BEVRAGEN VAN SLAAP, SLAAPHYGIËNE EN KENNIS HIEROVER BIJ PATIËNTEN UIT EEN HUISARTSENPRAKTIJK IN DE VLAAMSE ARDENNEN

Laike Vanden Daele, huisarts in opleiding UGent

Promotor: Prof. Dr. Thierry Christiaens, UGent

Co-promotor: Dr. Tom Declercq, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017-2018

Dankwoord

Een masterproef maken is een werk van lange adem. Hierbij bedank ik dan ook graag diegene die me hebben bijgestaan in het realiseren van dit project.

Allereerst wil ik mijn promotor prof. Christiaens en co- promotor dr. Declercq bedanken voor hun tijd, geduld en kritische commentaren.

Ik dank mijn praktijkopleider dr. Sarah Van Laer voor het brainstormen over mogelijke onderwerpen, voor haar positivisme en nalezen van dit werk.

Ik dank de vele patiënten van huisartsenpraktijk De Cocon voor het invullen van de enquête. Zonder hun talrijke antwoorden, verkreeg ik nooit zo'n mooi resultaat.

Verder bedank ik ook mijn ouders en mijn zus voor het nalezen en de verbetering van dit werk alsook voor de jarenlange steun tijdens mijn opleiding geneeskunde.

Abstract

Bevragen van slaap, slaaphygiëne en kennis hierover bij patiënten uit een huisartsenpraktijk in de Vlaamse Ardennen

HAIO: Laike Vanden Daele
Promotor: Prof. Dr. Thierry Christiaens
Copromotor: Dr. Tom Declercq
Praktijkopleider: Dr. Sarah Van Laer

E-mail: laike.vanden.daele@telenet.be

Context: Slaaphygiëne is een term voor adviezen omtrent gedragingen en ideeën i.v.m. slaap die door de arts aan de patiënt worden gegeven in functie van het behandelen van slaapklachten. Slaaphygiëne wordt in veel richtlijnen aanbevolen maar de literatuur is niet eensgezind over de exacte inhoud van de aanbevelingen en hun werkzaamheid.

Vraagstelling: Het doel van deze studie was om bij een patiëntenpopulatie uit een huisartsenpraktijk in de Vlaamse Ardennen de kennis over en toepassing van slaaphygiëne te onderzoeken.

Methode: Deze studie is een prospectief observationeel onderzoek uitgevoerd aan de hand van een enquête. De kennis over slaaphygiëne werd getest met de Sleep Beliefs Scale. De slaapgewoonten en ideeën werden bevraagd aan de hand van de Domus Medica richtlijn van 2005 en de NHG standaard van 2014.

Resultaten: Er namen 304 mensen met een leeftijd van 18 jaar of ouder deel aan deze studie. Er waren 244 patiënten antwoorden bruikbaar voor de verwerking van resultaten. Uit de bevraging over gedragingen en gewoonten stelt men dat cafeïne en alcohol weinig impact hebben op de slaapproblemen in deze populatie. Slaapmedicatiegebruikers en rokers daarentegen rapporteren opvallend meer slaapproblemen. Het wordt verder ook duidelijk dat angst, depressie, verminderde interesse of plezier, ongecontroleerde bewegingen, snurken en rusteloze benen verband houden met slaapklachten. Drie procent van de deelnemers beoordeelden alle stellingen correct en 71% van de patiënten scoorde meer dan 12 van de 20 stellingen correct.
Rokers kennen het negatieve effect van roken op de slaap niet. Er is hierover een significant verschil in kennis met niet-rokers. De meerderheid van de rokers die zijn laatste sigaret voor het slapengaan rookt, beschouwt het als neutraal of positief voor de slaap. Patiënten die gebruikmaken van een slaapmutsje denken dat het een positief effect heeft op de slaap. Er is een significant verschil in kennis hierover i.v.m. patiënten die nooit alcohol nuttigen. Patiënten die slaapmedicatie nemen geloven in het effect daarvan. Patiënten die geen slaapmedicatie nemen hebben een significant betere kennis over het negatief effect van slaapmedicatie. Er is ook een significant verschil in kennis over het effect of belang van ontspannen voor het slapengaan.
Bij bovenstaande patiënten kan het zinvol zijn een gedragsverandering aan te moedigen uitgaande van een verandering van hun kennis.
In deze patiëntenpopulatie hebben slechte slapers een betere kennis over het item “slaap inhalen door uit te slapen”. Verder zijn er tussen hen en goede slapers geen significante verschillen. Mannen en vrouwen hebben gelijkaardige ideeën over slaaphygiëne maar de gemiddelde totaalscore is in deze populatie beter bij mannen. Eén significant verschillend resultaat tussen beide wordt door mannen meer correct beantwoord nl. dat zorgen om een slaaptekort de slaap negatief beïnvloedt.

Conclusie: De kennis over slaaphygiëne in deze patiëntenpopulatie is over het algemeen goed, maar het is duidelijk dat een goede kennis niet gepaard gaat met aangepast gedrag of een goede nachtrust.
Verder wordt uit deze studie duidelijk dat in de anamnese van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk vragen naar angst, depressie, minder interesse en plezier, beenbewegingen, snurken, ongecontroleerde arm- en beenbewegingen en psychosociale problemen een meerwaarde kan zijn.

ICPC-code: P06 – Slaapstoornis

Inhoudstafel

1 Inleiding 1
1.1 Probleemstelling 1
1.2 Keuze van het onderwerp 2
1.2.1 Onderzoeksvraag 2
2 Literatuuronderzoek 2
2.1 Slapeloosheid 3
2.2 Slaaphygiëne 3
2.2.1 Tabel 1: Aanbevelingen omtrent slaaphygiëne 5
2.3 Slaaphygiëne als niet-medicamenteuze aanpak voor insomnia 8
2.4 Andere niet-medicamenteuze aanpakken voor insomnia 8
2.4.1 Stimuluscontrole 8
2.4.2 Slaaprestrictie 8
2.4.3 Cognitieve therapie 9
2.4.4 Cognitieve gedragstherapie 9
3 Totstandkoming prospectief observationeel onderzoek 9
3.1 Selectie van de deelnemers 9
3.2 Opstellen van de enquête 10
3.3 Verwerking van de data 11
3.4 Resultaten 11
3.4.1 Demografie 11
3.4.2 Usus en slaapgewoonten 13
3.4.3 Kennis over slaaphygiëne 18
4 Discussie 21
5 Algemene conclusie 24
Referentielijst 25
Bijlage 1: Vrij vertaalde versie Sleep Beliefs Scale (SBS) 26
Bijlage 2: Antwoorden op de SBS 28
Bijlage 3: Kennisscore op de SBS en patiënten volgens leeftijd 29
Bijlage 4: Kennisscore op de SBS en slaapklachten 30
Bijlage 5: SBS tussen slaapmedicatiegebruikers en niet-gebruikers 31
Bijlage 6: SBS goede en slechte slapers 33
Bijlage 7: SBS volgens geslacht 36
Bijlage 8: Extra SBS vergelijkingen 38
Bijlage 9: Vragenlijst 39
Bijlage 9: Protocol 46
Bijlage 10: Goedkeuring ethisch comité 47

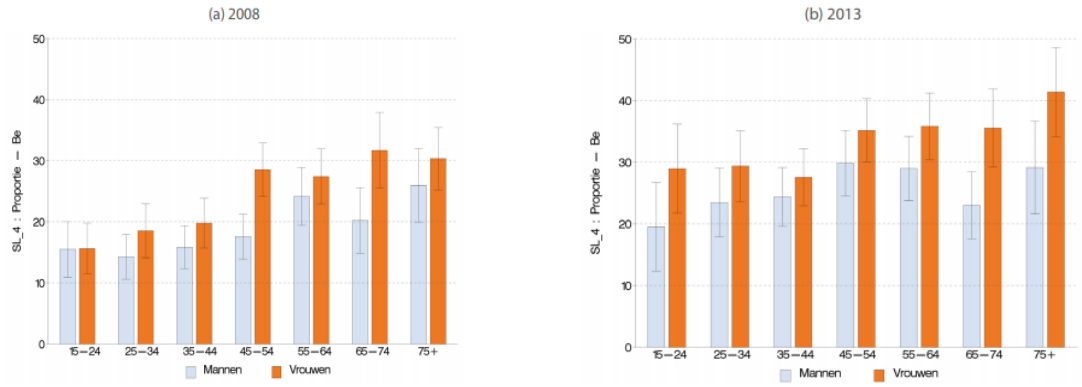
BEVRAGEN VAN SLAAP, SLAAPHYGIËNE EN KENNIS HIEROVER BIJ PATIËNTEN UIT EEN HUISARTSENPRAKTIJK IN DE VLAAMSE ARDENNEN

1 Inleiding

1.1 Probleemstelling

Een goede nachtrust is noodzakelijk voor een optimaal functioneren overdag en draagt bij tot een goede levenskwaliteit.
Slaapproblemen komen frequent voor en de prevalentie van de Belgische populatie neemt toe. De gezondheidsenquête van 2013 stelt vast dat ongeveer 30% van de bevolking ouder dan 15 jaar last heeft van slaapproblemen. (1) Slaapproblemen komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen, nemen toe met de leeftijd en zijn het meest frequent in lage socio-economische milieus. (1) Gegevens via een registratie bij Vlaamse huisartsenpraktijken, die getoond wordt via de Intego databank (2), geeft een toenemende incidentie aan slaapproblemen weer. De gerapporteerde incidentie bij Vlaamse huisartsenpraktijken steeg van 4.9/1000 patiënten in 2004 naar 5.6/1000 patiënten in 2013 en 7.1/1000 in 2015.

Figuur 26.1 Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) met slaapproblemen, volgens de SCL-90R score, volgens leeftijd en geslacht, (a) in 2008 en (b) in 2013, Gezondheidsenquête, België, 2013



Veel patiënten die slaapproblemen ervaren, hebben een actieve vraag naar slaapmedicatie. Dit is de alom bekende aanpak. De gezondheidsenquête van 2013 toont dat één op acht Belgen naar slaap- en kalmeringsmiddelen grijpt. (1) Het gebruik neemt toe met de leeftijd. In de groep van de 75-plussers neemt 35% slaapmedicatie en volgens het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg van 2006 zijn 50% van de patiënten in rust- en verzorgingstehuizen afhankelijk van benzodiazepines. (3) Ouderen behoren tot de meest kwetsbare groep voor bijwerkingen bij het gebruik van slaapmedicatie.
Slaapmedicatie is echter enkel geïndiceerd voor acuut en kortdurend gebruik omwille van het risico op bijwerkingen, tolerantie en afhankelijkheid. Volgens de huidige richtlijnen wordt afgeraden om slaapmedicatie voor te schrijven om slaapstoornissen aan te pakken wegens een slechte risico-baten verhouding. (4) De werkzaamheid van slaapmedicatie is aangetoond voor één week. Nadien is er geen significant verschil meer met placebo en kunnen reeds ontwenningsverschijnselen optreden. (5)

Bij slaapproblemen is het wenselijk om als eerste keuze een niet-medicamenteuze behandeling op te starten. Dat is ook de boodschap die reeds vroeg aan de studenten geneeskunde wordt meegegeven en waar huisartsen in de praktijk meer en meer rekening mee trachten te houden.
Slaapproblemen kunnen vaak niet-medicamenteus worden opgelost door slaapeducatie, stimuluscontrole, slaaprestrictie of cognitieve gedragstherapie.

1.2 Keuze van het onderwerp

Tijdens mijn stages huisartsgeneeskunde merkte ik op dat veel patiënten klagen over een slechte nachtrust. Velen daarvan nemen slaapmedicatie of hebben er een actieve vraag naar. Hoewel in België nog steeds verontrustend veel slaapmedicatie gebruikt wordt, raakt het bij de artsen stilaan ingeburgerd dat slaapmedicatie niet het beste alternatief is voor de aanpak van slaapstoornissen. (3) De medicamenteuze aanpak is gemakkelijk voor de arts en de patiënt maar onderzoek toont aan dat een niet-medicamenteuze aanpak op lange termijn zorgt voor meer voordelen en resultaten (5-8). Tijdens mijn stages huisartsgeneeskunde, werd door de arts nooit een niet-medicamenteuze aanpak aan de patiënt voorgesteld. Toch is dit één van de eerste zaken die we tijdens de opleiding leren. Het belang van een goede slaaphygiëne komt daarbij het eerst aan bod.
Ik trachtte tijdens mijn stages telkens de regels omtrent slaaphygiëne aan te brengen. Dat was mijn inziens de makkelijkste manier om patiënten met slaapproblemen te helpen, aangezien slaapmedicatie als tijdelijke noodhulp gebruikt kan worden en er voor cognitieve gedragstherapie iemand extern moet ingeschakeld worden.
In de literatuur wordt een goede slaaphygiëne vaak aangeraden. Deze aanbevelingen maken frequent deel uit van een gedragsmatige aanpak voor slapeloosheid. Het is echter weinig tot niet geweten hoe goed de kennis en toepassing van slaaphygiëne is bij goede en slechte slapers.

1.2.1 Onderzoeksvraag

- Wat wordt in de literatuur verstaan onder slaaphygiëne?
- Wat vertelt de literatuur over de werkzaamheid van slaaphygiëne?
- Wat wordt door de patiënten uit een huisartsenpopulatie in de Vlaamse Ardennen verstaan onder slaaphygiëne en volgen zij de aanbevelingen?

2 Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek werd eerst en vooral gebruik gemaakt van quaternaire bronnen: Domus Medica, NHG, Farmaka en de BCFI transparantiefiche. De NICE en CKS richtlijnen waren niet toegankelijk.
In de ICHO-databank werd gezocht naar masterproeven over insomnia, slapeloosheid en slaapproblemen.

Ik kreeg via mijn promotor toegang tot de expertenversie van de nieuwe Domus medica richtlijn over slapeloosheid.

Daarna werden via Web of Science relevante artikels gezocht a.d.h.v. de kernwoorden '*sleep hygiene*', '*insomnia*', '*non pharmacologic'*. De artikels werden opgezocht tussen oktober 2016 en oktober 2017 en werden geselecteerd aan de hand van hun relevantie en abstract.
De combinatie van '*insomnia*' (onderwerp) en '*sleep hygiene*' (titel) leverde 58 resultaten op. Er werd gerangschikt volgens het aantal citaties. Er werden hieruit 8 artikels geselecteerd.

Via de referentielijst van het artikel '*Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia'* werden zes artikels gevonden.
De combinatie '*insomnia*' (titel) en '*non pharmacologic'* (titel) gaven 13 resultaten waarvan er 3 artikels geselecteerd werden.
Via '*insomnia*' (titel), '*primary care*' (titel) en '*management*' (onderwerp) werden 29 artikels gevonden waarvan er één werd geselecteerd. De termen '*insomnia*' (titel), '*cognitive behavioral therapy*' (titel) en '*primary care'* (titel) gaven 3 artikels weer waarvan er één werd geselecteerd.

