	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	Verwijzing
18-29	0	0	0	0	0	1	0
30-39	0	1	1	1	0	0	1
40-49	1	1	0	0	1	0	1
50-59	0	0	0	0	0	0	0
60-69	0	1	0	0	0	0	1
70+	0	0	0	0	0	0	0
som	1	3	1	1	1	1	3

Primair	Voor				NA			
Leeftijd	0-7	8-14	15-21	22-28	0-7	8-14	15-21	22-28
18-29	0	0	1	0	1	0	0	0
30-39	0	0	0	0	0	0	0	0
40-49	0	0	0	0	0	0	0	0
50-59	0	0	0	0	0	0	0	0
60-69	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	0	1	0	0	0	1	0	0
som	0	1	1	0	1	1	0	0

Secundair	Voor				NA			
Leeftijd	0-7	8-14	15-21	22-28	0-7	8-14	15-21	22-28
18-29	0	0	1	0	1	0	0	0
30-39	0	0	2	0	0	1	1	0
40-49	0	1	0	0	0	1	0	0
50-59	0	0	0	0	0	0	0	0
60-69	1	0	0	0	1	0	0	0
70+	0	0	0	0	0	0	0	0
som	1	1	3	0	2	2	1	0

	2e Afname ISI		Tijd tussen 2 ISI enquêtes		
Leeftijd	consult	tel	0.5m	1m	2m
18-29	2	0	1	0	1
30-39	1	0	0	2	0
40-49	1	0	1	0	0
50-59	1	0	0	0	0
60-69	1	0	0	0	1
70+	1	0	0	1	0
som	7	0	2	3	2

Prospectieve studie: Overzicht studiepopulatie praktijk B

Primair		idiopathische insomnia		paradoxale insomnia		inadequate slaaphygiene		adjustment insomnia		psychofysiologische insomnia	
Leeftijd	SOM	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
18-29	5	0	0	0	0	1	0	1	3	0	0
30-39	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
40-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50-59	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
60-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
som	8	0	0	0	0	1	0	1	6	0	0

Secundair		Circadiane ritmeslaapstoornissen		parasomnia		Middelengebruik gerelateerde insomnia		Lichamelijke aandoeningen gerelateerde insomnia		psychiatrische aandoening gerelateerde insomnia	
Leeftijd	SOM	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
18-29	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
30-39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40-19	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
50-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60-69	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
70+	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
som	7	2	0	0	0	1	0	0	1	1	2

Primair							
leeftijd	Alternatieve geneesmiddelen	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	Verwijzing
18-29	1	0	0	0	1	1	1
30-39	0	0	0	0	0	0	0
40-49	0	0	0	0	0	0	0
50-59	0	0	0	0	1	0	0
60-69	0	0	0	0	0	0	0
70+	0	0	0	1	0	0	0
som	1	0	0	1	2	1	1

Secundair							
leeftijd	Alternatieve geneesmiddelen	Sederende antidepressiva	Antipsychotica	Benzo/Benzo-verwanten	Overige antidepressiva	Anderen	Verwijzing
18-29	0	0	0	0	1	0	2
30-39	0	0	0	0	0	0	0
40-49	0	1	0	1	1	0	1
50-59	0	0	1	1	0	0	1
60-69	0	0	0	0	0	0	0
70+	0	1	0	1	0	0	1
som	0	2	1	3	2	0	5

Primair	voor				NA			
Leeftijd	0-7	8-14	15-21	22-28	0-7	8-14	15-21	22-28
18-29	0	2	3	0	1	2	2	0
30-39	0	0	1	0	1	0	0	0
40-49	0	0	0	0	0	0	0	0
50-59	0	0	0	1	0	0	0	1
60-69	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	1	0	0	0	1	0	0	0
som	1	2	4	1	3	2	2	1

