Niet-medicamenteuze aanpak van chronische slapeloosheid: kwalitatief onderzoek naar de kennis en attitude bij patiënten

VILAIN Deborah, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent

Copromotor: Dr. Tom Declercq, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018-2019

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.

Dankwoord

Hierbij wil ik een aantal personen bedanken die mij de afgelopen twee jaar geholpen hebben bij het tot stand brengen van deze masterproef en het voltooien van mijn opleiding huisartsgeneeskunde.

Allereerst wil ik mijn promotor Prof. Dr. An De Sutter en in het bijzonder mijn copromotor Dr. Tom Declercq bedanken voor de begeleiding bij het schrijven van deze masterproef. In de afgelopen twee jaar werd ik bijgestaan in het verfijnen van mijn keuzeonderwerp en de studieopzet, alsook bij het behouden van de focus in mijn onderzoek.

Daarnaast wil ik ook mijn praktijkopleider Dr. Arnaud Van Hecke bedanken voor het brainstormen over welke onderzoeksopzet mogelijk was in de praktijk en voor de vele zaken die hij mij bijgeleerd heeft tijdens de praktijkstage. Verder wil ik ook de deelnemende huisartspraktijken van dit onderzoek bedanken.

Tenslotte gaat mijn grootste dank uit naar mijn echtgenoot Robin voor de onvoorwaardelijke steun en moed die hij mij al deze jaren al heeft gegeven. Het eindresultaat van deze masterproef zou niet hetzelfde geweest zijn zonder hem.

Deborah Vilain,

Maart 2019

Lijst met gebruikte afkortingen

CGT	Cognitieve Gedragstherapie
CGT-I	Cognitieve Gedragstherapie voor Insomnia
DBAS-16	Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICPC-2	International Classification of Primary Care
ICSD-3	International Classification of Sleep Disorders
ISI	Insomnia Severity Index
MISI score	Mean Insomnia Severity Index score
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NNT	Number Needed to Treat
NWAK	Aantal periodes van ontwaken na inslapen (slaapfragmentatie)
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
RCT	Randomized Controlled Trials
SEI	Slaapefficiëntie Index
SOL	Tijd tot inslapen
TST	Totale slaaptijd
WASO	Totale tijd van wakker liggen na inslapen
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie

Lijst van bijlagen

Bijlage 1	Diagnostische criteria voor slapeloosheid
Bijlage 2	Informatiebrief voor de patiënt
Bijlage 3	Vragenlijst voor patiënt
Bijlage 4	Uitnodigingsbrief voor de patiënt
Bijlage 5	Niet-medicamenteuze interventies; kennis en ervaring per techniek
Bijlage 6	Bereidwilligheid om niet-medicamenteuze interventies te proberen
Bijlage 7	Onderlinge verbanden tussen variabelen
Bijlage 8	Lijst van slaapcentra met CM-overeenkomst
Bijlage 9	Terugbetaling per mutualiteit

Bijlage 10 Protocol

Bijlage 11 Goedkeuring Ethisch comité

Lijst van figuren

Figuur 1 Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) met slaapproblemen

Figuur 2 Cumulatieve leeftijdsverdeling studiedeelnemers

Figuur 3 Opleidingsniveau studiedeelnemers

Figuur 4 Gebruik van slaapmiddel

Figuur 5 Duurtijd van gebruik slaapmiddel

Figuur 6 Mogelijke klachten overdag als gevolg van het slecht slapen

Figuur 7 Niet-medicamenteuze interventies; kennis en ervaring per techniek

Figuur 8 Bereidwilligheid niet-medicamenteuze interventies in verschillende omstandigheden

Figuur 9 Argumenten om een niet-medicamenteuze aanpak niet te willen proberen

Figuur 10 Kennis en ervaring slaapdagboek

Figuur 11 Kennis en ervaring stimuluscontrole

Figuur 12 Kennis en ervaring slaaprestrictie .

Figuur 13 Kennis en ervaring CGT

Figuur 14 Kennis en ervaring ontspanningstechnieken

Figuur 15 ... indien ik deze in groepssessie kan volgen

Figuur 16 ... indien ik deze individueel kan volgen, rechtstreeks in de praktijk

Figuur 17 ... indien ik deze thuis op mijzelf kan volgen, via internet

Figuur 18 ... indien ik deze thuis op mijzelf kan volgen, via schriftelijke informatie

Figuur 19 ...indien deze behandelingen gedeeltelijk terugbetaald worden

Figuur 20 ...indien deze behandelingen volledig terugbetaald worden

Abstract

Context: Chronische slapeloosheid gaat gepaard met een verhoogde morbiditeit, mortaliteit en verschillende socio-economische gevolgen. Niet alleen de frequentie van slapeloosheid is hoog, ook het gebruik van slaapmiddelen. In de richtlijnen wordt het belang en nut van een niet-medicamenteuze aanpak benadrukt.

Onderzoeksvraag: De doelstelling van deze masterproef is om meer inzicht te krijgen in de toepasbaarheid en haalbaarheid van een niet-medicamenteuze aanpak bij chronische slapeloosheid, vertrekkende vanuit het perspectief van de patiënten.

Methode: Via prospectief observationeel onderzoek werd bij meerderjarige patiënten met slaapklachten nagegaan wat hun kennis en attitude is ten aanzien van niet-medicamenteuze behandelingen. Het onderzoek gebeurde d.m.v. een anonieme vragenlijst, die ter beschikking werd gelegd in de wachtzaal van vier huisartspraktijken die deel uitmaken van het wachtgebied 'De Pinte-Zevergem-Eke-Nazareth'.

Resultaten: Van de 200 ter beschikking gelegde vragenlijsten werden er 59 ingevuld. Hiervan beantwoordden slechts 34 vragenlijsten aan de inclusiecriteria voor verdere statische verwerking. De gemiddelde leeftijd van de studiedeelnemers is 50 jaar. De meerderheid zijn vrouwen en hoger opgeleiden. Op het moment van de studie gebruikt 47% een slaapmiddel. De best bekende interventie is ontspanningstechnieken. Slaaprestrictie is het minst bekend. Ontspanningstechnieken en stimuluscontrole zijn al het meest geprobeerd. Van de studiedeelnemers is 53% niet bereid om een slaapcursus te volgen. De deelnemers hebben voorkeur voor individuele therapie. Voor therapie op zelfstandige basis zijn er geen duidelijke verschillen in voorkeur tussen internet of schriftelijke informatie. Ook het krijgen van ondersteuning of de mate van terugbetaling maken weinig verschil uit in het al dan niet willen proberen van de interventies. Het argument "deze behandelingen vragen veel tijd en geduld" werd het vaakst aangeduid als reden om de voorgestelde interventies niet te willen proberen. Studiedeelnemers die al van CGT gehoord en/of geprobeerd hebben, zijn significant ($p < 0,05$) meer bereid om een slaapcursus te volgen. Studiedeelnemers onder de 53 jaar hebben al van een significant ($p < 0,05$) groter aantal niet-medicamenteuze interventies gehoord en/of geprobeerd dan deelnemers boven de 53 jaar.

Conclusie: Om de bevindingen uit deze studie te kunnen extrapoleren naar de algemene praktijk is verder en meer onderzoek op grotere schaal nodig. Verder blijft het inzetten op een niet-medicamenteuze aanpak in de behandeling van chronische slapeloosheid zeer belangrijk. Maar hierbij zal de huidige relatieve ontoegankelijkheid voor CGT-I moeten aangepakt worden.

ICPC-code: P06 – Slaapstoornis

Contact: deborahvilain@hotmail.com

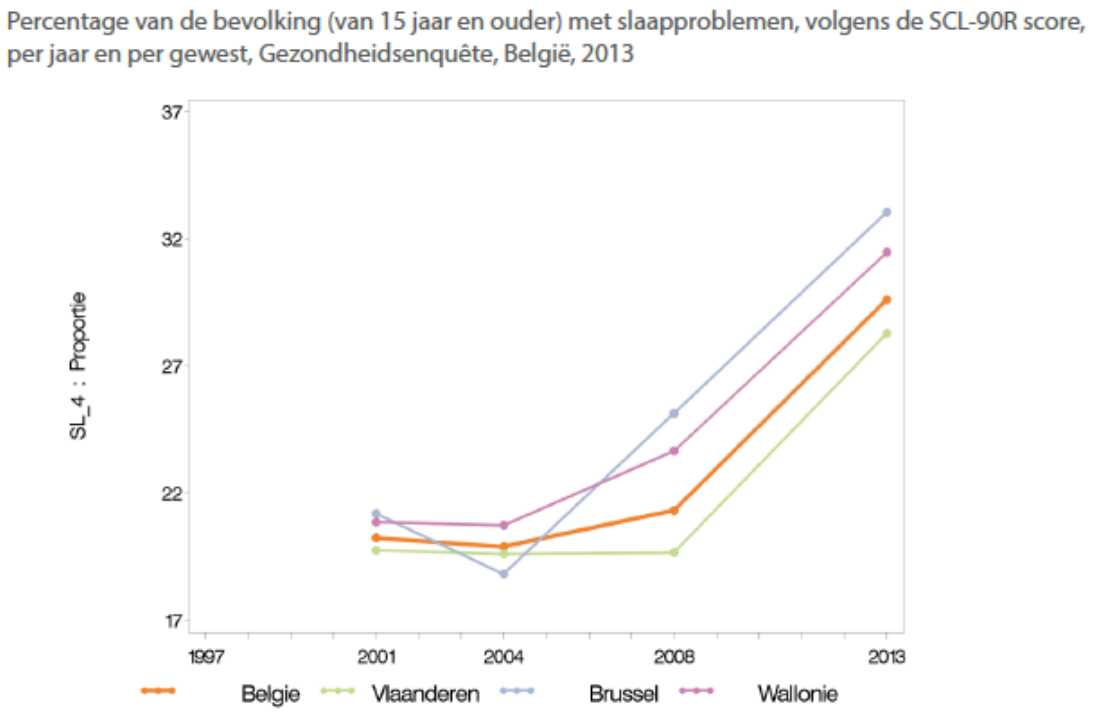
Inhoudstafel

1 Inleiding 1
2 Literatuuronderzoek 4
2.1 Methodologie 4
2.2 Resultaten 5
2.2.1 Definitie (chronische) slapeloosheid 5
2.2.2 Niet-medicamenteuze interventies 6
2.2.3 Patiënten-perspectief over niet-medicamenteuze interventies 12
2.2.4 Conclusie en bespreking van het literatuuronderzoek 13
3 Onderzoeksmethodiek 15
3.1 Onderzoeksopzet 15
3.2 Gegevensverzameling 16
4 Resultaten 18
4.1 Studiedeelname 18
4.2 Algemene kenmerken studiedeelnemers 19
4.3 Exploratie van de slaapstoornis bij de studiedeelnemers 20
4.4 Niet-medicamenteuze interventies voor slapeloosheid 22
4.4.1 Kennis en ervaring met niet-medicamenteuze interventies 22
4.4.2 Bereidwilligheid om niet-medicamenteuze interventies te proberen 23
4.4.3 Onderlinge verbanden tussen de variabelen 25
5 Discussie 27
6 Conclusie 32
7 Referenties 34
8 Bijlagen I
8.1 Bijlage 1: Diagnostische criteria voor slapeloosheid (1) I
8.2 Bijlage 2: Informatiebrief voor de patiënt II
8.3 Bijlage 3: Vragenlijst voor patiënt IV
8.4 Bijlage 4: Uitnodigingsbrief voor de patiënt IX
8.5 Bijlage 5: Niet-medicamenteuze interventies; kennis en ervaring per techniek X
8.6 Bijlage 6: Bereidwilligheid om niet-medicamenteuze interventies te proberen XII
8.7 Bijlage 7: Onderlinge verbanden tussen variabelen XIV
8.8 Bijlage 8: Lijst van slaapcentra met CM-overeenkomst (40) XVIII
8.9 Bijlage 9: Terugbetaling per mutualiteit XIX
8.10 Bijlage 10: Goedgekeurd protocol XX
8.11 Bijlage 11: Goedkeuring Ethisch comité XXI

1 Inleiding

Slaapproblemen komen veelvuldig voor. Ongeveer zes procent van de volwassen bevolking uit geïndustrialiseerde landen lijdt aan chronische slapeloosheid. Specifiek voor België rapporteert de Gezondheidsenquête van 2013 dat 30% van de bevolking van 15 jaar en ouder slaapproblemen heeft. Het komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, en de prevalentie stijgt bij toenemende leeftijd. In 2013 werd de hoogste prevalentie van slaapproblemen waargenomen bij vrouwen van 75 jaar en ouder (41%). Opleidingsniveau speelt ook een rol; slaapproblemen komen meer voor in de lager geschoolde groepen, namelijk 44% ten opzichte van 27% in de groep met het hoogste opleidingsniveau voor het Vlaams Gewest. (1, 2)

Er wordt ook een stijging van de prevalentie van slaapproblemen gezien over de tijd heen, voor elk gewest in België. In het Vlaams Gewest is de prevalentie het laagst. (2)



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

Chronische slapeloosheid is gerelateerd met het frequenter voorkomen van verkeersongevallen, arbeidsongevallen, ziekteverzuim, valpartijen, depressie,

angststoornissen, suïcidaliteit, dementie en verslavingsproblematiek, en leidt tot een verhoogde mortaliteit. Slapeloosheid is ook een significante risicofactor voor cardiovasculaire ziekten en zou ook een risicofactor zijn voor type II diabetes. (1, 3)

Bovendien kent chronische slapeloosheid verschillende socio-economische gevolgen. Enerzijds is er de verminderde productiviteit ten gevolge van klachten zoals slaperigheid, prikkelbaarheid en concentratiestoornissen overdag. (4) Anderzijds zijn er de kosten en mogelijke nevenwerkingen van eventueel gebruikte slaapmiddelen. Daarenboven is chronische slapeloosheid geassocieerd met een hoger gebruik van de gezondheidszorg en een hoger ziekteverzuim. (5)

Niet alleen de frequentie van slapeloosheid is hoog, ook het gebruik van slaapmiddelen. Uit de Gezondheidsenquête van 2013 blijkt dat 13% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder een slaap- en kalmeringsmiddel heeft genomen in de laatste twee weken. Net zoals het voorkomen van slaapproblemen, worden slaap- en kalmeringsmiddelen meer gebruikt door vrouwen dan mannen, en neemt het gebruik toe met de leeftijd. In de groep van 75 jaar en ouder gebruikt zelfs 40% van de vrouwen en 26% van de mannen slaap- en kalmeermiddelen. (2)

Gezien het veelvuldig voorkomen, alsook de risico's en gevolgen waarmee chronische slapeloosheid gepaard gaat, is een goede behandeling van groot belang. Ook op maatschappelijk vlak. In de opleiding en richtlijnen wordt het belang en nut van een niet-medicamenteuze aanpak benadrukt. Wanneer ik dit wilde toepassen in de praktijk, bleek dit echter niet zo vanzelfsprekend en eenvoudig te zijn. Als men wil dat een behandeling slaagt, dan is motivatie van de patiënt essentieel. Daarom stelde ik mijzelf de vraag: "Hoe staan patiënten eigenlijk tegenover deze niet-medicamenteuze aanpak?". Deze vraag vormde de aanleiding voor de masterscriptie.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, werd een vragenlijst opgesteld die bij volwassen patiënten met slaapklachten peilt naar hun kennis en attitude ten aanzien van niet-medicamenteuze interventies. De verwerking van de antwoorden op deze vragenlijst kan immers meer inzicht brengen in de toepasbaarheid en haalbaarheid van een dergelijke niet-medicamenteuze aanpak.

Het eerste deel van de masterscriptie omvat het literatuuronderzoek. Om meer achtergrondkennis te hebben, werden eerst de verschillende niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden opgezocht. Omdat er in de literatuur weinig onderzoek terug

te vinden was naar de toepasbaarheid en haalbaarheid van deze interventies vanuit het patiënten-perspectief, werd het literatuuronderzoek uitgebreid naar de effectiviteit van deze interventies. Dit mede omdat wetenschappelijke onderbouwing een belangrijk onderdeel vormt van Evidence-Based-Medicine (EBM). Het profiel en het perspectief van de patiënt vormt slechts één van de drie componenten van EBM, naast het wetenschappelijk bewijsmateriaal en de kennis en praktijkervaring van de arts. In het tweede deel van de masterscriptie worden dan de antwoorden op de vragenlijst gepresenteerd en besproken.

2 Literatuuronderzoek

2.1 Methodologie

Het literatuuronderzoek startte eind 2017, waarbij de huidig beschikbare richtlijnen voor de aanpak van slapeloosheid van Domus Medica en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) werden doorgenomen. Ook de nieuwe Europese richtlijn uit 2017 werd overlopen. Hierbij werd de sneeuwbalmethode toegepast. Dit houdt in dat men op zoek gaat naar nieuwe artikelen op basis van gebruikte literatuurreferenties van een ander belangrijk artikel.

Literatuuronderzoek naar de toepasbaarheid en haalbaarheid van niet-medicamenteuze interventies vanuit het patiënten-perspectief gebeurde in de database PubMed/MEDLINE. Volgende zoektermen werden gebruikt "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/therapy"[MeSH] patients perspective". Dit leverde slechts 25 artikelen op, waarvan een beperkt aantal relevant. Via de sneeuwbalmethode en "similar articles" werden echter wel andere artikelen gevonden en geselecteerd.

