Optimalisatie van het (medicatie-)beleid voor de aanpak van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeteringsproject.

Kathleen Dreesen, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Marc Van Nuland, KU Leuven

Co-promotor: Kristien Coteur, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2020

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

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

Abstract

Optimalisatie van het (medicatie-)beleid voor de aanpak van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeteringsproject.

Naam HAIO: Dr. Kathleen Dreesen
Promotor: Prof. Dr. Marc Van Nuland, KU Leuven
Co-promotor: Kristien Coteur, KU Leuven
Praktijkopleider: Dr. Sander Vernyns
Contactgegevens: kathleendreesen@hotmail.com

Context: Het is aangewezen de aanpak van slaapklachten en insomnie te optimaliseren omwille van verscheidene redenen. Zo zou langdurige insomnie onder andere gerelateerd zijn aan meer verkeersongevallen en valpartijen. Bovendien is België één van de koplopers in het verbruik van slaap- en kalmeermiddelen, ondanks de vele negatieve gevolgen van het (chronisch) gebruik ervan. In dit praktijkverbeteringsproject werd een beleidsplan opgesteld voor de aanpak van slaapklachten. Hierin werd ook aandacht besteed aan het correct registreren van zorgelementen en de voorgeschreven medicatie.

Onderzoeksvragen: Een eerste doel van dit praktijkverbeteringsproject is een betere registratie van zorgelementen en van de voorgeschreven medicatie te bekomen. Het tweede doel is het implementeren van een beleidsplan/protocol voor de aanpak van slaapproblemen binnen de praktijk.

Methode: Het studiedesign dat werd gebruikt is het 'Model for Improvement' met als doel het verbeteren van de kwaliteit in de praktijk door middel van verbeteringsacties. Een Plan-Do-Study-Act-cyclus (PDSA-cyclus) werd tweemaal doorlopen. Er werd een beleidsplan voor de aanpak van slaapklachten geïmplementeerd, met hierin ook handvaten voor het correct registreren van zorgelementen en voorgeschreven medicatie in het elektronisch medisch dossier (EMD). Het beleidsplan werd onder andere gebaseerd op een literatuurstudie. Om te zien of het invoeren van het beleidsplan een verbetering was, vonden groepsgesprekken plaats met de deelnemende artsen en werden audits uitgevoerd.

Resultaten: De implementatie van het beleidsplan voor slaapproblemen werd gerealiseerd. Het beleidsplan heeft tot verschillende verbeteringen geleid. De artsen geven aan meer kennis te hebben over de niet-medicamenteuze aanpak van slaapproblemen. Door dit project is er meer uniformiteit in de behandeling van slaapproblemen tussen de verschillende artsen. Het consult volgens het nieuwe beleidsplan, blijkt wel erg tijdsintensief. Maar de drempel om daarom een vervolgconsult te plannen is lager. De artsen geven aan meer aandacht te hebben voor het registreren van medicatie en zorgelementen. We zien een toename van 19 naar 48 registraties van het zorgelement 'P06' (insomnia, slaapstoornis, moeilijke slaap,…). Er is een toegenomen bewustwording betreffende het voorschrijfgedrag van slaapmedicatie: voor de opstart kregen 68,4% van de patiënten met een zorgelement 'P06' slaapmedicatie voorgeschreven, na de opstart nog slechts 38%. Er blijkt daarnaast ook een verschuiving in het type medicatie dat wordt voorgeschreven. Zo wordt nu voornamelijk Zolpidem voorgeschreven in plaats van voorheen Trazodone.

Conclusies: Het praktijkverbeteringsproject werd door alle artsen als een meerwaarde ervaren. Door dit project werd er een verbetering van de kwaliteit in de zorg voor patiënten met slaapproblemen verwezenlijkt. Er heerst nu meer uniformiteit in de zorg tussen de artsen en bovendien is het beleid voor slaapproblemen nu veel meer 'evidence-based', waar dit voorheen meer op ervaring en historische groei steunde.

Inhoud

Abstract 3
Inleiding 5
Context 5
Doelstellingen 5
Praktijkvoorstelling 6
Onderzoeksmethode 7
Studiedesign 7
Resultaten 10
Literatuurstudie 10
Groepsgesprekken 11
Statistieken 18
Discussie 21
Conclusie 23
Dankwoord 24
Referenties 25
Bijlagen 27
Bijlage 1: Goedgekeurd protocol 27
Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité 35
Bijlage 3: Verslagen groepsgesprekken 39
Bijlage 4: Beleidsplan/protocol 49

Inleiding

Context

Uit een gezondheidsenquête in 2013 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bleek ruim 30% van de bevolking ouder dan 15 jaar last te hebben van slaapproblemen. In de enquête van 2018 werden de slaapproblemen evenwel vanuit een ander oogpunt benaderd. Hierin heeft men niet meer de aantallen opgenomen van de bevolkingsgroep die kampt met slaapproblemen, maar heeft men een vergelijking gemaakt van de groep die slaap- en kalmeermiddelen neemt. Daar waar dit cijfer in 2013 nog 13,2 % bedroeg, is dit in 2018 lichtjes gedaald naar 12,3 % (1). Over de impact van slaapproblemen op de gezondheid op bevolkingsniveau is nog weinig bekend. Langdurige insomnie zou onder andere gerelateerd zijn aan meer verkeersongevallen, toenemende arbeidsongeschiktheid en meer valpartijen (2).

Dagelijks worden meer dan 1 miljoen dosissen slaap- en kalmeermiddelen afgeleverd in de Belgische apotheken. Het verbruik in België ligt blijkbaar zeer hoog in vergelijking met omringende landen (2, 3). Omwille van de vele negatieve gevolgen van het (chronisch) gebruik van slaapmedicatie (zoals bv. slaperigheid, negatief effect op rijvaardigheid, psychische en fysieke afhankelijkheid na 1-2 weken inname), is het belangrijk dat gezondheidswerkers zich inspannen om het gebruik en voorschrijfgedrag van slaapmedicatie terug te dringen (4).

Omwille van de impact van langdurige insomnie op de gezondheid en de negatieve gevolgen van slaapmedicatie, is het aangewezen de aanpak van slaapklachten en insomnie te optimaliseren. Dit door enerzijds meer bewust te worden van de gevolgen van een medicamenteuze aanpak voor slaapklachten en insomnie en anderzijds ook door meer in te zetten op het aanbieden van niet-medicamenteuze alternatieven (3, 4).

Zelf heb ik in mijn opleidingspraktijk gemerkt dat er veel patiënten kampen met een slaapprobleem. Er wordt snel gevraagd naar een goede ‘slaappil’. Als arts kan de verleiding groot zijn om vervolgens effectief slaapmedicatie voor te schrijven gezien dit een snelle oplossing is. Bij het zoeken naar een geschikt onderwerp binnen de praktijk voor een praktijkverbeteringsproject werd bij het aansnijden van dit onderwerp al snel toegegeven door alle artsen dat slaapmedicatie inderdaad makkelijk wordt voorgeschreven en dat er in feite onvoldoende kennis is over mogelijke niet-medicamenteuze alternatieven. Gezien alle artsen gemotiveerd waren om de aanpak van slaapklachten en insomnie te optimaliseren binnen de praktijk, koos ik dit als thema voor mijn masterthesis.

Doelstellingen

De doelstellingen die met dit praktijkverbeteringsproject nagestreefd worden zijn tweeledig. Het eerste doel is een verbeterde registratie van zorgelementen en van de voorgeschreven medicatie. Het is belangrijk in een groepspraktijk waarbij patiënten wisselende contacten hebben tussen de artsen onderling, dat de artsen correct registreren in het elektronisch medisch dossier (EMD). Op deze manier ziet elke arts meteen de aanwezige zorgelementen en de daarbij voorgeschreven medicatie bij een bepaalde patiënt. Het tweede doel is de implementatie van een beleidsplan/protocol voor de aanpak van slaapproblemen binnen de praktijk, zodat de zorg rond slaapproblemen uniform is tussen de artsen en bovendien geoptimaliseerd wordt. Door deze doelen na te streven zullen we trachten een kwaliteitsverbetering te bekomen binnen de praktijk.

Praktijkvoorstelling

Dit kwaliteitsverbeteringsproject is uitgevoerd in de groepspraktijk waar ik gedurende twee jaar mijn opleiding tot huisarts volg. Het is een praktijk met twee vaste artsen en één HAIO. Alle artsen binnen de praktijk engageren zich voor deze studie. Tweewekelijks vindt er op donderdagmiddag een overleg plaats onder de artsen. Het medisch programma waar de praktijk mee werkt is CareConnect. De elektronische medische dossiers (EMD's) van de patiënten zijn gemeenschappelijk, de patiënten kiezen zelf welke arts zij raadplegen. Op het moment dat dit project van start ging, telde de praktijk 2.459 patiënten met een globaal medisch dossier (GMD).

Onderzoeksmethode

Studiedesign

Het studiedesign dat wordt gebruikt voor dit kwaliteitsverbeteringsproject op niveau van praktijkorganisatie is het 'Model for Improvement'. De doelstelling van dit model is het verbeteren van de kwaliteit in de praktijk door middel van kleine verbeteringsacties. Het model bestaat vooreerst uit 3 kernvragen: Wat proberen we te bereiken? Hoe weten we dat een verandering een verbetering is? Welke veranderingen gaan we uitvoeren die zullen leiden tot verbetering? En vervolgens dient er een 'PDSA'-cyclus doorlopen te worden, wat staat voor 'Plan-Do-Study-Act'. Vooreerst wordt een plan van aanpak beschreven (PLAN). Dit wordt vervolgens uitgevoerd op kleine schaal (DO) en hierop volgend geëvalueerd en gemeten om vast te stellen of het doel behaald is en of er al dan niet een verbetering is (STUDY). Als laatste wordt het plan bijgestuurd zo nodig en eventueel geïmplementeerd op grotere schaal (ACT). Door minimaal tweemaal deze cyclus te doorlopen willen we binnen de praktijk een kwaliteitsverbetering bekomen (5).

Iedere arts binnen de praktijk engageert zich om deel te nemen aan dit project, het staat de artsen natuurlijk vrij om indien nodig, om welke reden dan ook, af te wijken van het project. Daar er binnen dit project zal gewerkt worden aan een verbetering van de praktijk en het beleid, is het geen noodzaak een extra informed consent te verkrijgen van de patiënten. Het is steeds de taak van de arts om de beste zorgen te verstrekken aan de patiënt.

Het praktijkverbeteringsproject werd op 25-03-2019 goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (Bijlagen 1 en 2).

<u>Welk probleem proberen we op te lossen?</u>

Binnen de huidige praktijkorganisatie bestaat er nog geen gezamenlijk plan voor de aanpak van slaapproblemen. In een groeiende groepspraktijk zoals de praktijk waar deze studie werd uitgevoerd, zou het een meerwaarde zijn, voor zowel patiënt als arts, dat er een beleidsplan/protocol bestaat dat door alle artsen wordt nageleefd, zodat er een duidelijk beleid is binnen de praktijk rond slaapproblemen alsook het voorschrijven van slaapmedicatie. Ook is het belangrijk dat de artsen weten welke patiënten kampen met slaapproblemen en wie van hen reeds slaapmedicatie kreeg voorgeschreven. Er dient voldoende aandacht geschonken te worden aan het correct registreren van zorgelementen en voorgeschreven medicatie.

<u>Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is?</u>

Om te zien of het invoeren van een beleidsplan/protocol voor de aanpak van slaapproblemen een verbetering kan zijn, zullen er groepsgesprekken plaatsvinden met de deelnemende artsen in de praktijk. Er zal tijdens deze gesprekken nagegaan worden wat er al dan niet goed of fout loopt en hoe groot de motivatie van de artsen is. De groepsgesprekken zullen zoveel mogelijk gepland worden tijdens de tweewekelijkse vergaderingen die plaatsvinden in de praktijk op donderdagmiddag; zodat iedere arts aanwezig kan zijn. De gesprekken gebeuren in groep en er zullen geluidsopnames plaatsvinden tijdens de gesprekken, mits toestemming van iedere arts. Tijdens elke vergadering zal de HAIO een update geven van het verdere verloop van het project en ook de volgende data van gesprekken meedelen. Na afloop van een gesprek zal de HAIO een verslag maken van de vergadering,

aan de hand van de geluidsopname, die nadien gewist wordt (Bijlage 3). Het verslag wordt bezorgd aan de artsen zodat iedereen dit kan nalezen en bovendien goed op de hoogte blijft.

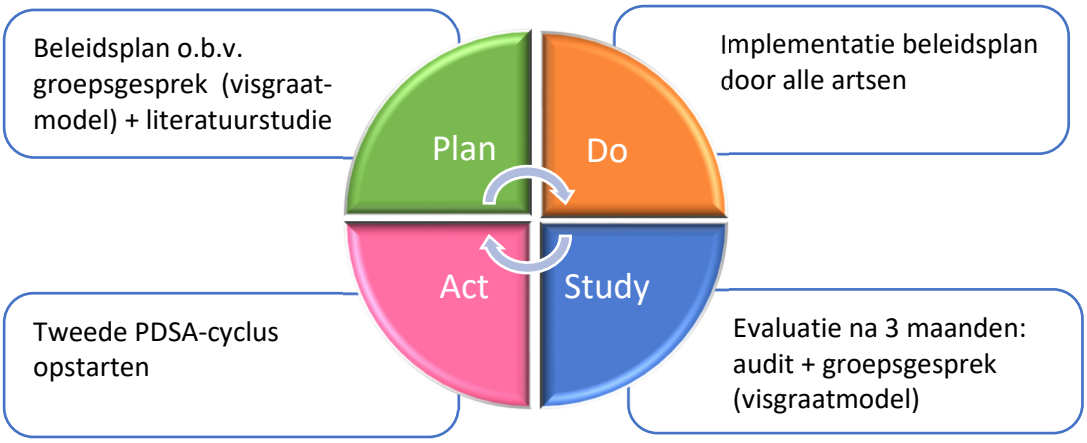
Er zal een startvergadering plaatsvinden waarbij gebruik gemaakt wordt van een visgraatmodel (5) met als doel verbeterpunten te distilleren voor de aanpak van slaapproblemen en van het verbeteren van de registratie in het EMD. Tijdens een volgende vergadering wordt het verslag, het uitgewerkte visgraatmodel en het verloop van het project toegelicht en besproken. Daaropvolgend wordt het beleidsplan voorgesteld en bepaald wanneer dit in gebruik zal genomen worden. Voor ingebruikname van het beleidsplan hebben artsen nog de mogelijkheid om opmerkingen door te geven die eventueel na akkoord worden doorgevoerd, nog voor de start. Na 3 maanden wordt een eerste evaluatie gehouden aan de hand van een audit en een groepsgesprek met visgraatmodel. Op basis van deze bevindingen zullen er aanpassingen doorgevoerd worden aan het beleidsplan. Dit wordt opnieuw geïmplementeerd in de praktijk. Nog eens 3 maanden later zal er een eindevaluatie plaatsvinden waar het gehele project wordt besproken en geanalyseerd. De verbetering van registratie van medicatie en zorgelementen zal nagegaan worden aan de hand van een audit, uitgevoerd via het EMD. Er zal zo gekeken worden of er een goede registratie is in de periode dat het project loopt. Aan de hand van deze evaluaties zal er al dan niet een nieuw beleidsplan opgesteld worden en zal er een volgende cyclus doorlopen worden om verdere kwaliteitsverbetering te bereiken.

<u>Welke veranderingen gaan we uitvoeren die zullen leiden tot verbetering?</u>

Iedere arts zal deelnemen aan het project. Er zal een beleidsplan/protocol worden opgesteld. Dit wordt gebaseerd op een literatuurstudie en de resultaten bekomen uit het visgraatmodel opgesteld tijdens de eerste vergadering. De literatuurstudie zal uitgevoerd worden volgens de watervalprocedure. Relevante literatuur zal gezocht worden met behulp van de CEBAM Digital Library for Health (CDLH). Er zal gezocht worden naar quaternaire bronnen (NHG, Domus Medica, EBM Practicenet,…). De referenties van relevante bronnen die hierbij gevonden worden, zullen ook geraadpleegd worden en geselecteerd indien geschikt. Tenslotte zullen ook masterthesissen geraadpleegd worden via de databank van het ICHO. Het doel van de literatuurstudie is een correct beleidsplan op te stellen voor de aanpak van slaapproblemen. Er zijn verschillende richtlijnen voorhanden, de bedoeling is de relevante informatie samen te voegen om zo voor de artsen één duidelijk plan te bekomen met hierin alle nodige informatie. Het beleidsplan/protocol zal handvaten aanreiken voor een betere registratie van medicatie en zorgelementen, een plan voor de aanpak van slaapproblemen met aandacht voor alternatieve hulpmiddelen om patiënten te begeleiden en toelichting over medicatie en wat de voorkeursmedicatie is indien dit opgestart moet worden.

PDSA-cycli

Figuur 1 en figuur 2 geven respectievelijk de eerste en tweede PDSA-cyclus weer, zoals uitgevoerd in de praktijk.



Figuur 1 : PDSA-cyclus 1



Figuur 2 : PDSA-cyclus 2

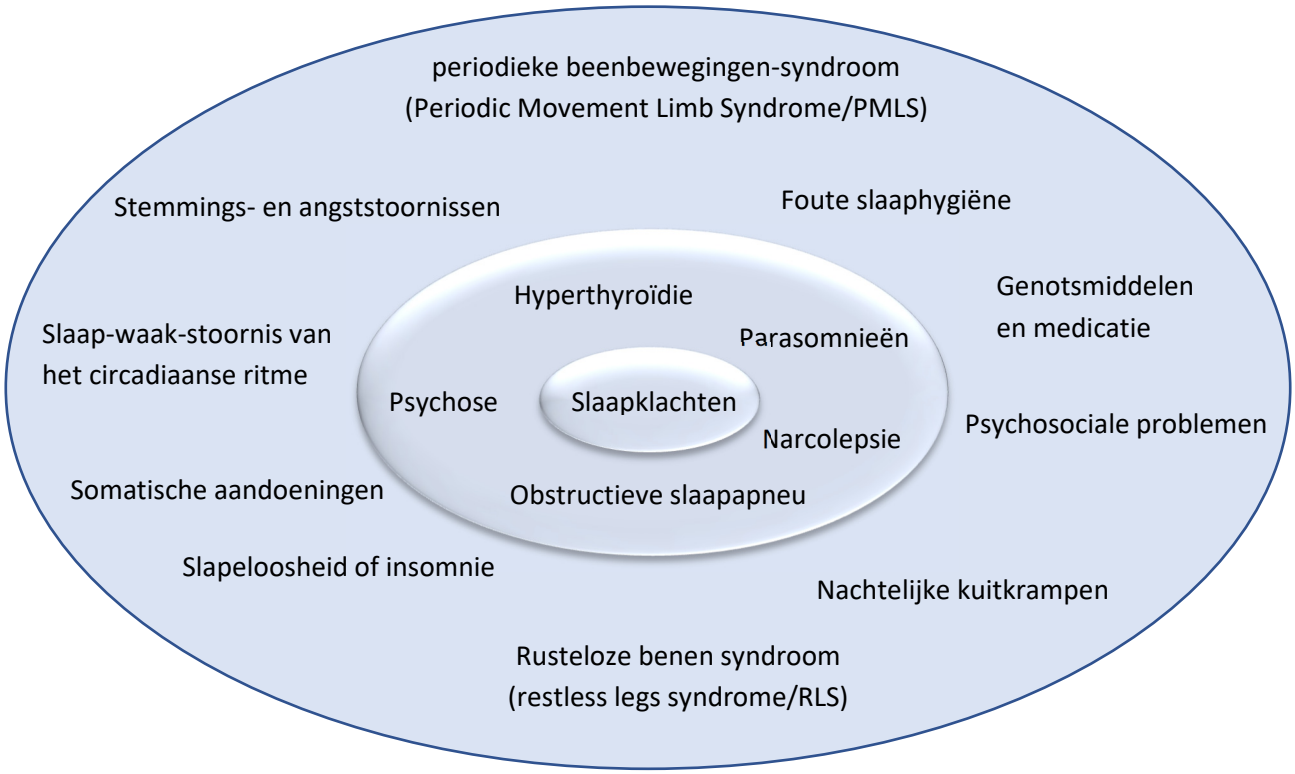
Resultaten

Literatuurstudie

Hieronder volgt een korte samenvatting van het literatuuronderzoek. Het definitieve beleidsplan (Bijlage 4) dat in dit praktijkverbeteringsproject is opgesteld, is gebaseerd op dit literatuuronderzoek en op de resultaten bekomen uit het visgraatmodel, opgesteld tijdens een eerste groepsgesprek.