Voor de bevraging van kennis over slaaphygiëne werd een bestaande vragenlijst gezocht. Er werd gezocht via de ICHO-databank naar voorgaande masterproeven en er werd in de literatuur gezocht. Via '*sleep hygiene*' (onderwerp), '*awareness*' (onderwerp) en '*questionaire*' (onderwerp) werden 16 artikels gevonden en deze werden gerangschikt volgens aantal citaties.

Via Pubmed werden geen artikels gevonden omdat de Mesh term '*sleephygiene*' pas in 2017 werd geïntroduceerd.

Het boek 'Omgaan met slapeloosheid' werd gelezen als achtergrondliteratuur.

2.1 Slapeloosheid

Klachten over slechte slaapkwaliteit of slaapkwantiteit waarbij het functioneren overdag negatief beïnvloed wordt, is de originele definitie voor slapeloosheid of insomnia. (5) Tot voor kort werd de term pseudo-insomnia gehanteerd om aan te geven dat het functioneren overdag niet werd beïnvloed. (5) De term pseudo-insomnia werd niet meer opgenomen in de nieuwste DSM-richtlijn. Alle slaapklachten die zorgen voor een klinisch significante lijdensdruk bij de patiënt, worden als slaapproblemen aanzien. De klacht slapeloosheid staat centraal.(9)

De expertenvisie van Domus Medica over slapeloosheid maakt een onderscheid tussen acute en chronische insomnia omdat dit een andere oorzaak heeft en een andere aanpak vereist. Er wordt gesproken van chronische insomnia na vier weken omdat na een drietal weken conditionering optreedt die het slaapprobleem onderhoudt.(9) Als dit gepaard gaat met slaapmiddelengebruik is er daarnaast ook een fysische en/of psychische afhankelijkheid die de aanpak bemoeilijkt.(9)
Er wordt in deze thesis geen onderscheid gemaakt tussen acute en chronische insomnia.

2.2 Slaaphygiëne

Slaaphygiëne is het geheel van adviezen omtrent gedragingen en ideeën in verband met slaap die door de arts aan de patiënt wordt gegeven. Deze adviezen hebben als doel om uitlokkende of onderhoudende factoren van slaapklachten te behandelen en de kwaliteit en kwantiteit van de slaap te verbeteren. (5, 9)

De term slaaphygiëne werd voor het eerst gebruikt door Peter Hauri in 1977 als aanbeveling voor patiënten met insomnia. (10) Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op resultaten van wetenschappelijke studies (meestal in het vakgebied van de psychologie) en Peter Hauri's klinische observaties bij patiënten met slaapproblemen. De originele lijst bestaat uit tien aanbevelingen. (zie 2.2.1) De aanbevelingen hebben als doel om gedrag dat interfereert met een normaal slaappatroon te vermijden en gedrag dat slaap bevordert te promoten.
In 1992 werd de lijst door Hauri geüpdatet met meer cognitieve aspecten zoals 'probeer niet te slapen' en 'elimineer de klok'. De lijst werd nadien nog door talrijke auteurs aangepast.

Sommige auteurs focussen zich bij slaaphygiëne vooral op de slaapomgeving, effecten van beweging, cafeïne, nicotine en alcohol terwijl anderen veel verder gaan. Richtlijnen over usus (nl. het gebruik van alcohol, nicotine en cafeïne) komen steeds terug maar de exacte aanbevelingen variëren per auteur. Sommigen limiteren de totale hoeveelheid cafeïne terwijl anderen het tijdstip van inname belangrijk vinden. Veel aanbevelingen berusten dan ook vooral op consensus en Good Clinical Practice (GCP).

De aanbevelingen evolueren verder door toegenomen kennis over factoren die slaap bevorderen.
Er werd geen enkele studie gevonden waarin men gebruik maakt van dezelfde set van aanbevelingen en een aantal adviezen worden in de literatuur tegengesproken. (5) Tal van onderwerpen zijn analoog in de aanbevelingen maar geen enkele aanbeveling komt letterlijk overeen met een andere.
De meeste studies onderzoeken één van de aanbevelingen en testen deze bij normale slapers. Deze onderzoeken bekijken de effecten en veranderingen in het EEG of polysomnografie. (10) Er wordt geen rekening gehouden met het subjectieve gevoel van de patiënt wat uiteindelijk het belangrijkste is. Andere studies beperken zich tot patiënten met chronische slapeloosheid. Zoals in elk onderzoek zijn de deelnemers niet representatief voor de bredere groep patiënten met klachten van slapeloosheid. (9)

In 1991 werd door de International Classification of Sleep disorders een diagnostische categorie opgericht genaamd ‘inadequate slaaphygiëne’. Deze is geschikt voor patiënten die insomnia vertonen ten gevolge van slechte slaapgewoonten. Een patiënt die voldoet aan één van de criteria wordt gelinkt aan deze diagnose. Er zijn echter onvoldoende data om de validiteit en betrouwbaarheid van deze diagnostische categorie te onderzoeken. Er is geen bewijs dat een slechte slaaphygiëne slaapproblemen veroorzaakt noch dat slaaphygiëne als alleenstaande therapie voldoende werkzaam is. (10)

2.2.1 Tabel 1: Aanbevelingen omtrent slaaphygiëne

Hauri 1977	**Hauri 1992**	**Folia Farmaco-therapeutica 2002**	**Domus Medica 2005**	**Folia Farmaco-therapeutica 2009**	**Expertenversie Domus medica 2018**	**Slaapadviezen Thuisarts.nl 2017**	**FOD Volks-gezondheid 2018**
Tijd in bed beperken. Probeer niet te slapen, ga iets anders doen als je je boos of gefrustreerd voelt omdat je niet kan slapen.	Tijd in bed beperken. Probeer niet te slapen.		Pas gaan slapen als men zich slaperig voelt. Vermijden om lang wakker te liggen in bed. Na 10-20 min opstaan en iets ontspannend doen, naar bed gaan bij slaperigheid.	Lang wakker blijven in bed vermijden.		Vermijden om lang wakker te liggen in bed. Na 15 min wakker liggen, opstaan en iets ontspannen doen.	Ga slapen als u zich moe voelt. Wanneer u lange tijd wakker ligt, sta op en doe iets ontspannend. Ga terug naar bed wanneer u zich moe voelt.
Op een regelmatig tijdstip opstaan.	Op regelmatige tijdstippen naar bed gaan.	Op geregelde tijden naar bed gaan.	Steeds op hetzelfde tijdstip opstaan.	Op het zelfde uur opstaan.	Hanteer vaste uren om naar bed te gaan. Vermijd ‘inhaalslaap’ na een slaap-arme nacht.	Houdt u aan vaste slaaptijden. Steeds rond hetzelfde tijdstip opstaan.	Slaap niet meer dan nodig om u fris te voelen. Sta steeds op een vast tijdstip op.
Dagelijkse portie beweging.	Beweeg in de late namiddag of vroege avond.	Vermijd hevige lichaams-inspanning binnen het uur voor het slapengaan.	Geen inspannende activiteiten enkele uren voor het slapengaan. Lichte beweging in de vooravond kan wel. Lichamelijke activiteit overdag is gewenst.		Actief zijn en bewegen zijn bevorderlijk voor de slaapbehoefte en dus aanbevolen, te kort bij bedtijd kan dit ech ter het inslapen bemoeilijken.	Sporten en bewegen overdag of vroeg in de avond.	Vermijd sport/ zware inspanning voor het slapen. Doe overdag iets actief.

Elimineer omgevingslawaai. Zorg voor een goede kamer-temperatuur.		De slaapkamer geregeld verluchten en de temperatuur rond 18°C houden.	Aangename temperatuur, verluchting en verduistering van de kamer.	Rustige, donkere en comfortabele slaapomgeving.	Zorg dat je slaapomgeving vrij donker, stil en niet te warm is.	Een donkere slaapkamer met een prettig klimaat. Gebruik oordopjes zo nodig.	Zorg voor een goede slaapomgeving; rustig, aangename temperatuur, donker, stil…
Een lichte snack voor bedtijd.	Een lichte snack voor bedtijd.	Niet te laat en/of teveel eten.	Geen zware maaltijden voor het slapengaan.	Overmatig eten of drinken vermijden.	Vermijd 'zware' avondmaaltijden. Vermijd nachtelijk eten, neem desgevallend voor het slapen een lichte 'slaapsnack. Vermijd al te veel avondlijke vochtinname, elke nachtelijke plas is weer eens wakker worden.	Neem 2 tot 3 uur voor het slapen geen vast voedsel meer in.	Vermijd een zware maaltijd voor het slapen gaan. Vermijd een hongergevoel bij het slapen gaan.
Geen chronisch gebruik van slaapmedicatie.	Monitor het gebruik van slaapmedicatie.		Beperkt gebruik van hypnotica.				
Vermijd cafeïne 's avonds. Vermijd alcohol.	Vermijd koffie, alcohol en nicotine.	Vermijd koffie, thee, cola, cacao of meer dan 2 glazen alcohol voor het slapengaan.	Beperkt gebruik van alcohol en cafeïne.	Het gebruik van cafeïne, nicotine of alcohol 's avonds vermijden.	Beperk het gebruik van cafeïne over-dag en vermijd cafeïne in de avonduren, vermijd of verminder nicotine, alcohol of andere genots-middelen.	Gebruik 's avonds geen koffie of middelen met cafeïne, geen sterke thee, nicotine of drugs.	Vermijd cafeïne houdende dranken na 16u; koffie, thee en frisdranken. Vermijd chocolade na 16u. Vermijd tabak. Vermijd alcohol.

	Elimineer de wekker.				’s Nachts checken hoe laat het is, is niet aanbevolen.		Kijk niet naar de wekker wanneer u niet kan slapen.
	Onderzoek het effect van dutjes.	De laatste uren voor het slapengaan dutjes vermijden.	Vermijden van dutjes overdag.	Dutjes overdag vermijden.	Vermijd (al te lange) dutjes overdag.	Geen dutjes doen overdag.	Doe geen dutjes overdag.
In bed enkel slapen of vrijen.			In bed enkel slapen of vrijen.		Gebruik het bed enkel om te slapen en voor seksuele activiteiten.	Gebruik uw slaapkamer alleen voor slapen en seks.	
		Goede kwaliteit van matras en hoofdkussen.				Prettig zittende nachtkleding en een comfortabel bed en kussen.	
				Stimulerende activiteiten vermijden 1 à 2u voor slapengaan.	Probeer een manier te vinden om je te ontspannen vooraleer te gaan slapen.	Probeer een uur voor het slapengaan te ontspannen.	Zorg voor ontspanning en afwinding 1 uur voor het slapen.
						Vermijd vanaf een uur voor het slapengaan licht van tv, computer, smartphones of tablet.	Lees niet of kijk geen TV in uw bed.

2.3 Slaaphygiëne als niet-medicamenteuze aanpak voor insomnia

Ondanks een gebrek aan consensus over de exacte aanbevelingen van slaaphygiëne worden deze adviezen door specialisten aanbevolen voor de behandeling van insomnia. Ook de FOD Volksgezondheid raadt het gebruik ervan aan voor artsen. Volgens hen zorgt een goede slaaphygiëne voor de beste omstandigheden om tot rust te komen, te ontspannen en uiteindelijk in te slapen. Een goede slaaphygiëne is naast een interventie ook een vorm van preventie: het voorkomt het (opnieuw) ontstaan van slaapproblemen.(11)

In onderzoeken wordt slaaphygiëne meestal als adjuvans gebruikt samen met andere interventies of als placebocontrole. (5) Over het effect van slaaphygiëne als monotherapie is slechts beperkt onderzoek gebeurd. Alle studies zijn het er echter over eens dat slaaphygiëne als alleenstaande entiteit onvoldoende werkzaam is voor de aanpak van slapeloosheid.

De geüpdatete versie over slaaphygiëne van Hauri in 1992 gaf aanleiding tot het ontstaan van slaaprestrictie en stimuluscontrole. (zie 2.4) Beide therapieën hebben veel gemeen met slaaphygiëne maar stimuluscontrole tracht de opgebouwde conditionering beter te doorbreken en slaaprestrictie de slaapefficiëntie te verhogen. De technieken werken zowel bij inslaap- als doorslaapstoornissen en zijn ook effectief bij ouderen. (6, 10)

Edinger J.D vergeleek cognitieve gedragstherapie (twee sessies met een combinatie van educatie, slaaprestrictie en stimuluscontrole) met slaaphygiëneadviezen in een huisartsenpraktijk en vond een significant beter resultaat bij cognitieve gedragstherapie. (8)

2.4 Andere niet-medicamenteuze aanpakken voor insomnia

2.4.1 Stimuluscontrole

Het uitgangspunt is dat een neutrale stimulus (nl. het bed) door combinatie met een negatieve prikkel (nl. niet kunnen slapen) na enkele weken een voorspeller wordt van een negatieve situatie.(5, 6) Het bed wordt dus bewust of onbewust geassocieerd met niet kunnen slapen. Stimuluscontrole tracht deze vicieuze cirkel te doorbreken.

Stimuluscontrole omvat volgende stappen: (5, 9)
1. Ga slapen als je je slaperig voelt.
2. Sta weer op als je niet kan slapen en doe een rustige en ontspannende activiteit. Ga opnieuw naar bed als de slaperigheid terug komt. Herhaal het proces indien nodig. Indien de slaperigheid na 20 minuten uitblijft, ga toch terug naar bed en probeer te slapen. Indien dit niet lukt, herhaal de procedure.
3. Gebruik het bed en de slaapkamer enkel om te slapen (en, indien ontspannend, voor seks).
4. Zorg ervoor dat je elke ochtend op hetzelfde uur gewekt wordt, ongeacht of je goed of slecht geslapen hebt.
5. Doe overdag geen dutjes.

2.4.2 Slaaprestrictie

Patiënten met slaapproblemen liggen vaak langer in bed dan patiënten zonder slaapproblemen. Door vroeger te gaan slapen en langer uit te slapen trachten ze hun slapeloosheid aan te pakken. Deze aanpak zorgt echter voor een gefragmenteerde slaap en slaap van slechte kwaliteit. (5, 6, 12)

Met slaaprestrictie wil men de tijd in bed beperken om de slaapbehoefte te doen toenemen. Zo wordt getracht slaap opnieuw regelmatig en voorspelbaar te maken zodat het verstorend effect van geanticipeerde angst vermindert en de totale en werkelijke slaaptijd en slaapkwaliteit bevorderd wordt. (12) De patiënt dient hiervoor gedurende twee weken een slaapdagboek bij te houden. De arts baseert zich op deze gegevens om de slaaprestrictie toe te passen. In de nieuwe Domus Medica richtlijn wordt hier extra aandacht aan besteed en zal het dus voor de arts makkelijker toepasbaar zijn.
Slaaprestrictie wordt vaak gecombineerd met andere niet-medicamenteuze technieken maar heeft ook zijn werkzaamheid aangetoond in monotherapie.