Voor het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van de weerhouden niet-medicamenteuze interventies werd de database PubMed/MEDLINE geraadpleegd. Hierbij werd gebruik gemaakt van de MeSH term "Sleep Initiation and Maintenance Disorders/therapy". Dit leverde 5659 artikelen op. Het aantal zoekresultaten werd verminderd naar 964 door het instellen van volgende filters: taal (Engels), publicatiedatum (laatste vijf jaar), type onderzoek (clinical trial/study, meta-analysis, observational study, randomized controlled trial (RCT), review, systematic reviews, practice guideline). Verdere selectie gebeurde op basis van titel en nadien abstract. Hierbij werd rekening gehouden met de inclusiecriteria, opgesteld onder vorm van een PICO-vraag. Raadpleging van de Cochrane Library leverde geen extra artikelen op.

PICO

- **P**: meerderjarige wilsbekwame patiënten met subacute of chronische slapeloosheid, volgens de diagnostische criteria van ICD-10[1] (d.i. slaapklachten met impact op het functioneren overdag, minstens drie dagen per week gedurende één maand).

[1]: **ICD-10** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tiende editie. Dit is een internationaal gehanteerde lijst van ziekten, bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO).

- **I:** niet-medicamenteuze behandeling, in het bijzonder: slaapdagboek, stimuluscontrole, slaaprestrictie, cognitieve gedragstherapie en spanningsverlagende technieken.
- **C**: geen behandeling of slaapmedicatie.
- **O**: effect op slaapparameters en/of slaapkwaliteit.

2.2 Resultaten

2.2.1 Definitie (chronische) slapeloosheid

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert slapeloosheid of insomnia als het geheel van klachten over subjectief inadequate slaap, waarbij er ook klachten zijn over het functioneren overdag. Mogelijke klachten over het functioneren overdag zijn moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, concentratiestoornissen en verminderde prestatie. Klachten over een inadequate slaap kunnen zowel gaan over het inslapen (moeilijkheden om in te slapen), het doorslapen (frequent ontwaken 's nachts), als het vroeg ontwaken (heel vroeg wakker worden waarbij men niet meer kan inslapen). (6) De diagnostische criteria volgens de ICD-10 vereisen daarnaast dat de slaapklachten ten minste drie keer per week optreden gedurende één maand. (1)

Dement en Guilleminault spreken van insomnia als het langer dan 30 minuten duurt om in slaap te vallen, of als men 's nachts meer dan 30 minuten wakker is door frequent ontwaken en minder dan 6,5 uur slaapt. Ook moet er een invloed op het functioneren overdag zijn. Indien er enkel sprake is van slecht slapen zonder klachten over het functioneren overdag, spreekt men van pseudo-insomnia of vermeende insomnia. (1, 6)

In de NHG-standaard wordt er gesproken van langerdurende (chronische) slapeloosheid indien de klachten langer dan drie weken bestaan, waarbij er minstens driemaal per week slaapklachten zijn. (5) In de DSM-5 en volgens de ICSD-3 wordt er pas van chronische slapeloosheid gesproken indien de klachten langer dan drie maanden bestaan, met een minimum van drie nachten per week én met een klinisch significante beperking in het functioneren, waarbij deze niet veroorzaakt wordt door een andere aandoening. (1, 7) De volledige lijst van diagnostische criteria volgens de ICD-10 en ICSD-3 kan worden teruggevonden in bijlage 1. In dit onderzoek zal voor chronische slapeloosheid de afkapwaarde van vier weken gehanteerd worden, volgend op de criteria van de ICD-10. Dit

omdat de ICPC-2, het coderingssysteem specifiek voor de huisartsgeneeskunde, vertrekt vanuit de ICD-10 codering.

2.2.2 Niet-medicamenteuze interventies

2.2.2.1 Slaapdagboek, psycho-educatie en slaaphygiëne

In een slaapdagboek kan een patiënt zijn slaapwaakpatroon registeren; tijd van naar bed gaan, tijd tot inslapen (SOL), slaaponderbrekingen (NWAK), tijdstip van opstaan, totale slaaptijd (TST) en eventuele klachten overdag. (8) Psycho-educatie of patiëntenvoorlichting houdt in dat men de patiënt grondig informeert over zijn/haar aandoening. Op deze manier tracht men eventuele misvattingen bij de patiënt te corrigeren. (3) Met slaaphygiëne tracht men via adviezen de uitlokkende of onderhoudende factoren van de slapeloosheid te behandelen. Voorbeelden van dergelijke adviezen zijn: steeds op hetzelfde uur gaan slapen en opstaan, geen dutjes overdag doen… Tot op heden is er nog geen eenduidige evidentie voor de effectiviteit van psycho-educatie en slaaphygiëne in de aanpak van slapeloosheid. (3)

2.2.2.2 Stimuluscontrole

Stimuluscontrole is een gedragstherapeutische techniek, waarbij men de negatieve conditionering tussen “het bed” (oorspronkelijk neutrale stimulus) en “wakker liggen” (negatief gewaardeerde prikkel) tracht te doorbreken. Bij chronische slapeloosheid kan het zien van het bed of erin liggen immers de slapeloosheid in stand houden. (3, 9) Om deze negatieve conditionering te doorbreken, geeft men aan de patiënt de opdracht om op te staan en de slaapkamer te verlaten wanneer hij/zij langer dan 20 minuten wakker ligt in bed en zich dan bezig te houden met een ontspannende of saaie taak. Enkel wanneer de patiënt zich terug slaperig voelt, keert hij/zij terug naar bed, waarbij dit proces zo nodig herhaald wordt. (3)

<u>Evidentie</u>

De review van Brasure et al. beschreef onder andere het effect van stimuluscontrole als therapie op zich bij chronische slapeloosheid. Uit twee studies met een totaal van 68 deelnemers vond men een verkorting van de SOL met 31 minuten en een verlenging van de TST met 44 minuten. Uit twee andere studies met een totaal van 113 deelnemers kon men enkel een toename van de TST met 40 minuten aantonen. In beide gevallen werd de evidentie van lage kwaliteit gescoord. (10)

2.2.2.3 Slaaprestrictie

Ook slaaprestrictie is een gedragstherapeutische techniek. Bij deze techniek wordt gekeken naar de effectieve slaaptijd en de slaapefficiëntie (SE) van de patiënt. In de eerste fase van slaaprestrictie mag de patiënt enkel het aantal uren van effectieve slaaptijd in bed doorbrengen. Vaak houdt dit in dat het uur waarop de patiënt normaliter gaat slapen, wordt verlaat. Eens de SE dan voldoende hoog is, wordt het uur waarop men gaat slapen weer gradueel vervroegd met 15 tot 30 minuten. In het andere geval blijft het uur van slapengaan hetzelfde of wordt deze met 15 tot 30 minuten vervroegd. (1, 3)

Evidentie

In de review van Miller et al. werden de resultaten van vier RCT's (192 deelnemers in totaal) over de effectiviteit van slaaprestrictie als enige therapiemodaliteit op zich gebundeld. Slaaprestrictie zou de slaapparameters SOL, TST, totale tijd van wakker liggen na inslapen (WASO) en SE verbeteren. De studies waren onvoldoende om het effect op objectieve slaapvariabelen te evalueren. Ook het effect van slaaprestrictie op het functioneren overdag is onvoldoende onderzocht. (11) Een kleine niet-gecontroleerde studie met 16 patiënten uitgevoerd door Kyle et al. toonde echter aan dat slaaprestrictie gepaard gaat met een aantal negatieve effecten tijdens de implementatie ervan. Zo vond men een significant verminderde TST, een significant verhoogde slaperigheid overdag en verminderde prestaties/waakzaamheid tijdens de behandeling. Maar drie maanden na het beëindigen van de studie constateerde men geen verschillen meer in deze laatste twee parameters in vergelijking met vóór de studie. Bovendien zag men een significante verbetering van de SE, van de TST (met ongeveer 56 minuten), en een significante daling in de slapeloosheidsernst (ISI), de SOL en de WASO. (12)

2.2.2.4 Cognitieve gedragstherapie

Met cognitieve gedragstherapie (CGT) tracht men foutieve denkbeelden en gewoontes, die bijdragen tot de klachten, te identificeren en te wijzigen. Daarnaast zal men bij CGT ook bekijken hoe de patiënt op een andere manier met zijn/haar klacht kan omgaan. (3)

Evidentie

Okajima et al. onderzochten of de verbetering in de slapeloosheid die wordt gezien bij CGT-I (CGT specifiek voor insomnia) te verklaren valt door een vermindering van de dysfunctionele ideeën over slaap. De studie met 64 deelnemers toonde aan dat CGT wel de

dysfunctionele ideeën en houding ten opzicht van slaap sterk verminderde, echter zonder de slapeloosheid op zich significant te verbeteren. Zij concludeerden dat het verminderen van de foutieve opvattingen waarschijnlijk geen sleutelrol speelt in het afnemen van de slapeloosheidsernst. (13)

2.2.2.5 Spanningsverlagende technieken

Het doel van spanningsverlagende technieken is een mentaal en lichamelijk ontspannen toestand te bekomen. (3)

Evidentie

Het effect van mindfulness meditatie, een relaxatieoefening, op slapeloosheid werd beschreven in de meta-analyse uitgevoerd door Gong et al. Deze meta-analyse bestudeerde zes RCT's met een totaal van 330 deelnemers. De controlegroepen omvatten ofwel slaapmedicatie, ofwel CGT-I, ofwel geen actieve behandeling. De resultaten toonden dat meditatie de WASO en de slaapkwaliteit significant verbeterden. De andere slaapparameters, de SE, alsook de scores volgens ISI, PSQI en DBAS, werden niet significant beïnvloed. Men concludeerde dat mindfulness meditatie mogelijks een beperkte verbetering kan geven in de slaapparameters en dat het vooral als ondersteunende behandeling kan dienen bij slaapmedicatie of CGT-I. (14)

Het effect van lichaamsbeweging op de slaapkwaliteit en slapeloosheid werd door Rubio-Arias et al. bestudeerd. Hun systematische review en meta-analyse includeerde data van in totaal 660 deelnemers uit vier RCT's. Hieruit bleek dat lichaamsbeweging de slaapkwaliteit (volgens de PSQI score) significant verbeterde. Subgroepanalyses konden dit significant positief effect op de slaapkwaliteit enkel aantonen bij aerobe training, niet bij yoga. De ernst van de slapeloosheid (volgens ISI) werd niet significant beïnvloed. (15) De meta-analyse van Kredlow et al. bestaande uit 66 studies vond ook een beperkt gunstig effect van lichaamsbeweging op de slaap bij gezonde patiënten. Dit zowel bij éénmalig sporten als bij regelmatige lichaamsbeweging, het effect is echter groter bij regelmatig sporten. (16) De BMJ Publishing Group Ltd 2015 analyseerde twee studies over het effect van lichaamsbeweging ten opzichte van geen behandeling op de symptomen van primaire slapeloosheid bij patiënten van 60 jaar en ouder. Zij rapporteerden een positief effect van lichaamsbeweging, waarbij de evidentie van lage kwaliteit werd gescoord (GRADE score "low"). (17)

2.2.2.6 Cognitieve gedragstherapie voor insomnia (CGT-I)

Dit is een multimodale aanpak die de voorgaande interventies combineert: CGT, stimuluscontrole, slaaprestrictie, met of zonder psycho-educatie/slaaphygiëne en spanningsverlagende oefeningen. Men tracht de beschikbaarheid van CGT-I te vergroten door naast individuele sessies bij de therapeut, ook groepstherapie en zelfstudiemiddelen (schriftelijk, audiovisueel en/of elektronisch) aan te bieden.

De Europese richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van slapeloosheid uit 2017 beveelt CGT-I als eerstelijnsbehandeling aan voor chronische slapeloosheid bij volwassenen (sterke aanbeveling, evidentie van hoge kwaliteit). (1)

Evidentie

Het effect van CGT-I is veelvuldig bestudeerd. In de meta-analyse van Trauer et al. werden 20 studies met een totaal van 1162 deelnemers geïncludeerd over CGT-I, waarbij de CGT-I tenminste uit drie van de volgende therapieën moest bestaan: CGT, stimuluscontrole, slaaprestrictie, slaaphygiëne of relaxatieoefeningen. Zij vonden bij patiënten met chronische slapeloosheid een significante verbetering van de SOL (19 minuten korter), de WASO (26 minuten korter) en van de SE (9,91% beter). De TST verminderde met 7,61 minuten, een niet-significant resultaat. Studies met polysomnografie toonden een gelijkaardige effectgrootte, in tegenstelling tot actigrafie waarbij de effectgrootte duidelijk lager was. (18) De meta-analyse van de BMJ Publishing Group Ltd 2015 toonde ook dat CGT-I de symptomen van primaire slapeloosheid bij patiënten van 60 jaar en ouder verbeterde ten opzichte van geen behandeling, waarbij de evidentie van matige kwaliteit werd gescoord (GRADE score “moderate”). (17)

Zoals reeds vermeld kan CGT-I onder verschillende vormen aangeboden worden: individueel, in groep of via zelfhulpmiddelen. Sandlund et al. bestudeerden het effect van CGT-I gegeven in groepsverband onder leiding van getrainde verpleegkundigen in de eerste lijn. Deze RCT werd uitgevoerd bij 165 patiënten uit zeven eerstelijnscentra in Stockholm. Hierbij werd een significant positief effect teruggevonden op de MISI score, de slaapparameters en slaapkwaliteit. Deze effecten hielden één jaar na het beëindigen van de behandeling aan. (19) In de meta-analyse van Koffel et al. werd ook CGT-I in groepsverband geanalyseerd. De therapie werd gegeven in kleine groepen (meestal < tien patiënten) gedurende vier tot acht sessies, dewelke tussen de één en twee uur duurden.

Analyse van acht studies (659 deelnemers in totaal) toonde een matig tot aanzienlijk significant positief effect op de SOL, WASO en de SE, welke behouden werd na drie en twaalf maanden follow-up. Subgroepanalyses toonden aan dat het effect groter was bij patiënten die geen slaapmedicatie namen en bij patiënten met een kortere duur van de slapeloosheid. (20, 21)

In veel studies worden strenge selectiecriteria voor de studiedeelnemers gehanteerd, waardoor men niet altijd een weerspiegeling heeft van de typische eerstelijnspatiëntenpopulatie. De meta-analyse van Geiger-Brown et al. bestudeerde het effect van CGT-I bij patiënten met fysische en/of psychiatrische comorbiditeit. Analyse van de 23 studies met een totaal van 1379 deelnemers bevestigde een aanzienlijk significant positief effect van CGT-I op subjectief gemeten slaapkwaliteit en index-score systemen (ISI en PSQI). De SOL en WASO verminderden met ongeveer 21 minuten, de TST nam toe met 17 minuten en de SE verbeterde met negen procent. Objectieve slaapmetingen via actigrafie toonden wel een kleiner effect; de SOL en WASO verminderden met vier à vijf minuten, de SE verbeterde met twee procent, en er was geen verschil in TST. (22)

CGT-I via zelfhulpmiddelen en/of elektronisch

Het toedienen van CGT-I via zelfhulpmiddelen werd bestudeerd in de meta-analyse van Ho et al. Deze analyse omvatte 20 RCT's (2411 deelnemers in totaal), waarbij de CGT-I gegeven werd onder vorm van brochures (acht studies), brochures en audiotape (drie studies), brochure en videotape (één studie), internet (zeven studies) en videotape (één studie). De meta-analyse concludeerde dat CGT-I via zelfhulpmiddelen zorgt voor een verbetering van de SOL, WASO en de SE. Daarenboven bleek het gemiddeld aantal drop-outs bij CGT-I via zelfhulpmiddelen niet significant verschillend te zijn van CGT-I toegediend via een therapeut (14,5% en 16,7% respectievelijk). Maar subgroepanalyses toonden wel een positief ondersteunend effect van telefonische opvolging. (23)

Zachariae et al. onderzochten de effectiviteit van CGT-I gegeven via het internet. De resultaten van hun meta-analyse van 11 RCT's met een totaal van 1460 deelnemers toonden een verbetering van de ISI, de SE, de subjectieve slaapkwaliteit en de slaapparameters. Dezelfde bevindingen werden gevonden na 4 en 48 weken follow-up. Maar opnieuw werd bij extra analyses gevonden dat de grootte van het effect hoger ligt naarmate er meer persoonlijke ondersteuning is. Hetzelfde werd gezien voor een langere therapieduur. Belangrijk om te noteren is wel dat één van de auteurs mede-eigenaar is van een bedrijf

dewelke softwareproducten ontwikkeld voor gelijkaardige onderzoeksdoeleinden, maar dit zou geen belangenconflict hebben gehad volgens de auteurs. (24) Een andere meta-analyse van 15 RCT's over het effect van CGT-I via internet is deze van Ye Y-yuan et al. Zij rapporteerden volgende resultaten: een significante vermindering van de SOL met 18,41 minuten en de WASO met 22,31 minuten, een significante toename van de TST met 22,30 minuten en de SE met 9,58%. Verder verminderde het NWAK met 0,52 en steeg de ISI met 5,88 punten. (25) De meta-analyse van Seyffert et al. bestaande uit 15 RCT's met een totaal van 2392 deelnemers toonde gelijkaardige resultaten. Zij vonden dat CGT-I toegediend via internet significant de SE verbeterde (met 7,2%) en de slaaploosheidsernst significant verminderde. De TST nam significant toe met 20 minuten. Bijkomende analyses vonden geen statistisch significante verschillen in SE, TST en ISI tussen CGT-I toegediend via internet of toegediend via een therapeut in levende lijve. (26)