De begrippen 'slecht slapen', 'slaapklachten' en 'slaapproblemen' omvatten het klachtenpatroon van een patiënt die betrekking heeft op te lange tijd tot het inslapen, te vaak ontwaken 's nachts, moeite om dan weer in slaap te vallen, te vroeg wakker worden, onrustig dromen en/of niet uitgerust wakker worden. Het begrip 'slaapaandoening' of 'slaapstoornis' wijst op een doorbreking van het normale slaappatroon, dus een effectieve stoornis in het slaap-waakpatroon. Voorbeelden van slaap-stoornissen zijn slapeloosheid/insomnie, rusteloze benen syndroom,…. Het is belangrijk een uitgebreide en goede anamnese te hanteren bij patiënten met klachten over slaap om een eventuele oorzaak van slaapstoornissen te achterhalen en zo de juiste diagnose te kunnen stellen.

Er zijn veel mogelijke diagnoses die aan de basis kunnen liggen van 'slaapklachten'. Het diagnostisch landschap voor 'slaapklachten' bevat een uitgebreide waaier aan diagnoses in de binnen- en buitencirkel (Figuur 3). In de binnencirkel (hierin worden de werkhypothesen gebundeld die ernstig zijn en/of behandeld kunnen worden) staan volgende werkhypothesen: psychose, hyperthyroïdie, parasomnieën, narcolepsie en obstructieve slaapapneu. De buitencirkel (hieronder vallen die werkhypothesen die minder ernstig zijn en/of niet behandeld kunnen worden) bevat psychosociale problemen, stemmings- en angststoornissen, somatische aandoeningen, slapeloosheid of insomnie, rusteloze benen syndroom (restless legs syndrome/RLS), periodieke beenbewegingen-syndroom (Periodic Movement Limb Syndrome/PMLS), genotsmiddelen en medicatie, slaap-waak-stoornis van het circadiaanse ritme, nachtelijke kuitkrampen en foute slaaphygiëne (2, 6, 7).



Figuur 3: Diagnostisch landschap

Gezien het diagnostisch landschap uitgebreid is en een anamnese veel tijd in beslag neemt, zijn er hulpmiddelen beschikbaar om deze anamnese te ondersteunen. Zo kunnen artsen in een eerste consult een slaapdagboek (om de slaapklachten in kaart te brengen) en een vragenlijst (zie beleidsplan) aanreiken aan de patiënt om in een volgend consult de anamnese aan te vullen. Eens de juiste diagnose gesteld is, kan de correcte behandeling worden ingezet of zo nodig een verwijzing plaatsvinden (6, 7).

De algemene richtlijn voor de aanpak van slaapproblemen is steeds een getrapte aanpak. Vooreerst bestaat dit uit de oorzakelijke aanpak, wat betekent dat behandelbare aandoeningen die het slaapprobleem veroorzaken dienen aangepakt en behandeld te worden. Indien er geen behandelbare oorzaak is, volgt een niet-medicamenteuze aanpak. Hierbij is psycho-educatie zeer belangrijk waarbij informatie en slaapadvies gegeven wordt. Ook worden niet-medicamenteuze technieken gehanteerd om slaapproblemen aan te pakken. Slechts in uitzonderlijke gevallen is er een medicamenteuze aanpak nodig, bovendien proberen we deze stap steeds te combineren met de niet-medicamenteuze aanpak (2, 6, 7).

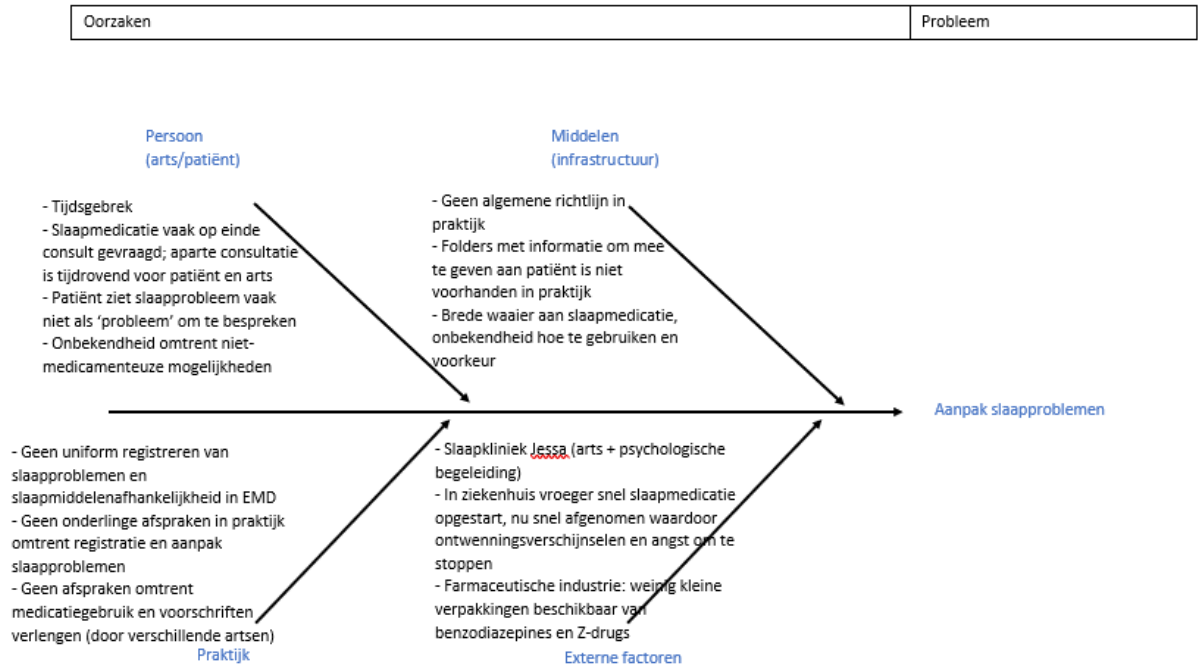
Groepsgesprekken

PDSA-cyclus 1

Na de goedkeuring door de Ethische Commissie Onderzoek op 25/03/2019 werd op 24/05/2019 een eerste groepsgesprek georganiseerd met alle artsen binnen de praktijk. Door middel van een visgraatmodel werden de huidige barrières en problemen rond het beleid van slaapproblemen en de registratie van zorgelementen en medicatie in kaart gebracht (Figuur 4). Er werd op vier verschillende domeinen nagegaan welke een rol spelen in het minder goede verloop van de aanpak van slaapproblemen en registratie van zorgelementen en medicatie. De volgende punten werden besproken:

- Domein persoon (arts/patiënt):
    - Het ervaren van tijdsgebrek speelt een belangrijke rol in een minder goede aanpak van slaapproblemen en correct registreren in het EMD. Eén consult is onvoldoende om een uitgebreide anamnese uit te voeren en nadien het gepaste beleid te bespreken met de patiënt.
    - Slaapklachten en de vraag naar slaapmedicatie zijn vaak een bijkomstigheid tijdens een consultatie voor een ander probleem, zo wordt dit vaak op het einde van een consult nog aangegeven door de patiënt. Hierdoor is er vaak onvoldoende tijd om deze klacht uitgebreid te bespreken. Eén van de artsen haalt aan dat er voor de bijkomende klacht dan eigenlijk een vervolgconsult zou moeten ingepland worden, maar de drempel om dit te doen is nog groot. Zowel voor de arts als de patiënt is dit tijdrovend. Alle artsen in onze praktijk geven aan op dit moment zelden aparte consultaties in te plannen.
    - Patiënten hebben vaak een beperkte kennis of inzicht met betrekking tot slaapproblemen en slaapmedicatie.
    - De artsen in de praktijk geven aan dat er slechts beperkte kennis is over de aanpak van slaapproblemen, voornamelijk over de niet-medicamenteuze aanpak.
- Middelen (infrastructuur)
    - Er is op dit moment geen gezamenlijk beleidsplan in de praktijk omtrent slaapproblemen en het registreren van zorgelementen en medicatie.

    - De artsen zouden het een meerwaarde vinden als er een informatiefolder zou zijn om mee te geven aan de patiënt ter ondersteuning van de informatie over slaap-problemen. Dit zou het tijdsbestek ook ten goede komen.
    - Er is een brede waaier aan slaapmedicatie, maar er wordt toegegeven dat er eigenlijk geen grote kennis is over de beschikbare medicatie. Momenteel wordt het voorschrijf-gedrag van slaapmedicatie voornamelijk gebaseerd op eigen ervaring en historische groei, maar weinig op basis van evidentie.
- Praktijk
    - Sinds de zomer van 2018 werd er overgeschakeld naar een nieuw medisch programma, namelijk CareConnect. Het is nog onduidelijk of alle dossiers correct zijn overgenomen en of hierbij alle zorgelementen en medicatie correct geregistreerd zijn in het nieuwe dossier. Ook zorgt de recente omschakeling ervoor dat de artsen nog bekend moeten raken met de nieuwe vorm van registreren. Alle artsen zijn het erover eens dat er meer aandacht moet besteed worden aan het correct registreren in het EMD en dit ook op een uniforme manier te doen binnen de praktijk.
    - Momenteel zijn er in de praktijk geen afspraken omtrent het voorschrijven van slaapmedicatie of verlenging hiervan.
- Externe factoren
    - In het dichtstbijzijnde ziekenhuis (Jessa ziekenhuis) is een slaapkliniek waar patiënten terecht kunnen voor hun slaapprobleem onder begeleiding van artsen en psychologen.
    - Volgens de artsen werd er bij een ziekenhuisopname vroeger vaak slaapmedicatie gegeven aan patiënten. Nu is de situatie net omgekeerd en wordt slaapmedicatie vaak gestopt tijdens een ziekenhuisopname. Gevolg hiervan is dat de patiënt ontwennings-verschijnselen krijgt en nadien angstig is om te stoppen met slaapmedicatie door deze nare ervaring.
    - Het gevoel van de artsen is dat psychiaters vlotter slaapmedicatie voorschrijven en dat zij ook gebruik maken van bijvoorbeeld neuroleptica.
    - Tenslotte is er nog het probleem van de farmaceutische industrie: er zijn zeer weinig kleine verpakkingen voorhanden van slaapmedicatie.



Figuur 4 : Visgraatmodel opstart project

Tijdens een volgende vergadering die plaatsvond op 06/06/2019 werd het uitgewerkte visgraatmodel besproken. De artsen hadden geen extra toevoegingen meer. Deze bespreking was dus een extra controle. Ook werd het verdere verloop van het project met alle artsen besproken zodat iedereen voldoende op de hoogte was van het volledige project.

Een eerste beleidsplan/protocol werd hierna uitgeschreven (Bijlage 4: definitieve beleidsplan). Dit werd gedaan aan de hand van de uitgevoerde literatuurstudie en er werd bovendien rekening gehouden met het uitgewerkte visgraatmodel, om zo tegemoet te komen aan de problemen die in onze praktijk heersen. Het beleidsplan voorziet een soort 'stappenplan' dat artsen kunnen toepassen bij patiënten die zich aanmelden met slaapproblemen of slaapklachten. Vooreerst gebeurt de registratie in het dossier (aanmelding) waarna een uitgebreide anamnese volgt. Voor de anamnese en verdere exploratie dient voldoende tijd genomen te worden. Een slaapdagboek en vragenlijst zijn voorzien om een vervolgconsult vlotter te laten verlopen. Vervolgens hebben we een uitgebreide lijst voorzien van mogelijke diagnoses waarbij steeds de registratie en verdere exploratie voorgesteld wordt. Bij elk van deze diagnoses wordt er weergegeven of er doorverwezen dient te worden of een behandeling kan ingesteld worden als huisarts. Deze behandelingen staan uitgewerkt in het beleidsplan, waarin de oorzakelijke aanpak, de niet-medicamenteuze aanpak en tot slot de medicamenteuze aanpak de volgorde bepalen. Er werd vooral verdiept in de diagnose 'slapeloosheid'. Hierbij wordt onder andere een informatiefolder voor de patiënt aangeboden.

Op 01/07/2019 werd het beleidsplan voorgesteld aan alle artsen. Er werd ruimte voorzien voor vragen en opmerkingen. De artsen kregen hierop volgend een week de tijd om nog bijkomende vragen te stellen of aanpassingen aan te vragen. Er werden twee wijzigingen aangevraagd, die na gezamenlijk overleg ook effectief werden doorgevoerd in het beleidsplan omdat ze de kwaliteit van het beleidsplan verbeterden.

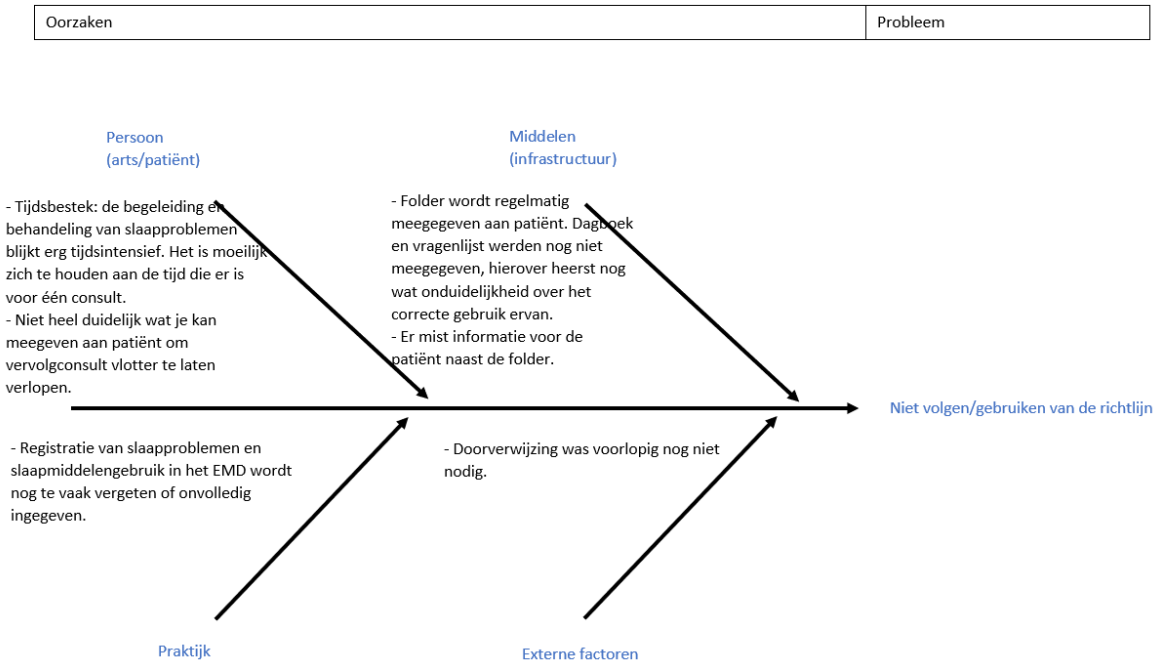
- Een eerste wijziging werd uitgevoerd aan de informatiefolder voor patiënten. De eerste versie bevatte te veel medische termen. Daarom werd de folder aangepast naar een meer begrijpbare taal voor patiënten zonder medische kennis.
- Een tweede aanpassing werd gedaan om de richtlijn praktischer en gebruiksvriendelijker te maken voor de artsen, zo werden er hyperlinks naar de folder, het slaapdagboek en vragenlijst toegevoegd zodat je rechtstreeks vanuit het beleidsplan dit kan openen.

Op 8/07/2019 ging men in de praktijk, na korte duiding van de laatste wijzigingen, effectief van start met de implementatie van het beleidsplan. Alle artsen engageerden zich om vanaf deze datum het geïmplementeerde beleidsplan toe te passen bij alle patiënten die zich aanmelden met slaapproblemen of vragen naar slaapmedicatie.

Drie maanden na de implementatie, op 15/10/2019, werd een eerste evaluatievergadering gehouden binnen de praktijk. Vooreerst werd aan de hand van een visgraatmodel (Figuur 5) besproken wat de redenen waren om het beleidsplan dat werd geïmplementeerd niet te volgen. Vervolgens werd het beleidsplan geëvalueerd.

De volgende punten kwamen tijdens de visgraatanalyse aan bod:

- Domein persoon (arts en patiënt)
    - Tijdsbestek blijft een groot struikelblok melden de artsen. Een uitgebreide anamnese en bespreking van het beleid vergt veel tijd.
    - De drempel om een vervolgconsult te geven voor de bespreking van slaapproblemen is lager, doch het is nog onduidelijk wat je kan meegeven aan de patiënt om zich voor te bereiden op het vervolgconsult. Indien dit duidelijker zou zijn, zou dit ook vlotter gaan in de praktijk en tijd besparen.
- Domein middelen (infrastructuur)
    - De informatiefolder wordt regelmatig gebruikt en meegegeven aan de patiënt. Geen enkele arts heeft het dagboek en de vragenlijst reeds gebruikt. Er heerst hier nog onduidelijkheid over. Indien dit correct zou gebruikt kunnen worden, zou dit een voordeel zijn om tijd te winnen binnen een consult.
    - Naast de algemene informatiefolder die nu beschikbaar is voor patiënten, zou het volgens de artsen eveneens een meerwaarde zijn indien er een informatiefolder beschikbaar zou zijn over de aanpak van slaapproblemen met hierbij speciale aandacht voor de niet-medicamenteuze aanpak en de nadelen van slaapmedicatie. Een mogelijkheid die hierbij aangehaald wordt is om dit bijvoorbeeld als een werkblad voor de patiënt uit te werken.
- Domein praktijk
    - Registratie van slaapproblemen en slaapmiddelengebruik in het EMD blijft moeilijk. De registratie wordt vaak vergeten, mogelijks zou dit beter gaan door regelmatige herinnering hieraan tijdens vergaderingen.
- Domein externe factoren
    - Doorverwijzing is tot op heden voor geen enkele patiënt nodig geweest.



Figuur 5 : Visgraatmodel na cyclus 1

Vervolgens werd ook een algemene evaluatie gehouden omtrent het gebruik van het beleidsplan om zo na te gaan of het effectief een meerwaarde is voor de praktijk en wat er goed en minder goed verloopt. Volgende punten werden hierbij besproken:

- Alle artsen zijn unaniem over de meerwaarde van het beleidsplan in de praktijk. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald: men is bewuster van het feit dat medicamenteuze aanpak voor slaapproblemen niet steeds de eerste en beste keuze is en er heerst meer kennis over niet-medicamenteuze aanpak van slaapproblemen.
- De gebruiksvriendelijkheid van het beleidsplan werd goed onthaald, dit door onder andere de hyperlinks die werden gebruikt.
- Het is een zeer uitgebreid beleidsplan waardoor dit goed op voorhand moet gekend zijn om effectief te kunnen toepassen in de praktijk. Volgens één van de artsen zou het een meerwaarde zijn als er een kort stroomschema beschikbaar zou zijn dat men kan hanteren bij een aanmelding van slaapklachten, slaapproblemen of slecht slapen, waarbij wordt weergegeven wat de te volgen stappen zijn om zo het consult nog vlotter te laten verlopen.
- De registratie van zorgelementen en medicatie (in dit geval slaapmedicatie) gebeurt nog te weinig volgens de artsen. De intensiteit van registratie zou opgedreven kunnen worden door regelmatige herinnering aan registratie enerzijds en implementering van een stroomschema met hierin ook aandacht voor de registratie anderzijds.
- Alle artsen in de praktijk zijn het er over eens dat ze minder snel slaapmedicatie en veel bewuster herhalingsvoorschriften voorschrijven.

Alle artsen zijn akkoord en ook gemotiveerd om het beleidsplan verder te gebruiken mits de nodige aanpassingen. Aan de hand van resultaten van het groepsgesprek werd het beleidsplan/protocol

herschreven, aangevuld, gewijzigd en bijgestuurd waar nodig. Ook werden er alvast tussentijdse metingen uitgevoerd (zie verder).

PDSA-cyclus 2

Het beleidsplan werd aangepast aan de hand van de bekomen resultaten na de evaluatie van de eerste PDSA-cyclus. De volgende wijzigingen werden doorgevoerd:

- Op vraag van de artsen werd een stroomschema toegevoegd met de te volgen stappen bij de aanmelding van slaapklachten, slaapproblemen of slecht slapen. Het doel van dit stroom-schema is om een betere registratie te bekomen en daarnaast verduidelijking te geven wat te doen of mee te geven aan de patiënten.
- Verduidelijking omtrent inclusiecriteria voor het gebruik van het beleidsplan.
    - Het beleidsplan kan zowel voor nieuwe klachten als voor reeds bestaande slaap-gerelateerde klachten gebruikt worden. Bij een reeds bestaande klacht ga je vooreerst na of er een correcte registratie is in het dossier van de patiënt en past dit indien nodig aan. Vervolgens kan je voor de patiënt in kwestie nagaan of er destijds een correcte diagnose en behandeling werd vooropgesteld en past ook hier aan indien nodig.
- Er werd een uitbreiding voorzien van de oplijsting van welke geneesmiddelen kunnen leiden tot slaapproblemen.
- Algemene informatie werd toegevoegd omtrent de algemene aanpak van slaapproblemen, namelijk de getrapte aanpak. Deze bestaat vooreerst uit een oorzakelijke aanpak, vervolgens een niet-medicamenteuze aanpak en tenslotte, indien nodig, een medicamenteuze aanpak.
- Er werd een werkblad opgesteld voor patiënten. Dit werkblad geeft uitleg en stelt hulpmiddelen voor de aanpak van slapeloosheid/insomnie. Het is de bedoeling dit met de patiënt te overlopen tijdens het consult en vervolgens het werkblad mee te geven. In een vervolgconsult kan dit werkblad een leidraad vormen.