2.4.3 Cognitieve therapie

Cognitieve therapie tracht de foutieve gedachten over slaap en gewoonten die mogelijks interfereren met slaap te corrigeren.
Voorbeelden van zo'n dergelijke gedachten zijn onrealistische slaapverwachtingen ("Ik heb 8 uur slaap nodig"), de consequenties van slapeloosheid dramatiseren, verkeerde opvattingen over de oorzaak van het slaapprobleem e.d. (5, 6)

2.4.4 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie omvat meestal een combinatie van slaapeducatie, slaaphygiëne, slaaprestrictie en stimuluscontrole.(8)
Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek toont minstens evenveel effect met cognitieve gedragstherapie t.o.v. hypnotica maar het effect met cognitieve gedragstherapie blijft langer behouden. Ook bij oudere patiënten lijkt gedragstherapie een haalbaar alternatief. (5)

3 Totstandkoming prospectief observationeel onderzoek

Het doel van deze studie was om bij een patiëntenpopulatie in een huisartsenpraktijk uit de Vlaamse Ardennen de kennis en gedragingen omtrent slaaphygiëne te onderzoeken.

3.1 Selectie van de deelnemers

Via het computerprogramma Care Connect worden alle patiënten met een globaal medisch dossier (GMD) bij huisartsenpraktijk De Cocon opgezocht. Patiënten met een e-mailadres worden geselecteerd. Zij krijgen via e-mail de vraag om vrijwillig en anoniem deel te nemen aan het project.
Zowel mannen als vrouwen van 18 tot en met 99 jaar mogen deelnemen. We includeren zowel patiënten met als zonder klachten van slapeloosheid. Het uiteindelijke doel is om 100 deelnemers te includeren.
De e-mail bevat informatie omtrent het praktijkproject en een link naar de online-enquête. Vooraleer de enquête ingevuld kan worden, is er een informed consent voorzien. De patiënt moet hierbij de toestemming geven om zijn/haar anonieme antwoorden te laten verwerken.
Indien het vooropgestelde patiënten aantal niet bereikt zou worden, zou ook aan een andere praktijk uit de omgeving (die tot dezelfde lokale kwaliteitsgroep (LOK) behoort) gevraagd worden om patiënten met een GMD op dezelfde manier te rekruteren.
Om patiënten zonder e-mailadres niet uit te sluiten, vroegen we aan de eerste 20 patiënten die op consulatie kwamen en geen e-mailadres hadden of ze wilden participeren.
De patiënten die we uitsluitend op huisbezoek of in het rusthuis zien, werden niet opgenomen.

Omwille van een zeer grote respons via e-mail was het niet nodig een extra praktijk te betrekken en werden ook geen papieren versies uitgedeeld aan de patiënten zonder e-mailadres. Dit vormt echter een beperking voor deze studie.

In totaal werden 304 enquêtes ingevuld. Voor de verwerking van de resultaten werden 244 enquêtes geselecteerd. Er werd geselecteerd op de volledigheid waarmee de enquête werd ingevuld nl. alle hoofdvragen[1] moesten beantwoord zijn behalve bij de Sleep Beliefs Scale (SBS) waar de ontbrekende antwoorden als neutraal werden beschouwd.

3.2 Opstellen van de enquête

De enquête begint met een inzameling van demografische gegevens.

Het tweede luik is de evaluatie van de kennis over slaaphygiëne. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de Sleep Beliefs Scale (SBS). Dit is een reeds bestaande, gevalideerde vragenlijst over slaaphygiëne. Omwille van het ontbreken van een officieel vertaalde versie werd een Nederlandstalige vrije vertaling van deze vragenlijst aan de patiënten voorgelegd. (zie bijlage 1)

De Sleep Beliefs Scale (SBS) werd ontworpen in 2005. Het is een herziene versie van de Sleep Hygiene Awareness Scale die ontwikkeld werd door Lacks en Rotert in 1986 (13). De SBS bestaat uit 20 vragen over drie onderwerpen. Gedrag incompatibel met slaap (vraag 1, 2, 7, 8, 11, 12, 14 en 17) gaat over usus, eetgewoonten, avondlijke activiteit zoals studeren of werken en het gebruik van het bed voor andere activiteiten dan slaap. Daarnaast worden gedragingen die de slaap-waakcyclus beïnvloeden bevraagd (vraag 3, 4, 5, 10, 16, 19 en 20). Het laatste onderdeel bevraagt slaap beïnvloedende gedachten en gedragingen (vraag 6, 9, 13, 15 en 18). Hierbij wordt gevraagd naar zorgen over de volgende dag, zorgen over slaapgebrek, ontspanning voor bedtijd, gaan slapen zonder slaapsensatie en opstaan als het moeilijk is om te slapen. (14) De originele SBS werd toegepast bij psychologiestudenten uit Italië en Spanje tussen 18 en 33 jaar.

Het laatste deel van de enquête bevraagt de huidige slaaphygiëne van de patiënt zelf. Deze vragen werden opgesteld met behulp van de Domus Medica richtlijn insomnia uit 2005.
De bevraging over medicatiegebruik dat zou interageren met slaap werd gebaseerd op richtlijnen van Domus Medica en NHG. We zijn ons bewust dat sommige medicamenten echter enkel bij hoge dosis of overdosis een nadelig effect op slaap hebben (bv schildklierhormoon en cortisone).
Aanbevelingen over het gebruik van de hoeveelheid en het tijdstip van inname van cafeïne, nicotine en alcohol zijn door verschillende instanties voornamelijk gebaseerd op Good Clinical Practice (GCP).
De aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad werd geraadpleegd over het gebruik van cafeïne. (15) Deze beschouwt vier kopjes/glazen per dag voor een persoon van 60 à 70 kg als grens voor cafeïne inname per dag. Het tijdstip van inname, nl. voor het slapengaan is slecht, berust op consensus.
De aanbeveling over nicotinegebruik werd afgeleid uit de Gezondheidsenquête van 2013. (16) Een gemiddelde Belgische roker rookt 16 sigaretten per dag. Vanaf 20 sigaretten per dag wordt men aanzien als zware roker. Volgens consensus wordt verondersteld dat nicotine bij de zware rokers het meest waarschijnlijk een effect heeft op hun slaap. Verder wordt verondersteld dat een sigaret kort voor het slapengaan het meeste invloed heeft op de slaap.
De nieuwe richtlijnen van het Vlaams Expertisecentrum Alcohol en Drugs adviseert om maximum tien alcoholische consumpties per week te nuttigen voor mannen en vrouwen. (17) GCP suggereert dat alcoholgebruik bij dagelijkse drinkers meer dan bij sporadische drinkers invloed zal hebben op hun slaap.

[1] Zie bijlage. Hoofdvragen = deel 1: vraag 1-3,5 en deel 3: vraag 1, 4-5, 8, 11-12, 14 en 16-23

Beeldschermgebruik gedurende één uur voor het slapengaan is gebaseerd op de richtlijnen van thuisarts.nl. Eén tot anderhalf uur wordt volgens GCP als voorbereidende tijd aanzien voor het slapengaan. Beeldschermgebruik zo kort voor het slapengaan wordt beschouwd als een mogelijke negatieve invloed op slaap.
De vraag naar een dutje overdag, sporten voor het slapengaan, algemene gezondheid, slaapverstorende klachten en depressieve klachten werden bevraagd omdat deze volgens de Domus Medica richtlijn over slaap mogelijks een invloed kunnen hebben.(5)

De enquête werd gemaakt met het online programma Qualtrics. Ze werd proefgedraaid door mijn praktijkopleider, een stagiair geneeskunde en mijn zus. Het was de bedoeling dat de patiënten de SBS niet beantwoordden volgens hun eigen ervaring maar dat ze hun perceptie gaven over de juistheid/toepasbaarheid van slaaphygiëne bij de algemene bevolking.

De enquête werd op 18 september 2017 geactiveerd en op 18 oktober 2017 stopgezet.

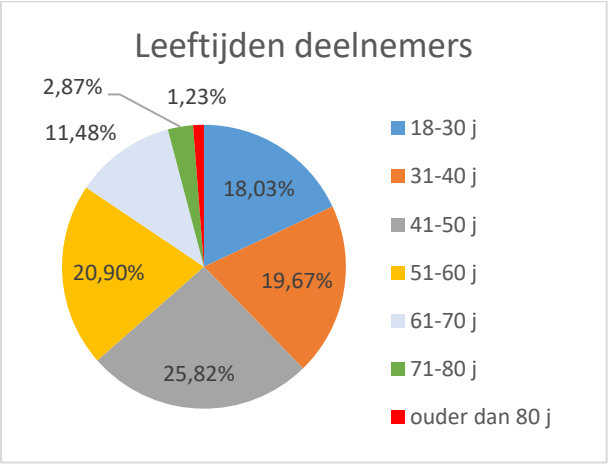
3.3 Verwerking van de data

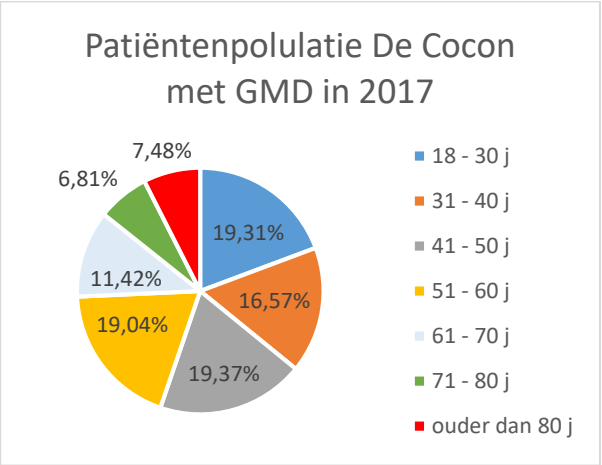
Voor de verwerking van de data werd gebruik gemaakt van Excel en de applicatie op de website van VassarStats. Deze applicatie voert de Chi² test en Fisher Exact Probability test uit. In eerste instantie werd steeds de Chi² test uitgevoerd. Voor de Chi² test is het noodzakelijk dat geen enkele verwachte celfrequentie kleiner is dan één en niet meer dan 20% van de cellen een verwachte waarde hebben van minder dan vijf. Indien hier niet aan werd voldaan, werd de Fisher Exact Proability test gebruikt.

3.4 Resultaten

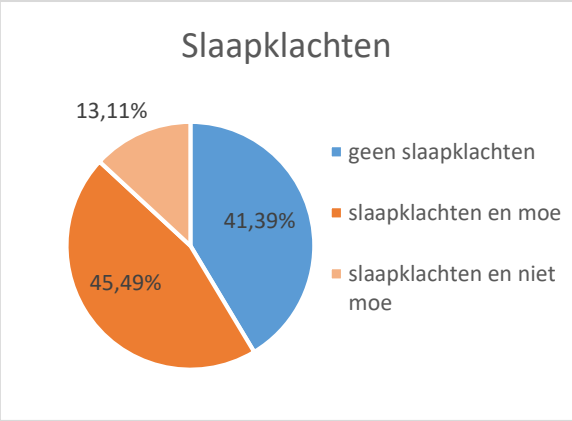
3.4.1 Demografie

In totaal vulden 304 patiënten de enquête in. Er werden 60 mensen geëxcludeerd omdat zij niet alle hoofdvragen[1] hadden ingevuld. Er werden 244 gegevens gebruikt voor de verwerking.





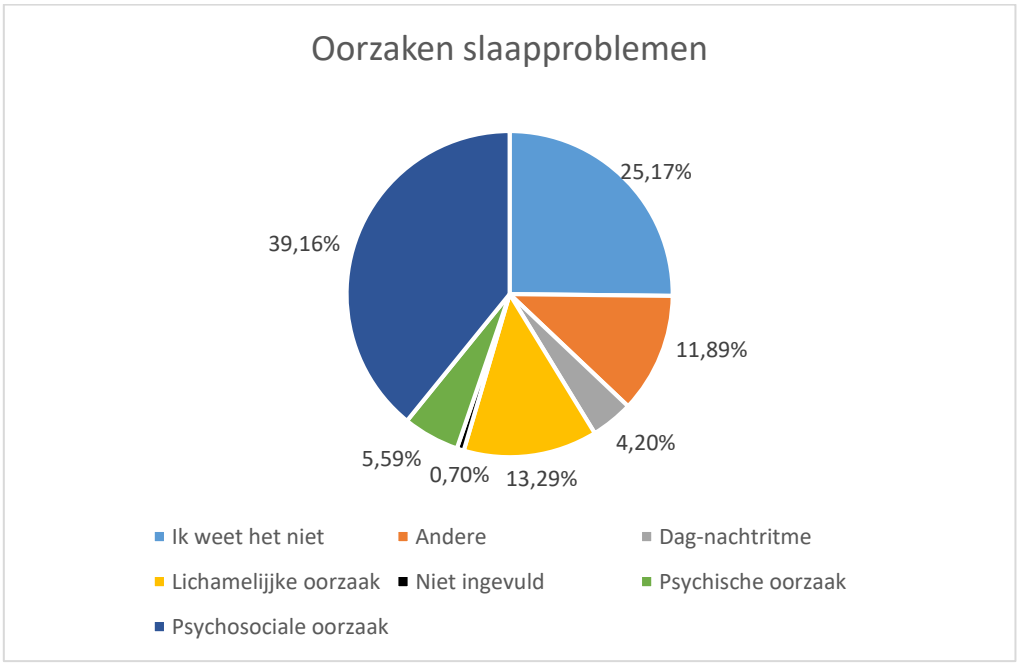
Er namen 86 mannen en 158 vrouwen deel aan de enquête. De vier leeftijdscategorieën vanaf 18 jaar tot en met 60 jaar vertonen gelijkaardige deelnemersaantallen gaande van 18 tot 25.8% van het totaal. Elf procent van de deelnemers bevindt zich in de leeftijdscategorie 61 tot 70 jaar en een minderheid behoort tot de groep 71 tot 80 jaar en ouder.