Secundair	Voor				NA			
Leeftijd	0-7	8-14	15-21	22-28	0-7	8-14	15-21	22-28
18-29	0	1	1	0	1	1	0	0
30-39	0	0	0	0	0	0	0	0
40-49	0	1	0	1	0	1	0	1
50-59	0	0	0	0	0	0	0	0
60-69	0	0	0	1	0	0	0	1
70+	0	2	0	0	0	2	0	0
som	0	4	1	2	1	4	0	2

			Tijd tussen 2 ISI enquêtes				
Leeftijd	consult	tel	1m	2m	3m	4m	5m
18-29	4	3	2	2	3	0	0
30-39	0	1	0	0	1	0	0
40-49	1	1	1	0	0	1	0
50-59	1	0	1	0	0	1	0
60-69	1	0	1	0	0	0	0
70+	3	0	1	1	0	0	1
som	10	5	6	3	4	2	1

4. INTEGO-databank: Incidentie slaapstoornissen 2015.

ICPCCode	Count	Leeftijdsgroep	Geslacht		ICPCCode	Count	Leeftijdsgroep	Geslacht
P06	1.016	00-04	M		**P06**	8.442	55-59	F
P06	1.504	05-09	F		**P06**	7.19	55-59	M
P06	1.063	05-09	M		**P06**	5.151	60-64	F
P06	0.496	10-14	F		**P06**	5.068	60-64	M
P06	1.415	10-14	M		**P06**	4.878	65-69	F
P06	NA	15-19	F		**P06**	5.736	65-69	M
P06	NA	15-19	M		**P06**	4.952	70-74	F
P06	6.59	20-24	F		**P06**	7.031	70-74	M
P06	6.333	20-24	M		**P06**	2.807	75-79	F
P06	6.548	25-29	F		**P06**	5.14	75-79	M
P06	4.688	25-29	M		**P06**	5.969	80-84	F
P06	6.066	30-34	F		**P06**	7.638	80-84	M
P06	6.864	30-34	M		**P06**	5.625	85-89	F
P06	8.552	35-39	F		**P06**	2.988	85-89	M
P06	7.629	35-39	M		**P06**	3.722	90-94	F
P06	8.346	40-44	F		**P06**	2.597	90-94	M
P06	7.07	40-44	M		**P06**	NA	95-99	F
P06	8.683	45-49	F		**P06**	NA	95-99	M
P06	7.816	45-49	M		**P06**	NA	100-110	F
P06	10.744	50-54	F		**P06**	NA	100-110	M
P06	7.527	50-54	M					

mp18940	Cognitieve gedragstherapie bij patienten met insomnia

Student(en):
Yating Tang
Promotor:
Jo Goedhuys (jo.goedhuys@kuleuven.be - u0005986 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Dit onderzoek richt zich op het gebruik van cognitieve gedragstherapie bij patiënten met slaapstoornissen in onze praktijk. Cognitieve gedragstherapie(CGT-I) is een combinatie van cognitieve therapie, gedragsinterventies (slaaprestrictie en stimuluscontrole) en educatieve interventies (slaap hygiëne). CGT-I focust zich op het veranderen van de manier waarop er tegen slaap en slaapklachten wordt aangekeken. De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie is in verschillende studies aangetoond. En in tegenstelling tot slaapmiddelen blijft de CGT-I ook na afloop van de therapie helpen. Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2013 blijkt dat zo'n 30 % van de bevolking slaapproblemen ervaart. Insomnia is dan ook zeer prevalent in onze praktijk.

Vraagstelling:

In deze studie willen wij: 1) peilen naar de huidige aanpak rond slaapstoornissen in onze praktijk: het percentage medicamenteuze behandeling, begeleidende

CGT-I en patiententevredenheid. 2) een praktijkrichtlijn rond slaapstoornissen opstellen a.h.v. literatuurstudie 3) systematisch CGT-I volgens de praktijkrichtlijn toepassen en de effectiviteit en toegevoegde waarde van CGT-I op een kritische manier bekijken.