De nieuwe versie werd tijdens een vergadering met alle artsen voorgesteld op 14/11/2019. Hierbij werden enerzijds de bovenstaande wijzigingen en toevoegingen voorgesteld, alsook verduidelijking gegeven over het gebruik van onder andere de vragenlijst en het slaapdagboek. Ook in deze tweede cyclus was er de mogelijkheid tot vragen en opmerkingen vooraleer effectief van start te gaan met de implementatie van deze tweede versie, doch ditmaal waren er geen opmerkingen of vragen. Zodoende kon al op 18/11/2019 van start gegaan worden met de nieuwe versie.

Op 06/02/2020 vond de eindevaluatie plaats, waarbij er een laatste keer feedback gevraagd werd aan alle artsen. Er werd nagegaan of er effectief een meerwaarde is, of het beleidsplan nuttig blijkt te zijn en of dit in de toekomst zal blijven gebruikt worden. Indien men beslist het beleidsplan verder te gebruiken zal er ook worden nagegaan of er nog wijzigingen dienen doorgevoerd te worden om zo een finaal beleidsplan voor de toekomst te verkrijgen. Ook zal er worden nagegaan of de vooropgestelde doelstellingen bij het begin van dit praktijkverbeteringsproject werden behaald en daarnaast een korte evaluatie over het verloop van de studie.

De volgende punten kwamen aan bod bij de eindevaluatie over de praktijkrichtlijn:

- Alle artsen vinden het beleidsplan voor slaapproblemen een meerwaarde in het dagelijks handelen. Het belangrijkste pluspunt dat wordt aangehaald is dat de artsen nu veel bewuster

omgaan met de klacht ‘slaapproblemen’. Zo vindt er een betere anamnese plaats met nadien het gepaste beleid. Ook wordt er heel wat meer aandacht besteed aan de niet-medicamenteuze aanpak van slaapproblemen. Volgens de artsen hebben ze beduidend minder nieuwe patiënten opgestart met slaapmedicatie sedert de start van het project.

- De toevoeging van het stroomschema na cyclus 1 wordt ervaren als een verbetering. Dit schema is makkelijk te raadplegen tijdens een consult en zo wordt de richtlijn goed gevolgd. Ook is het hiermee duidelijker wat mee te geven aan patiënten voor een vervolgconsult (zoals het slaapdagboek en de vragenlijst). Echter blijft de behandeling en begeleiding van slaapproblemen natuurlijk tijdsintensief.
- Het registreren van medicatie en zorgelementen blijft een aandachtspunt. Het toegevoegde stroomschema alsook de regelmatige herinneringen waren een meerwaarde, doch de registratie wordt toch nog snel uit het oog verloren. Volgens de artsen is er wel een verbetering sedert de start van het project maar blijft hier nog veel ruimte voor verbetering mogelijk.
- De middelen die worden aangeboden door het beleidsplan, namelijk de informatiefolder, het dagboek, de vragenlijst en de folder voor behandeling en advies, zijn gebruiksvriendelijk en bieden hulp tijdens het consult. De artsen geven aan dat dankzij het gebruik van deze hulpmiddelen, de patiënten zich ook gehoord en begrepen voelen.
- Er heerst nu veel meer kennis over de niet-medicamenteuze behandeling voor slaap-problemen, alsook over het medicatiebeleid. Artsen merken dat de niet-medicamenteuze behandeling goed onthaald wordt door patiënten mits voldoende uitleg. Op deze manier kan slaapmedicatie vermeden worden in de meeste gevallen.
- Door dit project is men veel bewuster geworden in het voorschrijven van slaapmedicatie.
- Een mogelijks verbeterpunt wat nog werd aangehaald is het aanbieden van informatie via het tv-scherm in de wachtzaal van de praktijk. Er zal in de toekomst worden bekeken wat hiervoor mogelijk is.

Ook werd er een bespreking gehouden onder de artsen over de algemene bevindingen van het project en het verloop ervan:

- Het project werd ervaren als een grote meerwaarde in de praktijk. Het was de eerste maal dat er een praktijkverbeteringsproject werd uitgevoerd in deze praktijk en alle artsen zijn het erover eens dat dit een meerwaarde is in de zorg die we bieden voor patiënten. Men gaat veel bewuster om met de huidige richtlijnen, men staat veel meer stil bij het voorschrijven van medicatie en je gaat je eigen handelen nog eens onder de loep nemen tijdens het project.
- Voor deze groeiende groepspraktijk is dit praktijkverbeteringsproject ook een meerwaarde. Gezien er nu meerdere artsen samen werken en samen de zorg dragen van patiënten is het ook belangrijk gezamenlijk en dezelfde zorgen te bieden. Door dit project is er meer uniformiteit binnen de zorg voor de patiënten.
- De artsen zijn gemotiveerd om dit beleidsplan verder te blijven gebruiken doch vinden het allen belangrijk om het beleidsplan up-to-date te houden. Dit zal een grote uitdaging zijn in de toekomst, zeker wanneer er mogelijks meer beleidsplannen worden gemaakt. Het is dan ook belangrijk dat iedere arts zich engageert om de recente literatuur te blijven raadplegen en opgedane kennis door te geven aan de andere artsen.
- Iedere arts is tevreden over het verloop van het project. Tot de eindmeet bleef iedereen zeer gemotiveerd. Voor iedere arts is het project geslaagd en smaakt een praktijkverbeterings-project naar meer in de toekomst.

Statistieken

Nadat de Ethische Commissie Onderzoek goedkeuring had verleend om van start te gaan met het praktijkverbeteringsproject, werd een eerste stand van zaken opgevraagd via de 'statistiek'-functie van het medische dossier CareConnect. Een kanttekening die we hierbij al meteen moeten maken is het feit dat de praktijk in de zomer van 2018 overschakelde naar dit nieuwe programma. Het is niet duidelijk of alle data correct werden geconverteerd. Ook is het belangrijk te weten dat in de praktijk veel huisbezoeken worden uitgevoerd, waarbij er voorlopig handmatig wordt voorgeschreven en dus aangegeven wordt dat deze voorschriften niet steeds in het medisch dossier worden genoteerd. Daarnaast bleek al snel dat de statistiek-functie onvoldoende informatie kon geven, derhalve waren we genoodzaakt om te werken met data-export naar een CSV-file om vervolgens hieruit alle waardes manueel te filteren. Doordat deze statistieken manueel dienden uitgevoerd te worden, zijn we ons ervan bewust dat deze dan ook minder betrouwbaar zijn.

Op 1 mei 2019 waren er 375 patiënten in het medisch dossier met een vermelding van slaap- en kalmeringsmiddelen. Er werd gezocht naar 'benzodiazepines' en 'medicatie verwant aan benzodiazepines: z-producten'. Het overgrote deel van de patiënten (250 van 375) stonden op dat moment als actief gebruiker geregistreerd (Tabel 1 en Figuur 6). Actief betekent dat de patiënt nog steeds de medicatie actief inneemt, passief wil zeggen dat de patiënt de medicatie genomen heeft maar ondertussen reeds gestopt is met de inname ervan.

Tabel 1 : Gegevens medicatie 1/05/2019

	Actief	Passief
1/mei	250	125



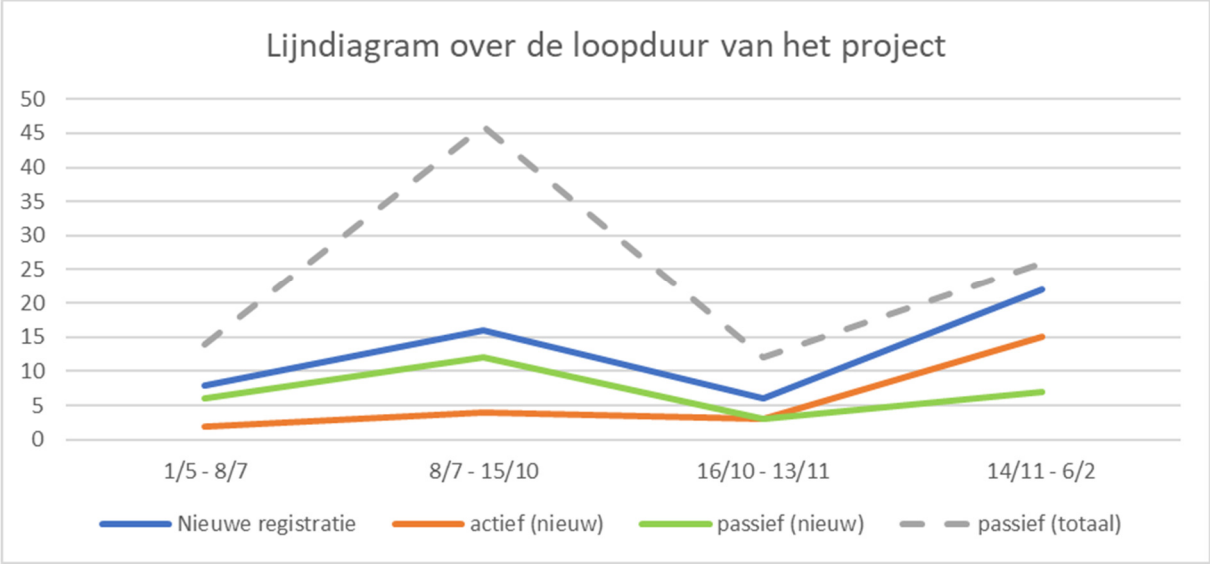
Figuur 6 : Cirkeldiagram medicatie 1/05/2019

Vervolgens deden we metingen bij de start (8/07/2019) en het einde (15/10/2019) van de eerste PDSA cyclus, en ook bij de start (14/11/2019) en het einde (06/02/2020) van de tweede PDSA cyclus. Volledigheidshalve heb ik de periode tussen het einde van de eerste cyclus en het begin van de tweede cyclus, waarin het beleidsplan werd herschreven, als een aparte periode beschouwd, daar de patiënten die zich toen aandienden wel in het project terecht kwamen, maar tussen de twee cycli vielen.

De volgende tabel (Tabel 2) en bijhorend lijndiagram (Figuur 7) geven de gegevens weer die we konden extraheren:

Tabel 2 : Gegevens registraties medicatie tijdens project

	Nieuwe registratie	Actief (nieuw)	Passief (nieuw)	Passief (totaal)
1/5 - 8/7	8	2	6	14
8/7 - 15/10	16	4	12	46
16/10 - 13/11	6	3	3	12
14/11 - 6/2	22	15	7	26



Figuur 7 : Lijndiagram registraties medicatie tijdens project

Vooreerst een verduidelijking van de gegevens: met het aantal 'nieuwe registraties' (eerste kolom en blauwe lijn) wordt het aantal patiënten bedoeld waar voor de eerste keer een registratie werd gedaan van benzodiazepines of z-producten in hun medisch dossier in de betreffende periode. Van deze nieuwe registraties werd vervolgens bekeken of deze op het einde van elke periode als actief of passief waren geregistreerd. Onder 'passief totaal' (laatste kolom en gestippelde grijze lijn) worden de patiënten weergegeven waarvan in de betreffende periode slaap-en kalmeermiddelen gebruik van actief naar passief werd geregistreerd.

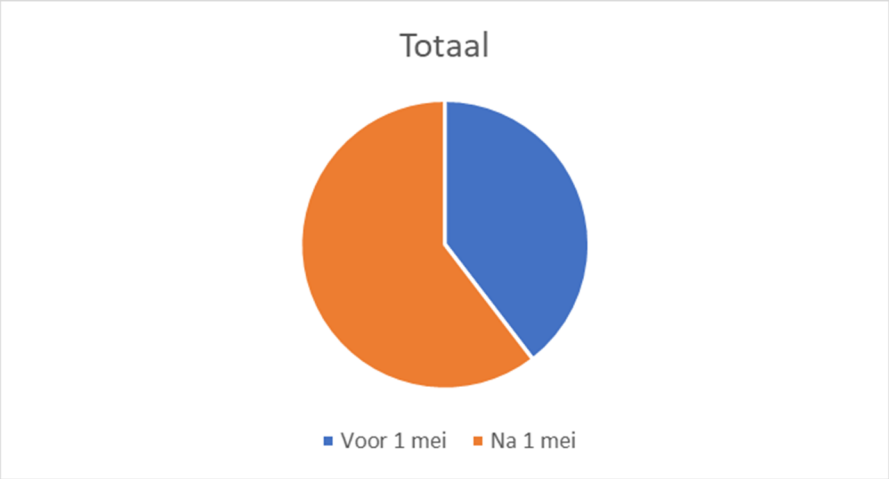
We zien dat tijdens het verloop van cyclus 1 en 2 er een duidelijke toename is van het aantal nieuwe registraties. Het lijkt alsof er dus net meer slaap- en kalmeermiddelen werden voorgeschreven in deze periodes, doch dit mag niet gesteld worden. We zijn elk medisch dossier van bovenstaande registraties afzonderlijk gaan bekijken. Hieruit blijkt dat de nieuwe registraties onder te verdelen zijn in drie groepen: effectief nieuwe gebruikers van de medicatie; registraties van nieuwe patiënten in de praktijk die de middelen reeds namen maar die nu pas geregistreerd werden in het dossier; en patiënten waarvan we weten dat zij al langere tijd de betreffende medicatie innemen maar waarvan dit nu pas werd geregistreerd, bijvoorbeeld bij rusthuisbewoners of patiënten waar steeds op huisbezoek wordt gegaan. Wat we nog leren uit bovenstaande tabel en grafiek is dat er in de periode van de lopende cycli bij heel wat patiënten de medicatie (slaap-en kalmeermiddelen) op 'passief' werd gezet. Wat betekent dat deze patiënten in de betreffende periode dus gestopt zouden zijn met het actief innemen van de medicatie. Echter zal dit een overschatting zijn. We vermoeden dat deze patiënten niet allemaal effectief op dat moment gestopt zijn met de inname maar dat er een betere registratie was in deze periodes. Ook de artsen zeggen regelmatig bewust de medicatielijst te hebben 'opgekuist'. Er werd dan gevraagd welke medicatie de patiënten effectief nog innamen. We kunnen dus stellen dat er tijdens het project meer bewustwording was van registratie van medicatie. Om een nog beter overzicht te bekomen van dit project zullen we deze cijfers blijven opvolgen in de toekomst. Zo zal deze statistiek steeds meer waarheidsgetrouw en nauwkeuriger worden naarmate de tijd vordert.

Daarnaast zijn we elk dossier van de 'nieuwe registraties' manueel gaan bekijken. Hierbij zijn we nagegaan of er bij de nieuwe registratie van benzodiazepines of z-producten, ook een zorgelement werd toegevoegd. In de eerste cyclus werd bij 8 van de 16 nieuwe registraties ook effectief een zorgelement toegevoegd. De zorgelementen die hierbij werden toegevoegd zijn slaapstoornis/ slaapprobleem; angst; benzodiazepine-afhankelijkheid en depressieve symptomen/depressie. In de periode tussen de twee cycli zijn slechts 2 van de 6 nieuwe registraties vergezeld van een zorgelement (namelijk depressie/depressieve symptomen). In de tweede cyclus zien we jammer genoeg een daling van het aantal geregistreerde zorgelementen bij de opstart van benzodiazepines of z-producten. Zo werd er bij slechts 6 van de 22 nieuwe registraties een zorgelement toegevoegd. De zorgelementen waren gelijkaardig als in de eerste cyclus. In de tweede cyclus werden dus duidelijk minder zorgelementen geregistreerd dan in de eerste cyclus en er is dus zeker nog veel ruimte voor verbetering. We moeten ons er wel van bewust zijn dat de tweede cyclus in de winterperiode heeft gelopen en dus ook een veel drukkere periode is dan de eerste, wat mogelijks een verklaring kan zijn voor de lagere registratiegraad.

Tenslotte werd er met behulp van de statistiek-functie nagegaan hoeveel en welke patiënten in hun dossier een registratie hadden van het zorgelement 'P06'. Dit zorgelement omvat onder andere moeilijke slaap, slaapapneu, insomnia, slaapstoornis, slaapklachten, slapeloosheid, slecht slapen, slaap-waak-ritme-stoornis,…. Op het einde van het project was het zorgelement bij 48 patiënten geregistreerd in hun dossier. Gezien de statistiek-functie het ook hier niet toeliet om na te gaan in welke periode dit werd geregistreerd en of er al dan niet medicatie bij opgestart werd, keken we elk van deze patiëntendossiers afzonderlijk na. Zeer opvallend is dat in de periode voor 1 mei 2019, 19 patiënten een registratie kregen met het zorgelement 'P06'. Na 1 mei 2019 tot en met maart 2020 telden we in totaal 29 nieuwe registraties (Figuur 8). Dit is duidelijk een ruime toename in het registreren van dit zorgelement. Het maakt de verbetering van de registratie van zorgelementen duidelijk. Tabel 3 geeft de registraties tijdens de verschillende periodes weer. Opmerking die we hierbij ook dienen te geven: in de 'tussenperiode' en in 'cyclus 2' werden respectievelijk 2 en 3 registraties uitgevoerd waarvan de patiënten al langere tijd kampten met een slaapprobleem, echter werd dit nooit geregistreerd. Dit zijn dus geen 'nieuwe gevallen' maar nieuwe registraties van reeds bestaande problemen. Verder kunnen we vaststellen dat in de periode voor de opstart van het project 13 van de 19 patiënten met een zorgelement 'P06' slaapmedicatie kregen voorgeschreven waarvan er momenteel nog 7 actief de medicatie innemen. Terwijl na de opstart van het project 11 van de 29 slaapmedicatie kregen voorgeschreven. In percentages uitgedrukt is dit respectievelijk 68,4% en 38%. Ook hierin zien we dus duidelijk een verschuiving en kunnen we stellen dat er meer bewustwording is bij het voorschrijven van slaapmedicatie. In de periode sinds de opstart van de medicatie werd voornamelijk 'Zolpidem' voorgeschreven waar dit voor de opstart voornamelijk Trazodone (Nestrolan) was. Dit is een positieve verschuiving sedert de opstart van het project daar Trazodone in de lijst 'te vermijden medicatie' staat gezien het een sterk sederend antidepressivum is en geen goede keuze is als slaapmedicatie. Volgens NHG heeft onder andere Zolpidem de voorkeur als er toch een slaapmedicament wordt voorgeschreven (Bijlage 4 p. 16-17).

Tabel 3 : Registratie zorgelement ‘P06’

Periode	Aantal registraties per periode
< 01/05/2019 (voor opstart project)	19
01/05/2019 – 07/07/2019 (opstartperiode)	2
08/07/2019 - 15/10/2019 (cyclus 1)	15
16/10/2019 – 13/11/2019 (tussenperiode)	4
14/11/2019 – 06/02/2020 (cyclus 2)	6
> 07/02/2020 (na project)	2
Totaal aantal registraties	48



Figuur 8 : cirkeldiagram registraties zorgelement ‘P06’

Discussie

Het was de eerste maal dat er een praktijkverbeteringsproject werd uitgevoerd in de praktijk waar dit project liep. Alle artsen gaven na afloop van het project aan dat dit een positieve vooruitgang was binnen de praktijk en in hun eigen handelen. Ieder van hen vond het een meerwaarde en zeker de moeite waard om enerzijds dit project verder te zetten en anderzijds ook andere topics in de praktijk in de toekomst te onderwerpen aan een praktijkverbetering aan de hand van het ‘Model for Improvement’.

De sterke punten van het project zijn de volgende:

- Duidelijke werkwijze: iedere arts was goed op de hoogte van het verloop van het praktijkverbeteringsproject. Er was een goede communicatie tussen de artsen. Tijdens de tweewekelijkse vergaderingen in de praktijk werd regelmatig informatie gegeven over de stand van zaken en het verloop.

- Alle artsen waren zeer gemotiveerd om deel te nemen aan dit project en ook tijdens het project bleef iedereen zich ten volle inzetten. Dit is mede dankzij de gezamenlijke beslissing om voor dit onderwerp te kiezen, wat de motivatie zeker ten goede komt, alsook de nauwe betrokkenheid van iedere arts door tijdens de evaluaties groepsgesprekken te organiseren.
- Dit project komt de zorg voor de patiënten van de praktijk ten goede zonder dat zij hier extra belasting door ervaren.
- Door dit project is er een hogere bewustwording van het eigen handelen van de artsen. Enerzijds in de aanpak van slaapproblemen en anderzijds in het voorschrijfgedrag van de artsen. De aanpak van slaapproblemen in de praktijk verloopt bijgevolg meer uniform tussen de verschillende artsen en zij zijn zich nu meer bewust van de huidige evidence-based richtlijnen.
- Dankzij het project werd de aandacht gevestigd op het correct registreren van zorgelementen en medicatie. Een betere registratie komt het optimale gebruik van het EMD ten goede.