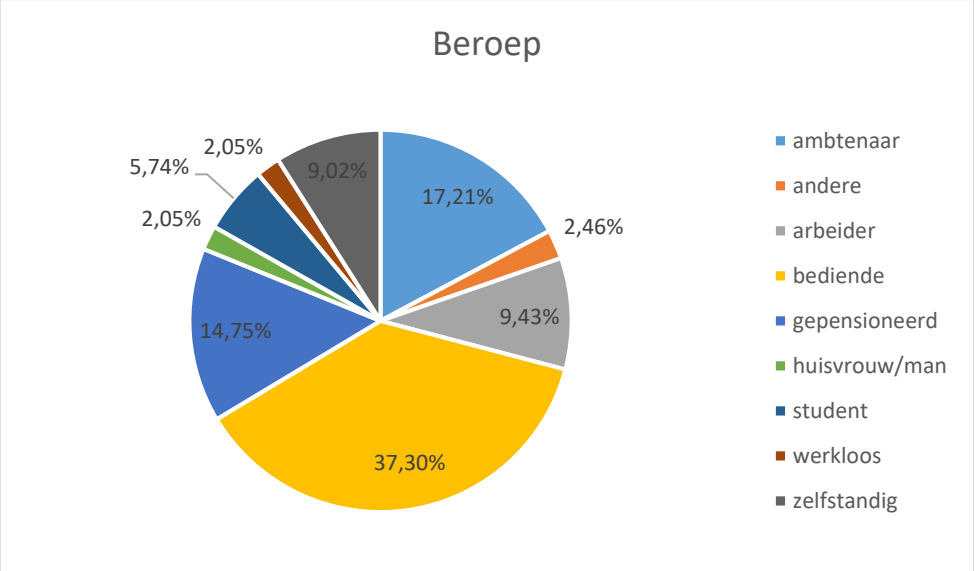
Van de deelnemers had 41.4% geen slaapklachten, 45,5% slaapklachten die waardoor men overdag moe is en 13,1% slaapklachten zonder vermoeidheid overdag. Zoals in 2.1 wordt aangehaald, wordt iedereen met een subjectief gevoel van slaapklachten (met of zonder invloed op het functioneren) als één categorie beschouwd. Bijna zes op tien (58,6%) deelnemers heeft hier last van. Patiënten van 51 tot 70 jaar rapporteren de meeste slaapklachten.

Tabel 2: Slaapklachten volgens leeftijd								
	18-30 j	**31-40 j**	**41-50 j**	**51-60 j**	**61-70 j**	**71-80 j**	**+ 80 j**	**Totaal**
Geen slaapklachten	45,45%	45,83%	53,97%	29,41%	14,29%	57,14%	66,67%	41,39%
Slaapklachten	54,55%	54,17%	46,03%	70,59%	85,71%	42,86%	33,33%	58,61%
Eindtotaal	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100 %**	**100%**	**100%**	**100%**

Vijfentwintig procent van de patiënten met slaapklachten hebben geen idee wat de oorzaak daarvan is. Negenendertig procent denkt aan een psychosociale oorzaak (stress, familiale zorgen, relatieproblemen, rouw, …), 13,3% aan een lichamelijke oorzaak (ziekte, pijn, …), 5,6% aan een psychische oorzaak (depressie, angst), 4,2% aan een gestoord dag-nachtritme (t.g.v. ploegenarbeid of jetlag) en 11,9% denkt aan een andere oorzaak.



De meerderheid van de patiënten is bediende (37,3%) of ambtenaar (17,2%). De helft van de bedienden ervaart slaapklachten alsook 66,7% van de ambtenaren en 65,2% van de arbeiders. Enkel in de groepen student en zelfstandig rapporteert minder dan de helft slaapklachten.

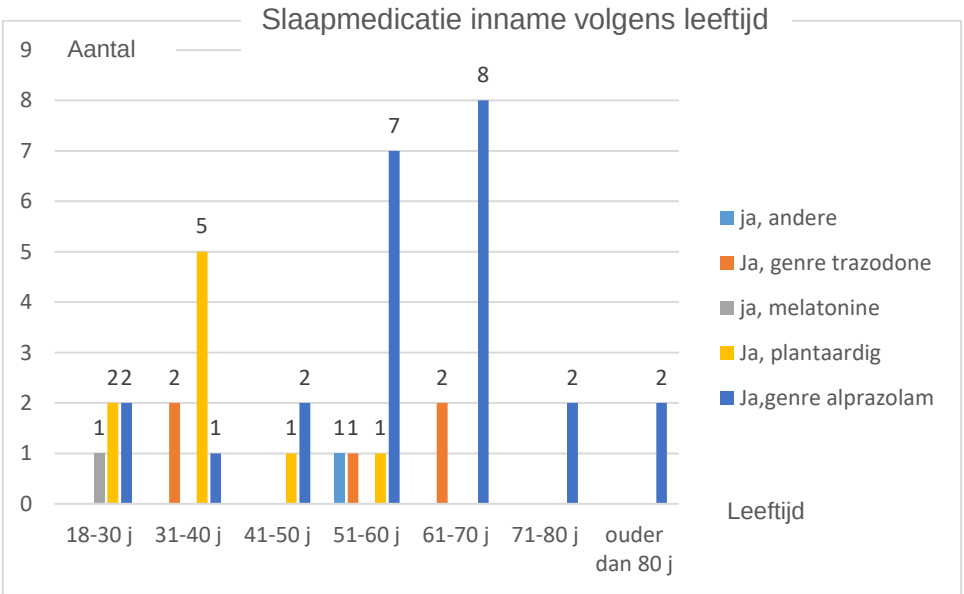


Er werken 24 patiënten (9.8%) in ploeg. Zij werken voornamelijk in een roterend ploegverband (75%) en in deze groep hebben 77,7% slaapklachten. Er werken 6 patiënten (25%) in een vaste ploeg. Hier heeft vijf op zes slaapklachten. Van alle patiënten die in ploeg werken, klaagt 79% van slaapproblemen.

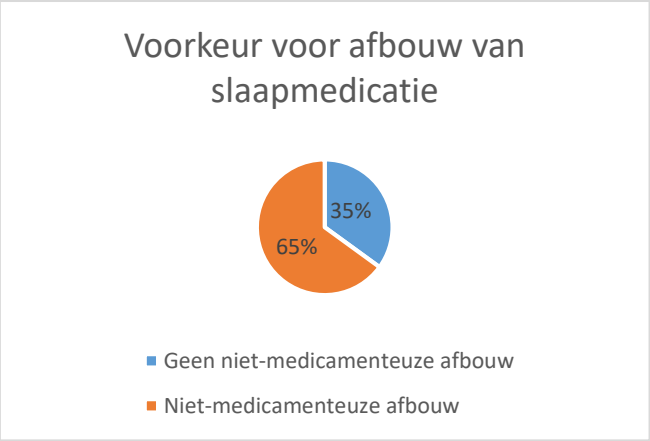
3.4.2 Usus en slaapgewoonten

Slaapmedicatie

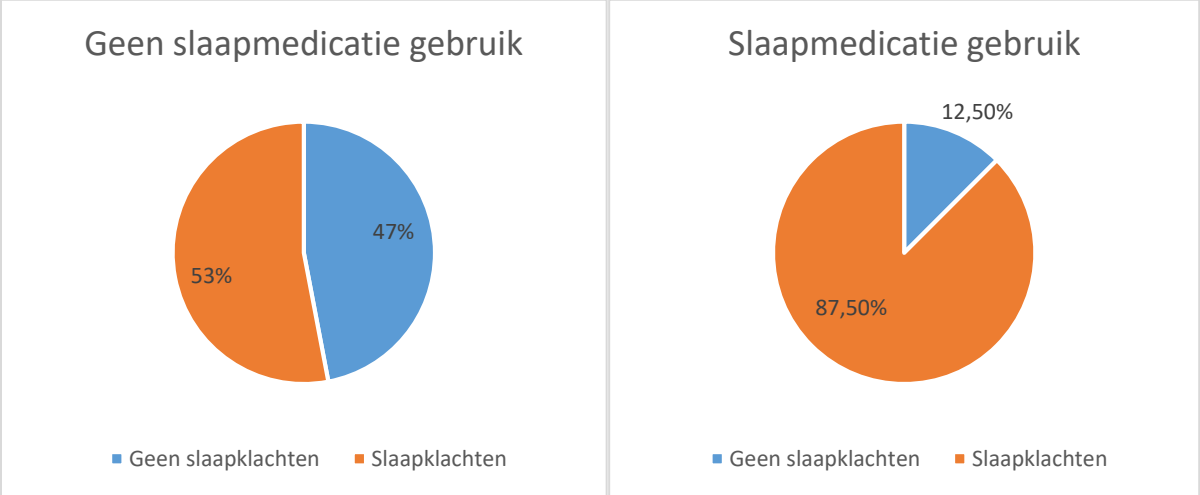
Van alle deelnemers nemen 40 patiënten slaapmedicatie. De meerderheid daarvan zijn 51 tot 70-jarigen en deze nemen meestal een benzodiazepine.



Zesentwintig deelnemers (65%) zouden hun slaapmedicatie willen afbouwen en dit bij voorkeur (65%) op een niet-medicamenteuze manier.



In de groep van slaapmedicatiegebruikers heeft 87,5% nog steeds last van slaapproblemen. Dit is meer dan de 53% niet-gebruikers die slaapproblemen ervaart.



Medicatiegebruik

Vierenzeventig procent van de patiënten gebruikt geen chronische medicatie. Bètablokkers, schildklierhormoon en antidepressiva zijn de meest gebruikte medicijnen die de slaap mogelijks negatief beïnvloeden.

Van de patiënten met insomnia nemen 100 patiënten (70%) geen medicatie die de slaap kunnen beïnvloeden. De insomniapatiënten die medicatie nemen, gebruiken ook vooral antidepressiva, bètablokkers en schildklierhormoon.

Cafeïnegebruik

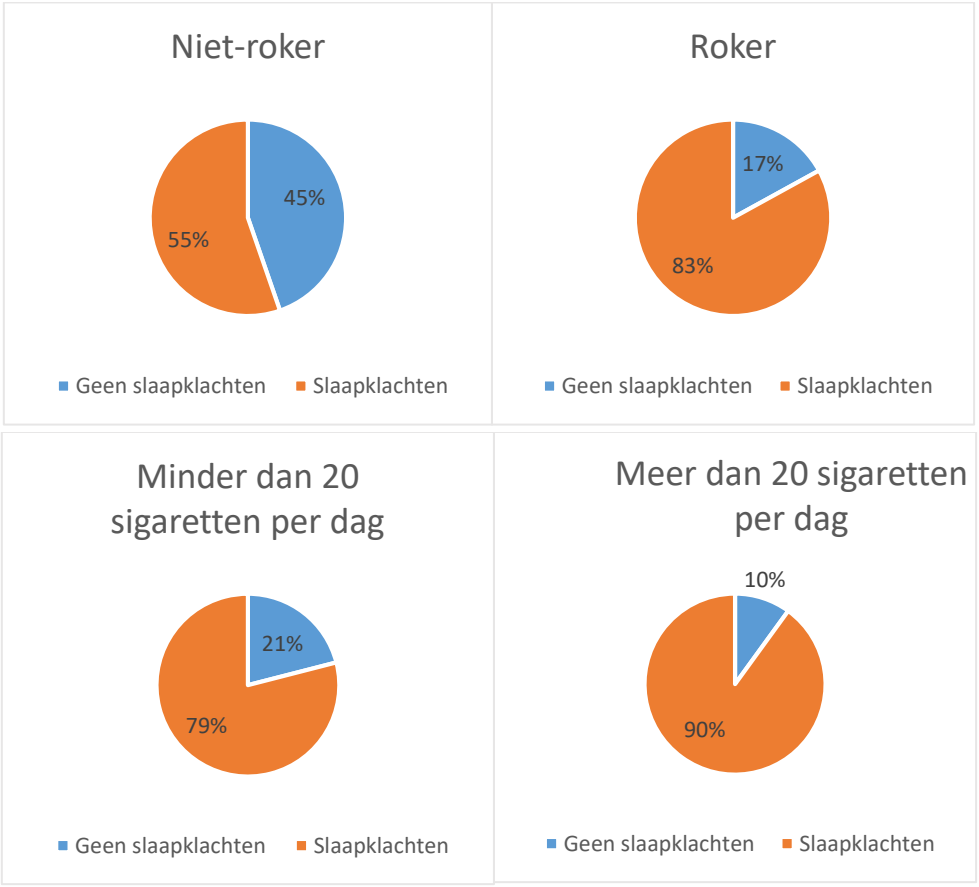
Zevenenzeventig procent van de deelnemers drinkt cafeïne. In deze groep klaagt 58,7% over slaapproblemen. In de groep die geen cafeïne nuttigt, heeft 58,2% last van slaapproblemen.

De meerderheid van de cafeïnegebruikers (56%) drinkt twee tot vier koppen per dag. Vijvenzeventig procent van de cafeïnegebruikers drinkt zijn laatste consumptie reeds voor het avondmaal (cfr. vragenlijst: op een ander moment van de dag)

Tweehonderdendrie deelnemers (83%) weten dat cafeïnegebruik nadelig is voor de slaap. Van de patiënten met slaapklachten beschouwt 80% cafeïne als een negatieve factor voor de slaap. Zeven slechte slapers (4%) en zeven goede slapers drinken nog cafeïne voor het slapengaan.

Nicotinegebruik

Slechts 29 patiënten (11,9%) roken. De meerderheid (65,5%) rookt minder dan 20 sigaretten per dag. Zesentachtig procent van de rokers, rookt zijn laatste sigaret kort voor het slapengaan.



Alcoholgebruik

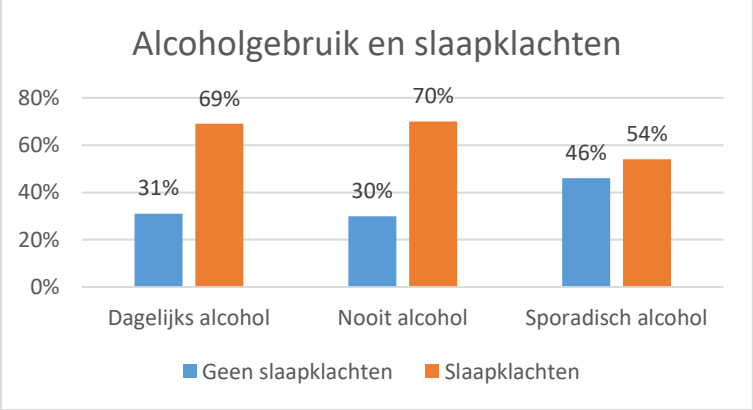
Negenendertig van de 244 patiënten (16%) drinkt dagelijks alcohol, 12% drinkt nooit alcohol en 72% drinkt sporadisch alcohol.

De meerderheid van de dagelijkse alcoholgebruikers (64%) consumeert één à twee eenheden per dag.