Methodologie:

1. Retrospectieve studie: o.b.v. zoekmotorfunctie in ons EMD worden allen patiënten ouder dan 18 jaar met ICPC-code P06 (slaapstoornissen) van 01/04/2016 t.e.m. 01/04/2017 uitgefilterd. Bij deze groep patiënten worden er enquêtes afgenomen per mail of email. Het beoogde doel is een representatieve steekproef te bekomen van onze huidige aanpak van slaapstoornissen in onze praktijk en de patiententevredenheid. Patiënten die CGT willen ontvangen en geïnformeerde toestemming hebben verleend, worden verder geïncludeerd in de prospectieve studie. Zij worden vervolgens uitgenodigd op de consultaties op aangegeven contactwijze.

2. Literatuurstudie met opstellen van een praktijkrichtlijn: diagnostische en therapeutische flowcharts ontwerpen en deze integreren in ons EMD.

3. Prospectieve studie met toepassen van de praktijkrichtlijn: alle patiënten ouder dan 18 jaar met aangegeven slaapstoornissen op consultatie van 01/04/2017 t.e.m. 30/08/2017, en ook de patiënten uit retrospectieve groep die vrijwillig willen deelnemen aan ons onderzoek, worden uitgenodigd voor ons onderzoek. Het aantal patiënten die geïnformeerde toestemming hebben verleend wordt verder geïncludeerd in onze studie. Een enquête o.b.v. ‘insomnia severity index’ wordt gebruikt ter evaluatie: bij aanvang van de therapie op consultatie en 6 maanden nadien op aangegeven contactwijze(op consultatie, telefonisch, per mail of email). Aanvullende patiëntenfolder (domus medica brochure slaaploosheid) en slaapdagboek (NHG-standaarden) worden meegegeven aan de studiegroep. Deze vragenlijsten worden anoniem verwerkt en met strikte vertrouwelijkheid behandeld.

Referenties:

- Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Devan Kansagara, MD, MCR; Mary Ann Forciea, MD; Molly Cooke, MD; Thomas D. Denberg, MD, PhD; for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians (*) july 2016

- Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. Sharon Schutte-Rodin, M.D.,1 Lauren Broch, Ph.D.,2 Daniel Buysse, M.D.,3 Cynthia Dorsey, Ph.D.,4 and Michael Sateia, M.D.5 J Clin Sleep Med. 2008 Oct 15; 4(5): 487–504.

- Domus medica richtlijn: Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Auteurs: *Tom Declercq, Roland Rogiers, Hilde Habraken, Jan Michels, Marc De Meyere, An Mariman*

- NHG-standaarden: Slaapproblemen en slaapmiddelen M23 (juli 2014)

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: Cognitieve gedragstherapie bij patienten met insomnia

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik ben totaal uit vrije wil deelneem aan het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: .....
Datum: ..... Handtekening deelnemer: .....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: .....
Datum: ..... Handtekening onderzoeker: .....

Huisartsenpraktijk Dr. Van Malderen Lutgart
Milisstraat 13
2018 Antwerpen
Tel: 03/236 30 89

Betreft: Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Geachte patiënt(e),

Hierbij willen wij uw medewerking vragen voor een onderzoek in het kader van de Master-na-masteropleiding Geneeskunde aan de KULeuven. Dit onderzoek richt zich op het uitvoeren van cognitieve gedragstherapie bij patiënten met slaapstoornissen in onze praktijk. Cognitieve gedragstherapie(CGT-I) is een combinatie van cognitieve therapie, gedragsinterventies (slaaprestrictie en stimuluscontrole) en educatieve interventies (slaap hygiëne). Cognitieve gedragstherapie focust zich op het veranderen van de manier waarop er tegen slaap en slaapklachten wordt aangekeken. De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie is in verschillende studies aangetoond. En in tegenstelling tot slaapmiddelen blijft de CGT-I ook na afloop van de therapie helpen.