De doeltreffendheid van CGT-I aangeboden via een volledig geautomatiseerde mobiele telefoonapp werd onderzocht door Horsch et al. Hun RCT bestond uit 151 patiënten met milde slapeloosheid uit Nederland. De telefoonapp omvatte volgende interventies: een slaapwaakdagboek, relaxatie- en slaaprestrictie oefeningen en slaaphygiëne-adviezen gedurende zes tot zeven weken. Er werd een matig significant positief effect op de slapeloosheidsernst en SE gezien, in het voordeel van de mobiele app. Therapietrouwheid varieerde echter van 10% tot 68% voor de verschillende interventies van de app. Een beperking bij deze studie was dat de deelnemers zichzelf hadden geselecteerd. (27)

CGT-I versus farmacotherapie

Een vergelijking in de effectiviteit tussen CGT-I en slaapmiddelen werd beschreven in de systematische review van Mitchell et al. Uit de analyse van vijf RCT's concludeerden zij dat op lange termijn CGT-I superieur is aan medicatie (benzodiazepines en niet-benzodiazepines) wat betreft effectiviteit (evidentie van lage tot matige kwaliteit). Algemeen leidde CGT-I tot een verbetering van de SOL met 30 - 45 minuten, de TST met 30 - 60 minuten, en de SE met 8 - 16%. Op korte termijn is er een verschil tussen het type slaapmiddel. Eén studie vond dat benzodiazepines meer effectief zijn dan CGT-I (evidentie van zeer lage kwaliteit), terwijl een andere studie geen verschil kon aantonen. Voor de niet-benzodiazepines zoals Zolpidem of Zoplicone geldt ook dat CGT-I superieur is op korte termijn (evidentie van matige kwaliteit). (28)

2.2.3 Patiënten-perspectief over niet-medicamenteuze interventies

Wat betreft de aanvaardbaarheid van CGT-I vond men dat belangrijke beperkingen in het functioneren overdag, slechte slaapgewoontes of ongerustheid over de slapeloosheid een interesse voor CGT-I voorspellen. (29) De aanvaardbaarheid van gedragstherapie bij slapeloosheid werd ook onderzocht door Bluestein et al. Uit hun cross-sectionele studie met 236 deelnemers vonden zij geen significante associaties tussen de aanvaarbaarheid voor gedragstherapie en de demografische kenmerken van de studiedeelnemers. Men vond wel een associatie tussen de aanvaarbaarheid voor gedragstherapie en deze voor medicatie; patiënten die medicatie aanvaardden, stonden ook open voor gedragstherapie. Men mag er dus niet van uitgaan dat als een patiënt om medicatie vraagt, dat hij/zij niet openstaat voor andere opties. Verder werd gezien dat interesse voor gedragstherapie gerelateerd is aan "self-efficacy"; hoe meer de patiënt vertrouwen heeft in zijn/haar eigen bekwaamheid, hoe groter de interesse. Tenslotte werd een associatie gezien tussen de aanvaardbaarheid voor gedragstherapie en de aanwezigheid van dysfunctionele gedachten en houding tov slaap, waarbij deze laatste geassocieerd waren met een lagere aanvaardbaarheid. (30)

Vincent et al. onderzochten bij 43 volwassen patiënten met chronische slapeloosheid hun voorkeursbehandeling en tevredenheid. Zij vonden dat vóór de start van een behandeling de studiedeelnemers CGT-I significant verkozen boven een medicamenteuze aanpak. In vergelijking met medicatie werd CGT-I als meer aanvaardbaar beoordeeld, meer effectief op lange termijn, meer waarschijnlijk om het functioneren overdag te verbeteren, en minder waarschijnlijk om negatieve bijwerken te geven. Verder vonden de auteurs ook dat een betere waardering van CGT leidde tot een betere therapietrouwheid, maar niet tot een betere uitkomst. Binnen de mogelijkheden van CGT-I werd slaaprestrictie als het minst en slaaphygiëne als het meest aangenaam bevonden. (31) De kwantitatieve studie van Kyle et al. waarbij interviews werden afgenomen bij 51 patiënten leerde dat patiënten CGT-I als een gezondere, lange-termijnsoplossing zien voor slapeloosheid die de oorzaak van het probleem aanpakt. Terwijl medicatie eerder aanzien werd als een snelle oplossing die gemakkelijk te gebruiken is. Een algemene veronderstelling bij de deelnemers was dat medicatie onmiddellijk werkt, terwijl niet-medicamenteuze opties meer tijd vragen. (32)

Wel kan het perspectief van de patiënt veranderen over het verloop van de behandeling heen. Dit werd gezien in een andere studie van Kyle et al. In het begin van het toepassen van slaaprestrictie beschreven patiënten deze behandeling als "mishandeling" met

bijwerkingen zoals vermoeidheid, vermindering van energie, hoofdpijn en extreme slaperigheid. Maar na de behandeling werden meer positieve ervaringen beschreven. (29) In de studie van Garb et al. vond men zelfs dat eerdere behandelpogingen geen invloed uitoefenen op de huidige respons bij gedragstherapie. (33)

Uit een cross-sectionele studie bij 85 patiënten met slapeloosheid waren de belangrijkste barrières om hulp te zoeken: het idee dat slapeloosheid een triviale aandoening is die men zelf moet aanpakken (56,7%), het gebrek aan kennis van de beschikbare behandelingsmogelijkheden (37,6%), behandeling(en) worden als niet-effectief aanzien (31%) of onaantrekkelijk (26,8%) en de stigmatisering van slapeloosheid (16,6%). (29)

2.2.4 Conclusie en bespreking van het literatuuronderzoek

Het uitgevoerde literatuuronderzoek toont aan dat niet-medicamenteuze interventies in de behandeling van slapeloosheid bewezen doeltreffend zijn. Hoewel men de positieve effecten van deze interventies niet zomaar mag extrapoleren naar iedere patiënt uit de dagdagelijkse praktijk, is de meerwaarde duidelijk. De aangehaalde resultaten uit de literatuurstudie hebben enkel betrekking op volwassen patiënten. Deze masterscriptie gaat immers enkel over volwassen patiënten. Men mag de bevindingen derhalve niet zomaar extrapoleren naar minderjarigen. Een ander aandachtspunt is dat de grootte van het effect van CGT-I zoals aangegeven in bepaalde meta-analyses, soms overschat en gebiased kan zijn omwille van “publication bias”. De meta-analyses includeren immers enkel gepubliceerde studies. Men kan er van uit gaan dat studies die geen significant effect van CGT-I aantonen niet altijd gepubliceerd worden. Bovendien zijn er tot op heden weinig studies die de effectiviteit van CGT-I op lange termijn onderzoeken. (1, 34) De resultaten die beschreven worden over het patiënten-perspectief zijn afkomstig uit eerder kleine studies of voornamelijk cross-sectionele studies. Dit maakt generalisatie van de resultaten, alsook het leggen van causale verbanden, niet mogelijk. Cross-sectionele studies kunnen wel associaties vinden, maar geen oorzaak-gevolg relaties.

Verder moet men er zich ook van bewust zijn dat wat de patiënt beschouwt als een succesvolle behandeling niet altijd overeenkomt met de primaire uitkomstmaten van de uitgevoerde studies. In de meeste studies wordt effectiviteit beoordeeld op basis van objectieve parameters zoals bijvoorbeeld de SE, TST, SOL, enz.. Patiënten zullen effectiviteit misschien eerder beoordelen in functie van het functioneren overdag. Patiënten

kunnen een behandeling als effectief beschouwen als ze bijvoorbeeld meer productief zijn overdag, zonder dat hun TST of SE daarom objectief moet zijn toegenomen. (33)

3 Onderzoeksmethodiek

3.1 Onderzoeksopzet

Het doel van deze masterscriptie is om meer inzicht te verkrijgen in de toepasbaarheid en haalbaarheid van een niet-medicamenteuze aanpak bij chronische slapeloosheid. Hiervoor werd via prospectief observationeel onderzoek bij patiënten nagegaan wat hun kennis en attitude is ten aanzien van deze behandelingen. Het onderzoek gebeurde door middel van een anonieme vragenlijst, bestaande uit voornamelijk gesloten vragen. De vragenlijst is terug te vinden als bijlage 3.

De vragenlijst bestaat uit vier luiken. In het eerste deel van de vragenlijst wordt geëxploreerd naar de aanwezigheid van chronische slapeloosheid aan de hand van gesloten vragen. Er wordt bevraagd of er slaapklachten zijn en of er een invloed is op het functioneren overdag. Ook de frequentie en duurtijd van de klachten worden bevraagd. Verder wordt er gepeild naar comorbiditeit en andere mogelijke oorzaken van de slaapproblemen. Via dit eerste deel kan worden nagegaan of de patiënt effectief beantwoordt aan de criteria voor chronische slapeloosheid volgens de ICD-10 (zie hoger). In het tweede deel van de vragenlijst worden volgende niet-medicamenteuze interventies schriftelijk voorgesteld: slaapdagboek, stimuluscontrole, slaaprestrictie, cognitieve gedragstherapie en ontspanningstechnieken. Per interventie wordt bevraagd of men al van deze techniek gehoord heeft en of men deze al geprobeerd heeft (met of zonder succes). Dit gebeurt aan de hand van gesloten vragen. Hierna volgt een open vraag waarbij deelnemers eventuele andere interventies, die men al geprobeerd heeft om beter te kunnen slapen, kunnen noteren.

In het derde deel van de enquête wordt de bereidwilligheid voor het volgen van deze niet-medicamenteuze interventies nagevraagd. Er wordt ook nagegaan welke mogelijke bevorderende of belemmerende factoren er zijn om een slaapcursus te volgen. In het derde deel wordt enkel gewerkt met gesloten vragen. In het vierde en laatste deel van de vragenlijst worden enkele demografische gegevens nagegaan (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau), alsook eventueel gebruik van slaapmiddelen. Het gaat opnieuw om gesloten vragen, behalve de vraag over leeftijd. Op het einde van de vragenlijst heeft de patiënt de mogelijkheid om nog eventuele opmerkingen neer te schrijven.

Bij de vragenlijst werd een informatiebrief voor de patiënt toegevoegd met meer uitleg over het onderzoek en de deelname hieraan. Deze informatiebrief is terug te vinden als bijlage 2.

3.2 Gegevensverzameling

De doelpopulatie van deze studie waren meerderjarige wilsbekwame patiënten met chronische slapeloosheid. De beoogde studiedeelname was 100 (m.a.w. 100 ingevulde vragenlijsten). De studiedeelnemers werden gerekruteerd in vier huisartspraktijken deel uitmakend van het wachtgebied 'De Pinte-Zevergem-Eke-Nazareth'. Oorspronkelijk gebeurde de rekrutering enkel in de eigen opleidingspraktijk en twee andere praktijken, maar omdat de studiedeelname veel lager lag dan verwacht, werd op het eind van de studie een vierde praktijk aangesproken.

In de eerste drie prakijken startte de studiedeelname op 11/06/2018 en eindigde op 31/10/2018. In de vierde en laatste huisartspraktijk werden de vragenlijsten ter beschikking gesteld vanaf 06/09/2018 t.e.m. 31/10/2018.

De rekrutering gebeurde aan de hand van een uitnodigingsbrief dewelke werd opgehangen in de wachtzaal van de deelnemende praktijken. Rekrutering gebeurde bijgevolg enkel bij patiënten die op consultatie kwamen. In de uitnodigingsbrief werden enkel meerderjarige patiënten met slaapklachten uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De uitnodigingsbrief is terug te vinden als bijlage 4. In de nabijheid van deze uitnodigingsbrief werden papieren exemplaren van de vragenlijst ter beschikking gesteld, alsook een doos waarin patiënten de ingevulde vragenlijst konden deponeren. De patiënten hadden ook de mogelijkheid om de ingevulde vragenlijst in de brievenbus van de praktijk achter te laten. In de eigen opleidingspraktijk werden vanaf begin september 2018 ook patiënten met chronische slapeloosheid persoonlijk aangesproken over het bestaan van de studie, zonder dat zij op enige manier verplicht werden om deel te nemen aan de studie. Deelname aan de studie gebeurde volledig op vrijwillige basis en anoniem. In totaal werden 200 vragenlijsten op papier ter beschikking gesteld.

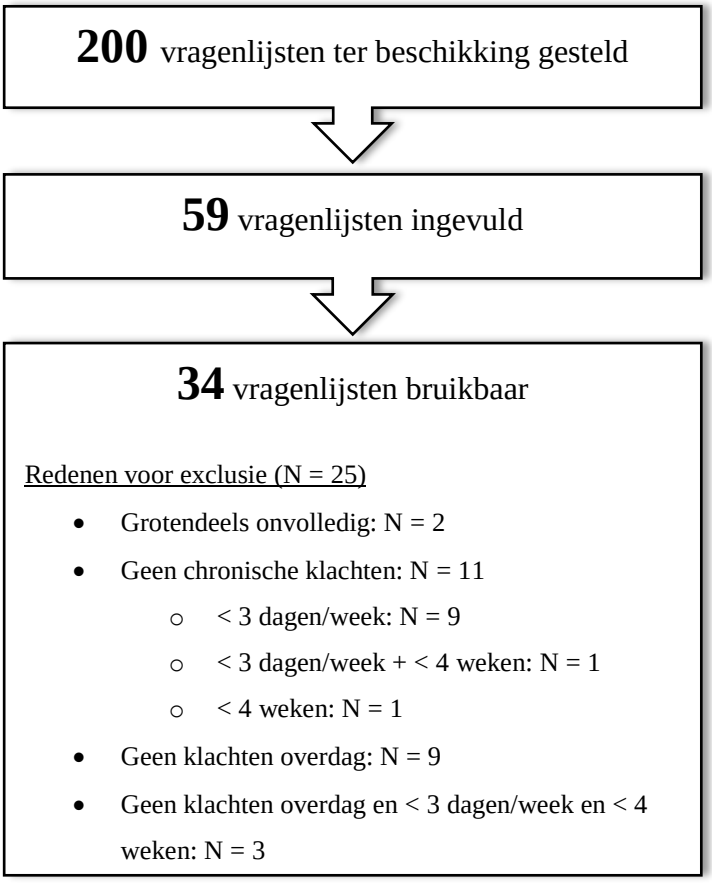
De statistische verwerking van de antwoorden van de vragenlijsten gebeurde in de software Excel van Microsoft Office. Het onderzoeken van onderlinge verbanden tussen twee categorische variabelen gebeurde aan de hand van de Chi-kwadraat test of de Fisher's Exact test. Deze testen werden uitgevoerd via online calculators op de websites van VassarStats

en Social Science Statistics. (35-37) De Fisher's Exact test werd enkel uitgevoerd wanneer de verwachte waarde van een cel minder dan vijf was. In alle andere gevallen werd de Chi-kwadraat test uitgevoerd. In geval van de Fisher's Exact test wordt steeds het tweezijdig resultaat weergegeven.

4 Resultaten

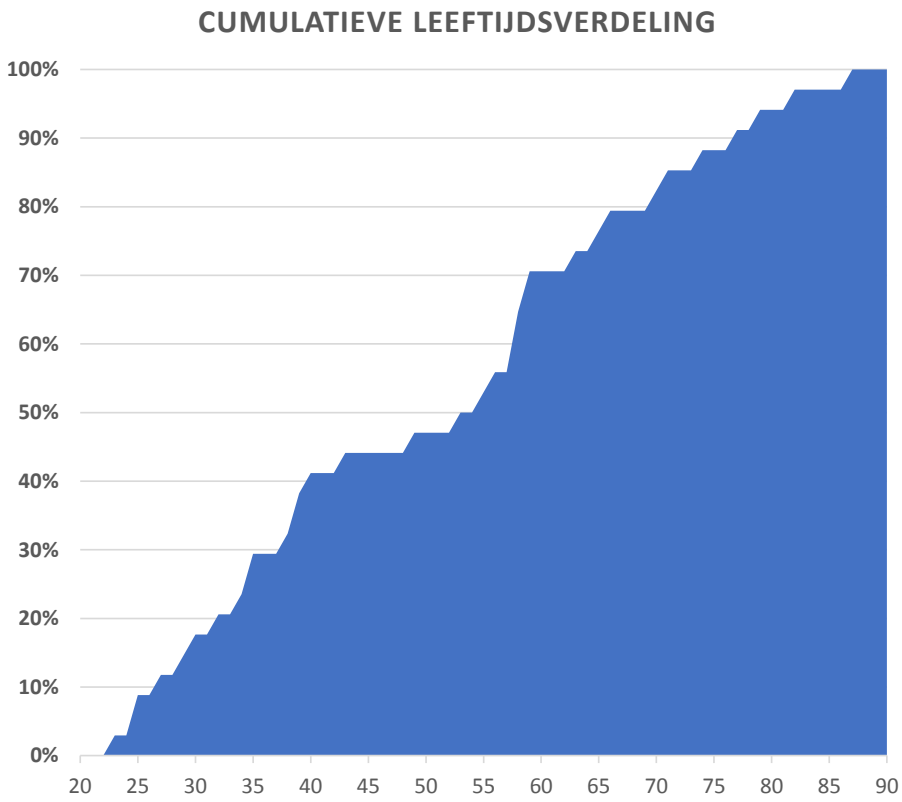
4.1 Studiedeelname

Van de 200 vragenlijsten werden er 59 ingevuld. Dit komt overeen met een response rate van 29,5%. Hiervan konden slechts 34 vragenlijsten geselecteerd worden voor verdere statische verwerking. Andere vragenlijsten werden niet geselecteerd omdat deze niet voldeden aan de criteria voor chronische slapeloosheid volgens de ICD-10 of omdat ze grotendeels onvolledig waren ingevuld.