De patiënten die sporadisch alcohol nuttigen, drinken voornamelijk minder dan vijf eenheden per week.

Slechts 2% van de sporadische consumenten drinkt meer dan tien eenheden per week.

Negenenzestig procent van de dagelijkse alcoholgebruikers heeft slaapklachten alsook 70% van de patiënten die nooit alcohol drinken en 54% van de sporadische gebruikers.



Van de patiënten die aangeven dagelijks alcohol te drinken, drinken 16 patiënten (41%) hun laatste glas voor het slapengaan, het zogenaamde slaapmutsje. In deze categorie hebben 9 patiënten (56%) last van slaapklachten.

Tabel 3: Dagelijks alcoholgebruik en slaapklachten			
	Geen slaapklachten	Slaapklachten	Totaal
Ander moment	3	3	6
Bij avondmaal	2	14	16
Voor het slapengaan	7	9	16
Niet ingevuld			1
Totaal	12	27	39

Beeldschermgebruik
Tweehonderdtweeëntwintig patiënten (91%) gebruiken de televisie, computer, tablet of smartphone gedurende het laatste uur voor het slapengaan. De meerderheid (68,9%) doet dit in de living of de tv-hoek, 27,9% in bed of de slaapkamer en 3,2% op een andere plaats.
Van de patiënten met slaapklachten, gebruikt 28,5% beeldschermen in de slaapkamer en 69,2% in de living of tv-hoek.

Beweging
Zeventien patiënten (7%) beoefenen een intensieve sportactiviteit in de laatste twee uur voor het slapengaan. De meerderheid (71%) doet dit één à twee keer per week.
Acht van de 17 patiënten die intensief sporten (47%) ondervinden slaapklachten. Ook 59,5% van diegene die niet sporten voor het slapengaan hebben slaapklachten.

Lichamelijke klachten
Honderdeenenzeventig patiënten (70%) hebben geen lichamelijke klachten die mogelijks de slaap beïnvloeden. Zevenenzeventig procent van de patiënten met lichamelijke klachten ervaart ook slaapklachten.

Algemene gezondheidsscore
Vijftien deelnemers (6%) geven hun gezondheid een score van minder dan vijf op tien. Vierentwintig deelnemers (9,8%) geven een score van vijf op tien, 13,1% geeft een score van zes op tien, 24,6% geeft een score van zeven op tien, 32,4% geeft een score van acht op tien, 12,7% geeft een score van negen op tien en 1,2% geeft een maximale score van tien op tien. Van de patiënten met slaapklachten geeft de meerderheid (63,6%) een score van zeven op tien of meer aan zijn/haar gezondheid. Bij de patiënten zonder slaapklachten is dit in 81% het geval.

Depressie en angst
Vijftien patiënten (6,2%) ervaren angstgevoelens zonder gekende reden of oorzaak, waarvan 93% ook slaapklachten heeft. Drieëntwintig patiënten (9,4%) ervaart een depressieve stemming en 78,2% heeft daarbij ook slaapklachten. Vijvenveertig patiënten (18,4%) ervaren minder plezier of interesse in zaken die vroeger wel plezier brachten of waarin men wel geïnteresseerd was. Vijfenzeventig procent ervaart daarbij slaapklachten. Zesenzestig procent van de patiënten heeft geen last van angst, depressieve stemming of minder plezier en interesse. Tweeënvijftig procent hiervan heeft geen slaapklachten, 48% heeft er wel.

Beenbewegingen
Eénenvijftig patiënten (20,9%) ervaren voor het slapengaan een drang om de benen te bewegen. Uit deze groep heeft 76,5% slaapklachten.

Snurken
Eénennegentig patiënten (37,3%) snurkt regelmatig. Van deze groep heeft 64,8% slaapklachten. Drieëntwintig procent van de regelmatige snurkers zou regelmatig ademstops hebben.

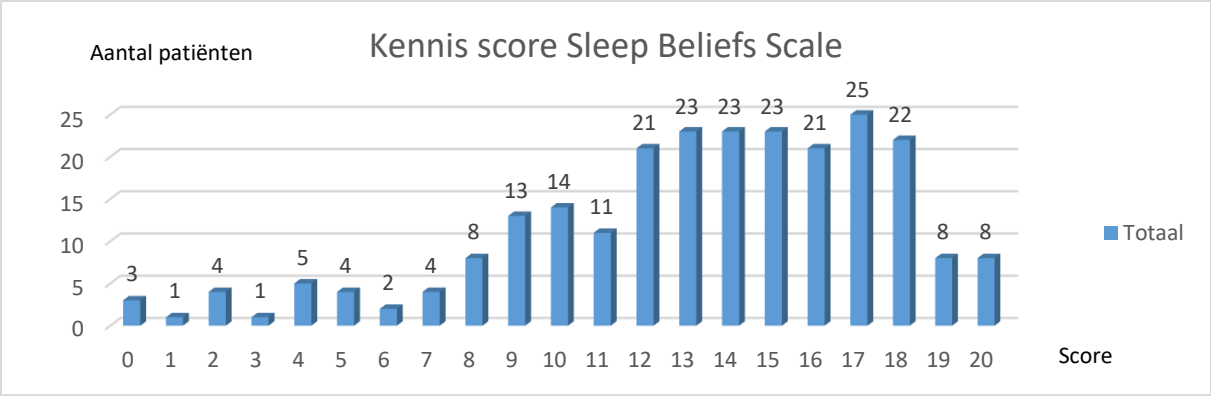
Ongecontroleerde bewegingen
Van alle patiënten ervaart 16% ongecontroleerde arm- en/of beenbewegingen tijdens de slaap. Uit deze groep heeft 84,6% slaapklachten.

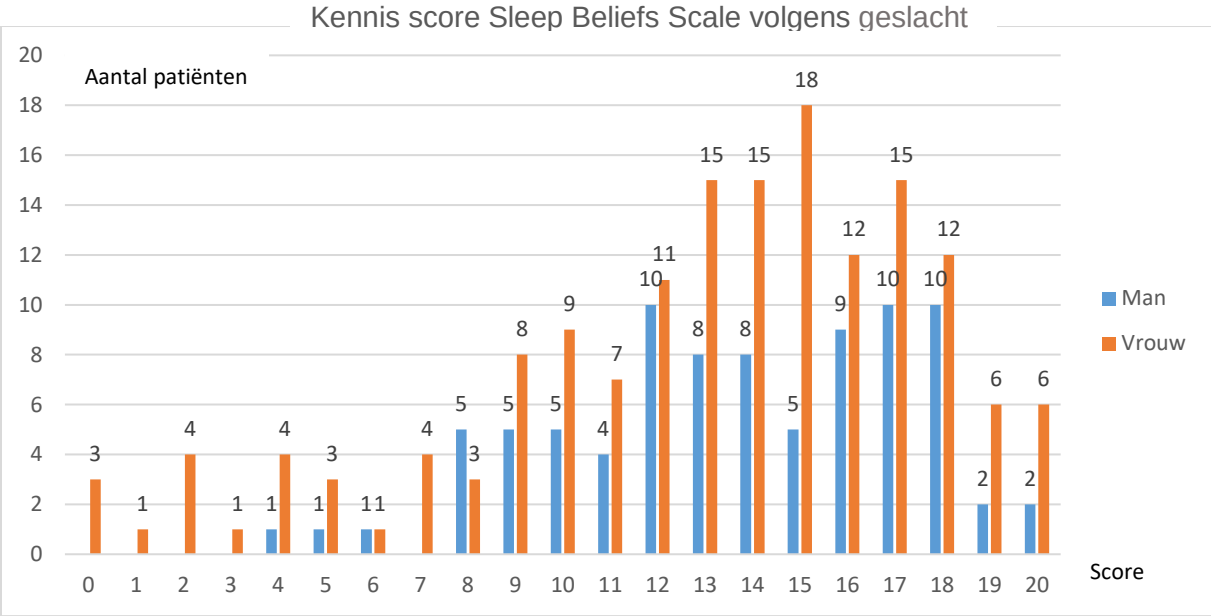
3.4.3 Kennis over slaaphygiëne

Een correcte beoordeling van de SBS bestond uit het negatief scoren van alle stellingen behalve item vijf, negen,15 en 19 welke een positief effect hebben op de slaap. Aan de deelnemers werd gevraagd niet te antwoorden volgens hun persoonlijke ervaring maar wel volgens de correctheid voor de gehele populatie.

Tabel 4: Kennis over Slaaphygiëne	
Stellingen	Percentage correcte antwoorden
1. Alcohol drinken ’s avonds	57%
2. Koffie of andere cafeïne houdende dranken drinken na het avondmaal	83%
3. Een intensieve fysieke activiteit uitvoeren voor het slapengaan	47%
4. Een lang dutje doen overdag	66%
5. Steeds op hetzelfde tijdstip naar bed gaan en opstaan	75%
6. Nadenken over de taken van de volgende dag voor het in slaap vallen	77%
7. Regelmatig slaapmedicatie gebruiken	66%
8. Roken voor het slapengaan	55%
9. Ontspannen voor bedtijd	85%
10. Twee uur later gaan slapen dan gewoonlijk	55%
11. Naar bed gaan met een lege maag	60%
12. Het bed gebruiken als plaats voor andere activiteiten dan slapen	78%
13. De slaap proberen vatten zonder dat je slaperig bent	57%
14. Intensief studeren of werken tot ’s avonds laat	72%
15. Opstaan wanneer het moeilijk is om in slaap te vallen	51%
16. Twee uur vroeger naar bed gaan dan gewoonlijk	52%
17. Onmiddellijk na het eten naar bed gaan	76%
18. Je zorgen maken om een slaaptekort	82%
19. Slapen in een rustige en donkere ruimte	88%
20. Verloren slaap inhalen door lang uit te slapen	38%

De meerderheid van de patiënten heeft een goede algemene kennis over slaaphygiëne en scoort tussen 12 en 18 op 20. Er waren slechts acht deelnemers (3%) die alle kennisvragen correct hadden. De gemiddelde score van alle deelnemers is 13 op 20. Dit is gelijkaardig aan de gemiddelde score van de deelnemers uit het oorspronkelijke artikel. (14)





Tabel 5: Gemiddelde kennisscore per leeftijdscategorie							
	18 – 30 j	31 – 40 j	41 – 50 j	51 – 60 j	61 – 70 j	71 – 80 j	+ 80 j
Gemiddelde score	13,07	13,89	14,06	13,57	11,43	7,85	8

Tabel 6: Gemiddelde kennisscore volgens geslacht		
Gemiddelde score	Man	Vrouw
	13,69	12,94

Uit de verwerking van de resultaten kan besloten worden dat de kennis van de deelnemers over het effect van usus (alcohol, cafeïne, nicotine en slaapmedicatie) op de slaap goed is. De meerderheid van de patiënten scoort usus als negatief voor de slaap. (zie tabel)
Over gedrag dat het circadiaans ritme beïnvloedt (dutjes en fysieke activiteit), weet 66,5% en 47,1% van de patiënten dat het een negatief effect heeft.
Activiteiten vooraf aan slaap zoals eten, studeren, relaxeren en zorgen maken worden correct beoordeeld door de meerderheid van de patiënten. Nadenken en zich zorgen maken over een slaaptekort heeft een negatief effect volgens respectievelijk 76,6% en 82,3% van de deelnemers. Ontspannen voor het slapengaan en slapen in een rustige en donkere kamer is positief volgens respectievelijk 85,2% en 88% van de deelnemers.

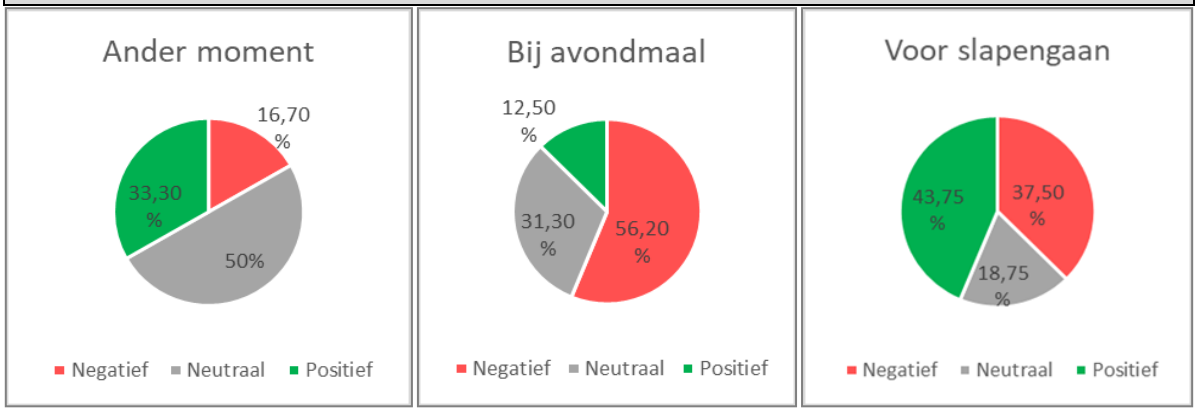
De vraag waar het meest onenigheid over bestond, is deze over het inhalen van verloren slaap door lang uit te slapen. Slechts 38% denkt dat dit een negatief effect heeft. De meerderheid (43%) denkt dat dit een neutraal effect heeft op slaap.

Honderddrieëntwintig van de 215 (57%) niet-rokers beschouwt roken voor het slapengaan als nefast voor de nachtrust. Drieënveertig procent van de niet-rokers beschouwt dit als neutraal of positief. Slechts 34,5% van de rokers aanziet roken als negatief. In deze groep rookt 80% zijn laatste sigaret voor het slapengaan. Achtenveertig procent denkt dat het neutraal is en dus weinig invloed heeft terwijl 17,2% denkt dat het een positief effect heeft.
De meerderheid van de rokers die hun laatste sigaret voor het slapengaan roken aanzien roken als neutraal of positief voor de nachtrust (86%).

Van de dagelijkse alcoholconsumenten denkt 28,2% dat het een positief effect heeft op de slaap, 28,2% denkt dat het een neutraal effect heeft en 43,6% denkt dat het een negatief effect heeft.
Zeven van de 11 consumenten die denken dat het een positief effect heeft, drinken ook hun dagelijkse consumptie voor het slapengaan.

Er zijn grote verschillen in kennis over alcoholgebruik en diens invloed op slaap bij dagelijkse alcoholconsumenten. Patiënten die voor het slapengaan hun laatste glas drinken, denken dat dit een positief effect heeft op de slaap (43,75%). In de groep die dagelijks bij het avondmaal hun laatste glas drinken denkt de meerderheid (56%) dat dit een negatief effect heeft.