Met deze enquête willen wij graag peilen naar de huidige aanpak van slaapstoornissen in onze praktijk. Deze vragenlijst wordt anoniem verwerkt en met strikte vertrouwelijkheid behandeld. De door u verstrekte gegevens zullen uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt worden.

Indien u bereid bent mee te doen aan het onderzoek, verzoeken wij u vriendelijk om de vragenlijst in te vullen. U kunt de ingevulde vragenlijst terugbezorgen in onze brievenbus of per email verzenden naar doktertang@gmail.com. Indien u specifieke vragen of opmerkingen heeft, kunt u te allen tijde contact met ons opnemen via 03/236 30 89 of doktertang@gmail.com.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Van Malderen Lutgart
Dr. Tang Yating

Enquête:
Cognitieve gedragstherapie bij patienten met slaapstoornissen(insomnia)

1. Hebt u in het verleden slaapproblemen?
   a) Ja. Zo ja, sinds ____ jaar ____maand____dag
   b) Nee

2. Welke soort behandeling hebt u reeds van ons gekregen i.v.m. slaapstoornissen?
   a) Medicatie. Zo ja:
      i. Welke? _____
      ii. Hoeveel? ____mg, _____x/dag/week/maand
      iii. sinds? _____jaar _____ maand _____ dag
   b) Cognitieve gedragstherapie: bijv. niet eten/drinken voor slapen, stipt opstaan en slapen, goede verluchting, niet langer dan 20 minuten in bed wakker liggen enz.
   c) Verwijzing: bijv. psycholoog, relaxatietherapie enz.
   d) Geen

3. Hoe tevreden bent u met uw behandeling? (score van 0 – 10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Helemaal NIET tevreden										Helemaal tevreden

4. Heb u nog last van slaapproblemen?

   a) Ja. **Zo ja: Bent u geïnteresseerd in onze studie en mogen wij u in het vervolg uitnodigen voor begeleidende cognitieve gedragstherapie? U kan uw deelname aan het onderzoek op ieder moment stopzetten zonder opgave van reden.**
      a) JA: via mail(adres):_____/ email: _____/ tel: _____
      b) NEE
   b) Nee

Naam patiënt(e) _____

Handtekening en datum

Insomnia Severity Index

slaapproblemen	geen	beetje	matig	ernstig	Zeer ernstig
1. moeite met inslapen	0	1	2	3	4
2. moeite met doorslapen	0	1	2	3	4
3. problemen met te vroeg wakker worden	0	1	2	3	4

4. Hoe tevreden bent u met uw huidige slaappatroon?

0	1	2	3	4
Zeer tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Zeer ontevreden

5. Hoe opvallend zijn de dagelijkse gevolgen van uw slaapprobleem voor anderen?

0	1	2	3	4
Helemaal niet opvallend	Een beetje opvallend	Enigszins opvallend	Erg opvallend	Heel erg opgevallen

6. Hoe ongerust bent u over uw huidige slaapproblemen?

0	1	2	3	4
Helemaal niet ongerust	Een beetje ongerust	Enigszins ongerust	Erg ongerust	Heel erg ongerust

7. In hoeverre beïnvloeden uw slaapproblemen uw dagelijks functioneren? (Bijvoorbeeld vermoeidheid, concentratie, geheugen en stemming)

0	1	2	3	4
Geen negatieve invloed	Een beetje negatieve invloed	Enigszins negatieve invloed	Veel negatieve invloed	Zeer veel negatieve invloed

SI-score _____

发件人：**Martine Goossens** martine.goossens@kuleuven.be
主题：Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Cognitieve gedragstherapie bij patienten met insomnia" (mp18940)
日期：2017年3月22日 19:41
收件人：Jo Goedhuys jo.goedhuys@kuleuven.be
抄送：Yating Tang yating.tang@student.kuleuven.be

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Cognitieve gedragstherapie bij patienten met insomnia" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Cognitieve gedragstherapie bij patienten met insomnia" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)