De zwakke punten van het project zijn de volgende:

- Er werd in het beleidsplan een informatiefolder en een werkblad voor patiënten voorzien. Het zou een meerwaarde zijn geweest als we deze documenten door de patiënten zelf hadden laten evalueren. Door tijdsgebrek bleek dit echter niet mogelijk.
- Het beleidsplan bleek zeer nuttig bevonden door alle artsen. Echter zal het een moeilijke opdracht zijn om dit beleidsplan in de toekomst up-to-date te houden. Er zal nog besproken worden in de praktijk hoe we dit kunnen aanpakken, zeker als er nog dergelijke projecten zouden worden georganiseerd.
- De metingen die werden gepland en uitgevoerd waren niet zeer betrouwbaar. De statistiekfunctie van het programma was onvoldoende uitgebreid waardoor we handmatig de gegevens dienden te verwerken. Hierdoor zijn de bekomen metingen onderhevig aan menselijke fouten. Ook werden er vooraf geen concrete einddoelen bepaald wat het moelijker maakt om hieruit conclusies te trekken.
- De groepsgesprekken die werden georganiseerd ter evaluatie van de invoering van het beleidsplan zijn subjectief en voor interpretatie vatbaar. Zo kan een arts die na dit project instapt in de groepspraktijk een andere mening hebben over het beleidsplan.
- Tenslotte is de tijdspanne van onderzoek van telkens ongeveer 3 maanden relatief kort. Hierbij dient ook te vermelden dat de eerste cyclus tijdens de zomerperiode draaide en de tweede cyclus tijdens de winterperiode. Voor de klacht ‘slaapproblemen’ is dit toch een verschil, daar er vermoedelijk in winterperiode meer patiënten kampen met deze klachten.

Conclusie

Het praktijkverbeteringsproject dat werd uitgevoerd in de praktijk met als doelstelling de optimalisatie van het (medicatie-)beleid voor de aanpak van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk wordt door alle deelnemende artsen als een succes ervaren. Alle artsen werkten zeer gemotiveerd mee om zo een verbetering te bekomen in de praktijk en de vooropgestelde doelstellingen te behalen.

Er werden voorafgaand aan het project twee doelen vooropgesteld. Het eerste doel was een verbetering bekomen van de registratie van medicatie en zorgelementen in het medisch dossier. Daar er geen concrete einddoelen voorop werden gesteld voor de metingen en bovendien de metingen onvoldoende betrouwbaar zijn door de manuele tussenkomst, kunnen we moeilijk objectief bepalen of dit doel effectief bereikt werd. Echter blijkt wel uit de gedane metingen dat er vooruitgang is in de registratie, alsook werd dit subjectief door de artsen vermeld. Dit doel werd dus gedeeltelijk bereikt daar er wel aandacht werd gevestigd op dit probleem waardoor er meer bewustwording is. Doch is er nog veel ruimte voor verbetering en blijft dit doel in de toekomst een aandachts- en werkpunt binnen de praktijk. Het tweede doel was de implementatie van een beleidsplan/protocol voor de aanpak van slaapproblemen binnen de praktijk, zodat de zorg rond slaapproblemen geoptimaliseerd wordt en bovendien uniform is tussen de artsen. Dit doel is zeker bereikt. Alle artsen wensen op de ingeslagen weg verder te gaan, wat er toch op wijst dat het beleidsplan een verbetering vormt voor zowel artsen als patiënten.

Door deze doelen ook in de toekomst voor ogen te blijven houden, zijn we zeker geslaagd in een verbetering van de kwaliteit binnen de praktijk. In de toekomst zullen we deze statistieken op regelmatige basis opnieuw berekenen zodat de kwaliteit van de bekomen resultaten behouden blijft. Ook verliezen we op deze werkwijze de aandacht omtrent ‘slaapmedicatie’ niet uit het oog. De positieve ervaring omtrent een praktijkverbeteringsproject aan de hand van het ‘Model for Improvement’ biedt voor de toekomst mooie vooruitzichten in een verdere uitbreiding van verbeteringsprojecten binnen de praktijk om zo ook op andere domeinen verbeteringen van zorg te bekomen.

Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor Prof. Dr. Van Nuland en co-promotor Kristien Couteur bedanken voor hun begeleiding en feedback bij de realisatie van dit praktijkverbeteringsproject. Daarnaast gaat mijn dank ook uit naar de collega's in de praktijk, Dr. Sander Vernyns en Dr. Xavier Vernyns, voor hun enthousiasme en medewerking.

Referenties

1. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Brussel, België : Sciensano ; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be. (Geraadpleegd 5 april 2020)
2. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. EBM PracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) 2018. Beschikbaar via: https://domusmedica.be/richtlijnen/aanpak-van-slaapklachten-en-insomnie-bij-volwassenen-de-eerste-lijn. (Geraadpleegd 30 november 2018)
3. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Slaap- en kalmeermiddelen, denk eerst aan andere oplossingen. Internet site federale overheidsdienst 2019. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/medicatie/slaap-en-kalmeringsmiddelen. (Geraadpleegd 7 juni 2019)
4. Domus Medica. Huisarts kan slaapproblemen voortaan beter aanpakken. Artikel 12 oktober 2018. Beschikbaar via: https://domusmedica.be/actueel/huisarts-kan-slaapproblemen-voortaan-beter-aanpakken . (Geraadpleegd 20 juli 2019)
5. Grouwels D, Seuntjens L. Doktoreren met kwaliteit. Standaard Uitgeverij Antwerpen 2008.
6. Christiaens T, Creupelandt H, Callens Ja, Callens Ju, Pauwelyn J, Rogiers R, et al. Slaap en kalmeermiddelen-hulpmiddelenboek. Online handleiding in opdracht van FOD Volksgezondheid; 2018. Beschikbaar via: http://www.slaapenkalmeermiddelen-hulpmiddelenboek.be/. (Geraadpleegd 7 juni 2019)
7. NHG Standaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen (tweede herziening). NHG Werkgroep Slaapproblemen en Slaapmiddelen. Huisarts Wet 2014; 57 (7): 352-61.
8. Andries S. Knelpunten tussen praktijkricthlijn en huidige aanpak van insomnia in de huisartsenpraktijk. Een praktijkverbeterend project. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven 2010-2012.
9. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI vzw). Formularium Ouderenzorg – Slaapstoornissen. Internet site BCFI vzw 2017. Beschikbaar via: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/208#main. (Geraadpleegd 1 maart 2019)
10. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI vzw). Hypnotica, sedative, anxiolytica. Internet site BCFI vzw 2018. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7468. (Geraadpleegd 30 november 2018)
11. Christiaens T, De Loof G, Maloteaux JM. (BCFI) Slapeloosheid bij volwassenen. Een evidence-based richtlijn voor de eerste lijn. Folia Pharmacotherapeutica 2019, 46 (06).
12. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michiels J, De Meyere M, Mariman A. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Huisarts Nu 2005; 34 (7).
13. De Feyter J. Wat is de haalbaarheid van de huidige Domus Medica-aanbeveling Slapeloosheid in de aanpak van patiënten met een nieuwe klacht van slapeloosheid in een huisartsenpraktijk te Lede? Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent 2012-1014.
14. De Keyser A. Afbouw van slaapmedicatie bij ouderen: toetsen van een multidisciplinaire aanpak in een woonzorgcentrum. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent.
15. Gezondheid en wetenschap. Slaapklachten en slapeloosheid bij volwassenen. Internet site Gezondheid en Wetenschap 2019. Beschikbaar via: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/slaapklachten-en-slapeloosheid-bij-volwassenen. (Geraadpleegd 1 april 2019)
16. Hublin C. Episodische symptomen die gepaard gaan met slaap. Duodecim Medical Publications Ltd 2016. Beschikbaar via: www.ebpnet.be. (Geraadpleegd 1 april 2019)

17. Rintahaka P. Slaapstoornissen bij kinderen en adolescenten. Duodecim Medical Publications Ltd 2017. Beschikbaar via: www.ebpnet.be. (Geraadpleegd 1 maart 2019)
18. Rovasalo A. Langdurig benzodiazepinegebruik en ontwenning. Duodecim Medical Publications Ltd 2017. Beschikbaar via www.ebpnet.be. (Geraadpleegd 1 april 2019)
19. Thoen A, Rogiers R, Anthierens S, Creupelandt H, Christiaens T, Universiteit Gent. Benzo-consult, e-learning. FOD en RIZIV 2017. Beschikbaar via https://www.health.belgium.be/nl/e-services/e-learning . (Geraadpleegd 20 juli 2019)
20. UZ Leuven. E 352 – centrum voor slaap- en waakstoornissen – informatie voor patiënten. UZ Leuven 2015.
21. Vanderspickken F. Aanpak van slaapproblemen in de eerste lijn: implementatie van een praktijkrichtlijn. Masterproef Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven 2012-2013.
22. Welvaert L. Praktijkverbeterend project volgens Model for Improvement: de implementatie van een vroegtijdige zorgplanning bij alle permanente bewoners van woonzorgcentrum Heilige Familie te Kieldrecht. Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent 2017-2018.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

*Alhoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag. Bekijk de website voor voorbeelden en tekstsuggesties bij de verschillende onderdelen. Elke **herindiening of amendement** moet in '**track changes**' of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn.*

*This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application. See the website for examples and text suggestion for the various sections. **Every resubmission or amendment** should be done in '**track changes**' **or in 'highlight'** in order to identify the changes.*

Opmerking:

Highlight: GEEL = gewijzigd // ROOD = verwijderd

Protocol - full title	Optimalisatie van het (medicatie-)beleid voor de aanpak van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeteringsproject.
Version 1: Date submission	Date:19/02/2019
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:18/03/2019
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Dr. Marc Van Nuland
	Telephone: 016/37.72.91
	E-mail: marc.vannuland@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES X NO □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: Kristien Coteur
	Telephone: 016/19.42.65
	E-mail: kristien.coteur@kuleuven.be
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO X	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Kathleen Dreesen
	Student number: R0589262
	Telephone: 0499/48.15.00
	E-mail: kathleen.dreesen@student.kuleuven.be
	Name:

	Student number:
	Telephone:
	E-mail:
	Name:
	Student number:
	Telephone:
	E-mail:

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project.

Volgens de Belgische gezondheidsenquête van 2013 zou maar liefst 37% van de ouderen aangeven slaapproblemen te ervaren. Van de 75-plussers die de enquête invulden zou 20% in de laatste 24 uur slaap- of kalmeermiddelen hebben gebruikt. Een belangrijk aandachtspunt in ons land is het chronisch gebruik van benzodiazepines, dit zou heel hoog liggen in vergelijking met omringende landen. (Cloetens H et al. Aanpak van slaapklachten en insomnia bij volwassenen in de eerste lijn. EBM PracticeNet Werkgroep 2018.)
Zelf heb ik in de praktijk reeds gemerkt dat er veel patiënten, niet enkel ouderen, kampen met slaapproblemen en vragen naar een goed 'slaappilletje'. Voor diegene die chronisch benzodiazepines of Z-producten gebruiken is het moeilijk om deze te stoppen of af te bouwen.
Chronisch benzodiazepine- en Z-product-gebruik kan gepaard gaan met belangrijke risico's en nevenwerkingen zoals onder andere slaperigheid, negatief effect op rijvaardigheid en psychische en fysieke afhankelijkheid na 1-2 weken inname. Het is dan ook belangrijk om enerzijds het chronisch gebruik trachten te voorkomen en anderzijds bij patiënten met bestaand chronisch gebruik te streven naar afbouw en stopzetten van deze medicatie.

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study.

In een voorafgaande audit in het EMD kwam naar voor dat er vooreerst nood is aan een betere registratie van medicatiegebruik en zorgelementen in de dossiers. Bovendien is het belangrijk dat de verschillende artsen in de groepspraktijk eenzelfde beleidsplan volgen bij het voorschrijven van benzodiazepines en Z-producten om het ontstaan van chronisch gebruik van deze producten te vermijden. Daarnaast moeten we trachten patiënten met chronisch gebruik van benzodiazepines- of Z-producten te begeleiden bij het afbouwen en stoppen van deze medicatie, maar deze laatste optie valt buiten het opzet van deze thesis.

De doelen die we wensen te behalen binnen de praktijk volgen uit de conclusies van deze audit:
- Verbetering van de registratie van medicatie en zorgelementen
- Invoeren van beleidsplan/protocol voor aanpak slaapproblemen
- Afbouwen chronisch gebruik benzodiazepines of Z-producten.

In dit project zal er getracht worden om de eerste twee doelen te behalen. Door middel van een protocol voor de aanpak van slaapproblemen, waarin ook handvaten worden aangereikt voor een betere registratie, te implementeren in de praktijk wordt er gestreefd naar een kwaliteitsverbetering. Het derde doel wordt niet binnen deze studie aangepakt. We vinden dit binnen de praktijk wel een belangrijk aspect en de praktijkopleider zal dan ook deelnemen aan de 'Big Bird Trial'. Dit is een gerandomiseerd gecontroleerde studie die een vergelijking zal maken tussen een gemengd zorgtraject en standaardzorg voor de afbouw van dagelijks benzodiazepinegebruik. Deze thesis maakt geen deel uit van deze trial en er zal worden toegezien dat er geen contaminatie kan plaatsvinden tussen dit praktijkverbeterproject en de Big Bird trial.

4. RESEARCH METHOD

Present the methodologies and explain potential ethical implications of the planned methodologies.

Het studiedesign dat zal worden gebruikt voor het kwaliteitsverbeterproject op niveau van praktijkorganisatie is het 'model for improvement'. Dit model bestaat vooreerst uit 3 kernvragen;
Wat proberen we te bereiken?,
Hoe weten we dat een verandering een verbetering is?,
Welke veranderingen gaan we uitvoeren die zullen leiden tot verbetering?;
En vervolgens uit een 'PDSA'-cyclus wat staat voor 'Plan-Do-Study-Act'. Door minimaal twee maal deze cycli te doorlopen willen we een kwaliteitsverbetering bekomen in het beleid binnen de praktijk.

Welk probleem proberen we op te lossen?

Binnen de huidige praktijkorganisatie bestaat er nog geen gezamenlijk plan voor de aanpak van slaapproblemen. In een groeiende groepspraktijk zoals de praktijk waar deze studie zal worden uitgevoerd is het belangrijk voor zowel patient als arts dat er een protocol is dat door alle artsen wordt gesteund zodat er een duidelijk beleid is binnen de praktijk rond slaapproblemen.
Het protocol zal handvaten aanreiken voor een betere registratie van medicatie en zorgelementen; een beleid met hulpmiddelen om patiënten met slaapproblemen te begeleiden en informatie omtrent de verschillende benzodiazepines en Z-producten om zo het voorschrijfgedrag te optimaliseren.

Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is?

Om te zien of het invoeren van een protocol voor de aanpak van slaapproblemen een verbetering is, zullen er enerzijds metingen worden uitgevoerd door middel van audits en anderzijds zal er een groepsgesprek plaatsvinden met de artsen.
De metingen die zullen uitgevoerd worden richten zich voornamelijk op het eerste doel, namelijk het verbeteren van de registratie van medicatie en zorgelementen. Bij de start van de studie zal er een nulmeting worden uitgevoerd. Er zal worden nagegaan wat het aantal patiënten is in de praktijk die benzodiazepines en Z-producten in hun dossier hebben staan. Bovendien zal er ook worden nagegaan bij welke patiënten een zorgelement met indicatie voor benzodiazepine of Z-product gebruik staat genoteerd in het dossier. Tijdens de studie zullen er dan tussentijds deze zelfde metingen worden uitgevoerd en vergeleken worden met de nulmeting. Op het einde van de studie zal er een laatste meting worden uitgevoerd ter evaluatie.
Met de artsen van de praktijk zullen er groepsgesprekken gepland worden tijdens de implementatie

van het protocol. Door tijdens deze gesprekken een visgraatanalyse te hanteren zal er onder andere worden nagegaan wat er al dan niet goed of fout loopt en hoe de motivatie van de artsen is.
Na de metingen en het groepsgesprek, zal er worden geëvalueerd wat beter kan en hoe dit kan gerealiseerd worden. Er zal een nieuw actieplan worden opgesteld en een volgende cyclus zal doorlopen worden om verdere kwaliteitsverbetering te bereiken.

Welke veranderingen gaan we uitvoeren die zullen leiden tot verbetering?

Daar alle artsen binnen de praktijk zullen deelnemen aan de studie zal er in een eerste fase een groepsgesprek worden gepland waarbij mogelijke knelpunten binnen de aanpak van slaapproblemen zullen worden opgespoord. Vervolgens zal er een protocol worden opgesteld. Dit protocol zal gebaseerd worden op een literatuurstudie, uitgevoerd volgens het watervalfenomeen, en op de reeds gemaakte masterproeven omtrent dit onderwerp die te vinden zijn in de database van het ICHO.
Het protocol zal handvaten aanreiken voor een betere registratie van medicatie en zorgelementen; een beleidsplan voor de aanpak van slaapproblemen met aandacht voor alternatieve hulpmiddelen om patiënten te begeleiden; toelichting over medicatie en wat de voorkeursmedicatie is indien er moet gestart worden met medicatie.

PDSA cyclus

1. Plan: Vooreerst wordt er een groepsgesprek met de artsen binnen de praktijk georganiseerd. Rekening houdend met de informatie die hieruit werd verzameld zal er vervolgens aan de hand van een literatuurstudie een protocol worden uitgeschreven. Na uitleg en toelichting hiervan zal het protocol voor de aanpak van slaapproblemen worden geïmplementeerd in de praktijk.
2. Do: Wanneer er goedkeuring is van het OBC, kan er van start worden gegaan met het eerste groepsgesprek en de ontwikkeling van het protocol. Vervolgens kan het protocol worden voorgesteld aan de artsen en kan men van start gaan met de implementatie en het gebruik van het protocol voor de aanpak van slaapproblemen.
3. Study: Drie tot vier maanden na de implementatie van het protocol zal er een evaluatie plaatsvinden aan de hand van metingen en een groepsgesprek met de artsen.
4. Act: Aan de hand van de evaluatie die er zal worden uitgevoerd zal er bekeken worden wat er goed en minder goed loopt. Er zal opnieuw een PDSA cyclus worden opgesteld en doorlopen worden om zo een nog betere praktijkverbetering te realiseren.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate into the study. Informed consent to participate must be stated as an inclusion criterion. The study will require prior informed consent of the participants, or their legal representatives, to participate in the study. For all clinical studies, the investigators and participating sites shall obtain a signed informed consent form from all participants prior to their enrollment and participation in the study in compliance with all applicable laws, regulations and the approval of the OBC/Ethics Committee. The Investigators and participating sites shall retain such informed consent forms in accordance with the requirement of all applicable regulatory agencies and laws. The informed consent form must be integrated in this template.

De drie artsen (2 vaste artsen en 1 HAIO) in de praktijk engageren zich voor deze studie. Zij zullen het protocol dat wordt geïmplementeerd zo mogelijk gebruiken bij alle patiënten die zich aanmelden met slaapproblemen of die reeds slaapmedicatie nemen. Er is in deze studie niet echt sprake van

'inclusie of exclusie' van patiënten, wel van artsen.
In de praktijk wordt er in het dossier van de patiënten geregistreerd of ze een geïnformeerde toestemming geven voor het gebruik van Ehealth en dus akkoord zijn met het op een beveiligde manier delen van gegevens.

5.2 Expected duration

Specify the expected duration and define the end of the study for the study participant.

Zodra er goedkeuring is van het OBC, zal er van start worden gegaan met een eerste groepsgesprek met de artsen en vervolgens de ontwikkeling van het protocol. Het protocol zal vervolgens omstreeks ten laatste juni 2019 geïmplementeerd worden in de praktijk. Omstreeks augustus of september 2019 kan er een eerste evaluatie plaatsvinden waarbij vervolgens een nieuwe PDSA cyclus zal worden opgesteld om zo de kwaliteit nog verder te verbeteren. Deze cycli zullen herhaald worden tot en met maart 2019. In april 2019 zal er ruimte worden gelaten om alle resultaten te analyseren en het schrijven van de paper. Het definitieve resultaat dient ingeleverd te worden tegen 1 mei 2020.

5.3 Recruitment

Specify who will recruit the participants and how and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of informed consent.

Elke arts binnen de praktijk engageert zich om het gezamenlijk opgesteld en goedgekeurd beleid te volgen binnen de periode van de studie. Het staat iedere arts vrij om hier, indien nodig of om welke reden ook, van af te wijken en een ander beleid te volgen bij een bepaalde patiënt maar er wordt dan wel gevraagd dit te noteren in een register (anoniem) met de reden van afwijking.
De patiënten zullen geïnformeerd worden over deze studie die zal lopen binnen de praktijk om de kwaliteit te verbeteren. In de wachtzaal zal er een mededeling op het informatiescherm komen met informatie en toelichting over de studie die loopt. Indien zij meer informatie wensen hierover kunnen zij zich steeds wenden tot één van de drie artsen in de praktijk. (Zie annexes)
Ook zal er informatie worden gegeven via dit kanaal over de geïnformeerde toestemming van EHealth en de concrete betekenis hiervan.