Dagelijks alcoholgebruik en kennis



In de groep die dagelijks alcohol drinkt, denkt de meerderheid van de patiënten dat alcohol een positief of neutraal effect heeft op de slaap. Dit in tegenstelling tot diegene die nooit of sporadisch alcohol drinken.

Tabel 7: Alcoholgebruik en kennisscore

	Dagelijks alcohol	Nooit alcohol	Sporadisch alcohol	Eindtotaal
negatief	43,59%	73,33%	57,14%	56,97%
neutraal	28,21%	13,33%	17,71%	18,85%
positief	28,21%	13,33%	25,14%	24,18%
Eindtotaal	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Achtenzeventig procent aanziet het uitvoeren van andere activiteiten dan slapen in de slaapkamer als negatief voor de nachtrust. Desondanks gebruikt 27% beeldschermen in deze ruimte.
Zevenenveertig procent beschouwt intensief sporten voor het slapengaan als negatief voor de nachtrust, 27,8% als positief en 25% als neutraal. Slechts 17,6% van de sportbeoefenaars denkt dat sporten voor het slapengaan positief is voor de nachtrust. Dit ten opzichte van 28,6% van de niet-sporters.

Slaapmedicatiegebruikers vs. niet-gebruikers
De kennis van patiënten die wel slaapmedicatie gebruiken wordt vergeleken met de kennis van diegene die geen slaapmedicatie gebruiken. De Chi^2-test of Fischer exact probability test werd toegepast per stelling van de SBS. De nulhypothese (m.a.w. de hypothese dat er een verschil is in kennis tussen beide groepen) kon tweemaal verworpen worden (zie bijlage). Patiënten die geen slaapmedicatie nemen hebben een significant correctere kennis ($P < 0.05$) over de invloed van slaapmedicatie op slaap en ontspannen voor het slapengaan.

Goede slapers vs. slechte slapers
Er is weinig tot geen verschil in correcte antwoorden tussen goede en slechte slapers. De meerderheid van de patiënten kiest telkens de juiste stelling.
De grootste verschillen in kennis gaan over slapen zonder dat je slaperig bent, opstaan als het moeilijk is om in slaap te vallen en verloren slaap inhalen door uit te slapen. In deze stellingen is er tot 12% verschil tussen patiënten die het juiste aanduiden.
De enige stelling met een significant verschil is deze over slaap inhalen door uit te slapen. Het verschil in kennis tussen goede en slechte slapers berust hier niet op toeval maar wordt degelijk meer correct beantwoord door slechte slapers.

Mannen vs. Vrouwen
Mannen en vrouwen hebben in onze studie gelijkaardige ideeën over slaaphygiëne maar de gemiddelde totaalscore is groter bij mannen. Er is één significant verschillend resultaat in kennis tussen beide nl. dat zorgen om een slaaptekort de slaap negatief beïnvloedt. In deze studie hebben mannen voor dit item een betere kennis dan vrouwen.

Rokers vs. niet-rokers
Er werd een significant verschil gevonden in kennis over het effect van roken voor het slapengaan. Rokers hebben een significant juistere kennis over het negatieve effect van roken dan niet-rokers.

Nooit alcohol vs. dagelijks een slaapmutsje
Er werd een significant verschil gevonden in kennis over het effect van ’s avonds alcohol drinken op de slaap. Patiënten die nooit alcohol drinken hebben hier een significant correctere kennis over dan patiënten die dagelijks gebruik maken van het zogenaamde slaapmutsje.

4 Discussie

Slaapproblemen zijn een belangrijke aanmeldingsklacht voor huisartsen. Er wordt een prevalentie van 30% bij de Belgische bevolking gerapporteerd. In deze studie ondervindt 58% van de deelnemers slaapklachten. Dit toont aan dat het onderwerp leeft bij de patiënt, maar mogelijks is deze waarde gebiased omdat patiënten met slaapproblemen meer getriggerd kunnen zijn om een bevraging hieromtrent te beantwoorden.

Hoewel dit aan studenten geneeskunde vroeg wordt aangeleerd en het in veel richtlijnen wordt aangeraden, is er weinig literatuur over de werkzaamheid van slaaphygiëne. De literatuur die beschikbaar is, toont dat er onenigheid bestaat over de exacte aanbevelingen en dat het niet volstaat als alleenstaande therapie voor de aanpak van slaapproblemen. Slaaphygiëne is voornamelijk in combinatie met andere niet-medicamenteuze aanpakken succesvol. Extra onderzoek bij een geschikte onderzoekspopulatie is noodzakelijk.

De patiënten die deelnamen aan deze studie hebben een goede kennis over slaaphygiëne. Deze onderzoekspopulatie (zonder rekening te houden met de 70-plussers) scoort met een gemiddelde van 13,20/20 ongeveer hetzelfde als de oorspronkelijke populatie van de SBS die 13,05 scoorde. Dit ondanks de inclusie van een oudere patiëntenpopulatie waarbij we de hypothese kunnen stellen dat een oudere leeftijd gepaard gaat met meer levenservaring, meer mogelijkheden om advies te vragen en dus meer kennis over slaaphygiëne. Anderzijds is er bij de oudere generaties meer de traditie aan te nemen wat de dokter zegt of gewoon een pilletje te nemen om het probleem op te lossen.
Omwille van de inclusie van enkel 18 tot 33 jarigen, kon de originele SBS studie geen verband leggen tussen kennis over slaaphygiëne en leeftijd. Als er in deze studie een vergelijking wordt gemaakt tussen leeftijdsgroepen van ongeveer dezelfde grootorde, heeft de leeftijdscategorie 41- tot 50-jarigen de beste gemiddelde score op vlak van kennis. Voorgaande studies toonden een verband tussen de toename van insomnia met ouder worden en afname van correcte slaaphygiëne. (14, 18) In deze studie is er geen duidelijke link tussen toename van slaapproblemen en toenemende leeftijd. Er werd niet onderzocht of er een significant verschil is tussen de leeftijdscategorieën en er is mogelijks een bias in de oudere leeftijdscategorieën door de kleine deelnemersaantallen. Verder onderzoek is zeker nodig.

In deze patiëntenpopulatie kunnen we besluiten dat een correcte kennis over slaaphygiëne niet per se gelijk staat aan een goede nachtrust. Bij de meerderheid van de patiënten is er ruimte voor verdere optimalisering van deze kennis maar het is onzeker of hierdoor ook de slaapproblemen zullen verbeteren.

De kennis over slaaphygiëne tussen goede en slechte slapers werd vergeleken en toont gelijkaardige resultaten. Ook de studie van Lacks en Rotert toont een gelijkaardige kennis over slaaphygiëne tussen beide groepen. (13)
In deze studie wordt wel een significant verschil opgemerkt op vlak van slaap inhalen door uit te slapen. Opvallend genoeg antwoorden patiënten met slaapproblemen hier significant correcter op dan patiënten zonder slaapproblemen. Over dit item kunnen we stellen dat er dus een betere kennis is bij patiënten met slaapproblemen.

De kennis over slaaphygiëne tussen patiënten die wel en geen slaapmedicatie nemen verschilt significant op vlak van kennis over de invloed van slaapmedicatie op slaap. Patiënten die geen slaapmedicatie nemen, hebben een betere kennis over het negatief effect van slaapmedicatie. We kunnen hieruit afleiden dat gebruikers van slaapmedicatie minder geloven in de niet-medicamenteuze aanpak of dat gebruikers erg geloven in het effect van de slaapmedicatie die ze nemen. Desondanks rapporteert 87,5% van de slaapmedicatiegebruikers nog steeds slaapproblemen ten opzichte van 53% niet-gebruikers.
Er is ook een significant verschil op vlak van kennis over het effect of belang van ontspannen voor het slapengaan. Een mogelijke hypothese is dat slaapmedicatiegebruikers ontspannen als minder noodzakelijk beschouwen omdat ze zich gesterkt voelen door de (spierontspannende) slaapmedicatie.

Mannen en vrouwen hebben in onze studie gelijkaardige ideeën over slaaphygiëne maar de gemiddelde totaalscore is groter bij mannen. Deze resultaten zijn in strijd met de oorspronkelijke SBS studie en deze van Park et al en Shapiro et al. waar mannen meer foutieve ideeën hebben over slaap. In onze studie is één aspect significant verschillend op vlak van kennis tussen mannen en vrouwen nl. dat zorgen om een slaaptekort de slaap negatief beïnvloedt. In deze studie hebben mannen voor dit item een betere kennis dan vrouwen.

Het slaapmutsje is een alom bekende volkse methode om beter de slaap te vatten. Meer dan de helft van de patiënten die dagelijks alcohol drinken en hun laatste consumptie als slaapmutsje zien, hebben slaapproblemen. Het is ook voornamelijk deze groep die denkt dat het een positief effect heeft op de slaap. Dit in groot contrast met diegene die enkele uren vroeger (bij het avondmaal) hun laatste glas drinken waarvan meer dan 50% denkt dat het een negatief effect heeft. Desondanks rapporteren dagelijkse alcoholconsumenten, sporadische consumenten en patiënten die nooit drinken allen evenveel slaapproblemen. Ook patiënten die dagelijks of nooit cafeïne drinken, rapporteren evenveel slaapproblemen.

Verder is het opvallend dat rokers meestal hun laatste sigaret voor het slapengaan roken. In deze groep denkt 86% dat dit een positief effect heeft op de slaap. Slechts een nipte meerderheid van de volledige patiëntengroep beschouwt roken als negatief voor de slaap. Veel anderen denken dat het een neutraal effect heeft.

Het kan zinvol zijn de patiënten aan te spreken over hun usus en hen te stimuleren om hun gedrag te veranderen ter bevordering van de slaap vertrekkende van een verandering van hun kennis.

Patiënten die angst, depressie of minder interesse en plezier ervaren, hebben vaker slaapproblemen.
Ook de meerderheid van patiënten met beenbewegingen, snurken en ongewilde arm- en beenbewegingen hebben last van slaapproblemen. Statistische significantie tussen goede en slechte slapers hieromtrent kan in de toekomst verder onderzocht worden. Het lijkt alvast zinvol om deze zaken te bevragen in de anamnese van slaapproblemen. De meerderheid van de patiënten wijt zijn slaapprobleem aan een psychosociale oorzaak wat ook een belangrijk onderdeel is van de anamnese van de arts. Stress werd wegens een technisch probleem niet bevraagd in de enquête maar behoort tot een mogelijke psychosociale oorzaak en is zeker het bevragen waard.

Beperkingen van de studie
Bij de verwerking en interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met enkele beperkingen van de studie. Omwille van de grote respons via e-mail werden geen papieren versies meegegeven aan patiënten zonder e-mailadres. De selectie van deze patiëntengroep is een bias.
De leeftijdscategorieën van 18 tot 70 jaar zijn goed vertegenwoordigd en de verdeling komt overeen met de leeftijdsverdeling van GMD's in de praktijk. De leeftijdsgroep van 70-plussers is eerder ondervertegenwoordigd. Dit is vermoedelijk te wijten aan de exclusie van patiënten op huisbezoek en het elektronisch versturen van de enquête. Bij de interpretatie van de gegevens moet rekening gehouden worden met deze beperking.
Alleen deelnemers die de hoofdvragen in de enquête volledig hebben ingevuld, werden geselecteerd.
De bijvragen en de SBS werden niet door iedereen ingevuld waardoor we niet over alle deelnemers alle gedetailleerde info hebben verzameld.
Een andere belangrijke beperking is dat niet-beantwoorde items van de SBS als een neutraal antwoord werden beschouwd.

Door een technisch probleem werd de volgende vraag uit de enquête niet aan de deelnemers getoond: “Indien u slaapklachten heeft, denkt u dat uw slaapklachten veroorzaakt worden door stress of ingrijpende levensgebeurtenissen (relatieproblemen, rouw, …)?”
De kennis over slaaphygiëne werd getest met de SBS. Deze lijst is echter enkel gevalideerd voor psychologiestudenten van 18 tot 33 jaar uit Italië en Spanje. In deze studie werd de vragenlijst gebruikt bij een andere, meer gediversifieerde populatie. Daarenboven werd in deze studie gebruik gemaakt van een vrij vertaalde versie van de SBS.
De bevraging van slaapgewoonten werd gebaseerd op een passage over diagnostiek uit de oude Domus Medica richtlijn van 2005. De expertenversie van 2018 met nieuwe richtlijnen werd bekeken maar de passage diagnostiek was nog niet beschikbaar ten tijde van de scriptie. De correcte antwoorden over hoeveelheden en tijdstippen van cafeïne-, alcohol- en nicotine-inname werden afgeleid uit richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad, Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en Drugs en de Gezondheidsenquête van 2013. Er werd geen rekening gehouden met gelegenheidsrokers en ‘kort voor het slapengaan’ werd niet gespecifieerd. Bevraging van andere bezigheden berust op Good Clinical Practice.
De enquête werd afgenomen met het programma Qualtrics. Omdat er geen kostenvrije mogelijkheid was om de resultaten vanuit Qualtrics in SPSS in te brengen, werden de antwoorden manueel in Excel ingebracht en verwerkt. Het is niet uitgesloten dat hierdoor toch ergens een foutief gegeven werd ingebracht. De nulhypothese werd getest via de applicatie op de website van VassarStats wat ook een beperking is aangezien we de betrouwbaarheid van deze applicatie niet kunnen garanderen.

5 Algemene conclusie

De kennis over slaaphygiëne in deze patiëntenpopulatie is over het algemeen goed, maar het is duidelijk dat een goede kennis niet gelijk staat aan aangepast gedrag of aan een goede nachtrust.

Verder wordt het in deze studie duidelijk dat vragen naar angst, depressie, minder interesse en plezier, beenbewegingen, snurken, ongecontroleerde arm- en beenbewegingen en psychosociale problemen een meerwaarde kunnen zijn in de anamnese van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk.