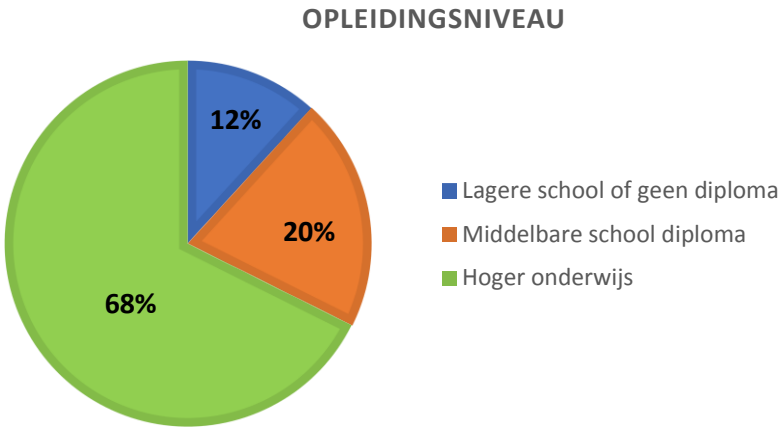
4.2 Algemene kenmerken studiedeelnemers

De gemiddelde leeftijd van de studiedeelnemers is 50 jaar. De mediaan is 53 jaar.



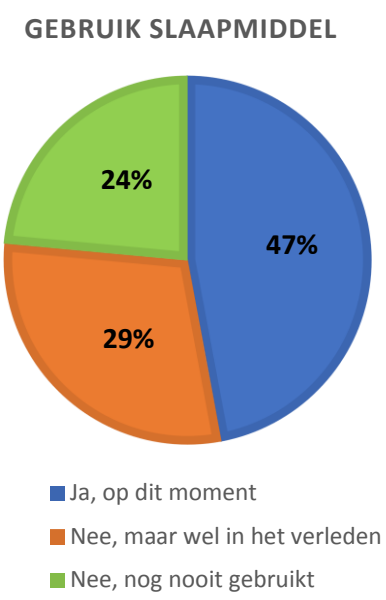
Figuur 3 Cumulatieve leeftijdsverdeling studiedeelnemers

De meerderheid van de deelnemers waren vrouwen (65% vrouwen en 35% mannen). Iets meer dan twee derden van de deelnemers hebben een diploma hoger onderwijs (bachelor of master).

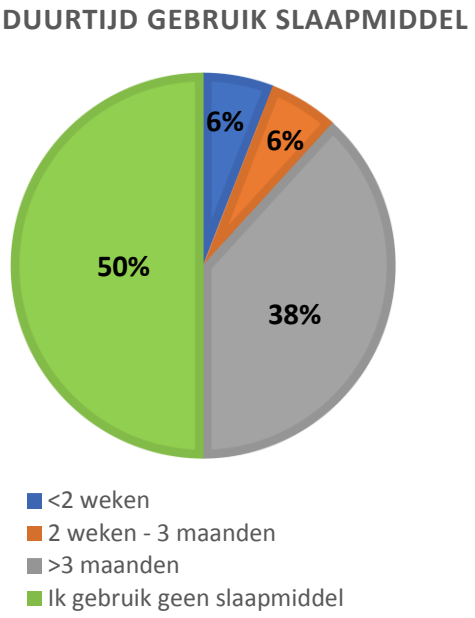


Figuur 4 Opleidingsniveau studiedeelnemers

Bijna de helft van de studiedeelnemers gebruikt op heden een middel om te slapen. Hierbij gaat het zowel over medicatie op voorschrift als vrij verkrijgbare producten. In 38% gaat het om chronisch gebruik; gebruik gedurende drie maanden of langer.



Figuur 5 Gebruik van slaapmiddel



Figuur 6 Duurtijd van gebruik slaapmiddel

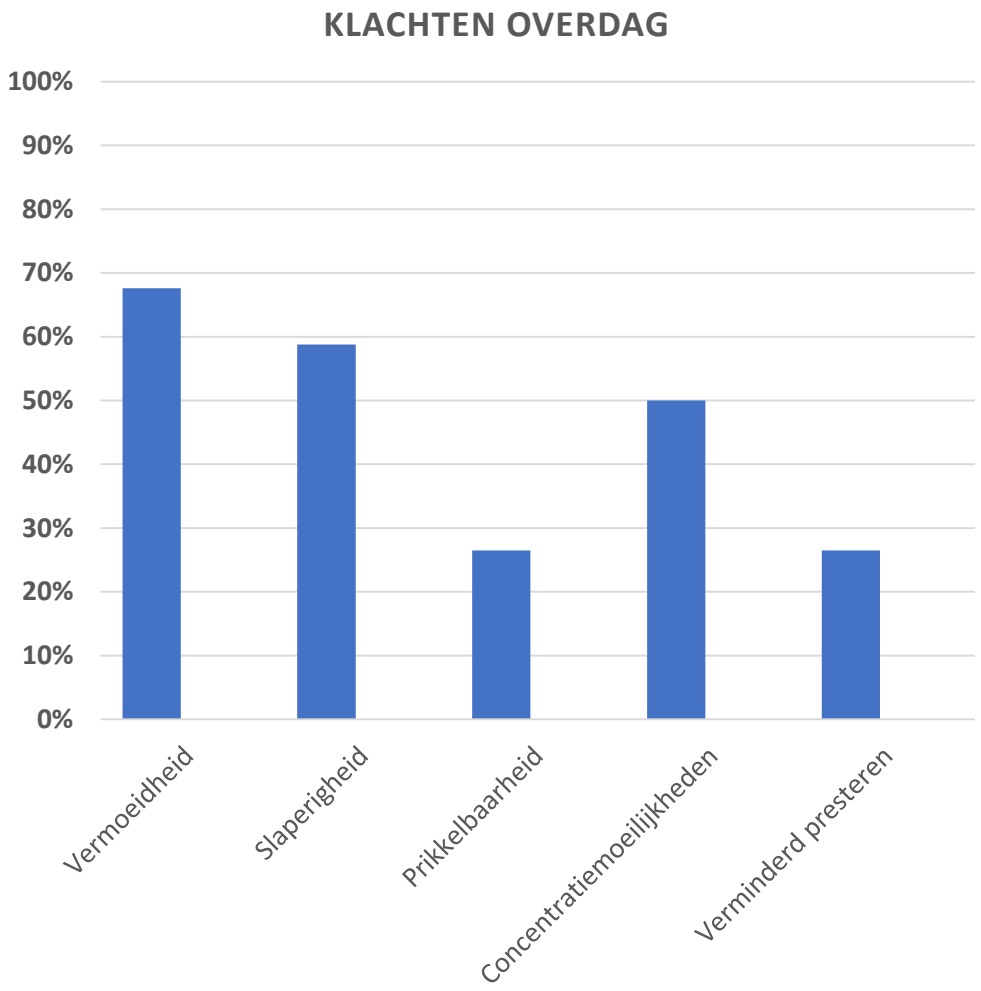
Bij de vraag naar het gebruik van verslavende middelen om te kunnen slapen werden alcohol, nicotine (sigaretten) en illegale drugs respectievelijk driemaal, éénmaal en éénmaal aangeduid. De overige 31 deelnemers antwoordden geen van deze middelen te gebruiken.

4.3 Exploratie van de slaapstoornis bij de studiedeelnemers

Alle deelnemers hadden meer dan drie dagen per week en meer dan vier weken lang slaapklachten. Dit was een inclusiecriterium bij het selecteren van de bruikbare vragenlijsten.

Bij 59% van de respondenten bedraagt de inslaaptijd meer dan 30 minuten, bij de overige 41% bedraagt deze minder dan 30 minuten. Ongeveer driekwart (76%) van de deelnemers geeft aan meer dan 30 minuten niet te slapen tijdens de nacht door frequent ontwaken. Als we kijken naar de gemiddelde totale slaaptijd per nacht bedraagt deze bij 41% van de deelnemers minder dan 6,5 uren en bij 59% tussen de 6,5 en 8 uren. Niemand slaapt gemiddeld meer dan 8 uren per nacht.

Om na te gaan of de slaapproblemen ook een impact uitoefenen op het functioneren overdag, werd gevraagd of men overdag last heeft van één of meerdere van de volgende klachten: vermoeidheid, slaperigheid, prikkelbaarheid/sneller kwaad worden, concentratiemoeilijkheden en minder goed presteren op werk/school/vrije tijd. Vermoeidheid komt het meeste voor (68%), gevolgd door slaperigheid (59%) en concentratiemoeilijkheden (50%). Prikkelbaarheid en verminderd presteren komen in 27% van de gevallen voor.



Figuur 7 Mogelijke klachten overdag als gevolg van het slecht slapen

De gelijktijdige aanwezigheid van bepaalde aandoeningen en oorzakelijke factoren werd bevraagd. Bij 44% van de deelnemers was dit het geval. Een “depressie, angststoornis of andere (al dan niet) ernstige psychiatrische problematiek” werd negen keer aangekruist. Het slaapapneusyndroom werd éénmaal aangeduid. “Rusteloze benen syndroom of

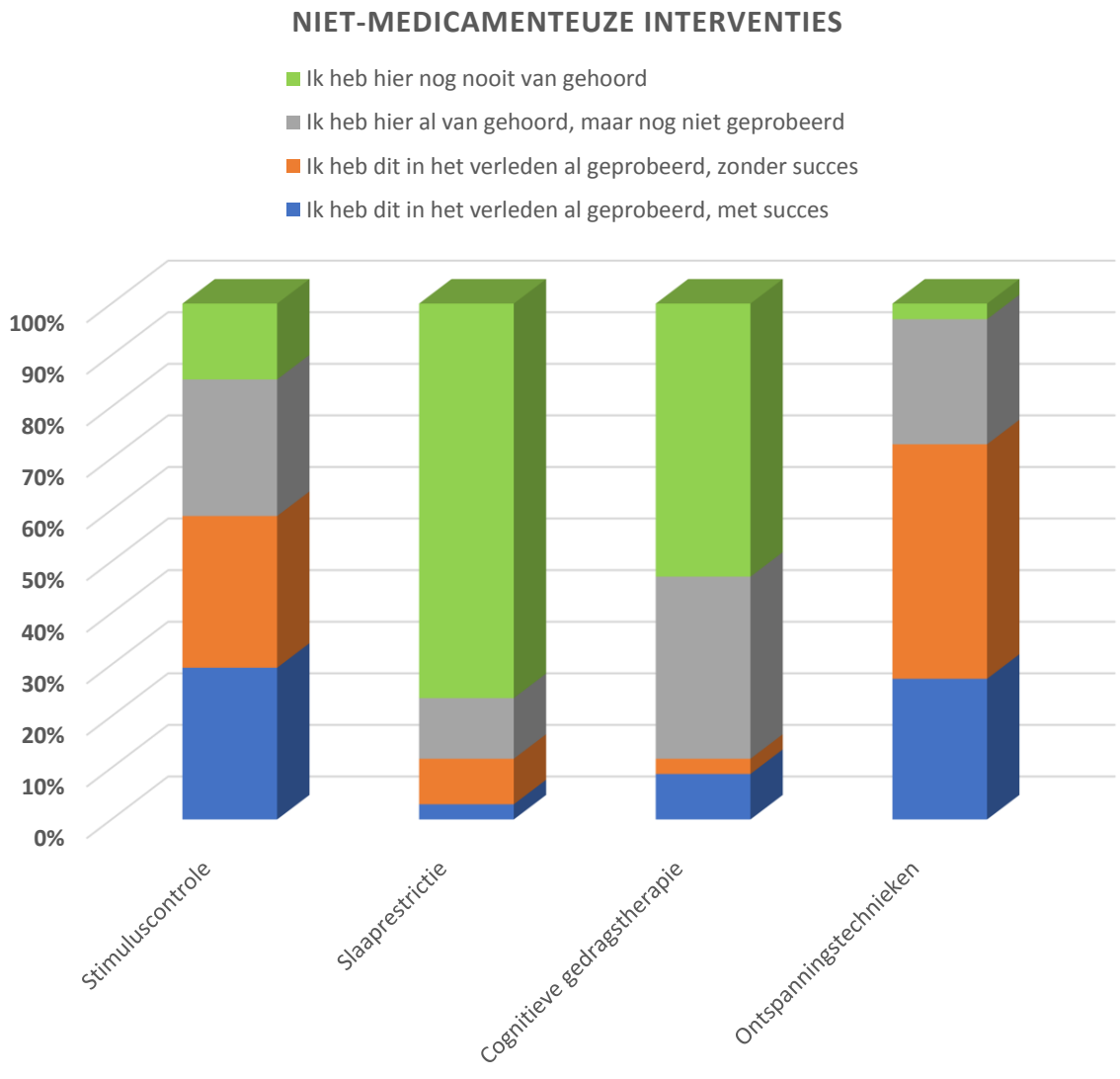
periodieke beenwegingen ’s nachts” werd zesmaal aangekruist. Niemand van de studiedeelnemers gaf de aanwezigheid van (gekende) hyperthyroïdie of narcolepsie aan. “Ploegendienst, jetlag of lawaaierige slaapomgeving” werd tweemaal aangeduid.

4.4 Niet-medicamenteuze interventies voor slapeloosheid

4.4.1 Kennis en ervaring met niet-medicamenteuze interventies

Volgende niet-medicamenteuze interventies werden kort schriftelijk voorgesteld: slaapdagboek, stimuluscontrole, slaaprestrictie, cognitieve gedragstherapie en ontspanningstechnieken. Per interventie werd gevraagd of men al van deze interventie gehoord heeft en/of men deze al geprobeerd heeft (met of zonder succes).

De resultaten per interventie zijn te raadplegen in bijlage 5.



Figuur 8 Niet-medicamenteuze interventies; kennis en ervaring per techniek

De meest gekende interventie is ontspanningstechnieken; slechts drie procent van de deelnemers heeft hier nog nooit van gehoord. Daarentegen heeft meer dan de helft van de deelnemers nog nooit gehoord van slaaprestrictie of CGT (respectievelijk 76% en 59%). Ontspanningstechnieken en stimuluscontrole zijn al het meest geprobeerd (respectievelijk 71% en 59%). Bij stimuluscontrole is de toepassing even vaak succesvol als niet succesvol. Dit in tegenstelling tot ontspanningstechnieken, waarbij slechts 38% van de pogingen een succes was.

Andere zaken die de studiedeelnemers al geprobeerd hebben om beter te slapen zijn: het lezen van boeken (2x), accupunctuur (1x), het drinken van thee (1x) en het niet meenemen van de gsm naar de slaapkamer (1x).