6. ANALYSIS

Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases. Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size. Describe also methods for data analysis.

De drie artsen in de praktijk zullen allen deelnemen en trachten met deze studie een verbetering van de kwaliteit te bekomen. Er zullen twee vaste artsen deelnemen en één HAIO.
Er zal een protocol voor de aanpak van slaapproblemen worden uitgewerkt en vervolgens geïmplementeerd worden. De patiënten worden geïnformeerd via het informatiescherm in de wachtzaal en kunnen bij vragen steeds terecht bij alle artsen in de praktijk.
Om de drie à vier maanden zal er een evaluatie plaatsvinden binnen de praktijk en zal de vooropgestelde PDSA-cyclus afgerond worden. Er zal door middel van metingen en een groepsgesprek

geëvalueerd worden of de vooropgestelde doelen al dan niet bereikt werden en wat er goed/minder goed loopt bij de artsen bij het gebruik van het protocol.
Aan de hand van de resultaten en de conclusies die we kunnen trekken uit deze evaluatie zal er een nieuwe PDSA-cyclus worden opgesteld waarbij we datgene wat nog niet goed liep proberen te verbeteren. Er worden zo nodig wijzigingen aangebracht aan het protocol en de cyclus zal opnieuw doorlopen worden. Door minimaal twee maal de PDSA cyclus te doorlopen trachten we een goede verbetering van de kwaliteit te bekomen.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. coding or anonymization), how the data is safely stored, and what will happen to the data at the end of the project.

Alle data zullen tijdens het project met vertrouwelijkheid behandeld worden. De audits die worden uitgevoerd zullen volledig geanonimiseerd zijn. Het groepsgesprek met de artsen zal via geluidsopname opgenomen worden. Er zullen geen beelden gemaakt worden. De opgenomen groepsgesprekken zullen enkel beluisterd worden en uitgetypt worden door de onderzoeker. Transcripts van de groepsgesprekken zullen volledig geanonimiseerd worden. De data zullen bewaard worden op een persoonlijke computer die beveiligd is met een paswoord. Identificerende gegevens zullen niet op dezelfde locatie bewaard worden als de datafiles. Na het afronden van de data-analyse zullen de groepsgesprek-opnames en persoonlijke notities vernietigd worden. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripts aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden nog voor minstens vijf jaar bewaard worden.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*

- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promoter who will be responsible for follow up. In the information letter to the participants the name of the Principal Investigator has also been integrated.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the unit(s) or department(s) where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study.

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

Please add references mentioned above

Cloetens H et al. Aanpak van slaapklachten en insomnia bij volwassenen in de eerste lijn. EBM PracticeNet Werkgroep 2018.
Hublin C. Slapeloosheid. Duodecim Medical Publications Ltd 2018.
Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI vzw). Hypnotica, sedative, anxiolytica. Internet site BCFI vzw 2018. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7468.Geraadpleegd 30 november 2018.
NHG-standaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen (tweede herziening)
NHG-werkgroep Slaapproblemen en Slaapmiddelen. Huisarts Wet 2014; 57 (7): 352-61.

13. ANNEXES

All annexes should be integrated in this form, unless it would not be possible.

Please add here the information letter (if applicable)

Voorbeeld van informatie voor patient op informatiescherm in wachtzaal:

Beste patiënten,

Daar deze praktijk een opleidingspraktijk is zal er door Dr. Kathleen Dreesen een MaNaMa-thesis worden gemaakt. Deze thesis zal een kwaliteitsverbeteringsproject inhouden met als titel: 'Optimalisatie van het (medicatie-)beleid voor de aanpak van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeteringsproject'.

Chronisch gebruik van slaapmedicatie kan gepaard gaan met belangrijke risico's en nevenwerkingen zoals onder andere slaperigheid, negatief effect op rijvaardigheid en psychische en fysieke afhankelijk na 1-2 weken inname. Het is dan ook belangrijk om het chronisch gebruik trachten te voorkomen.

Er zal een gezamenlijk beleidsplan voor de aanpak van slaapproblemen worden opgestart, waar alle artsen mee zullen werken. Indien jullie vragen hebben mogen jullie zich steeds wenden tot één van de artsen.

Please add here the informed consent form (if applicable)

Please add here the questionnaire, information guide, test, etc. (if applicable)

Other (if applicable)

Bijlage 2: Gunstig advies ethisch comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP009654
Uw kenmerk: Masterproef studie: Optimalisatie van het (medicatie-)beleid voor de aanpak van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeteringsproject.
Leuven, 25-03-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Marc Van Nuland
Geachte Kathleen Dreesen

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 25-03-2019

Het betreft hierbij een herindiening. Er werd tegemoet gekomen aan de verschillende opmerkingen. De Commissie heeft geen verdere opmerkingen op de aanvraag.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 18-03-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP009654

Your reference: Master's thesis study: Optimalisatie van het (medicatie-)beleid voor de aanpak van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeteringsproject.
Leuven, 25-03-2019

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Marc Van Nuland
Dear Kathleen Dreesen

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 25-03-2019

Het betreft hierbij een herindiening. Er werd tegemoet gekomen aan de verschillende opmerkingen. De Commissie heeft geen verdere opmerkingen op de aanvraag.

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 18-03-2019 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

Bijlage 3: Verslagen groepsgesprekken

Verslag vergadering 1 – 24/05/2019

Aanwezig: Xavier Vernyns, Sander Vernyns, Kathleen Dreesen

Doel vergadering: Naar aanleiding van de masterthesis van Kathleen Dreesen houden we een eerste vergadering in de praktijk over het thema 'slaapproblemen'. Er zal een visgraatanalyse worden uitgevoerd met als doel verbeterpunten te distilleren voor de aanpak van slaapproblemen.

Agendapunten:

- Uitleg omtrent masterthesis
- Invullen visgraatanalyse
- Volgende vergadering vastleggen met als doel daarbij evaluatie visgraatanalyse en aanpassingen waar nodig (extra kwaliteitscontrole)

Verslag bespreking visgraatanalyse:

Probleem: aanpak slaapproblemen

Oorzaken:

- Persoon (arts/patiënt)
    - Slaapmedicatie is vaak een bijkomstigheid tijdens een consultatie. Patiënten geven 'terloops' aan dat ze moeilijkheden hebben met slapen en vragen zo ook soms naar slaapmedicatie. Eigenlijk zou voor deze klacht voldoende tijd moeten uitgetrokken worden. Zo zou er een vervolgconsultatie moeten ingepland worden om dit uitgebreid en rustig te kunnen bespreken. Maar dit is zowel voor patiënt als voor de arts tijdrovend.
        - Op dit moment worden er zelden aparte consultaties ingepland voor slaapproblemen.
        - Wat het extra moeilijk maakt is dat een slaapprobleem soms acuut is en het daarom moeilijk is om dit probleem naar een vervolgconsult te schuiven.
    - Een goede anamnese van een slaapprobleem neemt veel tijd in beslag.
    - Patiënten zien vaak niet dat het een probleem is, ontkenning van patiënt.
    - Weinig kennis over aanpak slaapproblemen, naast medicatie. Meer kennis nodig om patiënten te kunnen begeleiden met een slaapprobleem.
- Middelen (infrastructuur)
    - Geen algemene richtlijn in de praktijk die door alle artsen wordt gevolgd.
    - Het zou een meerwaarde zijn als er informatie-folders zouden zijn in de praktijk die konden meegegeven worden aan patiënt ter ondersteuning.
    - Geen grote kennis over medicatie en welke de voorkeur heeft. Nu wordt voorschrijfgedrag voornamelijk gebaseerd op eigen ervaring en historische groei. Weinig op basis van evidentie.
- Praktijk
    - Omschakeling naar nieuwe programma: sindsdien nog geen manier gevonden om uniform te registreren.
        - Slaapproblemen en slaapmiddelenafhankelijkheid zouden in EMD moeten genoteerd worden op een uniforme manier.

        - Er is momenteel geen onderlinge afspraak omtrent registratie en aanpak van slaapproblemen.
    - Geen afspraken binnen de praktijk over medicatievoorschriften en verlenging van voorschriften.
- Externe factoren
    - Slaapkliniek Jessa: uitgebreid slaaplabo met begeleiding van arts en psychologische begeleiding voor slaapproblemen.
    - Ziekenhuizen: vroeger kregen veel oudere patiënten die werden opgenomen in het ziekenhuis voor een langere periode slaapmedicatie voorgeschreven. Met als gevolg dat deze patiënten bij ontslag dit verder wouden nemen en chronische gebruikers werden. Nu is er een verandering opgetreden in de ziekenhuizen. De slaapmedicatie wordt bij vele plots gestopt omwille van valpreventie. Met als gevolg dat deze patiënten ontwenningsverschijnselen krijgen. Na ontslag starten deze patiënten opnieuw met medicatie en staan weigerachtig tegenover een stop omwille van de negatieve ervaring tijdens stoppen.
    - Het gevoel van de artsen in de praktijk is dat psychiaters vlot medicatie voorschrijven en dat zij ook gebruik maken van neuroleptica enzovoort.
    - Farmaceutische industrie: er zijn weinig kleine verpakkingen beschikbaar van slaapmedicatie. Enkel van Zolpidem zijn kleine verpakkingen van 10 comprimés beschikbaar. Daarom deze vaak als eerste keuze.

Verslag vergadering 2 – 06/06/2019

Aanwezig: Xavier Vernyns, Sander Vernyns, Kathleen Dreesen

Doel vergadering: Uitgewerkte visgraatanalyse doornemen en aanpassen of aanvullen waar nodig.

Agendapunten:

- Bespreking uitgewerkte visgraatanalyse
- Bespreking verdere verloop MaNaMa-thesis

Bespreking

- Visgraatanalyse beantwoord volledig aan de verwachtingen. Voorlopig zijn er geen extra toevoegingen.
- Verdere verloop:
    - Praktijkrichtlijn is in ontwikkeling. Deze richtlijn zal gemaakt worden aan de hand van een literatuurstudie en rekening houdend met de visgraatanalyse die gezamenlijk werd opgesteld.
    - 01/07/2019: richtlijn wordt voorgesteld in de praktijk aan de artsen
        - Mogelijkheid om aanpassingen of opmerkingen door te geven. Deze opmerkingen zullen eerst gezamenlijk worden besproken en indien iedereen akkoord is zullen aanpassingen worden uitgevoerd aan de richtlijn.
    - 08/07/2019: praktijkrichtlijn zal in gebruik genomen worden door alle artsen in de praktijk.
    - Datum van eerste evaluatie na gebruik van praktijkrichtlijn zal nog worden meegedeeld aan de artsen.

Verslag vergadering 3 – 01/07/2019

Aanwezig: Xavier Vernyns, Sander Vernyns, Kathleen Dreesen

Doel vergadering: Voorstelling praktijkrichtlijn aan alle artsen in de praktijk.

Agendapunten:

- Voorstelling praktijkrichtlijn
- Beantwoorden van vragen over praktijkrichtlijn

Bespreking

- Voorstelling praktijkrichtlijn.
    - In de praktijkrichtlijn zitten de 2 doelen vervat die we wensen te behalen binnen de praktijk, namelijk:
        - Verbetering van de registratie van medicatie en zorgelementen: er staat in de richtlijn hoe de registratie moet gebeuren.
        - Invoeren van beleidsplan/protocol voor aanpak slaapproblemen.
- Indien opmerkingen over praktijkrichtlijn: deze melden aan Kathleen voor 8 juli. Vervolgens zal Kathleen deze in acht nemen en zal er kort gezamenlijk overleg volgen over de opmerking. Enkel indien er tot een gezamenlijk akkoord word gekomen zullen er effectief aanpassingen worden doorgevoerd.

Verslag vergadering 4 – 08/07/2019

Aanwezig: Xavier Vernyns, Sander Vernyns, Kathleen Dreesen

Doel vergadering: Invoeren praktijkrichtlijn.

Agendapunten:

- Praktijkrichtlijn zal bij iedereen in map op pc worden gezet met nodige extra documenten.
- Overlopen wijzigingen in praktijkrichtlijn.
- Beantwoorden van nog eventuele vragen.

Bespreking

- Doorgevoerde wijzigingen in praktijkrichtlijn (telkens pas na gezamenlijk overleg):
    - Folder werd aangepast naar meer begrijpbare taal. Vorige versie bevatte te veel medische termen.
    - Links naar folder, slaapdagboek en vragenljist werden toegevoegd zodat je rechtstreeks vanuit de praktijkrichtlijn alles kan openen.
- Voorlopig geen vragen meer over praktijkrichtlijn.
- Een eerste evaluatie na in gebruik name zal volgen, datum hiervan wordt nog meegedeeld.

Verslag vergadering 5 – 15/10/2019

Aanwezig: Xavier Vernyns, Sander Vernyns, Kathleen Dreesen

Doel vergadering: Eerste evaluatie na in gebruik name praktijkrichtlijn slapeloosheid – insomnie

Agendapunten:

- Evaluatie praktijkrichtlijn
- Beantwoorden vragen over praktijkrichtlijn
- Bespreking verdere verloop

Bespreking

- Evaluatie praktijkrichtlijn
    - Algemene evaluatie
        - De artsen in de praktijk zijn het er unaniem over eens dat de praktijkrichtlijn omtrent slaapproblemen een meerwaarde is in de begeleiding en behandeling van patiënten met slaapproblemen. Dit om verschillende redenen: enerzijds is men nu bewuster van het feit dat slaapmedicatie in de meeste gevallen niet de beste keuze is, anderzijds is men nu meer op de hoogte van de niet-medicamenteuze behandelingen die aangeboden kunnen worden.
        - De richtlijn is volgens alle artsen goed en gebruiksvriendelijk door de hyperlinks die werden gebruikt. Wel is het een zeer uitgebreide richtlijn. Volgens één van de artsen zou het een meerwaarde zijn als er een korte flowchart beschikbaar zou zijn voor wat te doen als iemand op het einde van het consult een slaapprobleem aanhaalt. Er dient dan best een vervolgconsult gepland te worden, maar het zou duidelijker mogen zijn wat je dan al kan meegeven aan de patiënt om het volgende consult vlotter te laten verlopen. De artsen geven immers aan dat tijd toch een belangrijke valkuil blijft. Een slaappilletje is snel voorgeschreven en meegegeven, een niet-medicamenteuze behandeling aan de patiënt voorleggen is tijdsintensief. Daar men vroeger amper een vervolgconsult plande voor een slaapprobleem, gebeurt dit nu wel zeer regelmatig. Dat is een grote vooruitgang. Doch tijdens deze extra raadpleging waarin louter het slaapprobleem wordt aangekaart is er vaak nog meer tijd nodig dan voorzien. Daarom zou het ook om deze reden handig zijn om op voorhand wat ‘huiswerk’ aan de patiënt mee te geven zodat het vervolgconsult vlotter zou kunnen verlopen. De folder wordt wel regelmatig meegegeven aan patiënten.
        - De artsen zijn het er ook over eens dat sinds de ingebruikname van de richtlijn, ze veel minder tot zelfs geen nieuwe patiënten slaapmedicatie hebben voorgeschreven. In dat opzicht is het opzet van de richtlijn al zeker deels geslaagd.
        - De registratie van slaapproblemen en medicatiegebruik verloopt voorlopig minder goed. Dit wordt regelmatig vergeten en hier wordt minder aandacht aan besteed. Hierbij lijkt het mij vooral belangrijk dat er regelmatig tijdens de twee-wekelijkse vergaderingen in de praktijk wordt herhaald dat iedere arts

zijn steentje hieraan moet bijdragen. Door regelmatige herinnering hieraan zou de intensiteit van registratie mogelijks kunnen verhoogd worden.

- Visgraatanalyse: wat zijn redenen om de richtlijn niet te volgen of niet te gebruiken?
  - Domein 'persoon' (arts en patiënt)
    - Tijdsbestek: tijd blijft een struikelblok. Hoewel er al veel vaker een vervolgconsult wordt gepland voor probleem van slapeloosheid te bespreken, dan nog vergt dit veel tijd in één consult.
    - Indien slaapprobleem op het einde van een consult wordt meegedeeld, wordt nu wel een vervolgconsult gepland doch zou het een meerwaarde zijn als er duidelijker was wat mee te geven aan patiënt om vervolgconsult vlotter te laten verlopen.
  - Domein 'middelen' (infrastructuur)
    - Folder wordt regelmatig gebruikt. Dagboek en vragenlijst werden nog niet meegegeven aan patiënten. Voornamelijk omwille van onduidelijkheid wanneer te gebruiken en in welke setting.
    - Er mist ook een informatieblad voor de patiënt tijdens het vervolgconsult. De folder is een hulpmiddel om de patiënt te informeren over slaapproblemen en al enkele tips te geven. Er zou nog extra informatie beschikbaar mogen zijn om de patiënt mee te geven over de niet-medicamenteuze adviezen, de nadelen omtrent slaapmedicatie. Dit kan mogelijks in de vorm van een werkblaadje voor de patiënt bijvoorbeeld.
  - Domein 'praktijk'
    - Registratie van slaapproblemen en slaapmiddelengebruik in het EMD blijft moeilijk. Dit wordt nog te vaak vergeten tijdens of na een consult. Mogelijks zou dit beter gaan door regelmatig een herinnering te geven tijdens de vergaderingen.
  - Domein 'externe factoren'
    - Doorverwijzing is tot op heden bij de artsen nog niet nodig geweest.

- Vragen over huidige praktijkrichtlijn
  - Niet duidelijk hoe men slaapdagboek en vragenlijst kan gebruiken in praktijk. Dit zal bij de volgende versie van de praktijkrichtlijn duidelijker gemaakt worden. Bij invoering nieuwe versie zal hier dan ook verder op ingegaan worden.
  - Verder geen vragen over huidige richtlijn.
- Verdere verloop
  - Nieuwe versie praktijkrichtlijn zal gemaakt worden. Hierbij zal enerzijds rekening gehouden worden met de opmerkingen en evaluatie van de artsen en anderzijds ook van de promotor en co-promotor.
  - Wanneer nieuwe versie af is, zal dit worden meegedeeld aan de artsen. Er zal dan een vergadering worden ingepland om de richtlijn te verduidelijken. Vervolgens wordt de nieuwe richtlijn geïnstalleerd bij iedereen op de pc en kan deze in gebruik worden genomen tot het volgende evaluatiemoment.

Verslag vergadering 6 – 14/11/2019

Aanwezig: Xavier Vernyns, Sander Vernyns, Kathleen Dreesen

Doel vergadering: Bespreking wijzigingen in praktijkrichtlijn slapeloosheid – insomnie naar aanleiding van vorige evaluatie

Agendapunten:

- Toelichten van wijzigingen in praktijkrichtlijn
- Bespreking verdere verloop

Bespreking

- Nieuwe versie van praktijkrichtlijn werd doorgestuurd naar alle artsen, voorlopig staan de wijzigingen geel gemarkeerd. Grootste wijzigingen zijn het stroomschema en het werkblad voor patiënten.
    - Er waren na het bespreken van de belangrijkste wijzigingen geen vragen meer.
- Er mogen tot en met zaterdag nog opmerkingen (verbeterpunten, vragen, …) worden doorgegeven aan Kathleen. Indien er opmerkingen zijn zullen we na kort gezamenlijk overleg nog de nodige aanpassingen doorvoeren. Indien er geen opmerkingen meer zijn wordt er met de laatste nieuwe versie aan de slag gegaan.
- Na 2 tot 3 maanden zal er een eindevaluatie plaatsvinden. Tijdens deze evaluatie wordt er nog een laatste keer feedback gevraagd aan alle artsen. Met deze feedback zal de praktijkrichtlijn dan gefinaliseerd worden. Zo bekomen we een definitieve praktijkrichtlijn die, indien de artsen dit nuttig blijken te vinden, in de toekomst zal kunnen blijven gebruikt worden.
- De datum van de eindevaluatie volgt nog.

Opmerking: gezien er na toelichting van de nieuwe versie van de praktijkrichtlijn geen nieuwe opmerkingen zijn gekomen van de artsen, werd er maandag 18/11/2019 van start gegaan met de nieuwe versie.

Verslag vergadering 7 – 06/02/2020

Aanwezig: Xavier Vernyns, Sander Vernyns, Kathleen Dreesen

Doel vergadering: Eindevaluatie gebruik praktijkrichtlijn slapeloosheid – insomnie

We houden een eindevaluatie omtrent de praktijkrichtlijn slapeloosheid – insomnie. Deze werd ingevoerd naar aanleiding van de masterthesis van Kathleen.
Tijdens deze eindevaluatie zullen we kijken of er verbeterpunten zijn, indien deze er zijn zullen ze effectief aangepast en doorgevoerd worden. Zo komen we uiteindelijk tot een definitieve praktijkrichtlijn. Indien de artsen in de praktijk tevreden zijn en een verder gebruik in de toekomst als nuttig achten, zal de richtlijn ook worden gehanteerd in de toekomst.
Er werden bij aanvang twee doelen voorop gesteld die we wensten te behalen met deze masterthesis. In deze vergadering zal er worden besproken of deze doelen voor de artsen al dan niet behaald werden. De doelen zijn de volgende:
- Verbetering van registratie van medicatie en zorgelementen
- Invoeren van beleidsplan/protocol voor aanpak slaapproblemen.
Tenslotte zal er nog even aandacht besteed worden aan het algemene verloop van de totstandkoming van deze praktijkrichtlijn.