Referentielijst

1. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014. Beschikbaar via: https://his.wiv-isp.be/nl/gedeelde%20%20documenten/wb_nl_2013.pdf. Geraadpleegd 4/09/2017.
2. Department of general practice, KU Leuven. Intego-project. 2011. Beschikbaar via: www.intego.be. Geraadpleegd 20/03/2017.
3. Belgian Psychotropics Experts Platform (BelPEP). Globale visienota en actieplan van de drie werkgroepen 2014. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/visienota_nl_april_2015.pdf. Geraadpleegd op 20/03/2017.
4. Farmaka. Formularium Ouderenzorg: Slaapstoornissen 2017. Beschikbaar via: https://www.farmaka.be/nl/formularium/208#main. Geraadpleegd op 29/08/2017.
5. Declercq T, Michels J, De Meyer M, Rogiers R, Habraken H. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Huisarts Nu. 2005;34(7).
6. Walsh JK. Insomnia: Assessment and Management in Primary Care. American Family Physician. 1999;Volume 59, number 11.
7. Morin CM, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? Behaviour Research and Therapy. 2002;40(7):741-52.
8. Edinger JD, Sampson WS. A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. Sleep. 2003;26(2):177-82.
9. Declercq T. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn, expertenversie. 2018.
10. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. Sleep medicine reviews. 2003;7(3):215-25.
11. Christiaens T, Creupelandt H, Rogiers R, Thoen A et al. Slaap- en kalmeringsmiddelen, denk eerst aan andere oplossingen: FOD Volksgezondheid; 2018. Beschikbaar via: http://www.slaapenkalmeermiddelen-hulpmiddelenboek.be/. Geraadpleegd op 22/08/2017.
12. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. Sleep. 1987;10(1):45-56.
13. Lacks P, Rotert M. Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. Behaviour research and therapy. 1986;24(3):365-8.
14. Adan A, Fabbri M, Natale V, Prat G. Sleep Beliefs Scale (SBS) and circadian typology. J Sleep Res. 2006;15(2):125-32.
15. Brasseur D, Carpentier Y, De Backer G. Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr 8689. Gebruik van cafeïne in voedingsmiddelen 2012. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19076526/Gebruik%20van%20cafe%C3%AFne%20in%20voedingsmiddelen%20%28januari%202012%29%20%28HGR%208689%29.pdf. Geraadpleegd op 29/08/2017.
16. Gisle L, Demarest S. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en levensstijl. Beschikbaar via: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/TA_NL_2013.pdf. Geraadpleegd op 29/08/2017.
17. De Doncker J, De Donder E, Möbius D. Dossier Alcohol 2016. Beschikbaar via: http://www.vad.be/assets/dossier-alcohol. Geraadpleegd op 29/08/2017.
18. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia. Am J Psychiatry. 1994;151(8):1172.

Bijlage 1: Vrij vertaalde versie Sleep Beliefs Scale (SBS)

	Positief effect	Neutraal effect	Negatief effect
's Avonds alcohol drinken	○	○	○
Koffie of andere cafeïne houdende dranken drinken na het avondmaal	○	○	○
Een intense fysieke activiteit uitvoeren voor het slapengaan	○	○	○
Een lang dutje doen overdag	○	○	○
Steeds op hetzelfde tijdstip naar bed gaan en opstaan	○	○	○
Nadenken over de taken van de volgende dag voor het in slaap vallen	○	○	○
Regelmatig slaapmedicatie gebruiken	○	○	○
Roken voor het slapengaan	○	○	○
Ontspannen voor bedtijd	○	○	○
Twee uur later gaan slapen dan gewoonlijk	○	○	○
Naar bed gaan met een lege maag	○	○	○
Het bed gebruiken als plaats voor andere activiteiten dan slapen (telefoneren,studeren, eten, …)	○	○	○
De slaap proberen vatten zonder dat je slaperig bent	○	○	○
Intensief studeren of werken tot 's avonds laat	○	○	○
Opstaan wanneer het moeilijk is om in slaap te vallen	○	○	○
Twee uur vroeger naar bed gaan dan gewoonlijk	○	○	○

Onmiddellijk na het eten naar bed gaan	○	○	○
Je zorgen maken om een slaaptekort	○	○	○
Slapen in een rustige en donkere ruimte	○	○	○
Verloren slaap inhalen door lang uit te slapen	○	○	○

Bijlage 2: Antwoorden op de SBS

	Alcohol drinken 's avonds	Cafeïne na avondmaal	Intensieve fysieke activiteit voor slapengaan	Lang dutje overdag	Hetzelfde tijdstip gaan slapen en opstaan	Nadenken over taken van de volgende dag
Negatief	139	203	115	160	10	187
Neutraal	46	41	61	72	50	44
Positief	59	0	68	12	184	13
Totaal	244	244	244	244	244	244

	Regelmatig slaap-medicatie gebruiken	Roken voor slapengaan	Ontspannen voor bedtijd	Twee uur later gaan slapen dan gewoonlijk	Met een lege maag naar bed gaan	Andere activiteiten in bed
Negatief	162	133	1	134	147	191
Neutraal	64	104	35	91	81	46
Positief	18	7	208	19	16	7
Totaal	244	244	244	244	244	244

	Proberen slapen zonder dat je slaperig bent	Intensief studeren of werken 's avonds laat	Opstaan als je moeilijk in slaap kan vallen	Twee uur vroeger naar bed gaan dan gewoonlijk	Onmiddellijk na het eten naar bed gaan	Zorgen maken om slaaptekort
Negatief	140	175	53	126	185	201
Neutraal	98	51	67	100	50	41
Positief	6	18	124	18	9	2
Totaal	244	244	244	244	244	244

	Slapen in een rustige donkere ruimte	Verloren slaap inhalen door uit te slapen
Negatief	5	92
Neutraal	24	105
Positief	215	47
Totaal	244	244

Bijlage 3: Kennisscore op de SBS en patiënten volgens leeftijd

	Aantal patiënten							
Kennisscore	**18-30 j**	**31-40 j**	**41-50 j**	**51-60 j**	**61-70 j**	**71-80 j**	**ouder dan 80 j**	**Eindtotaal**
0				1	1	1		3
1						1		1
2				1	2	1		4
3		1						1
4	1			2	1		1	5
5	2				1		1	4
6				1	1			2
7		1	2		1			4
8	1	2	2	2	1			8
9	3	1	4	3	2			13
10	2	3	6	1	2			14
11	3	5	1		1	1		11
12	6	2	6	3	3	1		21
13	8	5	4	5		1		23
14	4	4	9	5	1			23
15	3	4	6	6	3		1	23
16	2	6	4	7	1	1		21
17	3	10	5	4	3			25
18	2	2	8	9	1			22
19	3		4		1			8
20	1	2	2	1	2			8
Totaal	**44**	**48**	**63**	**51**	**28**	**7**	**3**	**244**
Gemiddelde kennisscore	13,07	13,89	14,06	13,57	11,43	7,85	8	
Gemiddelde kennisscore van alle deelnemers 13.19/20								

Bijlage 4: Kennisscore op de SBS en slaapklachten

Kennisscore en slaapklachten			
Kennisscore	**Geen slaapklachten**	**Slaapklachten**	**Totaal**
0	1	2	3
1	1		1
2	2	2	4
3	1		1
4	4	1	5
5	2	2	4
6		2	2
7	1	3	4
8	2	6	8
9	4	9	13
10	8	6	14
11	5	6	11
12	11	10	21
13	11	12	23
14	11	12	23
15	4	19	23
16	7	14	21
17	9	16	25
18	13	9	22
19	2	6	8
20	2	6	8
Totaal	**101**	**143**	**244**

Bijlage 5: SBS tussen slaapmedicatiegebruikers en niet-gebruikers

	Alcohol		Cafeïne		Fysieke act		Dutje	
	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie
Negatief	112 (54.9%)	27 (67.5%)	170 (83%)	33 (82%)	94 (46%)	21 (52%)	133 (65%)	27 (67%)
Neutraal	38	8	34	7	52	9	63	9
Positief	54	5	0	0	58	10	8	4
Totaal	204	40	204	40	204	40	204	40
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Hetzelfde tijdstip		Nadenken		Slaapmedicatie		Roken	
	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie
Negatief	8	2	157 (76.9%)	30 (75%)	140 (68.6%)	22 (55%)	112 (54.9%)	21 (52.5%)
Neutraal	38	12	37	7	56	8	87	17
Positief	158 (77.4%)	26 (65%)	10	3	8	10	5	2
Totaal	204	40	204	40	204	40	204	40
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P < 0.05		P > 0.05	

	Ontspannen		2u later slapen		Lege maag		Andere act	
	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie
Negatief	0	1	113 (55%)	21 (52.5%)	120 (58.8%)	27 (67.5%)	162 (79.4%)	29 (72.5%)
Neutraal	24	11	74	17	69	12	37	9
Positief	180 (88%)	28 (70%)	17	2	15	1	5	2
Totaal	204	40	204	40	204	40	204	40
Chi² of Fisher exact probability test	P < 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Niet slaperig		Studeren werken		Opstaan		2u vroeger slapen	
	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie
Negatief	115 (56%)	25 (62%)	147 (72%)	28 (70%)	49	4	101 (49.5%)	25 (62.5%)
Neutraal	85	13	42	9	57	10	87	13
Positief	4	2	15	3	98 (46%)	26 (65%)	16	2
Totaal	204	40	204	40	204	40	204	40
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Na eten slapen		Zorgen slaaptekort		Rust en donker		Uitslapen	
	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie	Geen	Medicatie
Negatief	153 (77.4%)	32 (80%)	166 (81%)	35 (87%)	2	3	74 (36%)	18 (45%)
Neutraal	42	8	37	4	21	3	91	14
Positief	9	0	1	1	181 (88.7%)	34 (85%)	39	8
Totaal	204	40	204	40	204	40	204	40
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P >0.05		P > 0.05	

Bijlage 6: SBS goede en slechte slapers

	Alcohol drinken ‘s avonds		Cafeïne na het avondmaal		Intensieve fysieke activiteit		Dutje doen overdag	
	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten
Negatief	49 (48%)	90 (62.9%)	88 (87.1%)	115 (80.4%)	48 (47.5%)	67(46.8 %)	64 (63.3%)	96 (67.1%)
Neutraal	23	23	13	28	24	37	33	39
Positief	29	30	0	0	29	39	4	8
Totaal	101	143	101	143	101	143	101	143
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Op hetzelfde tijdstip opstaan en gaan slapen		Nadenken over taken van de volgende dag		Regelmatig slaapmedicatie gebruiken		Roken voor het slapengaan	
	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten
Negatief	4	6	78 (77.2%)	109 (76.2%)	67 (66.3%)	95 (66.4%)	57 (56.4%)	76 (53.1%)
Neutraal	15	35	18	26	28	36	42	62
Positief	82 (81.1%)	102 (71.3%)	5	8	6	12	2	5
Totaal	101	143	101	143	101	143	101	143
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Ontspannen voor bedtijd		Twee uur later gaan slapen dan gewoonlijk		Naar bed met een lege maag		Het bed voor andere activiteiten dan slapen	
	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-lachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten
Negatief	0	1	55 (54.4%)	79 (55.2%)	60 (59.4%)	87 (60.8%)	74(73.2%)	117 (81.8%)
Neutraal	12	23	38	53	33	48	24	22
Positief	89 (88.1%)	119 (83.2%)	8	11	8	8	3	4
Totaal	101	143	101	143	101	143	101	143
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Slaap vatten zonder dat je slaperig bent		Intensief werken/studeren tot ’s avonds laat		Opstaan als het moeilijk is om in slaap te vallen		Twee uur vroeger naar bed gaan dan gewoonlijk	
	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten
Negatief	51 (50.4%)	89 (62.2%)	69 (68.3%)	106 (74.1%)	27	26	49 (48.5%)	77 (53.8%)
Neutraal	48	50	22	29	30	37	42	58
Positief	2	4	10	8	44 (43.5%)	80 (55.9%)	10	8
Totaal	101	143	101	143	101	143	101	143
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Onmiddellijk na het eten naar bed gaan		Je zorgen maken om een slaaptekort		Slapen in een rustige en donkere ruimte		Verloren slaap inhalen door lang uit te slapen	
	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten	Geen slaap-klachten	Slaap-klachten
Negatief	72 (71.2%)	113(79%)	79 (78.2%)	122 (85.3%)	2	3	29 (28.7%)	63 (44%)
Neutraal	25	25	22	19	9	15	47	58
Positief	4	5	0	2	90 (89.1%)	125 (87.4%)	25	22
Totaal	101	143	101	143	101	143	101	143
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P < 0.05	

Bijlage 7: SBS volgens geslacht

	Alcohol		Cafeïne		Fysieke act		Dutje	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Negatief	56 (65.1%))	83 (52.53%)	72 (83,72%)	131 (82,91%)	40 (46.51%)	75 (47.47%)	59 (68.60%)	101 (63.92%)
Neutraal	11	35	14	27	21	40	22	50
Positief	19	40	0	0	25	43	5	7
Totaal	86	158	86	158	86	158	86	158
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Hetzelfde tijdstip		Nadenken		Slaapmedicatie		Roken	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Negatief	2	8	67 (77.91%)	120 (75.95%)	62 (72.09%)	100 (63.29%)	50 (58.14%)	83 (52.53%)
Neutraal	16	34	17	27	18	46	34	70
Positief	68 (79.07%)	116 (73.42%)	2	11	6	12	2	5
Totaal	86	158	86	158	86	158	86	158
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Ontspannen		2u later slapen		Lege maag		Andere act	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Negatief	0	1	42 (48.84%)	92 (58.23%)	50 (58.14%)	97 (61.39%)	74 (86.05%)	117 (74.05%)
Neutraal	8	27	36	55	29	52	10	36
Positief	78 (90.70%)	130 (82.28%)	8	11	7	9	2	5
Totaal	86	158	86	158	86	158	86	158
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Niet slaperig		Studeren werken		Opstaan		2u vroeger slapen	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Negatief	48 (55.81%)	92 (58.23%)	68 (79.07%)	107 (67.72%)	20	33	44 (51.16%)	82 (51.90%)
Neutraal	36	62	15	36	24	43	33	67
Positief	2	4	3	15	42 (48.84%)	82 (51.90%)	9	9
Totaal	86	158	86	158	86	158	86	158
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

	Na eten slapen		Zorgen slaaptekort		Rust en donker		Uitslapen	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Negatief	70 (81.40%)	115 (72.78%)	80 (93.02%)	121 (76.58%)	0	5	29 (33.72%)	63 (39.87%)
Neutraal	12	38	5	36	8	16	42	63
Positief	4	5	1	1	78 (90.70%)	137 (86.71%)	15	32
Totaal	86	158	86	158	86	158	86	158
Chi² of Fisher exact probability test	P > 0.05		P < 0.05		P > 0.05		P > 0.05	

Bijlage 8: Extra SBS vergelijkingen

Niet-rokers vs. rokers

	Roken voor het slapengaan	
	Niet-roker	Roker
Negatief	123	10
Neutraal	90	14
Positief	2	5
Totaal	215	29
Chi² of Fisher exact probability test	P < 0.05	

Nooit alcohol vs. slaapmutsje

	’s Avonds alcohol drinken	
	Nooit alcohol	Dagelijks slaapmutsje
Negatief	22	6
Neutraal	4	3
Positief	4	7
Totaal	30	16
Chi² of Fisher exact probability test	P < 0.05	

Bijlage 9: Vragenlijst

BEVRAGEN VAN SLAAP, SLAAPHYGIËNE EN COGNITIE HIEROVER BIJ PATIËNTEN UIT EEN HUISARTSENPRAKTIJK IN DE VLAAMSE ARDENNEN

Hierbij verklaar ik dat ik de informatiebrief voor deelnemers omtrent de studie heb gelezen.