4.4.2 Bereidwilligheid om niet-medicamenteuze interventies te proberen

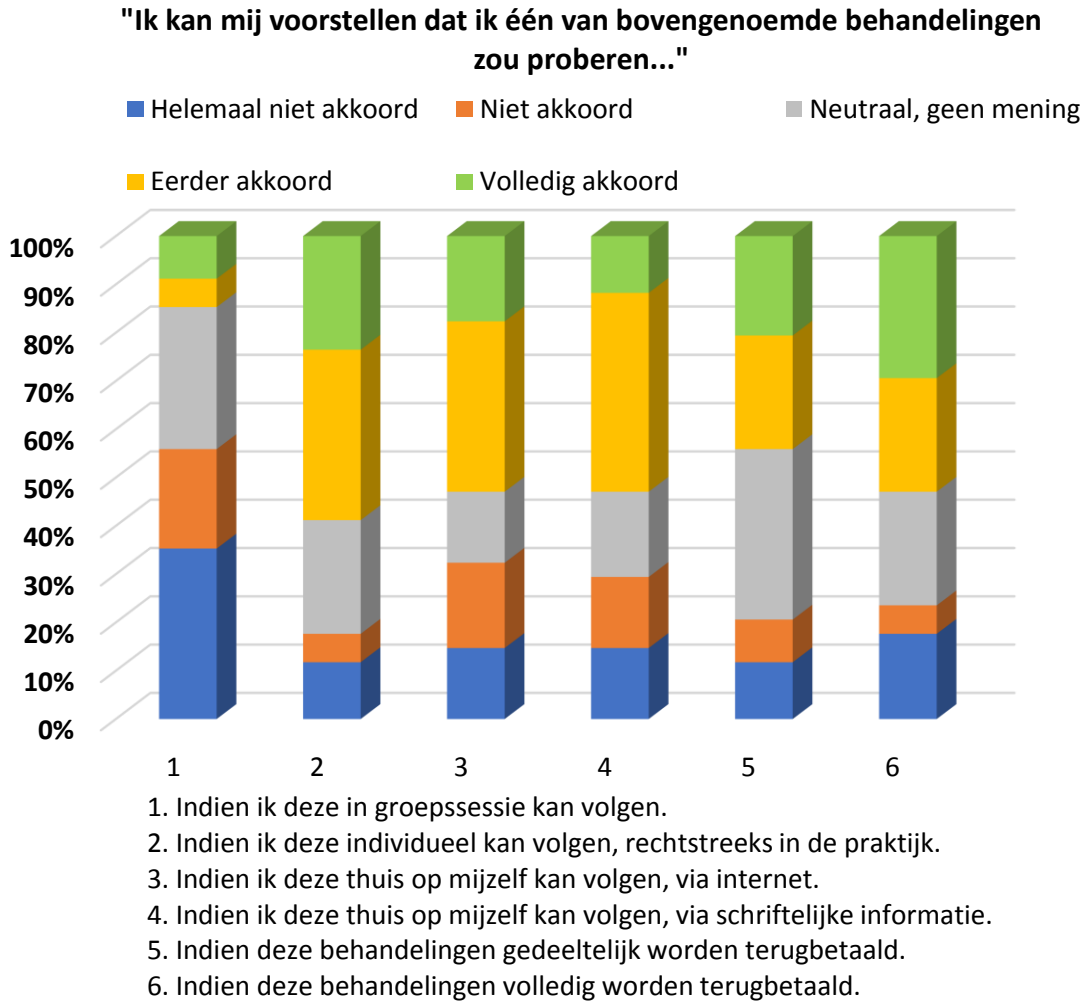
In de vragenlijst werd uitgelegd dat niet-medicamenteuze technieken meestal aangeboden worden onder de vorm van een slaapcursus, die bestaat uit verschillende sessies, waarbij vaak wordt gewerkt met huiswerkopdrachten. Vervolgens werd gevraagd aan de deelnemers of men bereid zou zijn om zo'n slaapcursus te volgen, en in welke gevallen men meer of minder bereid zou zijn, en wat eventuele argumenten zijn om dit niet te proberen.

De meerderheid van de studiedeelnemers is niet bereid om een slaapcursus te volgen, al gaat het om een zeer beperkt verschil (53% is niet bereid ten opzichte van 47% is wel bereid).

Wat betreft de verschillende mogelijkheden waarop een slaapcursus kan worden georganiseerd, zien we dat de deelnemers een voorkeur hebben voor individuele sessies ten aanzien van groepstherapie. Meer dan de helft (56%) is niet akkoord om een slaapcursus te proberen indien deze in groepssessie wordt gegeven. Dit in tegenstelling tot de mogelijkheid om een slaapcursus op individuele basis te volgen; hiermee is 59% eerder of helemaal akkoord.

Er zijn geen duidelijke verschillen in het willen uitproberen van niet-medicamenteuze interventies op zelfstandige basis via internet of via schriftelijke informatie (boek of folder). Bovendien zien we dat de deelnemers die de technieken zouden willen proberen (eerder of volledig akkoord) weinig onderscheid maken tussen het zelfstandig uitvoeren of onder begeleiding van een therapeut, zolang het maar niet in groepssessie is.

Tenslotte vormt de mate van terugbetaling weinig verschil in het al dan niet willen proberen van de interventies. Het aantal deelnemers die eerder of volledig akkoord is om de interventies te proberen (indien er een vorm van terugbetaling is), bedraagt 46% voor gedeeltelijke en 53% voor volledige terugbetaling.

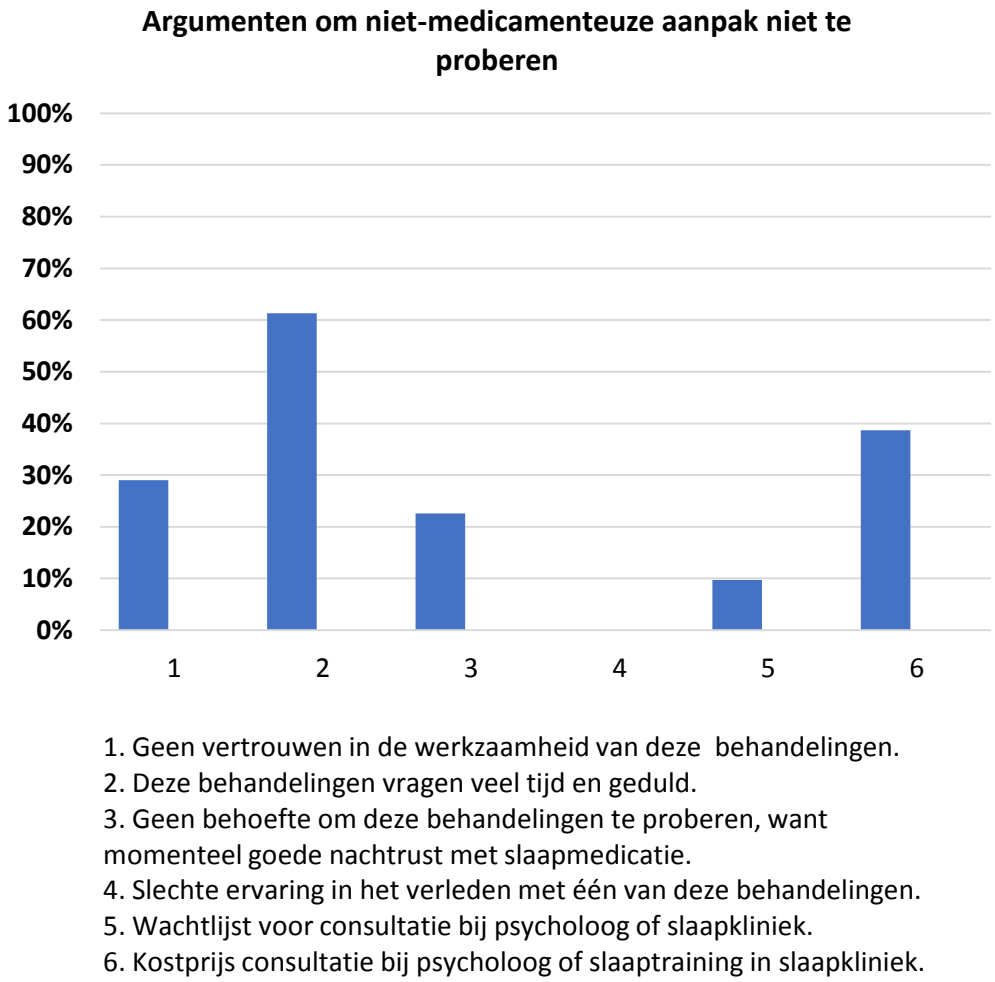


Figuur 9 Bereidwilligheid niet-medicamenteuze interventies in verschillende omstandigheden

De resultaten van de bereidwilligheid per stelling zijn weergegeven in bijlage 6.

Er werd ook gepeild naar wat eventuele argumenten zijn om de voorgestelde interventies niet te willen proberen. Men had de mogelijkheid om meerdere redenen aan te kruisen. De antwoordmogelijkheid “deze behandelingen vragen veel tijd en geduld” werd het vaakst aangeduid (61%), gevolgd door “kostprijs van een consultatie bij de psycholoog of slaaptraining” (39%). Niemand gaf een slechte ervaring in het verleden op als argument. De overige antwoordmogelijkheden waren “geen vertrouwen in de werkzaamheid van deze

behandelingen" (29%), "geen behoefte om deze behandelingen te proberen, want momenteel goede nachtrust met slaapmedicatie" (23%) en "wachtlijst voor consultatie bij psycholoog of slaapkliniek" (10%).



Figuur 10 Argumenten om een niet-medicamenteuze aanpak niet te willen proberen

4.4.3 Onderlinge verbanden tussen de variabelen

Aan de hand van de Chi-kwadraat test of de Fisher's Exact test werd nagegaan of er een significant verband bestaat tussen de bereidwilligheid om een slaapcursus te volgen enerzijds en volgende variabelen anderzijds:

- tijd tot inslapen
- het al dan niet wakker worden 's nachts
- de totale slaapduur

- het kennen van slaapdagboek[2]
- het kennen van stimuluscontrole[2]
- het kennen van slaaprestrictie[2]
- het kennen van CGT[2]
- het kennen van ontspanningstechnieken[2]
- geslacht
- leeftijd
- opleidingsniveau
- het al dan niet gebruiken van slaapmiddelen

De volledige 2x2 tabellen en de waarden van de uitgevoerde Chi-kwadraat test of Fisher's Exact test voor al deze variabelen zijn terug te vinden onder bijlage 7.

Er werd een significant verband ($p < 0,05$) gevonden tussen de bereidwilligheid en het kennen van CGT, waarbij men ziet dat studiedeelnemers die al van CGT gehoord/geprobeerd hebben meer bereidwillig zijn om een slaapcursus te volgen. Bij de andere variabelen kon geen significant verband aangetoond worden.

Daarenboven werd nagegaan of er een significant verband bestaat tussen het aantal niet-medicamenteuze interventies die gekend[3] zijn enerzijds en volgende variabelen anderzijds:

- geslacht
- leeftijd
- opleidingsniveau

De volledige 2x2 tabellen en de waarden van de uitgevoerde Chi-kwadraat test of Fisher's Exact test voor al deze variabelen zijn tevens terug te vinden onder bijlage 7.

Enkel voor de variabele "leeftijd" kon er een significant verband ($p < 0,05$) aangetoond worden; jongere studiedeelnemers hebben al van een groter aantal niet-medicamenteuze interventies gehoord en/of geprobeerd dan deelnemers boven de 53 jaar.

[2]: Een methode wordt geklasseerd als "gekend" indien men al van deze methode heeft gehoord, onafhankelijk van het feit of men deze methode ook al heeft geprobeerd (met of zonder succes).

5 Discussie

De onderzoeksvraag die de basis vormde voor deze masterscriptie was “Hoe staan patiënten tegenover een niet-medicamenteuze aanpak bij chronische slapeloosheid?”. De kennis en attitude van patiënten ten aanzien van niet-medicamenteuze interventies werd bevraagd in een vragenlijst. De antwoorden op deze vragenlijst en het uitgevoerde literatuuronderzoek leveren een aantal discussiepunten op, dewelke hieronder worden beschreven. Hierbij is het belangrijk om voor ogen te houden dat deze aangehaalde punten enkel van toepassing zijn op de onderzoekspopulatie van deze masterscriptie.

Als we kijken naar de studiedeelname kunnen we twee bemerkingen maken. Enerzijds is er een eerder lage response rate (29,5%), en anderzijds kon een belangrijk deel van de ingevulde vragenlijsten (42,4%) niet opgenomen worden voor verdere statistische verwerking. In 92% van deze gevallen werd de vragenlijst uitgesloten omdat niet voldaan werd aan de criteria van chronische slapeloosheid volgens de ICD-10. De slaapklachten zijn niet chronisch en/of er is geen invloed op het functioneren overdag. Hoewel er volgens de ICD-10 criteria bij deze studiedeelnemers geen sprake is van chronische slapeloosheid, kunnen zij dit voor zichzelf wel ervaren als een probleem. Wat patiënten beschouwen als een slaapstoornis komt misschien niet altijd overeen met de diagnostische criteria die een arts hanteert. Hiermee dient men als arts rekening te houden.

De response rate zou misschien hoger kunnen liggen indien rekrutering ook gebeurde op huisbezoek. Of indien in alle deelnemende praktijken vanaf de start van de studie patiënten waarbij de diagnose van slapeloosheid werd gesteld, of patiënten die om een vernieuwingsvoorschrift voor hun slaapmedicatie kwamen, persoonlijk werden aangesproken over het bestaan van de studie. Het werken met elektronische uitnodigingen voor de studie zou ook mogelijks een hoger aantal studiedeelnemers opgeleverd hebben. De uitnodigings- en informatiebrief, alsook de URL link voor de online versie van de vragenlijst, zou per email kunnen verstuurd worden naar alle patiënten waarvan het emailadres bekend is.

De meerderheid van de studiedeelnemers in deze masterproef zijn vrouwen, in overeenkomst met de resultaten van de Gezondheidsenquête van 2013 die vermeldt dat slaapproblemen vaker voorkomen bij vrouwen. (2) De deelnemers van deze studie waren vooral hoger opgeleid, terwijl de Gezondheidsenquête van 2013 vermeldt dat

slaapproblemen vaker voorkomen bij lager geschoolden. (2) Dit verschil zou voor een deel geografisch kunnen verklaard worden. Het gemiddeld inkomen per inwoner ligt in De Pinte en Nazareth, de deelnemende gemeenten, een stuk hoger dan het gemiddelde van het Vlaams Gewest (in 2015 respectievelijk €25 373 en €20 885 t.o.v. €18 970). Ook de werkloosheidsgraad ligt in De Pinte en Nazareth lager dan het gemiddelde van het Vlaams Gewest (in 2016 respectievelijk 4,3% en 4,5% t.o.v. 7,4%). (38) Verder zien we dat het gebruik van slaapmiddelen bij deze studiedeelnemers vrij hoog ligt; 47% gebruikt een slaapmiddel op heden en 38% gebruikt het slaapmiddel langer dan drie maanden. De Gezondheidsenquête van 2013 vermeldt dat 13% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder een slaap- en kalmeringsmiddel heeft genomen in de laatste twee weken. (2) Bij deze studiedeelnemers ligt het gebruik dus nog een stuk hoger. Het inzetten op een niet-medicamenteuze aanpak in de behandeling van chronische slapeloosheid is dus hoogstnoodzakelijk.

In deze masterproef ligt het aantal deelnemers die niet of wel bereid zijn om een slaapcursus te volgen zeer dicht bij elkaar. Dit betekent dat er nog veel ruimte is om patiënten met chronische slapeloosheid te motiveren een slaapcursus (CGT-I) te volgen. Het is ook belangrijk dat men blijft inzetten op een niet-medicamenteuze aanpak, zelfs indien de patiënt in het verleden een onsuccesvolle poging ondernomen heeft. Een slechte ervaring in het verleden wordt immers door geen enkele studiedeelnemer in deze masterproef aangeduid als een argument om geen slaapcursus te willen proberen. Ook in de studie van Garb et al. wordt beschreven dat eerdere behandelpogingen geen invloed uitoefenen op de huidige respons bij gedragstherapie. (33)

Uit de vragenlijst blijkt dat ontspanningstechnieken en stimuluscontrole al vrij goed gekend zijn bij de studiedeelnemers en al het vaakst geprobeerd zijn. Dit zijn tevens de interventies die een patiënt eenvoudig op zichzelf kan toepassen. Niettemin is het van belang om te blijven inzetten op deze technieken gezien uit de vragenlijst naar voren komt dat deze technieken slechts in de helft of minder van de gevallen succesvol waren. Dit zou kunnen komen doordat men deze interventies niet op een correcte manier heeft toegepast of onvoldoende lang. Men dient niet-medicamenteuze technieken zeker drie weken vol te houden. Bij de studiedeelnemers zijn slaaprestrictie en CGT nog vrij onbekend. Er moet dus meer aandacht besteed worden aan deze interventiemogelijkheden, zeker gezien het significant verband tussen kennis van CGT en bereidwilligheid tot het volgen van een slaapcursus bij deze studiedeelnemers. Al was dit het enige significant verband, naast het

significant verband tussen leeftijd en het aantal gekende niet-medicamenteuze interventies. In de review van Cheung et al. uit 2013 wordt aangehaald dat "een gebrek aan kennis van de beschikbare behandelingsmogelijkheden" een belangrijke barrière is om hulp te zoeken bij patiënten met slapeloosheid. (29) In de review van Jin et al. over mogelijke beïnvloedende factoren van therapietrouwheid (in het algemeen, niet specifiek voor slapeloosheid) wordt geen eenduidig verband beschreven tussen therapietrouwheid en de kennis van een patiënt over zijn/haar aandoening en de behandeling ervan. Enerzijds kan de compliance voor een bepaalde therapie laag liggen door gebrek aan kennis bij de patiënt. Anderzijds beschrijft men dat "hoe meer educatie, hoe beter" niet altijd van toepassing is. Bij adolescenten bestaat bijvoorbeeld een omgekeerd U-vormige relatie tussen kennis en compliance. (39)

Ondanks het feit dat niet-medicamenteuze interventies bewezen effectief zijn, zijn er toch heel wat barrières die de implementatie ervan in de praktijk bemoeilijken. Een belangrijke barrière is de relatieve ontoegankelijkheid. Zo kan men volgens Manber et al. de patiënt niet naar eender welke therapeut doorverwijzen. Indien men de patiënt wenst door te sturen, is het van belang dat men doorverwijst naar een therapeut met kennis en expertise in CGT voor slapeloosheid (CGT-I). (21) In België wordt CGT-I vaak aangeboden in zogenaamde slaapcentra, wat neer komt op een afdeling in een algemeen of universitair ziekenhuis.