Agendapunten:

- Eindevaluatie praktijkrichtlijn
- Bespreking gebruik in de toekomst
- Doelen al dan niet behaald?
- Algemene verloop totstandkoming praktijkrichtlijn bespreken

Bespreking

- Eindevaluatie praktijkrichtlijn
    - De praktijkrichtlijn is zeker geslaagd wat alle artsen betreft. Het belangrijkste pluspunt wat wordt aangehaald, is dat de artsen nu veel bewuster omgaan met de klacht ‘slaapproblemen’. Zo vindt er een betere anamnese plaats met nadien een beter beleid, daar er vroeger al eens sneller medicatie werd voorgeschreven wordt er nu ook zeker aandacht besteed aan de niet-medicamenteuze aanpak van slaapproblemen. Volgens de artsen hebben ze zo goed als geen nieuwe patiënten opgestart met slaapmedicatie sedert de start van het project.
    - De toevoeging van het stroomschema vinden de artsen een verbetering. Het is duidelijk wat je kan meegeven als huiswerk aan de patiënt (slaapdagboek en vragenlijst) waardoor het vervolgconsult al vlotter gaat. Echter blijft de behandeling en begeleiding van slaapproblemen natuurlijk tijdsintensief.
    - Het registreren van medicatie en zorgelementen blijft een aandachtspunt. Het stroomschema wat werd toegevoegd is een meerwaarde geweest doch wordt dit snel uit het oog verloren. Er is volgens de artsen toch zeker wel een verbetering sedert de start van het project.
    - De middelen die worden aangeboden in de praktijkrichtlijn (folder, dagboek, vragenlijst) zijn volgens de artsen voldoende en gebruiksvriendelijk. Hier heeft niemand nog iets op aan te merken of aan toe te voegen. Voornamelijk de folder wordt nu zeer veel overlopen en meegegeven aan de patiënten. Er wordt aangegeven dat dit voor patiënten vaak al voldoende is om de slaapproblemen een

plaats te kunnen geven, ze voelen zich hierdoor gehoord. Bij de grote meerderheid van de gevallen is het bespreken van de folder voldoende als 'behandeling', dus gewoon informatie en uitleg geven. Patiënten begrijpen dan ook waarom slaapmedicatie geen goede oplossing is en aanvaarden dit ook beter door voldoende uitleg. Het werkblad voor patiënten werd nog niet veel gebruikt maar wordt zeker ook als nuttig ervaren.

- Algemeen
    - Dit project wordt ervaren als een grote meerwaarde in de praktijk. De artsen geven aan dat ze sinds de implementatie van het beleid dit ook plichtsbewust volgen en ze merken dat ze hier ook de vruchten van plukken. De richtlijn heeft er voor gezorgd volgens één van de artsen dat je je eigen handelen in vraag gaat stellen en het beleid gaat bijschaven naar de huidige richtlijnen. Bovendien wordt er veel bewuster om gegaan met slaapproblemen en is het beleid nu ook uniform in de praktijk. Alle artsen volgen hetzelfde beleid waardoor patiënten ook duidelijkheid hebben. Er is de artsen opgevallen dat er vaak met voldoende uitleg te geven al veel kan 'opgelost' worden van de klacht. Ook zijn de artsen nu meer op de hoogte van de niet-medicamenteuze aanpak van slaapproblemen. Door dit project is men veel bewuster in het voorschrijven van slaapmedicatie.
    - Wat men wel aanhaalt naar de toekomst is dat het belangrijk is om regelmatig elkaar te herinneren aan deze praktijkrichtlijn. Men heeft het gebruik ervan nu wel onder de knie maar vooral de registratie van medicatie en zorgelementen (ook algemeen) blijft een werkpunt. Alle artsen vinden het ook belangrijk dat de richtlijn op zich up to date gehouden wordt. In de toekomst zullen alle artsen zich dus engageren om indien er een nieuwe richtlijn omtrent slaapproblemen komt, deze te lezen en de huidige praktijkrichtlijn aan te passen waar nodig na evaluatie tijdens de algemene vergaderingen binnen de praktijk. We zijn er ons wel van bewust dat dit een moeilijke taak zal zijn.
    - Er is volgens de artsen zeker minder slaapmedicatie voorgeschreven. Ook is men veel bewuster bij het her-voorschrijven van de medicatie. Indien men beslist een nieuwe patiënt medicatie voor te schrijven wordt er ook rekening gehouden met een termijn.
    - In de toekomst zou het misschien een meerwaarde zijn om ook informatie op het tv-scherm in de wachtzaal te projecteren omtrent slaapproblemen.
- Algemene verloop en totstandkoming praktijkrichtlijn
    - Iedere arts is tevreden over het verloop van het project. Iedere arts is tot het einde zeer gemotiveerd gebleven en is ook gemotiveerd om in de toekomst dit zo verder te zetten.

PRAKTIJKRICHTLIJN

Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn

Inhoud

Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn 4
Inleiding 4
Aanmelding 4
Anamnese 5
Verdere exploratie en diagnose: 5
Psychose 5
Hyperthyroïdie 6
Parasomnieën 6
Narcolepsie 6
Obstructieve slaapapneu (OSA) 6
Psychosociale problemen (life events) 7
Stemmings- en angststoornissen 7
Somatische aandoeningen 7
Slapeloosheid / insomnie 7
Rusteloze benen syndroom / restless legs syndroom (RLS) en periodieke beenbewegingssyndroom (PMLS) 8
Genotsmiddelen en medicatie 9
Slaap-waakstoornissen van het circadiaans ritme 10
Nachtelijke kuitkrampen 10
Behandeling 11
Parasomnieën 11
Slapeloosheid / insomnie 11
Niet-medicamenteuze behandeling 11
Medicamenteuze behandeling 15
Rusteloze benen syndroom (RLS) en periodieke beenbewegingssyndroom (PLMS) 18
Slaap-waak-stoornis van het circadiaanse ritme 19
Nachtelijke kuitkrampen 20
Bijlagen 21
Bijlage 1: Stroomschema : Aanmelding 21
Bijlage 2: Vragenlijst 22
Bijlage 3: Slaapdagboek 25
Bijlage 4: werkblad behandeling slapeloosheid/insomnie 26
Bijlage 5: Folder (voorlichting) 30
Bijlage 6: Folder (voorlichting) : extra informatie 32
Referenties 34

Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn

Inleiding

Uit een gezondheidsenquête in 2013 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bleek ruim 30% van de bevolking ouder dan 15 jaar last te hebben van slaapproblemen. Over de impact op de gezondheid op bevolkingsniveau is nog weinig bekend. Langdurige insomnie zou onder andere gerelateerd zijn aan meer verkeersongevallen, toenemende arbeidsongeschiktheid, meer valpartijen, enzovoort.

Dagelijks worden meer dan 1 miljoen dosissen slaap- en kalmeermiddelen afgeleverd in de Belgische apotheken. Het verbruik in België ligt zeer hoog in vergelijking met omringende landen. (Cloetens et al., Federale overheidsdienst 2019) Omwille van de vele negatieve gevolgen van het (chronisch) gebruik van slaapmedicatie, is het belangrijk dat gezondheidswerkers zich inspannen om het gebruik en voorschrijfgedrag van slaapmedicatie terug te dringen. Door enerzijds bewust te worden van de gevolgen van een medicamenteuze aanpak voor slaapklachten en insomnie. En anderzijds ook niet-medicamenteuze alternatieven aan te bieden, moeten we de aanpak van slaapklachten en insomnie trachten te optimaliseren. (Domus medica artikel 2018)
De noodzaak aan een praktijkrichtlijn omtrent de aanpak van slaapproblemen binnen de huisartsenpraktijk dringt zich dus op.

Aanmelding

- Zie stroomschema 'aanmelding'
- Patiënten melden zich aan met 'slaapklachten' of 'slaapproblemen' of 'slecht slapen'.
- Begrippen:
    - Slecht slapen / slaapklachten / slaapproblemen
        - Klachten van een patiënt die betrekking hebben op te lange tijd tot het inslapen, te vaak ontwaken 's nachts, moeite om dan weer in slaap te vallen, te vroeg wakker worden, onrustig dromen en/of niet uitgerust wakker worden. Dus klachten die betrekking hebben op het slaap-waakpatroon.
    - Slaapaandoening of slaapstoornis
        - Stoornis in slaap-waakpatroon. Normale slaappatroon wordt doorbroken.
        - Verschillende slaapstoornissen: slapeloosheid/insomnie, obstructieve-slaap-apneu-syndroom, restless legs syndrome, nachtelijke kuitkrampen, narcolepsie, vertraagde slaapfasesyndroom,….
- Registratie dossier: (klik steeds 'maak nieuw' aan in dossier van CareConnect)
    - 'Slaapklachten': P06, G47.9
    - 'Slecht slapen': P06, G47.0
    - 'Slaapstoornis': P06, G47.8
- Start met de 'anamnese', je kan verder klikken naar de gewenste diagnose om vervolgens naar verdere exploratie te gaan en nadien naar behandeling.
    - Indien onvoldoende tijd in een consult kan je best een nieuw consult inplannen.
    - Je kan 'huiswerk' meegeven aan patiënt om volgend consult vlotter te laten verlopen: geef vragenlijst en/of slaapdagboek mee. (In bijlage)
- Opmerking: deze richtlijn kan gebruikt worden voor zowel 'nieuwe' klachten als voor reeds bestaande slaapgerelateerde problemen. Bij een reeds bestaand probleem ga je vooreerst na of er een correcte registratie is in het dossier van de patiënt en past dit aan indien nodig. Vervolgens kan je nagaan of er destijds een correcte diagnose werd gesteld aan de hand van de anamnese.
    - Het afbouwen van slaapmedicatie valt niet onder deze richtlijn.

Anamnese

- Peilen naar ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt (ICE)
- Bevraging naar aard en duur van klachten en impact op functioneren van de patiënt
- Overloop diagnostisch landschap 'slaapklachten' om eventuele oorzaak van slaapstoornis te achterhalen
    - Binnencirkel
        - Psychose
            - ✓ *Wanen of hallucinaties, waarnemen van zaken die niet reëel zijn?*
        - Hyperthyroïdie
            - ✓ *Klachten zoals snelle hartslag, beven, zweten, diarree, gewichtsverlies, onrust?*
        - Parasomnieën
            - ✓ *Stel je soms ongewoon gedrag vast of zijn er ongewone gebeurtenissen tijdens je slaap waarover je je zorgen maakt of die een gevaar inhouden?*
        - Narcolepsie
            - ✓ *Val je soms overdag plots in slaap? Heb je soms aanvallen van plotse spierzwakte, uitgelokt door emoties, bv bij het lachen? Heb je soms levensechte droomervaringen bij het in slaap vallen? Is er soms kortdurend onvermogen te bewegen bij het in slaap vallen of wakker worden?*
        - Obstructieve slaapapneu
            - ✓ *Ben je een luide snurker? Stop je volgens je partner soms met ademen 's nachts?*
    - Buitencirkel
        - Psychosociale problemen (life events)
            - ✓ *In voorbije weken belangrijke verandering in je leven of gebeurtenissen waarover je piekert?*
        - Stemmings- en angststoornissen
            - ✓ *Klachten van bijvoorbeeld depressie of angst*
        - Somatische aandoeningen
            - ✓ *Nog andere lichamelijke klachten? (Bv. pijn, zuurbranden, hoest, nycturie, dyspneu, neusverstopping, nachtzweten, hartkloppingen)*
        - Slapeloosheid / insomnie
            - ✓ *Klachten van slecht slapen en hierbij ook slechter functioneren overdag?*
        - Rusteloze benen syndroom (RLS)
            - ✓ *Last van rusteloze benen die je moeilijk kunt stilhouden in bed?*
        - Periodieke beenbewegingen-syndroom (PLMS)
            - ✓ *Word je soms wakker door schokkende beenbewegingen?*
        - Genotsmiddelen en medicatie
            - ✓ *Gebruik je veel alcohol, koffie, tabak, drugs, medicatie?*
        - Slaap-waak-stoornis van het circadiaanse ritme
            - ✓ *Slaap je goed maar op foute momenten? Zit er regelmaat in je slaap-waakritme?*
        - Nachtelijke kuitkrampen
            - ✓ *'s nachts soms last van nachtelijke kuitkrampen?*
        - Foute slaaphygiëne
            - ✓ *Intense activiteiten voor het slapengaan, TV kijken in bed, lawaai op de slaapkamer,…?*

Verdere exploratie en diagnose:

Psychose

- Begrip: psychiatrisch ziektebeeld dat gepaard gaat met wanen en hallucinaties, het waarnemen van zaken die niet reëel zijn.
- Valt buiten deze praktijkrichtlijn.

- Meer informatie: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/acute-psychose

Hyperthyroïdie

- Begrip: schildklieraandoening waarbij metabolisme is verhoogd.
- Symptomen: nervositeit, gewichtsverlies, diarree en hyperkinesie, warme en vochtige huid, overmatig transpireren, exoftalmus, pijn in/achter ogen, lichtschuwheid, verminderde visus, struma, tachycardie, tremor van handen
- Valt buiten deze praktijkrichtlijn.
- Meer informatie*:* NHG-standaard schildklieraandoeningen
  - https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-schildklieraandoeningen

Parasomnieën (⇧)

- Begrip: vreemde, meestal ongewenste gedragingen, percepties of ervaringen die episodisch optreden tijdens de slaap (bv. slaapwandelen, nachtmerries, confusional arousal).
- Registratie dossier: (link eventueel aan bestaand, bv. slaapstoornis of slaapklacht)
  - Parasomnia (P06, G47.8)
  - Slaapwandelen (P06, F51.3)
- Verdere exploratie
  - Heb je soms nachtmerries?
  - Heeft je partner al gezegd dat je slaapwandelt ’s nachts?

Narcolepsie (⇧)

- Begrip: zeldzame, maar invaliderende slaapaandoening. Dagelijks klachten van overmatige slaperigheid, waardoor patiënt overdag in slaap valt tijdens dagelijkse bezigheden. Ook andere symptomen kunnen aanwezig zijn zoals een verstoorde nachtelijke slaap met frequent kortdurend wakker worden, kataplexie (plotselinge bilaterale spierverlamming uitgelokt door emoties zoals lachen, seconden tot hoogstens 2 minuten aanhoudend), optreden van levensechte droomervaringen bij het in slaap vallen of wakker worden en slaapparalyse (kortdurend onvermogen te bewegen bij het in slaap vallen of wakker worden).
  - Begint meestal tussen 15de en 35ste levensjaar, maar kan op elke leeftijd beginnen en blijft levenslang bestaan.
- Registratie dossier: (link eventueel aan bestaand)
  - Narcolepsie (P06, G47.4)
- Verdere exploratie:
  - Overmatige slaperigheid overdag? Val je soms in slaap tijdens dagelijks bezigheden?
  - Word je frequent wakker ’s nachts?
  - Kan je soms plots niet meer bewegen door emoties zoals lachen?
  - Heb je tijdens je slaap levensechte droomervaringen?
  - Kan je soms niet meer bewegen bij het in slaap vallen of wakker worden?
- Bij vermoeden: onmiddellijk verwijzen naar neuroloog

Obstructieve slaapapneu (OSA) (⇧)

- Begrip: meer dan 5 slaapapneus (ademstops) van 10 seconden of langer per uur, met excessieve slaperigheid overdag of minimaal twee van de volgende klinische verschijnselen:
  - vermoeidheid overdag;
  - verminderde concentratie;
  - stokkende ademhaling tijdens slaap;
  - niet-verkwikkende slaap.

        - Slaapapneu kan door de hersenen gestuurd zijn (centraal apneu), maar meestal komt het door afsluiting van bovenste luchtwegen (obstructief apneu).
        - OSA is een onafhankelijke risicofactor voor hypertensie en hart- en vaatziekten. Deze patiënten hebben ook een hogere kans op verkeers- en bedrijfsongevallen.
    - Registratie dossier: (link eventueel aan bestaand)
        - Slaapapneu (P06, G47.3)
        - Apnoe (R04, R06.8)
    - Verdere exploratie
        - Snurken?
        - Nachtelijke ademstops? Duur en aantal?
        - Slaperigheid overdag? Vermoeidheid? Concentratieverlies?
        - Diagnostiek uitvoeren naar bestaan van obesitas, hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes mellitus type 2
            - ✓ Indien aanwezig: behandelen
    - Verwijzing voor nadere diagnostiek en behandeling naar long- of NKO-arts of slaapcentrum
        - Voor eventuele behandeling met CPAP (continuous positive airway pressure): positief effect op klachten, bloeddruk en cardiovasculaire risico

Psychosociale problemen (life events) (⇧)

- Verdere exploratie
    - Acute of chronische psychosociale en/of werkgerelateerde problematiek
- Hierdoor begint vaak een slaapprobleem: zie slapeloosheid/insomnie

Stemmings- en angststoornissen (⇧)

- Verdere exploratie
    - Klachten passend bij psychiatrische aandoeningen, vooral depressie en angst
- Valt buiten deze praktijkrichtlijn
- Meer informatie: zie NHG standaarden:
    - Depressie: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-depressie-tweede-herziening
    - Angst: https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/angst

Somatische aandoeningen (⇧)

- Mogelijke oorzaken van slaapklachten door bijvoorbeeld pijn, jeuk, dorst, pyrosis, hoest, nycturie, dyspnoe, verstopte neus, nachtelijk zweten, hartkloppingen
- Valt buiten deze praktijkrichtlijn
    - Behandel onderliggende aandoeningen waarvan klachten de slaap kunnen interfereren

Slapeloosheid / insomnie (⇧)

- Begrip: slapeloosheid of insomnie (ook wel ‘slaapproblemen’ genoemd in sommige richtlijnen)
    - Minstens driemaal per week slecht slapen (te lange tijd tot het inslapen, te vaak ontwaken ’s nachts, moeite om dan weer in slaap te vallen, te vroeg wakker worden, onrustig dromen), gepaard gaande met slechter functioneren overdag, zoals moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie.
    - Acuut vs. Chronisch
        - ✓ *Acuut*: kortdurende slapeloosheid: < 3 weken
            - ➢ Bij ongeveer 40% van de onbehandelde patiënten evolueert dit naar langer durende slapeloosheid.
            - ➢ Bij kortdurend slaapprobleem is er vaak sprake van een bekende oorzaak, bv. echtscheiding, deadline op het werk, financiële problemen.

- ✓ *Chronisch*: langer durende slapeloosheid: > 3 weken
  - ➢ Hierbij ligt de oorspronkelijke oorzaak vaak op de achtergrond en zijn meerdere factoren verantwoordelijk voor het in stand houden van de klacht.
  - ➢ Na enkele weken treedt negatieve conditionering op. Dit wil zeggen dat patiënt de overtuiging ontwikkelt niet meer te kunnen slapen en associeert slapen met iets onaangenaams. Er ontstaat een spanning om niet te kunnen slapen, wat het slapen extra bemoeilijkt. De slapeloosheid houdt hierdoor zichzelf in stand.
  - ➢ Patiënt ontwikkelt daarnaast vaak verkeerd slaapgedrag.
  - ➢ Langer durende slapeloosheid is geassocieerd met een hoger gebruik van de gezondheidszorg, chronische gezondheidsproblemen, grotere kans op depressie en angststoornis, meer gebruik van medicatie, hoger ziekteverzuim.