Door 'ja' aan te duiden, gaat u ermee akkoord dat u bereid bent om de vragen in deze enquête te beantwoorden.

Uw antwoorden zullen anoniem verwerkt worden en hebben geen implicaties op de toekomstige arts-patiëntrelatie.

- ❑ JA
- ❑ NEE

DEEL 1

1. Ik ben een
   - ❑ Man
   - ❑ Vrouw
2. Ik ben
   - ❑ 18 – 30 jaar oud
   - ❑ 31 – 40 jaar oud
   - ❑ 41 – 50 jaar oud
   - ❑ 51 – 60 jaar oud
   - ❑ 61 – 70 jaar oud
   - ❑ 71 – 80 jaar oud
   - ❑ Ouder dan 80 jaar
3. Ik heb
   - ❑ Geen last van slaapklachten
   - ❑ Last met inslapen, doorslapen of vroeg wakker worden en dit zorgt ervoor dat ik overdag **WEL** moe ben
   - ❑ Last met inslapen, doorslapen of vroeg wakker worden en dit zorgt ervoor dat ik overdag **NIET** moe ben
4. Enkel invullen indien u last heeft van slaapklachten

   Wat is volgens u de reden of de oorzaak van uw slaapklachten?

   - ❑ Een lichamelijke oorzaak (ziekte, pijn, …)
   - ❑ Een psychische oorzaak (depressie, angst, …)

- ❑ Een psychosociale oorzaak (stress, familiale zorgen, relatieproblemen, rouw…)
- ❑ Een medicamenteuze oorzaak (t.g.v. bijwerkingen van medicatie, alcoholgebruik of druggebruik)
- ❑ Een gestoord dag-nachtritme (t.g.v. ploegenarbeid of jetlag)
- ❑ Ik weet het niet
- ❑ Andere: ……

5. Ik ben
    - ❑ Arbeider
    - ❑ Ambtenaar
    - ❑ Bediende
    - ❑ Gepensioneerd
    - ❑ Huisvrouw/huisman
    - ❑ Student
    - ❑ Werkloos
    - ❑ Zelfstandig
    - ❑ Andere: …….
6. Ik werk in ploegverband
    - ❑ Ja
    - ❑ Nee
7. Ik werk
    - ❑ In een vast ploegverband (vb. vaste vroegdienst, vaste laatdienst of vaste nachtdienst)
    - ❑ In een roterend ploegverband (vb. 2, 3 of 5 ploegensysteem)

DEEL 2

In de onderstaande tabel vindt u voorbeelden van slaapgewoontes die de kwaliteit en/of de hoeveelheid slaap zouden kunnen beïnvloeden. Gelieve bij iedere stelling aan te geven of deze naar uw mening een positief, negatief of geen effect heeft op slaap. Het gaat niet om uw persoonlijke ervaringen, maar wel over de effecten op de slaap van de hele bevolking.

Gelieve bij elke stelling één antwoord aan te duiden, ook als u niet 100% zeker bent over het antwoord.

	Positief effect	Neutraal effect	Negatief effect
's Avonds alcohol drinken	○	○	○
Koffie of andere cafeïne houdende dranken drinken na het avondmaal	○	○	○
Een intense fysieke activiteit uitvoeren voor het slapengaan	○	○	○
Een lang dutje doen overdag	○	○	○
Steeds op hetzelfde tijdstip naar bed gaan en opstaan	○	○	○
Nadenken over de taken van de volgende dag voor het in slaap vallen	○	○	○
Regelmatig slaapmedicatie gebruiken	○	○	○
Roken voor het slapengaan	○	○	○
Ontspannen voor bedtijd	○	○	○
Twee uur later gaan slapen dan gewoonlijk	○	○	○
Naar bed gaan met een lege maag	○	○	○
Het bed gebruiken als plaats voor andere activiteiten dan slapen (telefoneren,studeren, eten, ...)	○	○	○

	Positief effect	Neutraal effect	Negatief effect
De slaap proberen vatten zonder dat je slaperig bent	○	○	○
Intensief studeren of werken tot 's avonds laat	○	○	○
Opstaan wanneer het moeilijk is om in slaap te vallen	○	○	○
Twee uur vroeger naar bed gaan dan gewoonlijk	○	○	○
Onmiddellijk na het eten naar bed gaan	○	○	○
Je zorgen maken om een slaaptekort	○	○	○
Slapen in een rustige en donkere ruimte	○	○	○
Verloren slaap inhalen door lang uit te slapen	○	○	○

DEEL 3

1. Gebruikt u slaapmedicatie?
   - ❑ Neen
   - ❑ Ja (bv. alprazolam, lormetazepam, diazepam, zolpidem, Loramet®, Stilnoct®, Dormonoct®, Temesta®, Rivotril®, Xanax®, …)
   - ❑ Ja, (bv. trazodone, Nestrolan®)
   - ❑ Ja, plantaardige slaapmedicatie (valeriaan, passieflora, Sedistress®, Sedistress sleep®, Sedinal®)
   - ❑ Ja, melatonine als slaapmedicatie (Circadin®)
   - ❑ Ja, andere: ….
2. Indien u slaapmedicatie neemt, zou u deze willen afbouwen?
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee
3. Indien u slaapmedicatie neemt, zou u geïnteresseerd zijn in een aanpak zonder medicijnen om uw slaapklachten aan te pakken? (bv. via een slaapcursus, ontspanningsoefeningen e.d.)
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee
4. Gebruikt u onderstaande/andere medicatie?
   - ❑ Neen
   - ❑ Ja, een antidepressivum (citalopram, escitalopram, Sertraline®, fluoxetine, Prozac®, paroxetine, Seroxat®, sertraline, Serlain®, Nortrilen®)

- ❑ Ja, schildklierhormoon (L-Thyroxine®, Euthyrox®)
- ❑ Ja, een bèta-blokker (bisoprolol, Emconcor®, carvediol, metoprolol, Selozok®,nebivolol, Nobiten®, propanolol, Inderal®)
- ❑ Ja, cortisone (Celestone®, Solu-Medrol®, Medrol®, Depo-Medrol®, hydrocortisone)
- ❑ Ja, ADHD medicatie (methylfenidaat, Rilatine®)
- ❑ Ja, bupropion of varenicline (Champix®) voor rookstop
- ❑ Ja, fenytoïne (Diphantoine®)
- ❑ Ja, salbutamol (Ventolin®)
- ❑ Ja, een plaspil (Lasix®, furosemide, Burinex®, Torrem®, torrasemide)

5. Drinkt u cafeïne? (Dit zit in koffie, cola en energiedranken zoals Redbull)
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee
6. Indien ja, hoeveel kopjes en/of glazen per dag?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 of meer

---

7. Indien ja, hoe lang voor het slapengaan drinkt u uw laatste kopje/glas?
   - ❑ Voor het slapengaan
   - ❑ Bij het avondmaal
   - ❑ Op een ander moment van de dag
8. Rookt u?
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee
9. Indien ja, hoeveel sigaretten per dag?
   - ❑ Minder dan 20 sigaretten per dag
   - ❑ Meer dan 20 sigaretten per dag
10. Indien ja, wanneer rookt u uw laatste sigaret?
    - ❑ Kort voor het slapengaan
    - ❑ Bij het avondmaal
    - ❑ Op een ander/vroeger moment van de dag

11. Drinkt u alcohol?
    - ❑ Nee, nooit
    - ❑ Ja, dagelijks

- ❑ Ja, sporadisch (bv. in het weekend)

a. Indien u dagelijks alcohol drinkt, hoeveel drinkt u?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer

Indien u dagelijks alcohol drinkt, wanneer drinkt u uw laatste glas?

- ❑ Kort voor het slapengaan (een slaapmutsje)
- ❑ Bij het avondmaal
- ❑ Op een ander/vroeger moment van de dag

b. Indien u sporadisch alcohol drinkt, hoeveel drinkt u wekelijks?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 of meer

---

12. Gebruikt u uw televisie, computer, tablet of smartphone het laatste uur voor het slapengaan?
    - ❑ Ja
    - ❑ Nee
13. Zo ja, waar gebruikt u laatst uw televisie, computer, tablet of smartphone?
    - ❑ In bed of in de slaapkamer
    - ❑ In de living of tv-hoek
    - ❑ Op een andere plaats
14. Beoefent u een intensieve sport in de laatste 2 uren voor het slapengaan?
    - ❑ Ja
    - ❑ Nee
15. Hoeveel dagen per week beoefent u een intensieve sport in de laatste 2 uren voor het slapengaan?

0 1 2 3 4 5 6 7

---

16. Heeft u lichamelijke klachten die mogelijks uw slaap verstoren? (pijn, jeuk, dorst,zure reflux, hoest, moeilijkheden met ademen, neusverstopping, …)
    - ❑ Ja

- ❑ Nee

17. Duid aan op een schaal van 0 tot 10 hoe u uw algemene gezondheid zou inschatten

Verschrikkelijk Slecht Gemiddeld Goed Uitstekend

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

18. Heeft u de laatste weken last van
    - ❑ Minder plezier of interesse in zaken die vroeger wel plezier brachten of waarin u geïnteresseerd was
    - ❑ Een depressieve of bedrukte stemming
    - ❑ Angstige gevoelens zonder gekende reden of oorzaak
    - ❑ Ik heb daar geen last van
19. Indien u slaapklachten heeft, denkt u dat uw slaapklachten veroorzaakt worden door stress of ingrijpende levensgebeurtenissen (relatieproblemen, rouw,…)?
    - ❑ Ja
    - ❑ Nee
20. Ervaart u voor het slapengaan of ’s nachts de aandrang om uw benen te bewegen, eventueel door pijnlijke, brandende of kriebelende gevoelens die overgaan als u de benen beweegt?
    - ❑ Ja
    - ❑ Nee

Indien er iemand bij u slaapt, gelieve hem/haar de volgende vragen te laten oplossen indien u zelf niet zeker bent van het antwoord.

21. Snurkt u?
    - ❑ Zelden tot nooit
    - ❑ Regelmatig
    - ❑ Ik weet het niet
22. Gebeurt het soms dat u lijkt te stoppen met ademen tijdens het slapen?
    - ❑ Zelden tot nooit
    - ❑ Regelmatig tot dagelijks
    - ❑ Ik weet het niet
23. Klaagt uw bedpartner soms over wilde, ongecontroleerde arm en/of beenbewegingen van u tijdens uw slaap?
    - ❑ Ja
    - ❑ Nee

Bijlage 9: Protocol

Slaapstoornissen zijn een gekende klacht bij patiënten die de huisarts raadplegen. Volgens de Belgische gezondheidsenquête van 2013 lijdt 30% van de Belgen ouder dan 15 jaar hieraan. Hoewel België nog steeds tot de top behoort op vlak van gebruik van slaapmedicatie, raakt het bij de artsen stilaan ingeburgerd dat slaapmedicatie niet het beste alternatief is voor de aanpak van slaapstoornissen. De medicamenteuze aanpak is gemakkelijk voor de arts en de patiënt maar onderzoek toont dat een niet-medicamenteuze aanpak op lange termijn meer (blijvende) voordelen en resultaten heeft. Een van de eerste zaken die we tijdens de opleiding als niet-medicamenteuze aanpak aanleren, is het belang van een goede slaaphygiëne. Slaaphygiëne is een term voor slaapgewoontes, meer bepaalt handelingen en bezigheden overdag die een goede slaap bevorderen. Voorbeelden hiervan zijn lichaamsbeweging, geen dutjes overdag, beperkt cafeïne en nicotine gebruik, … In een literatuuronderzoek ga ik op zoek naar de evidentie van slaaphygiëne in de aanpak van slaapstoornissen. Het praktijkproject wordt uitgevoerd in een huisartsenpraktijk in de Vlaamse Ardennen. Aan de hand van een anonieme vragenlijst ga ik na wat de kennis en visie is van patiënten over slaap en slaapgewoontes. Daarnaast ga ik na welke slaaphygiëne ze er op nahouden. Patiënten die bij mijn praktijkopleider een GMD (globaal medisch dossier) hebben, krijgen via e-mail de vraag om mee te doen aan het project. Zowel mannen als vrouwen van 18 tot en met 99 jaar mogen meedoen. We includeren zowel patiënten met als patiënten zonder klachten van slapeloosheid. Het uiteindelijke doel is om 100 deelnemers te includeren. Indien het niet lukt om dit patiënten aantal te bereiken, zal ook aan een andere praktijk uit de omgeving (die tot dezelfde lokale kwaliteitsgroep (LOK) behoort) gevraagd worden om patiënten met een GMD op dezelfde manier te rekruteren. Om patiënten zonder e-mailadres niet uit te sluiten, vragen we ook aan de eerste 20 patiënten die we op consulatie zien zonder e-mailadres of ze willen participeren. We excluderen de patiënten die we enkel op huisbezoek of in het rusthuis zien. De e-mail bevat informatie omtrent het praktijkproject en een link naar de online enquête. Vooraleer de enquête ingevuld kan worden, moet de patiënt aanduiden dat hij/zij toestemming geeft om zijn/haar anonieme antwoorden te verwerken. De patiënten zonder e-mailadres krijgen de vragenlijst op papier en kunnen deze na het invullen afgeven op het secretariaat. Niet deelnemen aan de enquête zal geen enkel gevolg hebben voor de art-patiëntrelatie.

Bijlage 10: Goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Klinische Farmacologie
Blok B - 1ste Verdieping
Prof. dr. Thierry CHRISTIAENS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0388	05-apr-17	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Bevragen van slaap, slaaphygiëne en cognitie hierover bij patiënten uit een huisartsenpraktijk in de Vlaamse Ardennen. ManaMa Laike Vanden Daele

Belgisch Registratienummer: B670201732065

* Vragenlijsten slaap & slaaphygiëne
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 27/03/2017 (ontv. dd. 28/03/2017) op opmerkingen EC dd. 27/03/2017
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontv. dd. 28/03/2017)
* Informatieformulier e-mail & schriftelijk (aangepaste versie ontv. dd. 28/03/2017)
* Toestemmingsformulier online & schriftelijk (aangepaste versie ontv. dd. 28/03/2017)
* Informatiebrief deelnemers (aangepaste versie ontv. dd. 28/03/2017)
* Protocol (aangepaste versie ontv. dd. 28/03/2017)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. T. CHRISTIAENS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 31/03/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 31/03/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 31/03/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 31/03/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/04/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/04/2017

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.