Ontoegankelijkheid kan niet alleen verwijzen naar de geografische beschikbaarheid, maar ook naar de kostprijs van een slaapcursus. Wat betreft de terugbetaling van een slaapcursus zien we in de antwoorden van de vragenlijst een enigszins tegenstrijdig resultaat. Enerzijds maakt de mate van terugbetaling (gedeeltelijk of volledig) weinig verschil uit in het al dan niet bereid zijn om een slaapcursus te volgen. Maar anderzijds wordt de kostprijs van een consultatie bij de psycholoog of een slaaptraining wel het op één na meest aangeduid als reden om geen slaapcursus te willen proberen. Zoals hierboven vermeld, wordt CGT-I in België vaak aangeboden in een ziekenhuis. De totale kostprijs van CGT-I varieert tussen de €189 en €280 (zie bijlage 8). Hiervan kan een deel terugbetaald worden door het ziekenfonds. Welk aandeel precies wordt terugbetaald, verschilt per ziekenfonds (zie bijlage 9).

CGT-I kan zowel op individuele basis, als in groep worden gegeven. Uit de vragenlijst komt echter een duidelijke voorkeur voor individuele therapie naar voren. Een mogelijke verklaring waarom de studiedeelnemers een duidelijke voorkeur hebben voor individuele

therapie zou misschien kunnen zijn dat er schaamte heerst om hierover in groep te praten. In de review van Cheung et al. uit 2013 wordt “het idee dat slapeloosheid een triviale aandoening is die men zelf moet aanpakken” beschreven als belangrijkste barrière om hulp te zoeken bij slapeloosheid. Ook “de stigmatisering van slapeloosheid” wordt opgegeven als een barrière om hulp te zoeken. (29) Manber et al. vermelden dat sommige patiënten groepstherapie als minder effectief en geloofwaardig aanschouwen. Daartegenover behalen anderen net een beter resultaat in groep omwille van sociale druk; men is meer gemotiveerd om de behandeling vol te houden. (21)

Uit de vragenlijst blijkt er geen duidelijke voorkeur te zijn voor therapie op zelfstandige basis of begeleide therapie. Dit is een interessant punt gezien het principe van “stepped-care” wordt voorgesteld om tegemoet te komen aan de grote vraag aan CGT-I. Zelfhulptherapie kan hierbij de eerste stap zijn en zeker een meerwaarde vormen daar waar “face-to-face therapie” niet beschikbaar is of te duur. (23) Zelfhulptherapie is zeker geen vervanging van CGT-I aangeboden door een therapeut. Bij zelfhulptherapie in CGT-I bestaat er een risico op onderbehandeling bij diegenen die niet op zoek gaan naar meer intensieve behandeling wanneer hun slaap wel verbeterd is maar nog steeds onvoldoende is, of bij diegenen met specifieke slaapstoornissen zoals bijvoorbeeld het slaapapneusyndroom. (23) Uit de vragenlijst blijkt verder dat er bij de studiedeelnemers van deze masterproef weinig verschil is in voorkeur tussen zelfhulptherapie via internet of via schriftelijke informatie zoals een boek of folder.

Een stap volgend op zelfhulptherapie zou CGT toegediend via de telefoon of via een éénmalige sessie bij een therapeut kunnen zijn. (23) Het gaat dan om een gemengde toedieningsvorm van CGT-I; een combinatie van zelfhulptherapie en professionele ondersteuning. Zoals blijkt uit de subgroepanalyse van Ho Yan-Yee et al. is het effect groter bij telefonische ondersteuning. (23) Volgens Manber et al. zijn er meerdere verklaringen waarom contact met een zorgverlener zorgt voor een beter resultaat. Zo is de therapietrouwheid groter omdat de patiënt een vorm van verantwoordelijkheid kan voelen, de zorgverlener kan ondersteuning bieden wanneer het moeilijker gaat in de therapie en/of aanmoediging geven wanneer de patiënt zelf weinig vooruitgang opmerkt. (21)

De belangrijkste tekortkoming van deze studie is de lage response rate. Hierdoor zijn de statistische bevindingen minder nauwkeurig en is generalisatie van de bevindingen naar de dagdagelijkse praktijk niet mogelijk. Bovendien zou het kunnen dat er minder verbanden

gevonden werden tussen de variabelen onderling bij de Chi-kwadraat test of Fisher's Exact test door de kleine studiepopulatie. Twee andere beperkingen van deze studie die veralgemening van de gevonden resultaten niet mogelijk maken, zijn de manier waarop en de geografische setting waarin de rekrutering plaatsvond. Ten eerste gebeurde de rekrutering van mogelijke studiedeelnemers via een uitnodigingsbrief in de wachtzaal. Hierdoor mist men een deel van de huisartsenpopulatie, namelijk patiënten die men enkel op huisbezoek ziet en/of die in een woonzorgcentrum verblijven. Daarnaast is er de geografische beperking. De resultaten van deze studie zouden anders kunnen zijn indien de rekrutering in een ander wachtgebied gebeurde. De demografische en socio-economische kenmerken van de patiënten verschillen immers per wachtgebied of praktijkvorm.

Verder onderzoek op grotere schaal is zeker aanbevolen. Indien rekrutering ook op huisbezoek gebeurt of via persoonlijke en/of elektronische uitnodiging zou het aantal studiedeelnemers hoger kunnen liggen. Ook een uitbreiding van het geografisch gebied waarin rekrutering gebeurt, is gewenst. Het uitvoeren van gelijkaardig onderzoek in bijvoorbeeld wijkgezondheidscentra en op huisbezoek zou een interessante vergelijking met de huidige resultaten kunnen aanbieden.

Ook meer onderzoek naar het verband tussen kennis van niet-medicamenteuze technieken en de bereidwilligheid tot het volgen van deze technieken zou interessant kunnen zijn. Men zou op grotere schaal kunnen onderzoeken of meer psycho-educatie over de niet-medicamenteuze behandelingen voor chronische slapeloosheid leidt tot een grotere bereidwilligheid om deze aanpak te proberen.

Het vergroten van de toegankelijkheid van CGT-I blijft belangrijk. Het zou interessant kunnen zijn om de slaapcentra per eerstelijnszone te organiseren en binnen deze zones het aantal eerstelijnspyschologen met expertise in CGT-I te vergroten. Hierdoor krijgen patiënten meer mogelijkheden dichter bij huis, wat drempelverlagend zou kunnen werken. Wat ook drempelverlagend zou kunnen werken, is het organiseren van vrijblijvende informatieavonden rond slaaptraining. Misschien dat patiënten nu niet goed weten wat een slaapcursus en groepstherapie precies inhouden en dat dit een barrière vormt om zo'n slaapcursus te volgen. Het kennismaken met lotgenoten zou misschien ook de stigmatisering en eventuele schaamte rond slaapproblemen en groepstherapie kunnen verminderen.

6 Conclusie

De doelstelling van deze masterscriptie was om meer inzicht te verkrijgen in de toepasbaarheid en haalbaarheid van een niet-medicamenteuze aanpak bij chronische slapeloosheid. Hiervoor werd via prospectief observationeel onderzoek bij patiënten nagegaan wat hun kennis en attitude is ten aanzien van deze behandelingen. Als we kijken naar de kennis van patiënten over de niet-medicamenteuze technieken, zien we dat bij de studiedeelnemers van deze masterproef ontspanningstechnieken en stimuluscontrole al vrij goed gekend zijn en al het vaakst geprobeerd zijn. Daarentegen zijn slaaprestrictie en CGT nog vrij onbekend. Er moet dus meer aandacht besteed worden aan deze interventiemogelijkheden, zeker gezien het significant verband tussen kennis van CGT en bereidwilligheid tot het volgen van een slaapcursus bij deze studiedeelnemers.

Als we kijken naar de attitude van patiënten over niet-medicamenteuze technieken, zien we in deze masterproef dat het aantal deelnemers die niet of wel bereid zijn om een slaapcursus te volgen zeer dicht bij elkaar liggen (respectievelijk 53% en 47%). Uit de vragenlijst komt een voorkeur voor individuele therapie naar voren. Verder blijkt er geen duidelijke voorkeur te zijn voor therapie op zelfstandige basis of begeleide therapie. Ook de wijze van zelfhulptherapie (elektronisch of schriftelijk) en de mate van terugbetaling maakt weinig verschil uit in het willen uitproberen van niet-medicamenteuze technieken voor deze studiedeelnemers. De frequentst aangeduide reden om geen slaapcursus te willen proberen, is de tijd en het geduld die deze aanpak vragen.

De hierboven aangehaalde punten zijn echter gebaseerd op de antwoorden van een klein aantal patiënten. Verder onderzoek op grotere schaal is zodoende aangewezen.

Het uitgevoerde literatuuronderzoek leert dat niet-medicamenteuze interventies bewezen effectief zijn. Het inzetten op een niet-medicamenteuze aanpak in de behandeling van chronische slapeloosheid blijft dus zeer belangrijk. Helaas is deze niet-medicamenteuze aanpak relatief ontoegankelijk. Enerzijds zijn er mogelijke barrières bij de patiënten zelf. En anderzijds zijn er soms geografische en financiële barrières voor CGT-I. Deze barrières kunnen zowel op micro- als op macroniveau aangepakt worden. Op macroniveau zou er ingezet moeten worden op het vergroten van de beschikbaarheid van CGT-I; meer eerstelijnspsychologen met expertise in CGT-I (naast de bestaande slaapcentra), mogelijkheden tot gemengde vormen van CGT-I (zelfhulptherapie met professionele

ondersteuning) en meer terugbetalingsmogelijkheden voor CGT-I (zowel bij individuele als groepstherapie). Op microniveau moet men als arts blijven inzetten op de niet-medicamenteuze aanpak, onafhankelijk van eerdere behandelmogelijkheden van de patiënt. Op eerstelijnsniveau kan men verder ook eventuele taboes en onzekerheden rond groepstherapie aanpakken.

7 Referenties

1. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017;26(6):675-700.
2. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.
3. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J, De Meyere M, Mariman A. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu. 2005;34(7):346-71.
4. Knuistingh N, de Jongh TOH, Schimsheimer RJ. Slaapklachten. In: de Jongh TOH, de Vries H, Grundmeijer HGLM. Diagnostiek van alledaagse klachten. 3th ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2011.
5. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet. 2014;57(7):352-61.
6. WHO Division of Mental Health. Insomnia. Behavioural and cognitive interventions. Geneva. 1993.
7. Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, Cooke M, Denberg TD. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2016;165(2):125-33.
8. Waterman D, Hofman WF. Niet-medicamenteuze therapie. In: Van Bemmel AL, Beersma DGM, De Groen JHM, Hofman WF, redactie. Handboek Slaap en Slaapstoornissen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg 2001.
9. Gehrman P, Findley J, Perlis M. Insomnia I: Etiology and Conceptualization. In: Morin CM, Espie CA, redactie. Oxford Handbook of Sleep and Sleepdisorders. Oxford: Oxford University Press 2012.
10. Brasure M, Fuchs E, MacDonald R, Nelson VA, Koffel E, Olson CM, et al. Psychological and Behavioral Interventions for Managing Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2016;165(2):113-24.
11. Miller CB, Espie CA, Epstein DR, Friedman L, Morin CM, Pigeon WR, et al. The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder. Sleep Med Rev. 2014;18(5):415-24.
12. Kyle SD, Miller CB, Rogers Z, Siriwardena AN, Macmahon KM, Espie CA. Sleep restriction therapy for insomnia is associated with reduced objective total sleep time, increased daytime somnolence, and objectively impaired vigilance: implications for the clinical management of insomnia disorder. Sleep. 2014;37(2):229-37.
13. Okajima I, Nakajima S, Ochi M, Inoue Y. Reducing dysfunctional beliefs about sleep does not significantly improve insomnia in cognitive behavioral therapy. PLoS One. 2014;9(7):e102565.
14. Gong H, Ni CX, Liu YZ, Zhang Y, Su WJ, Lian YJ, et al. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychosom Res. 2016;89:1-6.
15. Rubio-Arias JA, Marin-Cascales E, Ramos-Campo DJ, Hernandez AV, Perez-Lopez FR. Effect of exercise on sleep quality and insomnia in middle-aged women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Maturitas. 2017;100:49-56.
16. Kredlow MA, Capozzoli MC, Hearon BA, Calkins AW, Otto MW. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. J Behav Med. 2015;38(3):427-49.
17. Alessi C, Vitiello MV. Insomnia (primary) in older people: non-drug treatments. BMJ Clin Evid. 2015;2015.
18. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. 2015;163(3):191-204.
19. Sandlund C, Hetta J, Nilsson GH, Ekstedt M, Westman J. Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment. Int J Nurs Stud. 2017;72:30-41.
20. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. Sleep Med Rev. 2015;19:6-16.
21. Manber R, Simpson NS, Bootzin RR. A step towards stepped care: delivery of CBT-I with reduced clinician time. Sleep Med Rev. 2015;19:3-5.
22. Geiger-Brown JM, Rogers VE, Liu W, Ludeman EM, Downton KD, Diaz-Abad M. Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. Sleep Med Rev. 2015;23:54-67.
23. Ho FY, Chung KF, Yeung WF, Ng TH, Kwan KS, Yung KP, et al. Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of randomized controlled trials. Sleep Med Rev. 2015;19:17-28.
24. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Sleep Med Rev. 2016;30:1-10.

25. Ye YY, Chen NK, Chen J, Liu J, Lin L, Liu YZ, et al. Internet-based cognitive-behavioural therapy for insomnia (ICBT-i): a meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open. 2016;6(11):e010707.
26. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy to Treat Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016;11(2):e0149139.
27. Horsch CH, Lancee J, Griffioen-Both F, Spruit S, Fitrianie S, Neerincx MA, et al. Mobile Phone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: A Randomized Waitlist Controlled Trial. J Med Internet Res. 2017;19(4):e70.
28. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. BMC Fam Pract. 2012;13:40.
29. Cheung JM, Bartlett DJ, Armour CL, Saini B. The insomnia patient perspective, a narrative review. Behav Sleep Med. 2013;11(5):369-89.
30. Bluestein D, Healey AC, Rutledge CM. Acceptability of behavioral treatments for insomnia. J Am Board Fam Med. 2011;24(3):272-80.
31. Vincent N, Lionberg C. Treatment preference and patient satisfaction in chronic insomnia. Sleep. 2001;24(4):411-7.
32. Cheung JM, Bartlett DJ, Armour CL, Laba TL, Saini B. To Drug or Not to Drug: A Qualitative Study of Patients' Decision-Making Processes for Managing Insomnia. Behav Sleep Med. 2018;16(1):1-26.
33. Cheung JM, Bartlett DJ, Armour CL, Saini B. Treating Insomnia: A Review of Patient Perceptions Toward Treatment. Behav Sleep Med. 2016;14(3):235-66.
34.Trauer JM, Cunnington D. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. Ann Intern Med. 2016;164(2):134-5.
35. Lowry R. Chi-Square Test of Association for a 2x2 Contingency Table. VassarStats 1998-2019. Geraadpleegd in december 2018. Beschikbaar via: http://vassarstats.net/tab2x2.html.
36. Stangroom J. Chi-Square Calculator. Social Science Statistics 2019. Geraadpleegd in december 2018. Beschikbaar via: https://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/Default.aspx.
37. Stangroom J. Easy Fisher Exact Test Calculator. Social Science Statistics 2019. Geraadpleegd in december 2018. Beschikbaar via: https://www.socscistatistics.com/tests/fisher/Default2.aspx.
38. Studiedienst Vlaamse Overheid. Werkloosheidsgraad (15-64jaar) en Fiscaal inkomen - gemiddelde per inwoner; De Pinte, Nazareth en Vlaams gewest. Statistieken vlaanderen. Beschikbaar via: http://statistieken.vlaanderen.be/QvAJAXZfc/notoolbar.htm?document=SVR%2FSVR-alle-domeinen.qvw&host=QVS%40cwv100154&anonymous=true. Geraadpleegd op 23 februari 2019.
39. Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Ther Clin Risk Manag. 2008;4(1):269-86.
40. Slaaptherapie. CM Ziekenfonds 2017. Beschikbaar via: https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/slaaptherapie. Geraadpleegd op 24 augustus 2018.
41. Terugbetaling psychologische begeleiding. Liberale Mutualiteiten 2018. Beschikbaar via: http://www.lm.be/Oost-Vlaanderen/Rubrieken/Voordelen-en-diensten/psychologische-begeleiding/terugbetaling-psychologische-begeleiding/Pages/DefaultArticle.aspx. Geraadpleegd op 24 augustus 2018.
42. Gezond in geest en lichaam. Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen 2001-2018. Beschikbaar via: https://www.nzvl.be/jouw-voordelen/gezondheid-geest-en-lichaam. Geraadpleegd op 24 augustus 2018.
43. Bond Moyson Oost-Vlaanderen. Psychotherapie. Socialistische Mutualiteiten. Beschikbaar via: https://www.bondmoyson.be/ovl/voordelen-advies/terugbetalingen-ledenvoordelen/Pages/default.aspx. Geraadpleegd op 24 augustus 2018.
44. Slaaptherapie. Partena Ziekenfonds. Beschikbaar via: http://www.partena-ziekenfonds.be/nl/ziekenfonds-en-voordelen/voordelen-en-terugbetalingen/slaaptherapie. Geraadpleegd op 24 augustus 2018.