- Begrip: vermeende slapeloosheid of pseudo-insomnia
  - Slecht slapen (te lange tijd tot het inslapen, te vaak ontwaken 's nachts, moeite om dan weer in slaap te vallen, te vroeg wakker worden, onrustig dromen), zonder dat de patiënt klachten heeft over het functioneren overdag.
- Registratie dossier: (link eventueel aan bestaande, namelijk slaapklachten of slaapstoornis)
  - Slapeloosheid (P06, G47.0)
  - Insomnia (P06, G47.0)
- Verdere exploratie:
  - Klacht concretiseren
    - ✓ Aard: probleem met in slaap vallen, vaak wakker worden, te vroeg wakker worden, niet uitgerust wakker worden
    - ✓ Duur, beloop en frequentie van klachten
    - ✓ Overweeg gedurende 1-2 weken slaapdagboek te laten bijhouden om slaappatroon in kaart te brengen
  - Klachten overdag en gevolgen voor dagelijks functioneren
    - ✓ *Indien* niet: vermeende slapeloosheid
  - Recent belangrijke wijzigingen in het leven van de patiënt (life-events)?
  - Verwachtingen en ideeën over slaap
  - Wat zelf al geprobeerd om beter te slapen?
  - Verstoring van dag-nachtritme door onregelmatige slaaptijden, doen van dutjes overdag, jetlag, ploegendienst, ziekenhuisopname
  - Slaapverstorende activiteiten in de avonduren: complexe activiteiten, intensief sporten, overmatige blootstelling aan beeldschermen, nuttigen van zware maaltijden
  - Gebruik van alcohol, cafeïne, drugs, medicatie
  - Slaapgewoontes exploreren
  - Nagaan of negatieve conditionering aanwezig is (angst om te gaan slapen, vermijdingsgedrag,…)

Rusteloze benen syndroom / restless legs syndroom (RLS) en periodieke beenbewegingssyndroom (PMLS) (⇧)

- Begrip RLS: slaap gerelateerde bewegingsstoornis waarvan prevalentie toeneemt met de leeftijd. Klinische diagnose met 4 essentiële diagnostische criteria
  - Onweerstaanbare drang om benen te bewegen (rusteloze benen) + meestal onaangename sensaties in de benen
  - Drang om te bewegen of onplezierige sensaties beginnen of worden heviger gedurende periodes van rust of inactiviteit zoals liggen of zitten
  - Drang om te bewegen of de onaangename sensaties worden geheel of gedeeltelijk verlicht door beweging zoals stappen

        - Drang om te bewegen of de onplezierige sensaties zijn 's avonds of 's nachts erger dan overdag of treden alleen 's avonds of 's nachts op.
    - Begrip PMLS: slaap gerelateerde bewegingsstoornis waarbij patiënt tijdens slaap periodiek en onbewust ledematen beweegt. Deze bewegingen kunnen zeer heftig en schokkerig zijn waardoor dit een belangrijke invloed heeft op slaapkwaliteit van patiënt en partner.
        - 80% van de RLS-lijders vertonen tijdens slaap ook tekens van PMLS.
            - ✓ *Bron*: https://www.uza.be/behandeling/restless-legs-rls
    - Vaker op hogere leeftijd, zwangere vrouwen, patiënten met terminale nierinsufficiëntie, geneesmiddelen (SSRI's, antipsychotica: kunnen uitlokken of verergeren).
    - Familiaal voorkomen.
    - Negatieve invloed op RLS: roken, alcohol, koffie, overgewicht, weinig lichaamsbeweging.
    - Registratie dossier: (link eventueel aan bestaande)
        - Rusteloze benen (N04, G25.8)
        - Restless legs (N04, G25.8)
        - Restless legs syndroom (N08, G25.8)
    - Verdere exploratie
        - Aard klachten: drang bewegen, onaangename gevoelens in benen (zoals tintelen, prikken, strak gevoel of soms pijn)
        - Bestaan van onwillekeurige trappende bewegingen in benen gedurende de nacht?
        - Op welk moment van de dag klachten en wanneer ergst
        - Hoe worden klachten beter/erger
        - Familiaal voorkomen van RLS
        - Slapeloosheid hierdoor?
        - Problemen met lang stilzitten (bv bioscoop of vliegtuig)
        - Invloed van roken, alcohol, cafeïne, overgewicht, weinig lichaamsbeweging
        - Gebruik geneesmiddelen met negatief effect op RLS, zoals SSRI's en antipsychotica
    - KO
        - Belangrijk om onder andere claudicatio intermittens, varicosis, perifere neuropathie uit te sluiten

Genotsmiddelen en medicatie (⇧)

- Negatief effect op slaap:
    - Alcohol (en hier plots mee stoppen)
    - Cafeïne
    - Drugs
    - Roken
    - Geneesmiddelen:
        - ✓ Antidepressiva: SSRI's, TCA's, MAO-remmers, buproprion, duloxetine, venlafaxine
        - ✓ Anti-epileptica: fenytoïne, lamotrigine
        - ✓ Methylfenidaat
        - ✓ Cardiovasculaire medicatie: statines, diuretica, bètablokkers
        - ✓ Hormonen (vooral bij overdosering): schildklierhormoon, corticosteroïden
        - ✓ Pijnstillers: NSAID's, opiaten
        - ✓ Medicatie voor stoppen met roken: bupropion, varenicline, nicotinevervangers
        - ✓ Astmamedicatie: beta-2-sympaticomimetica (bv. Salbutamol)
        - ✓ Te snel stoppen van TCA's en SSRI's
- Verdere exploratie
    - Gebruik van alcohol, cafeïne, drugs?
    - Gebruik van geneesmiddelen of hiermee willen stoppen?

        - Stoppen met roken?
    - Meer informatie:
        - Slaaphygiëne omtrent middelengebruik: zie slapeloosheid/insomnie
        - Alcohol: https://domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Problematisch%20alcoholgebruik.%20Aanpak%20door%20de%20huisarts_0.pdf
        - Roken: https://domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Stoppen%20met%20roken.pdf
        - Geneesmiddelen: https://domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Geneesmiddelenverslaving_0.pdf

Slaap-waakstoornissen van het circadiaans ritme (⇧)

- Begrip: Onvoldoende synchronisatie tussen endogene circadiaanse ritme en slaap-waakritme door de fysieke omgeving of het sociale of beroepsmatige rooster van de betrokkene. Hierdoor slaapt de betrokkene op een ongewenst tijdstip, en niet op het moment dat de slaap gewenst, nodig of verwacht is. Eenmaal men slaapt, is slaap meestal ongestoord en doorgaans van normale duur. Belangrijk criterium voor diagnose is dat het voor de patiënt niet mogelijk is om de slaapperiode te vervroegen naar conventionele tijden.
    - Vertraagde slaapfase: laat inslapen en laat wakker worden (minimum 2 uur later dan normaal) met onvermogen om in te slapen en wakker te worden op gewenst of sociaal aanvaard vroeger tijdstip. Tijdig opstaan ’s morgens verloopt moeizaam, er zijn klachten van slaperigheid overdag.
    - Vervroegde slaapfase: patroon van vroeg inslapen en vroeg wakker worden met een onvermogen om wakker te blijven of door te slapen tot gewenst of sociaal aanvaarde latere tijdstippen van inslapen en ontwaken.
    - Ploegendienst: insomnie tijdens de belangrijkste slaapperiode en/of overmatige slaperigheid tijdens de belangrijkste waakperiode, in samenhang met een ploegendienstschema.
- Registratie dossier: (link eventueel aan bestaande)
    - Slaap-waakritmestoornis (P06, G47.2)
    - Circadiaan ritme slaapstoornis (P06, G47.2)
- Verdere exploratie
    - Verstoring dag-nachtritme?
- Onregelmatige slaaptijden?
    - Overdag dutjes doen?
    - Jetlag?
    - Ploegendienst?
    - Ziekenhuisopname?
    - Late inslaaptijden (tussen 2 en 6 uur ’s nachts)?
    - Moeite met opstaan en/of goed doorslapen?

Nachtelijke kuitkrampen (⇧)

- Begrip: klinische diagnose met volgende verschijnselen: pijnlijke, acute, doorgaans in kuitspier gelokaliseerde, krampen die ’s nachts optreden en herhaaldelijk de slaap verstoren. Krampen kunnen seconden tot zelfs minuten aanhouden en aanvalsgewijs optreden.
    - Krampen uitlokken: intensief sporten, te weinig drinken, gebruik van calciumantagonisten met dihydropyridinestructuur (zoals amlodepine of nifedipine).
    - Vaker bij vrouwen, in zwangerschap en bij ouderen met neurologische of vasculaire comorbiditeit.
- Registratie dossier: (eventueel linken aan bestaande)

        - Kuitkramp (L14, R25.2)
    - Verdere exploratie:
        - Aard van klacht (pijn tijdens spierkramp)
        - Duur en frequentie van krampen
        - Gevolgen van krampen (bv. slapeloosheid)
        - Invloed van weinig drinken en sporten op klachten
        - Gebruik van calciumantagonisten, zoals nifedipine of amlodipine
    - KO
        - Belangrijk om onder andere claudicatio intermittens, varicosis, perifere neuropathie uit te sluiten

Behandeling

- Algemene informatie
    - Algemene richtlijn van aanpak slaapproblemen is een getrapte aanpak:
        - Oorzakelijke aanpak
            - ✓ (Behandelbare) aandoeningen die het slaapprobleem veroorzaken dienen aangepakt en behandeld te worden.
        - Niet-medicamenteuze aanpak
            - ✓ Psycho-educatie: informeren en geven van slaapadviezen
            - ✓ Niet-medicamenteuze technieken om slaapprobleem aan te pakken
        - Medicamenteuze aanpak
            - ✓ Slechts in uitzonderlijke gevallen is deze stap nodig.
            - ✓ Probeer steeds te combineren met niet-medicamenteuze behandeling

Parasomnieën (⇧)

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Indien uitgebreid motorisch gedrag aanwezig is of de patiënt het bed verlaat, zouden voorzorgsmaatregelen om het risico op letsels te beperken moeten worden overwogen
    - ✓ *Vergrendelen* van deuren en ramen
    - ✓ *Monteer een afsluiting voor trappen*
    - ✓ *Plaats de slaapkamer op het gelijkvloers*
    - ✓ *Bevestig een bel aan de deur van de slaapkamer*
    - ✓ *Verwijder scherpe voorwerpen en andere potentieel gevaarlijke voorwerpen uit het zicht*

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Geen gestandaardiseerde farmaceutische therapie
- Meest gebruikte: geneesmiddelen die diepe en/of REM-slaap onderdrukken: tricyclische antidepressiva en benzodiazepines, of SSRI's zoals paroxetine
    - ✓ *Effect* verschilt en lange behandelingsperioden worden niet aanbevolen
- Verwijzing naar neuroloog indien nodig

Slapeloosheid / insomnie (⇧)

- Behandeling slapeloosheid / insomnie : maak gebruik van Werkblad behandeling slapeloosheid / insomnie
    - Overloop dit met patiënt en geef werkblad mee. De patiënt kan hierop notities formuleren en het werkblad terug meenemen tijdens het vervolgconsult.

Niet-medicamenteuze behandeling

- Altijd eerste keuze
    - ✓ *Voorkeur* van patiënt is belangrijk

- Beleid slapeloosheid
  - ✓ *Voorlichting*: zeer belangrijk en steeds mee beginnen: bespreek via FOLDER met patiënt
    - ➢ Zie bijlage voor uitgebreide informatie omtrent folder
    - ➢ Doel en informatie
      - *Doel*:
        - ❖ Eventuele incorrecte ideeën over slapen en slapeloosheid bij de patiënt corrigeren
        - ❖ Vergroten van inzicht in slaap bevorderende en slaap belemmerende activiteiten
      - *Voldoende bij vermeende slapeloosheid*
      - *Kortdurende slapeloosheid: bijkomend aandacht schenken aan mogelijke oorzaak (life event, angst,…) + gedragsmatige aanpak om langdurend probleem te voorkomen*
      - *Langerdurende slapeloosheid: oorspronkelijke oorzaak naar achtergrond en meerdere factoren een rol bij het in stand houden van het probleem (verkeerd* slaapgedrag, negatieve conditionering) daarom hierop ook werken
    - ➢ Folder voorlichting : extra informatie over folder : zie bijlage
  - ✓ *Gedragsmatige* behandeling (gecombineerde aanpak van gedragsmatige behandeling is bij patiënten met langer durende slapeloosheid op langere termijn effectiever dan behandeling met slaapmiddelen)
    - ➢ Bufferzone
      - *Creëren van een 'decompressie-uur' voor het slapen gaan. Er wordt dan 'gelummeld' en afgezien van duidelijk doelgerichte activiteiten. Slaap interfererende activatie neemt hiermee af waardoor slaperigheid kan optreden.*
      - *Iemand die zegt hiervoor geen tijd te hebben, heeft dat in ieder geval nodig.*
      - *Lezen en rustig tv-kijken zijn spanning verlagende activiteiten (zolang ze niet te opwindend zijn), nemen van niet te warm bad, beluisteren van muziek,…*
    - ➢ Gestructureerde informatieverwerking voor het slapengaan
      - *Wanneer iemand de kans niet heeft om overdag informatie te verwerken, hij de neiging heeft om dat bij het slapengaan te doen of daarvoor wakker wordt 's nachts. Deze opdringerige gedachten bemoeilijken de slaap en kunnen met volgende technieken bestreden worden*
      - *Constructieve piekermoment in de vooravond: vast moment en vaste plek elke vooravond gedurende 20-30 minuten.*
        - ❖ Vul eventueel blad in met 2 kolommen (bezorgdheden en stappen naar oplossingen). Wat nog geen volledige oplossing heeft, neem men mee naar het volgende piekermoment.
      - *To-do-lijstje*
        - ❖ Meeste mensen slagen er op een dag niet in om alles te realiseren wat ze van plan waren, ook dat kan tot intrusieve nachtelijke gedachten leiden. Een geschreven planning voor de komende dag verminderd die gedachten en leert tegelijk ook meer realistisch en haalbaar te plannen.
      - *Stresshantering: als piekeren de oorzaak is van je slaapklachten, zoek dan manieren om dit niet 's nachts te doen.*
    - ➢ Relaxatie
      - *Relaxatieoefeningen worden best beoefend en geoefend tijdens de dag en tijdens de 'decompressieperiode'.*

- *Ook aandachtsgerichte therapie, zoals mindfulness, kan helpen om gedachten los te laten, zich op de ademhaling of lichamelijke gewaarwordingen te focussen en op die manier rustiger te worden.*
- *Het beluisteren van rustgevende muziek kan ook ontspanning induceren.*
- *Voldoende ontspanning overdag is een basisvoorwaarde voor een verkwikkende nachtrust. Omdat ontspanning voor iedereen anders is, zoekt u best de methode die bij u past. Bijvoorbeeld buikademhaling, mindfulness,…*
- *Doel bij relaxatie is om te ontspannen en zo het inslapen te bevorderen.*
- *Beweging kan ook een manier zijn om te ontspannen en heeft bovendien een positief effect* op slapeloosheid.

➢ Stimuluscontrole

- Doel: *bed associëren met goed slapen*
- *Bed en slaapkamer worden snel geassocieerd met 'wakker liggen, piekeren' of aangenaam slaapincompatibel gedrag zoals tv-kijken, gamen, surfen, lezen, sms'en, bellen,…. De stimuluscontrole doorbreekt de zichzelf onderhoudende associatie door het bed opnieuw te leren associëren met slaperigheid.*
  - ❖ Een negatieve associatie aan het bed kan er voor zorgen dat de gedachte aan of het zien van het bed voldoende is om terug wakker en zelfs gespannen te worden. Dit noemt men conditionering. De stimuluscontroletechniek zorgt ervoor dat het bed opnieuw geassocieerd wordt met ontspanning, een relaxed gevoel en uiteindelijk dus met slapen.
- *Instructies*:
  - ❖ Ga enkel naar bed wanneer je je slaperig voelt en niet eerder.
  - ❖ Indien patiënt beweert nooit slaperig te zijn, is de slaperigheid wellicht gemaskeerd door een te hoge activatie, en moet men hier eerst aandacht aan besteden.
  - ❖ Sta weer op als je niet kunt slapen (na ongeveer 20 minuten), doe in een matig verlichtte omgeving een rustige en ontspannende activiteit en ga opnieuw naar bed als de slaperigheid terugkomt. Herhaal indien nodig.
    - Meestal duurt het meer dan een week voor er een effect is.
    - Niet elders in slaap vallen en er blijven slapen want dit versterkt de bed-activatieassociatie.

➢ Slaaprestrictie / tijd-in-bed-restrictie

- Doel: *slaapefficiëntie verhogen*
- *Principe: slaapbehoefte neemt toe door de tijd in bed te beperken tot de werkelijke slaaptijd. Een toename van de slaapbehoefte kan de overactivatie overwinnen en weer tot een kwaliteitsvolle slaap leiden. Dus tijd in bed beperken* tot de tijd die je daadwerkelijk slaapt.
  - ❖ Speciaal bij ouderen lijkt slaaprestrictie effectief, omdat bij ouderen de totale slaaptijd afneemt, terwijl de tijd die men in bed doorbrengt neigt toe te nemen.
- Om *deze techniek te kunnen toepassen, is het noodzakelijk een slaapdagboek bij te houden en het slaap-waakritme gedurende minstens 2 weken te registreren.*
- *Gemiddelde slaaptijd per nacht wordt berekend aan de hand van volgende formule:*
  - ❖

gemiddelde totale tijd in bed - gemiddelde wakkere tijd in bed (i.e. inslaaptijd, wakkere periodes na het inslapen + wakkere periode voor het opstaan).

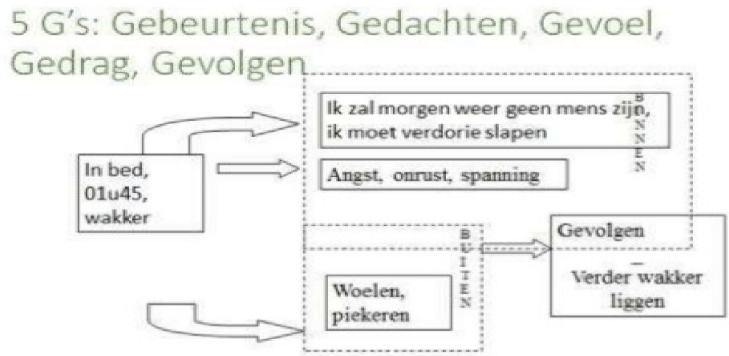
- *Vervolgens wordt het gewenste tijdstip van opstaan bepaald samen met de patiënt. Tel hiervoor terug aan de hand van de start-bedtijd en bepaal zo het vroegst*

mogelijke bedtijdstip. De slaapefficiëntie kan berekend worden door de tijd in bed te delen door de geslapen tijd en dit met 100 te vermenigvuldigen. Wees aandachtig voor de mogelijke veiligheidsrisico's en sta eventueel veiligheidsdutjes overdag toe.

- *Zodra de slaap verbeterd is en de voorafgaande slaperigheid toegenomen is (slaapefficiëntie* > 85%), kan men de bedtijd met 15 minuten per week of 30 minuten per twee weken verhogen.
  - Bij een slaapefficiëntie van <80% gebeurt een herberekening van een nieuwe bedtijd. De opbouw stopt zodra de patiënt zich overdag alert genoeg voelt of de slaap opnieuw meer fragmenteert.

✓ *Cognitieve technieken: cognitieve therapie vertrekt van de gedachten over de slaap en het slaapprobleem die het slaapprobleem mogelijk bestendigen of onderhouden. Die gedachten kunnen uitvoerig besproken, in vraag gesteld en gecorrigeerd worden. Dus trachten om verkeerde gedachten te corrigeren, zoals irrealistische verwachtingen of verkeerde opvattingen over strategieën (ik heb een pil nodig om te slapen, ik moet in bed blijven liggen en proberen te slapen).*

- Typische gedachten zijn:
  - *Onrealistische slaapverwachtingen (ik moet 8 uur slaap hebben)*
  - *Verkeerde opvattingen over de oorzaak van het slaapprobleem*
  - *De consequenties van slapeloosheid dramatiseren*
  - *Rechtstreeks en doelbewust onder controle krijgen van het inslapen, zolang je maar hard genoeg probeert*
  - *Het moeten slaap inhalen en vermijden van sommige activiteiten na een slechte nacht.*
- Gedachten beheersen
  - *Onze gedachten beïnvloeden in grote mate onze gevoelens en ons gedrag. We voelen ons niet gespannen omdat we slechts 4 uur geslapen hebben, maar omdat we vrezen dat we hierdoor de dag niet zullen doorkomen.*
  - *Hoe en wat we denken over onze slaap is bepalend voor ons slaapprobleem.*
- 5G-schema
  - Voorbeeld:



  - *Gebeurtenis – Gedachten – Gevoel – Gedrag – Gevolgen*
  - *Aan patiënt duidelijk maken hoe gedachten emoties beïnvloeden en in dit geval insomnie in de hand werken.*
  - *Hiermee ook gedachten leren formuleren en te leren hanteren.*
- Paradoxale intentie
  - *Cognitieve techniek die kan gebruikt worden bij inslaapproblemen.*

- *Patiënt krijgt opdracht zijn gedachten te richten op wakker blijven in plaats van in slaap* proberen te vallen.
  - Bedoeling is om zo overdreven focus op slapen en angstige gedachten en krampachtigheid die daarmee gepaard gaan, weg te nemen en de voorwaarden om de slaap te kunnen vatten, te verbeteren.