8 Bijlagen

8.1 Bijlage 1: Diagnostische criteria voor slapeloosheid (1)

Table 1 Diagnostic criteria for non-organic insomnia (F51.0) according to ICD-10

- Disturbance of sleep onset or sleep maintenance, or poor sleep quality.
- Sleep disturbances occur at least three times a week over a period of 1 month.
- The afflicted individuals focus extremely on their sleep disorder (especially during the night) and worry about the negative consequences of insomnia.
- The insufficient sleep duration and quality is coupled with a high degree of suffering or impairs daily activities.

Table 2 Diagnostic criteria for chronic insomnia disorder according to ICSD-3

A The patient reports, or the patient's parent or caregiver observes, one or more of the following:
   1. Difficulty initiating sleep.
   2. Difficulty maintaining sleep.
   3. Waking up earlier than desired.
   4. Resistance to going to bed on appropriate schedule.
   5. Difficulty sleeping without parent or caregiver intervention.

B The patient reports, or the patient's parent or caregiver observes, one or more of the following related to the nighttime sleep difficulty:
   1. Fatigue/malaise.
   2. Attention, concentration or memory impairment.
   3. Impaired social, family, occupational or academic performance.
   4. Mood disturbance/irritability.
   5. Daytime sleepiness.
   6. Behavioural problems (e.g. hyperactivity, impulsivity, aggression).
   7. Reduced motivation/energy/initiative.
   8. Proneness for errors/accidents.
   9. Concerns about or dissatisfaction with sleep.

C The reported sleep/wake complaints cannot be explained purely by inadequate opportunity (i.e. enough time is allotted for sleep) or inadequate circumstances (i.e. the environment is safe, dark, quiet and comfortable) for sleep.

D The sleep disturbance and associated daytime symptoms occur at least three times per week.

E The sleep disturbance and associated daytime symptoms have been present for at least 3 months.

F The sleep/wake difficulty is not better explained by another sleep disorder.

8.2 Bijlage 2: Informatiebrief voor de patiënt

INFORMATIE voor de patiënt

Geachte mevrouw,
Geachte heer,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik onderzoek naar de kennis en houding over de behandeling van slapeloosheid zonder medicatie. Voor dit onderzoek ben ik op zoek naar volwassen patiënten met slaapklachten. Het kan hierbij gaan zowel om problemen met het inslapen, doorslapen als te vroeg wakker worden.

Project
"Niet-medicamenteuze aanpak van slaapstoornissen: kwalitatief onderzoek naar de kennis en attitude bij patiënten met slapeloosheid."

Beschrijving en doel van het project
Slapeloosheid is een veel voorkomend probleem. Naast medicatie bestaan er ook niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden; met andere woorden patiënten met slapeloosheid kunnen ook zonder pillen behandeld worden. Met dit onderzoek wil ik enerzijds nagaan of deze niet-medicamenteuze behandelingen gekend zijn bij patiënten met slapeloosheid. Anderzijds wil ik ook onderzoeken wat de houding en opvatting is ten aanzien van deze niet-medicamenteuze behandelingen.

Het onderzoek gebeurt aan de hand van een vragenlijst. De verwerking van deze vragenlijst kan eventuele knelpunten in de niet-medicamenteuze behandeling van slapeloosheid helpen identificeren. De uiteindelijke bedoeling is om in de toekomst de deelname aan niet-medicamenteuze behandelingen en de slaagkans te vergroten.

De vragenlijst wordt ter beschikking gesteld in de wachtzaal en kan door iedere meerderjarige wilsbekwame patiënt ingevuld worden. Het heeft geen belang of u al dan niet slaapmedicatie neemt. Het invullen van deze vragenlijst neemt een 15-tal minuten in beslag.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en volgens de Verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Deze studie loopt onder supervisie van Prof. Dr. An De Sutter.

Toestemming en weigering
Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. U kunt weigeren de vragenlijst in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere behandeling en de relatie met uw huisarts. Deelname aan dit onderzoek verplicht u op geen enkele manier om eventuele slaapmedicatie af te bouwen en/of een niet-medicamenteuze behandeling te proberen.

Indien u wenst deel te nemen aan dit onderzoek, wil ik u vragen de bijgevoegde vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen. De ingevulde vragenlijst kunt u nadien achterlaten in de daartoe voorziene doos in de wachtzaal of in de brievenbus van de praktijk.

Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe inzichten betreffende de niet-medicamenteuze behandeling van slapeloosheid.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

De vragenlijst is volledig anoniem. De verzamelde gegevens van het onderzoek zullen vertrouwelijk en anoniem behandeld worden. In overeenstemming met het Koninklijk Besluit van 8 december 1992 en het Koninklijk Besluit van 22 augustus 2002 zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Contactpersoon

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de verantwoordelijke onderzoeker via email: Deborah.Vilain@UGent.be

Alvast bedankt voor uw bereidwillige deelname!

Dr. Vilain Deborah
Huisarts i.o.

8.3 Bijlage 3: Vragenlijst voor patiënt

Niet-medicamenteuze aanpak slapeloosheid

Deze enquête kan ook elektronisch ingevuld worden via: https://goo.gl/forms/TmveSgZA4rl1ZkJ42

1. **Kruis aan indien u akkoord bent met volgende stelling:**

☐ 'Ik werd schriftelijk geïnformeerd over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen op mijn gezondheid of op de arts-patiëntrelatie.

Exploratie slaapstoornis

2. **Hoe lang duurt het vooraleer u inslaapt?**

◯ Minder dan 30 minuten
◯ Meer dan 30 minuten

3. **Gebeurt het dat u tijdens de nacht meer dan 30 minuten niet slaapt door frequent wakker worden?**

◯ Ja
◯ Nee

4. **Hoeveel uur slaapt u gemiddeld per nacht?**

◯ Minder dan 6,5 uur
◯ Tussen 6,5 en 8 uur
◯ Meer dan 8 uur

5. **Heeft u overdag last van volgende klachten?**

☐ Vermoeidheid: gebrek aan energie, lichamelijk uitgeput
☐ Slaperigheid: onbedwingbare drang om overdag te slapen bv. dichtvallen van ogen
☐ Prikkelbaarheid, sneller kwaad worden
☐ Concentratiemoeilijkheden
☐ Minder goed presteren op werk, school of in vrije tijd
☐ Geen van bovenstaande

6. **Hoe vaak treden bovenstaande klachten op?**

◯ Minder dan 3 dagen per week
◯ Meer dan 3 dagen per week

7. **Hoelang heeft u al problemen bij het inslapen en/of doorslapen?**

- ◯ Minder dan 4 weken
- ◯ Meer dan 4 weken

8. **Is er op dit moment sprake van één van volgende zaken bij u?**

- ☐ Depressie, angststoornis of andere (al dan niet) ernstige psychiatrische problematiek
- ☐ Hyperthyroïdie (schildklier die te veel werkt)
- ☐ Slaapapneusyndroom (gebruik van neusmasker om te slapen of hevige snurken met periodes van ademhalingsstilstand)
- ☐ Rusteloze benen syndroom of periodieke beenbewegingen 's nachts
- ☐ Nacrolepsie (zeldzame slaapstoornis met oa. slaapaanvallen, spierverslapping, slaapverlamming, levendige droomervaringen)
- ☐ Ploegendienst, jetlag of lawaaierige slaapomgeving
- ☐ Geen van bovenstaande

Niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid

Slapeloosheid kan ook behandeld worden zonder pillen. Volgens de huidige stand van zaken is een behandeling zonder medicatie het meest efficiënt op lange termijn en kent deze het minst ongewenste effecten. Hieronder worden enkele van deze niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden voorgesteld.

9. **Slaapdagboek: hierbij wordt het slaap- en waakpatroon bijgehouden.**

- ◯ Ik heb dit in het verleden al gedaan.
- ◯ Ik heb hier al van gehoord, maar nog niet gedaan.
- ◯ Ik heb hier nog nooit van gehoord.

10. **Stimuluscontrole: methode waarbij men pas naar bed gaat om te slapen als men zich slaperig voelt. Wanneer men langer dan 20 minuten wakker ligt, gaat men uit bed en houdt men zich bezig met een ontspannende taak in een andere kamer. Pas wanneer men opnieuw slaperig is, gaat men terug naar bed. Deze procedure herhaalt zich zo vaak als nodig. Men staat altijd op hetzelfde uur op.**

- ◯ Ik heb dit in het verleden al geprobeerd, met succes.
- ◯ Ik heb dit in het verleden al geprobeerd, zonder succes.
- ◯ Ik heb hier al van gehoord, maar nog niet geprobeerd.
- ◯ Ik heb hier nog nooit van gehoord.

11. **Slaaprestrictie: methode waarbij rekening wordt gehouden met de slaapefficiëntie door de duur van wakker liggen in bed te beperken (restrictie). In de eerste fase mag men enkel het aantal uren dat men effectief slaapt in bed doorbrengen. Bijvoorbeeld als men slechts 6 uur slaapt, dan wordt het tijdstip van slapengaan en opstaan zo vastgelegd dat men niet meer dan 6 uur in bed ligt. Eens de slaap voldoende efficiënt is, wordt het uur van slapengaan stapsgewijs met 15 minuten vervroegd.**

- ◯ Ik heb dit in het verleden al geprobeerd, met succes.
- ◯ Ik heb dit in het verleden al geprobeerd, zonder succes.
- ◯ Ik heb hier al van gehoord, maar nog niet geprobeerd.
- ◯ Ik heb hier nog nooit van gehoord.

12. **Cognitieve gedragstherapie: gesprekstechniek waarbij verkeerde opvattingen en/of gewoontes in verband met slapen en slapeloosheid worden opgespoord en gecorrigeerd. Vaak gebeurt dit bij een psycholoog.**

- ◯ Ik heb dit in het verleden al gevolgd, met succes.
- ◯ Ik heb dit in het verleden al gevolgd, zonder succes.
- ◯ Ik heb hier al van gehoord, maar nog niet gevolgd.
- ◯ Ik heb hier nog nooit van gehoord.

13. **Ontspanningstechnieken, zoals ademhalingsoefeningen.**

- ◯ Ik heb dit in het verleden al geprobeerd, met succes.
- ◯ Ik heb dit in het verleden al geprobeerd, zonder succes.
- ◯ Ik heb hier al van gehoord, maar nog niet geprobeerd.
- ◯ Ik heb hier nog nooit van gehoord.

14. **Zijn er naast de bovengenoemde behandelingen en/of slaapmedicatie nog andere zaken die u heeft geprobeerd om beter te slapen?**

_____

_____

_____

_____

_____

Op dit moment worden bovenstaande niet-medicamenteuze technieken meestal aangeboden onder vorm van een slaapcursus. Een dergelijke cursus of slaaptraining bestaat uit een 8 tot 10 beurten van ongeveer 2 uur. Hierbij worden vaak 'huiswerkopdrachten' gegeven die dan in de volgende training besproken worden.

15. **"Ik ben bereid om bij slapeloosheid een dergelijke slaapcursus met huiswerkopdrachten te volgen."**

- ◯ Ja
- ◯ Nee

16. **Beoordeel volgende stellingen. "Ik kan mij voorstellen dat ik één van bovengenoemde behandelingen zou proberen..."**

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal, geen mening	Eerder akkoord	Volledig akkoord
indien ik deze in groepsessie kan volgen.	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
indien ik deze individueel kan volgen, rechtstreeks in de praktijk van de huisarts of andere hulpverlener.	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
indien ik deze thuis op mijzelf kan volgen, via internet.	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
indien ik deze thuis op mijzelf kan volgen, via schriftelijke informatie zoals een boek of wekelijkse folder.	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
indien deze behandelingen gedeeltelijk terugbetaald worden.	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭
indien deze behandelingen volledig terugbetaald worden.	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭

17. **Waarom zou u bovengenoemde niet-medicamenteuze behandelingen NIET willen proberen?**

☐ Geen vertrouwen in de werkzaamheid van deze behandelingen.

☐ Deze behandelingen vragen veel tijd en geduld.

☐ Geen behoefte om deze behandelingen te proberen, want momenteel goede nachtrust met slaapmedicatie.

☐ Slechte ervaring in het verleden met één van deze behandelingen.

☐ Wachtlijst voor consultatie bij psycholoog of slaapkliniek.

☐ Kostprijs consultatie bij psycholoog of slaaptraining in slaapkliniek.

Algemene gegevens

18. **Wat is uw leeftijd?**

_____

19. **Wat is uw geslacht?**

⬭ Man

⬭ Vrouw

20. **Wat is het hoogste niveau van opleiding die u behaald heeft?**

- ◯ Lagere school diploma of geen diploma
- ◯ Middelbare school diploma
- ◯ Hoger onderwijs (bachelor of master)

21. **Gebruikt u een middel om te slapen? (medicament of natuurlijk product bv. Sedistress)**

- ◯ Ja, op dit moment
- ◯ Nee, maar wel in het verleden
- ◯ Nee, nog nooit gebruikt

22. **Hoelang gebruikt u reeds deze slaapmedicatie?**

- ◯ Minder dan 2 weken
- ◯ Tussen de 2 weken en 3 maanden
- ◯ Meer dan 3 maanden
- ◯ Ik gebruik geen middel om te slapen

23. **Gebruikt u één van volgende zaken om te kunnen slapen?**

- ☐ Alcohol
- ☐ Nicotine (sigaretten)
- ☐ Illegale drugs
- ☐ Geen van bovenstaande zaken

24. **Eventuele opmerkingen die u nog wenst te vermelden?**

25. **Bedankt voor uw medewerking!**

8.4 Bijlage 4: Uitnodigingsbrief voor de patiënt

Onderzoek: "Niet-medicamenteuze aanpak van slaapstoornissen: kwalitatief onderzoek naar de kennis en attitude bij patiënten met slapeloosheid."

Geachte mevrouw,
Geachte heer,

In het kader van mijn opleiding tot huisarts schrijf ik een masterscriptie over de behandeling van slapeloosheid zonder medicatie.

Aan de hand van een vragenlijst wil ik nagaan of patiënten met slapeloosheid al van deze behandelingen gehoord hebben en wat hun houding is ten aanzien van deze behandelingen.

Voor dit onderzoek ben ik op zoek naar meerderjarige patiënten met slaapklachten. Hierbij kan het gaan om moeilijkheden bij het inslapen, doorslapen en/of vroeg wakker worden. Voor dit onderzoek heeft het geen belang of u al dan niet slaapmedicatie neemt of een niet-medicamenteuze behandeling volgt.

Het invullen van de vragenlijst neemt een 15-tal minuten in beslag en is volledig anoniem.

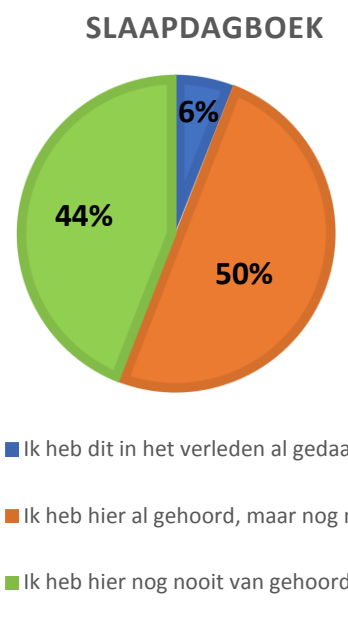
Alvast bedankt voor uw bereidwillige medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Deborah Vilain
Huisarts i.o.



8.5 Bijlage 5: Niet-medicamenteuze interventies; kennis en ervaring per techniek



Figuur 11 Kennis en ervaring slaapdagboek



Figuur 12 Kennis en ervaring stimuluscontrole



Figuur 13 Kennis en ervaring slaaprestrictie



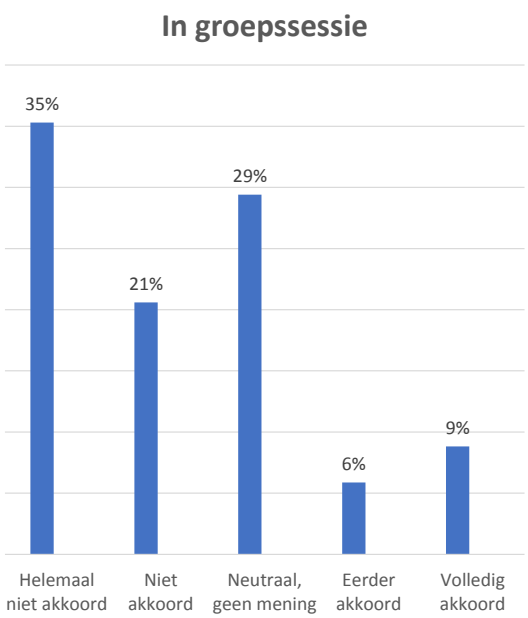
Figuur 14 Kennis en ervaring CGT



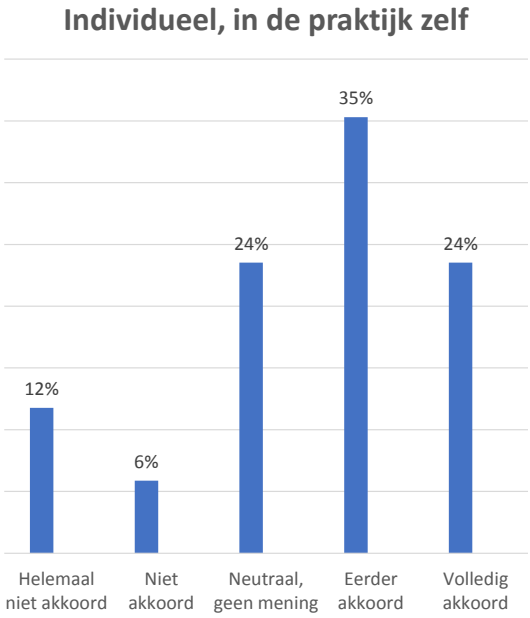
Figuur 15 Kennis en ervaring ontspanningstechnieken

8.6 Bijlage 6: Bereidwilligheid om niet-medicamenteuze interventies te proberen

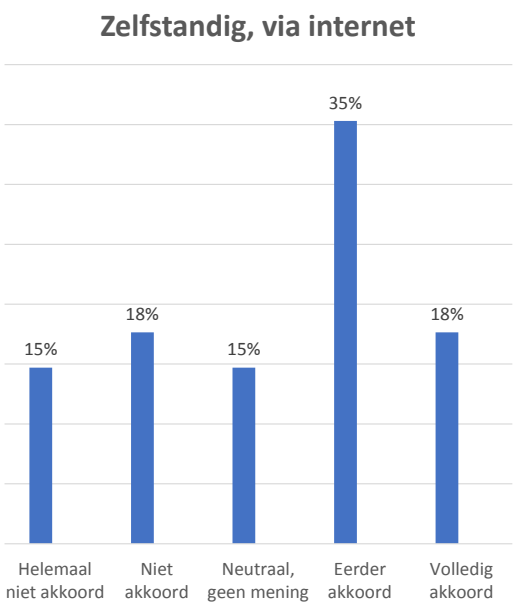
"Ik kan mij voorstellen dat ik één van bovengenoemde behandelingen zou proberen…"



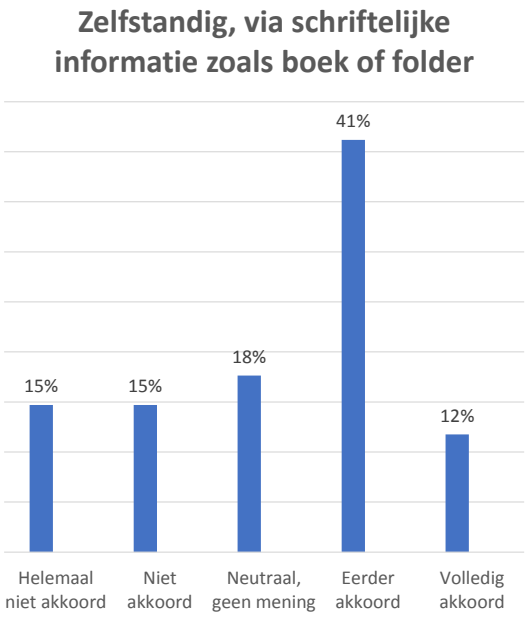
Figuur 16... indien ik deze in groepssessie kan volgen.



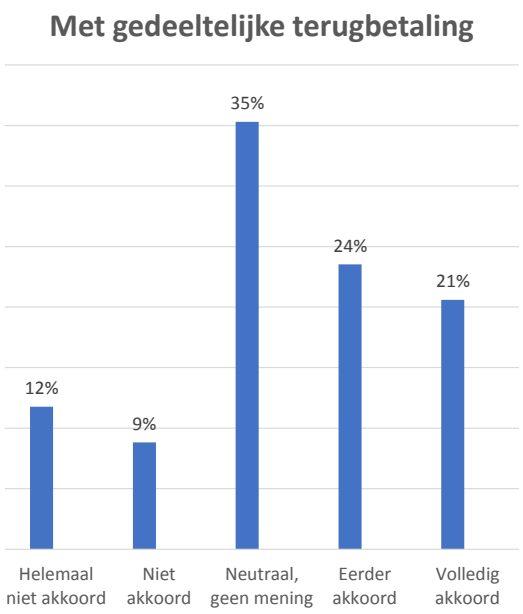
Figuur 17... indien ik deze individueel kan volgen, rechtstreeks in de praktijk.



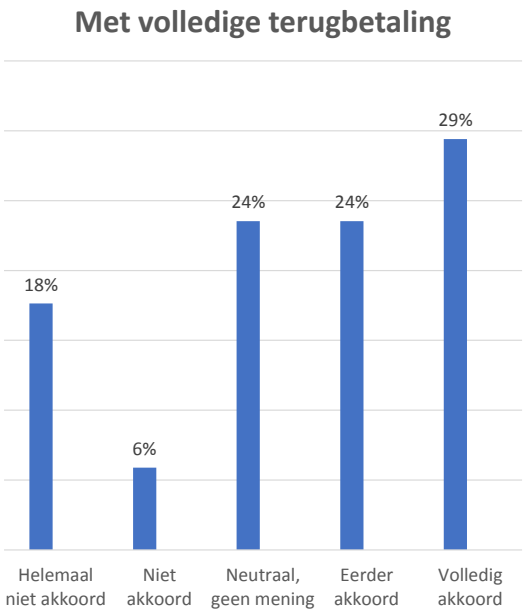
Figuur 18... indien ik deze thuis op mijzelf kan volgen, via internet.



Figuur 19... indien ik deze thuis op mijzelf kan volgen, via schriftelijke informatie.



Figuur 20...indien deze behandelingen gedeeltelijk terugbetaald worden.



Figuur 21...indien deze behandelingen volledig terugbetaald worden.

8.7 Bijlage 7: Onderlinge verbanden tussen variabelen

- **Bereidwilligheid t.o.v. tijd tot inslapen**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Inslaaptijd	< 30 minuten	9 (6,59)	5 (7,41)	14
	> 30 minuten	7 (9,41)	13 (10,59)	20
Totaal		16	18	34
Chi^2 test Pearson [P-waarde]				2,84 [p = 0,09]
Chi^2 test Yates [P-waarde]				1,78 [p = 0,18]
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. wakker worden 's nachts**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Ontwaken	Ja	13 (12,24)	13 (13,76)	26
	Nee	3 (3,76)	5 (4,24)	8
Totaal		16	18	34
Fisher's Exact test tweezijdig				0,69
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. totale slaapduur**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Totale slaapduur	< 6,5 uur	6 (6,59)	8 (7,41)	14
	6,5 – 8 uur	10 (9,41)	10 (10,59)	20
Totaal		16	18	34
Chi^2 test Pearson [P-waarde]				0,17 [p = 0,68]
Chi^2 test Yates [P-waarde]				0,00 [p = 0,95]
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v kennis slaapdagboek**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Slaapdagboek	Gekend	11 (8,94)	8 (10,06)	19
	Niet gekend	5 (7,06)	10 (7,94)	15
Totaal		16	18	34
Chi^2 test Pearson [P-waarde]				2,03 [p = 0,15]
Chi^2 test Yates [P-waarde]				1,16 [p = 0,28]
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. kennis stimuluscontrole**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Stimuluscontrole	Gekend	14 (13,65)	15 (15,35)	29
	Niet gekend	2 (2,35)	3 (2,65)	5
Totaal		16	18	34
Fisher's Exact test tweezijdig				1,00 **p > 0,05**

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. kennis slaaprestrictie**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Slaaprestrictie	Gekend	4 (3,76)	4 (4,24)	8
	Niet gekend	12 (12,24)	14 (13,76)	26
Totaal		16	18	34
Fisher's Exact test tweezijdig				1,00 **p > 0,05**

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. kennis CGT**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
CGT	Gekend	10 (6,59)	4 (7,41)	14
	Niet gekend	6 (9,41)	14 (10,59)	20
Totaal		16	18	34
Chi^2 test Pearson [P-waarde] Chi^2 test Yates [P-waarde]				5,67 [p = 0,02] 4,13 [p = 0,04] **p < 0,05**

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. kennis ontspanningstechnieken**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Ontspannings-	Gekend	16 (15,53)	17 (17,47)	33
technieken	Niet gekend	0 (0,47)	1 (0,53)	1
Totaal		16	18	34
Fisher's Exact test tweezijdig				1,00 **p > 0,05**

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. geslacht**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Geslacht	Man	4 (5,65)	8 (6,35)	12
	Vrouw	12 (10,35)	10 (11,65)	22
Totaal		16	18	34
Chi^2 test Pearson [P-waarde]				1,40 [p = 0,24]
Chi^2 test Yates [P-waarde]				0,68 [p = 0,41]
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. leeftijd**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Leeftijd	< 53 jaar	10 (8)	7 (9)	17
	> 53 jaar	6 (8)	11 (9)	17
Totaal		16	18	34
Chi^2 test Pearson [P-waarde]				1,89 [p = 0,17]
Chi^2 test Yates [P-waarde]				1,06 [p = 0,30]
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. opleidingsniveau**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Opleidingsniveau	Lager/middelbaar	3 (5,18)	8 (5,82)	11
	Hoger onderwijs	13 (10,82)	10 (12,18)	23
Totaal		16	18	34
Chi^2 test Pearson [P-waarde]				2,56 [p = 0,11]
Chi^2 test Yates [P-waarde]				1,52 [p = 0,22]
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Bereidwilligheid t.o.v. gebruik slaapmiddelen**

		Bereidwilligheid		
		Wel	Niet	Totaal
Gebruik slaapmiddelen	Ja, op heden	7 (7,53)	9 (8,47)	16
	Nooit, of in het verleden	9 (8,47)	9 (9,53)	18
Totaal		16	18	34
Chi^2 test Pearson [P-waarde]				0,13 [p = 0,72]
Chi^2 test Yates [P-waarde]				0,00 [p = 0,98]
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Kennis aantal niet-medicamenteuze methodes t.o.v. leeftijd**

		Aantal methodes gekend		
		< 3	≥ 3	Totaal
Leeftijd	< 53 jaar	3 (6,5)	14 (10,5)	17
	> 53 jaar	10 (6,5)	7 (10,5)	17
Totaal		13	21	34
Chi^2 test Pearson [P-waarde]				6,10 [p = 0,01]
Chi^2 test Yates [P-waarde]				4,48 [p = 0,03]
				p < 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Kennis aantal niet-medicamenteuze methodes t.o.v. geslacht**

		Aantal methodes gekend		
		< 3	≥ 3	Totaal
Geslacht	Man	6 (4,59)	6 (7,41)	12
	Vrouw	7 (8,41)	15 (13,59)	22
Totaal		13	21	34
Fisher's Exact test tweezijdig				0,46
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

- **Kennis aantal niet-medicamenteuze methodes t.o.v. opleidingsniveau**

		Aantal methodes gekend		
		< 3	≥ 3	Totaal
Opleidingsniveau	Lager/middelbaar	5 (4,21)	6 (6,79)	11
	Hoger onderwijs	8 (8,79)	15 (14,21)	23
Totaal		13	21	34
Fisher's Exact test tweezijdig				0,71
				p > 0,05

De waarde tussen ( ) is de verwachte waarde per cel

8.8 Bijlage 8: Lijst van slaapcentra met CM-overeenkomst (40)

CM-voordeel slaaptherapie: slaapcentra met CM-overeenkomst

Slaapcentrum	Adres	Website	Prijs
A.Z. St.-Dimpna Geel	J.B.Stessensstraat 2 2440 Geel	Website slaapcentrum	€ 240
AZ Delta Roeselare	Rode-Kruisstraat 20 8800 Roeselare	Website slaapcentrum	€ 240
AZ Diest	Statiestraat 65 3290 Diest	Website slaapcentrum	€ 240
Jessa Ziekenhuis Campus Virga Jesse	Stadsomvaart 11 3500 Hasselt	Website slaapcentrum	€ 250
Multidisciplinair Slaapcentrum UZA	Wilrijkstraat 10 2650 Edegem	Website slaapcentrum	€ 280
Slaapcentrum AZ Sint-Jan campus Brugge	Ruddershove 10 8000 Brugge	Website slaapcentrum	€ 210
UZ Brussel - Centrum voor Slaaponderzoek Campus Jette	Laarbeeklaan 101 1090 Brussel	Website slaapcentrum	€ 271
UZ Gent	De Pintelaan 185 9000 Gent	Website slaapcentrum	€ 250
UZ Leuven Multidisciplinair centrum voor slaapmonitoring (campus Gasthuisberg)	Herenstraat 49 3000 Leuven	Website slaapcentrum	€ 189
Ziekenhuis Oost-Limburg - slaapcentrum Campus St-Barbara	Bessemerstraat 478 3620 Lanaken	Website slaapcentrum	€ 230
AZ Sint-Blasius	Kroonveldlaan 50 9200 Dendermonde	Website slaapcentrum	€ 230

Lijst opgehaald op 24/08/2018

8.9 Bijlage 9: Terugbetaling per mutualiteit

Mutualiteit	***Tussenkomst (voor volwassenen)***	***Voorwaarden***
CM **(40)**	50% van de kostprijs, met max. €150	De CGT-I in groepsverband volbracht (min. zes sessies). En de slaaptherapie werd gevolgd in centrum dat een overeenkomst sloot met de CM.
LM **(41)**	Voor psychotherapie €10/sessie, max. €60/jaar; Bij mindfulness 60% van de kostprijs van een cursus, max. €60/jaar.	Geen specifieke terugbetaling voor CGT-I.
Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen **(42)**	Voor psychotherapie max. €50/jaar.	Geen specifieke terugbetaling voor CGT-I.
Bond Moyson **(43)**	Voor psychotherapie terugbetaling van 50% van de kosten, tot €10/sessie (tot 12 sessies per jaar). En €15/sessie i.g.v. verhoogde tegemoetkoming.	Geen specifieke terugbetaling voor CGT-I. De therapie gebeurt bij een psychotherapeut die lid is van een door het ziekenfonds erkende beroepsvereniging.
Partena **(44)**	€100 per vijf jaar.	Behandeling in een algemeen of universitair ziekenhuis of in een slaapcentrum én behandeling van een effectieve slaapstoornis.

8.10 Bijlage 10: Goedgekeurd protocol

Inclusiecriteria voor dit onderzoek zijn: meerderjarige wilsbekwame patiënten met slapeloosheid.

Het onderzoek gebeurt aan de hand van een vragenlijst.

In het eerste deel van de vragenlijst wordt gepeild naar de aanwezigheid van chronische slapeloosheid. In het tweede deel worden een aantal niet-medicamenteuze behandelingen voor slapeloosheid beschreven, waarbij telkens gepeild wordt of de patiënt al van deze behandeling gehoord heeft en/of deze behandeling al geprobeerd heeft (met of zonder succes). Er wordt ook gepeild naar de bereidheid en eventuele voorkeuren in het proberen van deze behandelingen. Eventuele argumenten om deze behandelingen niet te proberen worden ook bevraagd. In het laatste deel van de vragenlijst worden algemene gegevens bevraagd, alsook eventueel gebruik van slaapmedicatie en usus. Dit om in de verwerking van de vragenlijst een vergelijking te kunnen maken.

De vragenlijst is volledig anoniem; patiënten dienen hun naam niet te vermelden. Inzage in hun medisch dossier zal niet gebeuren. Het invullen van de vragenlijst neemt een 15 tot 20-tal minuten in beslag.

De beoogde populatiegrootte voor deze studie is 100 patiënten. Rekrutering van de deelnemers gebeurt in verschillende huisartspraktijken, deel uitmakend van dezelfde wachtkring. In de wachtzaal van de deelnemende huisartspraktijken zal een korte uitnodigingsbrief (zie bijlage) opgehangen worden. De vragenlijsten zelf, alsook de informatiebrief, zullen ter beschikking liggen in de wachtzaal. Iedere patiënt kan deze vragenlijst invullen. In de verwerking van de vragenlijsten worden enkel de vragenlijsten van meerderjarig patiënten met slapeloosheid gebruikt. De ingevulde vragenlijst kan nadien achtergelaten worden in de daartoe voorziene doos in de wachtzaal of in de brievenbus van de praktijk.

De statistische verwerking van de gegevens zal gebeuren in het programma Excel van Microsoft Office.

8.11 Bijlage 11: Goedkeuring Ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. An DE SUTTER
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0301		14-mei-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Niet-medicamenteuze aanpak van slaapstoornissen: kwalitatief onderzoek naar de kennis en attitude bij patiënten met slapeloosheid. - MaNaMa Deborah Vilain

Belgisch Registratienummer: B670201835546

* Uitnodigingsbrief
* Vragenlijsten: Niet-medicamenteuze aanpak slapeloosheid
* Antwoord onderzoekers via mail dr. D. Vilain dd. 16/04/2018 op opmerkingen EC dd. 26/02/2018
* Begeleidende brief Dr. D. Vilain dd. 3/03/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 3/03/2018
* Informatieformulier
  Informatiebrief voor de patiënt (versie 2) - ontv. dd. 16/04/2018

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/04/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/04/2019, 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 24/04/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/04/2019, 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 15/05/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/05/2018

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

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

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
	2018/0301	14-mei-18	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2018/0301

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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