- Plan opvolgconsult na 2-3 weken
  - ✓ *Om therapietrouw te bevorderen*
  - ✓ *Tijdens deze periode eventueel slaap-waakpatroon registreren in slaapdagboek: geeft goed beeld over bereikte veranderingen.*
  - ✓ *Opvolgtermijn is richtinggevend, maar afhankelijk van patiënt en type therapie*
- Blijft verandering na 5-10 weken uit: verwijzing
  - ✓ *Voor het verfijnen of her-evalueren van de diagnostiek*
  - ✓ *Meer gespecialiseerde*, therapeutische aanpak

Medicamenteuze behandeling

- Wie en hoe
  - ✓ *Overweeg* voorschrijven van slaapmedicatie (kortdurend) uitsluitend bij:
    - Patiënten met acute presentatie van ernstige insomnie die gepaard gaat met een hoge lijdensdruk
    - Patiënten met langerdurende slapeloosheid indien geen (verdere) verbetering mogelijk is en slapeloosheid leidt tot ernstig disfunctioneren overdag
  - ✓ *Doel* : symptomen, zoals disfunctioneren overdag, op korte termijn verlichten
  - ✓ *Noteer* duidelijk in dossier om welke reden slaapmedicatie wordt opgestart
- Indien toch medicamenteuze behandeling: volgende richtlijnen van belang:
  - ✓ *Steeds terzelfdertijd informatie geven over niet-medicamenteuze aanpak + voorlichting geven*
  - ✓ *Doel van slaapmedicatie bespreken met patiënt: herstellen van vertrouwen in eigen slaapcapaciteit op korte termijn*
  - ✓ *Zo laag mogelijke dosis en zo kort mogelijke duur (maximaal 1 week)*
  - ✓ *Voorschrift is eenmalig*
  - ✓ *Bespreek* bij opstart van slaapmedicatie onmiddellijk een stopstrategie (hierdoor kan risico op ontwikkelen van afhankelijkheid worden verminderd)
    - Noteer in dossier steeds start en stopdatum voor elk nieuw opgestarte slaapmedicatie en voorkom zo de overgang van acuut gebruik naar chronisch gebruik.
    - Verstrek zeker geen herhalingsvoorschriften zonder patiënt opnieuw te zien.
  - ✓ *Plan* opvolgconsult na 1 week bij wie je een slaapmiddel voorgeschreven hebt
    - Stap over naar niet-medicamenteuze aanpak
- Bespreek waarom slaapmedicatie wordt afgeraden en waarom gebruik van korte duur moet zijn
  - ✓ *In vergelijking met placebo:*
    - Slaapmiddelen verkorten de inslaapduur gemiddeld met 15 tot 20 minuten
    - Slaapmiddelen verlengen de slaapduur met 30-50 minuten
    - Na 2 weken neemt dit effect geleidelijk af. Ongewenste bijwerkingen blijven echter bestaan.
  - ✓ *Langdurig gebruik van hypnotica kan leiden tot verschillende problemen:*
    - Tolerantie, afhankelijkheid, ontwenningsverschijnselen en rebound-insomnia bij het plots stoppen van de behandeling.
    - Daarnaast kunnen zij aanleiding geven tot een ongewenste effecten op het centrale zenuwstelsel (groter valrisico, geheugenproblemen, sedatie overdag).
- Slaapmedicatie: benzodiazepines en Z-drugs

- ✓ Op *basis van literatuur: geen duidelijke voorkeur voor klassieke benzodiazepines of recentere Z-drugs*
- ✓ *Contra*-indicaties
  - ➢ Combinatie met andere middelen met effecten op centrale zenuwstelsel (extra sederend effect)
  - ➢ Vermoeden van OSA
  - ➢ Zwangerschap en borstvoeding
  - ➢ Myasthenia gravis
  - ➢ Ernstige respiratoire insufficiëntie
  - ➢ Leverinsufficiëntie
  - ➢ Cognitieve stoornis
- ✓ *Aanbeveling* Domus Medica, NHG en FOD verschillen
  - ➢ Domus Medica en FOD: benzodiazepine met halflange halfwaardetijd (bv. lormetazepam en loprazolam)
    - Hierbij *verminderde kans op hangover en kan ook bij patiënten met leverproblemen (niet gemetaboliseerd naar actieve metaboliet, maar in lever gegluconideerd tot inactief product)*
    - *Vermijd types met lange halfwaardetijd (diazepam of nitrazepam) voor indicatie van insomnie*.
  - ➢ NHG: kortwerkende slaapmiddelen (bv. temazepam of zolpidem)
    - Dosering: temazepam 10-20mg, zolpidem 10mg
- ✓ *Ouderen* en patiënten met lever- en nieraandoeningen: helft van gebruikelijke posologie aanbevolen
- ✓ *Ongewenste* effecten van benzodiazepines en Z-drugs
  - ➢ Afhankelijkheid: kan zich manifesteren als chronisch gebruik, niet-geslaagde pogingen tot verminderen of staken van het gebruik en ontwenningssymptomen bij staken van de behandeling
  - ➢ Rebound-slapeloosheid: na abrupt staken van slaapmedicatie, vooral bij kortwerkende middelen
  - ➢ Tolerantie: om eenzelfde (hypnotisch) effect te bekomen een hogere dosis nodig van het gebruikte middel. Het effect van tolerantie heeft bij minderheid van de patiënten tot gevolg dat ze zelf de dosis verhogen
  - ➢ Verminderde slaapkwaliteit: vermindering van de REM-slaap
  - ➢ Slaperigheid overdag (hangover), vermoeidheid
  - ➢ Angst, agitatie
  - ➢ Verdovende werking, sederend effect
  - ➢ Hoofdpijn
  - ➢ Dyspnoe
  - ➢ Delier, verwardheid
  - ➢ Duizeligheid
  - ➢ Nausea
  - ➢ Nadelig effect op geheugen en concentratie
  - ➢ Anterograde amnesie
  - ➢ Verhoogd valrisico
  - ➢ Acute intoxicaties leiden zelden tot ademhalingsdepressie, gewoonlijk geen dodelijke afloop tenzij bij gelijktijdig gebruik van alcohol of andere centraal deprimerende farmaca of bij belangrijke comorbiditeit
  - ➢ Verhoogd risico op verkeersongevallen, vooral in eerste weken van het gebruik
- ✓ *Ontwenningsverschijnselen bij stopzetten van behandeling*

- Delirium, mogelijk met een vertraging van 1-2 weken
- Recidief (herval, d.w.z. dat de oorspronkelijke angststoornis terugkeert)
- Rebound (voorbijgaande verergering van de oorspronkelijke symptomen)
- Werkelijke ontwenningsverschijnselen: Affectieve en cognitieve stoornissen, angst/vrees, malaise, prikkelbaarheid, pessimisme, terugkerende obsessieve/compulsieve gedachten, achterdochtig, slaapstoornissen, slapeloosheid, verstoord slaap-waakpatroon, vermoeidheid overdag, lichamelijke tekenen en symptomen, tachycardie (hartfrequentie meer dan 100/min), hypertensie, hyperreflexie, spierspanning, spiertrekkingen, tremor, ataxie, agitatie, motorische onrust, myalgie, artralgie, misselijkheid, verstopte neus, zweten, tinnitus, grand mal-aanvallen, waarnemingsstoornissen, gevoelens van depersonalisatie (eigen werkelijkheid gaat tijdelijk verloren), wazig zien, hyperacusis, illusies, hallucinaties

- Te vermijden producten:
  - ✓ *Trazodon = sterk sederend antidepressivum*
    - Off-labelgebruik: buiten indicatie voorgeschreven omdat het een 'veiliger' slaapmiddel zou zijn dan klassieke benzodiazepines of Z-drugs
    - Gebrek aan evidentie betreffende werkzaamheid
    - Geen voorkeursproduct
    - Heel wat bewezen ongewenste effecten op kortetermijngeheugen, leerproces, spiertonus en evenwicht, vaker aanleiding tot nachtmerries
  - ✓ Antidepressiva met sederende werking (type amitriptyline, lage dosis of mianserine)
    - Gebrek aan wetenschappelijk bewijs
    - Geen plaats in eerste lijn voor behandeling van insomnie
    - Verwachte bijwerkingen vaak gelijkaardig als bij benzodiazepines of Z-drugs, zoals:
      - Slaperigheid overdag waardoor verminderd reactievermogen en risico op vallen
      - Door lange halfwaardetijd mogelijkheid tot optreden van hangover
      - Enkel wanneer slaapprobleem een symptoom is van een breder depressief beeld, overwegen tot voorschrijven van antidepressiva
  - ✓ Sederende antihistaminica
    - Niet aangeraden omwille van te weinig bewijs voor effectiviteit
      - Ook oudere sederende antihistaminica zoals promethazine worden niet aangeraden omwille van potentieel ernstige ongewenste effecten
    - Bijwerkingen komen veel voor
      - Anticholinerge ongewenste effecten
    - Meeste antihistaminica: geëlimineerd via de nieren en kunnen in geval van nierinsufficiëntie leiden tot accumulatie. Dit in tegenstelling tot benzo's die via de lever worden verwijderd.
  - ✓ Barbituraten of afgeleiden
    - Obsoleet
  - ✓ Antipsychotica (type quetiapine)
    - Geen plaats binnen behandeling van insomnia
    - Potentieel ernstige ongewenste effecten
    - Te weinig bewezen effectiviteit
  - ✓ Fytotherapie
    - Bv. Valeriaan, passiflora
    - Wordt ontraden
    - Onduidelijkheid over werkzaamheid
      - Valeriaan zou bescheiden effect kunnen hebben op subjectief ervaren slaapkwaliteit maar onvoldoende onderbouwing

        - Onzekerheid over mogelijke ongewenste effecten en lange termijneffecten
            - Valeriaan: maag- en darmstoornissen (diarree) en bij hoge doses hangover
        - Vermijden bij zwangerschap wegens onduidelijkheid over mogelijke teratogenicititeit
        - Combinatie van deze middelen met andere geneesmiddelen met sederend effect of met alcohol kunnen overdreven sedatie veroorzaken
        - Bij combinatie met bv orale anticonceptiva of vitamine K-antagonisten kunnen interacties niet worden uitgesloten
    - ✓ Melatonine
        - Niet aanbevolen als behandeling voor insomnie
        - Onvoldoende onderbouwing voor werkzaamheid en veiligheid, in het bijzonder bij langdurig gebruik
            - Klein effect aangetoond bij patiënten ouder dan 55 jaar met langer durende slapeloosheid
        - Melatonine met gereguleerde afgifte 2mg
        - Tijd tot inslapen nam af met 9-15 minuten, maar er was geen effect op de totale slaapduur en het effect op de kwaliteit van de slaap was wisselend
        - Bij ouderen (55+): melatonine 2mg met gereguleerde afgifte (circa din 2mg) kan bij chronisch slaapproblemen enig effect hebben op de inslaaptijd, maar heeft geen effect op de slaapduur.
- Verwijzing : indien na 5-10 weken niet het gewenste effect: doorverwijzen
    - ✓ *Slaapcentrum*
    - ✓ *Psychiater*
    - ✓ *Psycholoog*

Rusteloze benen syndroom (RLS) en periodieke beenbewegingssyndroom (PLMS) (⇧)

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Uitleg
    - ✓ *Aandoening weliswaar hinderlijk, maar (meestal) geen teken van een ernstige onderliggende aandoening.*
    - ✓ *Bij zwangere* vrouwen gaat RLS vaak na bevalling vanzelf over.
- Vermijden van roken, alcohol, koffie, overgewicht, weinig lichaamsgewicht
- Overdag voldoende bewegen, maar niet intensief sporten vlak voor het slapengaan.
- Heroverweeg gebruik van medicatie die RLS kan verergeren, zoals SSRI's en antipsychotica.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Behandeling met dopamine-agonisten
    - ✓ *Vanwege beperkte effect en bijwerkingen alleen te overwegen bij patiënten met ernstige klachten (voor patiënt onacceptabele lijdensdruk), ondanks niet-medicamenteuze behandeling.*
    - ✓ *Voorkeur: ropinirol 1dd 0,25mg of pramipexol 1dd 0,125mg, in te nemen* 1-2 uur voor het naar bed gaan, indien nodig wekelijks op te bouwen in stappen van 0,25 respectievelijk 0,125mg, tot maximale dosering ropinirol 1dd 1,5mg of pramipexol 1dd 0,75mg
        - Adviseer patiënt om eerste dagen van gebruik geen auto te rijden
        - Evalueer na 6 weken het behandeleffect en bijwerkingen (adviseer bij optreden van vermoede bijwerkingen eerder contact op te nemen)
        - Bij voldoende effect: continueer gebruik gedurende 3-6 maanden en probeer dan medicatie geleidelijk op proef af te bouwen in enkele weken (vermijd indien mogelijk langdurig gebruik)

        - Bij onvoldoende effect: bouw medicatie geleidelijk af (in enkele weken), heroverweeg diagnose en overweeg verwijzing naar neuroloog
        - Bij toename klachten: maak onderscheid tussen onvoldoende effectieve medicamenteuze behandeling en augmentatie (bij augmentatie nemen de klachten door verhouding van de dosis van de dopamine-agonist toe en bij verlaging van de dosis nemen de klachten af). Bij onvoldoende effectieve behandeling is dit andersom.
    - ✓ *Te* verwachten effect hiervan:
        - >50% verbetering van de klachten bij 60% van de patiënten vs. 40% van de placebogebruikers
        - NNT = 5
    - ✓ *Mogelijke bijwerkingen: regelmatig, vooral in begin: misselijkheid, duizeligheid en slaperigheid; bij gebruik op langere termijn: augmentatie, waarbij klachten verergeren, zich uitbreiden of eerder op de dag optreden, zeldzame, maar ernstige bijwerkingen: verslavingsgedrag en plotseling in slaap vallen*
    - ✓ *CI: zwangerschap*
        - *Clonazepam* en hydrokinine: niet effectief en worden ontraden.
- Indien niet zelf behandelen: doorsturen naar neuroloog

Slaap-waak-stoornis van het circadiaanse ritme (⇧)

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Verstoring door jetlag of ploegendienst: specifieke adviezen
    - ✓ *Verstoring* door jetlag
        - Houd bij kortdurende verblijven indien mogelijk het oude ritme aan
        - Begin uitgeslapen aan de reis
        - Eet lichte maaltijden tijdens de vlucht en beperk het gebruik van alcohol
        - Zorg per 24-uursperiode voor een bepaald minimum aan slaap (bv minimaal 4 uur aaneengesloten, aangevuld met dutjes)
        - Koffie (cafeïne) kan helpen om slaperige momenten te overwinnen, weeg het effect af tegen het nadelige effect op de later gewenste slaap
    - ✓ *Verstoring* dag-nachtritme door ploegendienst
        - Probeer dienstenrooster bij voorkeur met de klok mee op te stellen (van dagdienst, naar avonddienst, naar nachtdienst)
        - Probeer een verandering, zoals een langere periode nachtdiensten achter elkaar of juist kortere periodes
        - Doe een dutje voorafgaand aan de nachtdienst
- Uitleg
    - ✓ *Ingebouwde circadiaanse klok bepaalt de schommelingen in lichaamstemperatuur en slaap-waakritme, en kan door omstandigheden uit balans geraken, zoals bij onregelmatige slaap-waaktijden of bij jetlag.*
    - ✓ *Door onregelmatige slaap-waaktijden raakt de biologische klok ontregeld,* waardoor slapeloosheid kan ontstaan.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Jetlag: melatonine indien niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende effect
    - ✓ Matig *positief effect op jetlag-klachten*
    - ✓ *Kortwerkend* melatonine 2-3mg (maximum 5mg), in te nemen bij bedtijd vanaf de dag van vertrek
- Ploegendienst: melatonine niet effectief en niet aangeraden
- Vertraagde slaapfasesyndroom: verwijzing naar neuroloog

Nachtelijke kuitkrampen (⇧)

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

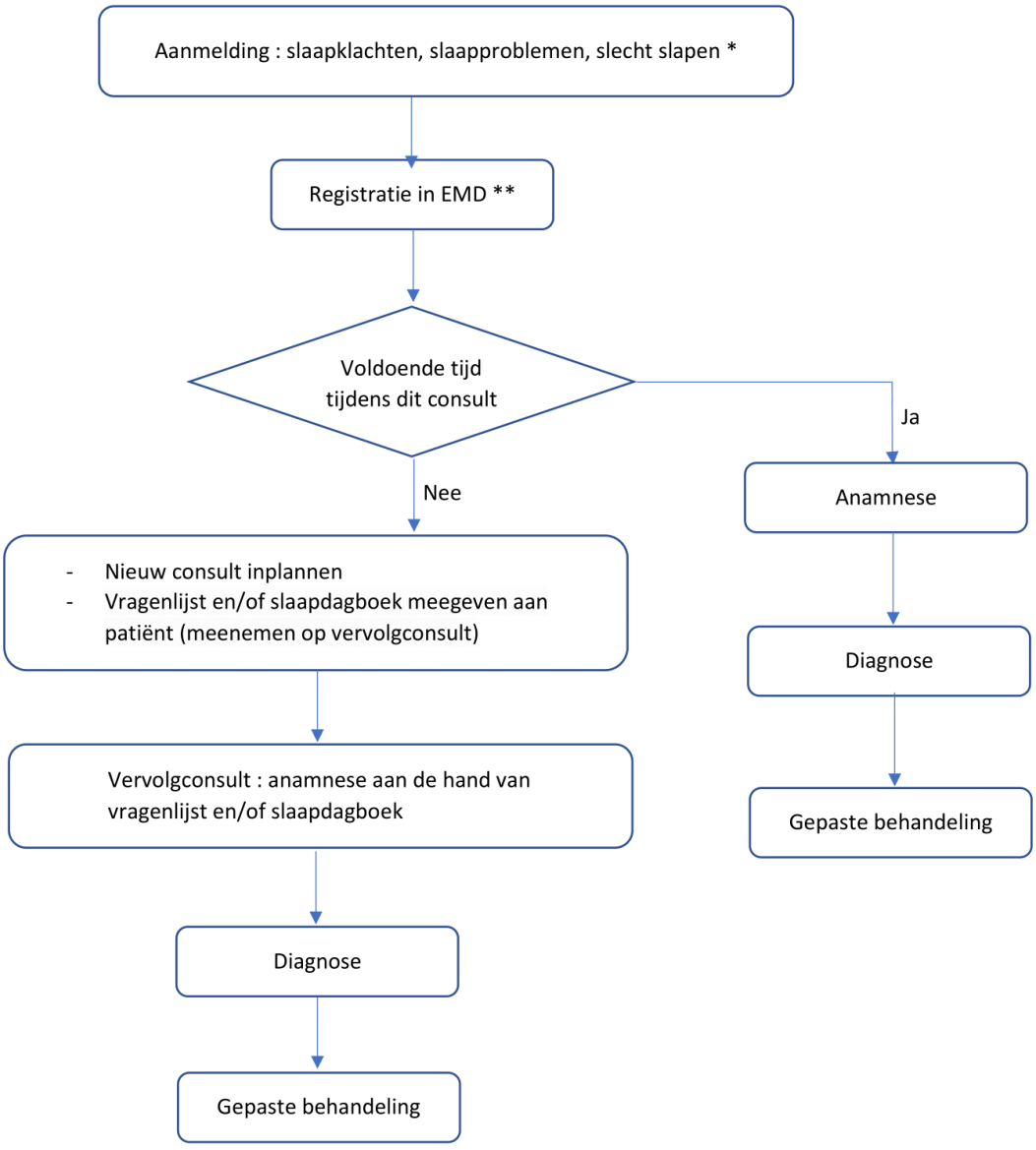
- Uitlokkers van krampen tegengaan:
  - ✓ intensief sporten, te weinig drinken, gebruik van calciumantagonisten met dihydropyridinestructuur (zoals amlodipine en nifedipine)
- Acute kramp in de kuit kan opgeheven worden door met de handen tegen de muur te leunen en de kuit te strekken; hierbij bewerkstelligt men dorsale flexie van voet en tenen.
- Advies:
  - ✓ *Beenkrampen tijdens de zwangerschap verdwijnen na de zwangerschap in het algemeen vanzelf*
  - ✓ *Goede schoenen dragen, voldoende vochtinname, andere slaaphouding*, massage van aangedane spieren, preventieve strekoefeningen, hoog leggen van benen
- Heroverweeg gebruik van calciumantagonisten met dihydropyridinestructuur (amlodipine, nifedipine)

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING: WEINIG EFFECTIEF EN WORDT NIET AANGERADEN

- Bespreek met patiënten met ernstige aanhoudende klachten waarbij onvoldoende effect wordt bereikt met bovenstaande maatregelen de mogelijkheid van het voorschrijven van proefbehandeling met hydrokinine
- Geef daarbij voorlichting over:
  - ✓ *Beperkte te verwachten effect*
  - ✓ *Regelmatig optredenede bijwerkingen: hoofdpijn, tinnitus met gehoorstoornissen*, duizeligheid, bittere smaak en maag-darmklachten
- Indien besloten wordt tot een proefbehandeling met hydrokinine gelden de volgende aanbevelingen
  - ✓ Geef *hydrokinine 200mg bij het avondeten en 100mg voor de nacht*
  - ✓ *Evalueer het effect van de behandeling na 2-4 weken*
  - ✓ *Staak ook bij gewenst effect de behandeling en ga na of de klachten wegblijven*
  - ✓ *Langdurig gebruik van hydrokinine wordt afgeraden*
  - ✓ *Zwangerschap* = contra-indicatie voor hydrokinine (alternatief is in dat geval magnesium, bv magnesiumoxide 1dd 500mg)

Bijlagen

Bijlage 1: Stroomschema : Aanmelding (⇧)



* Dit stroomschema is van toepassing voor zowel patiënten met een nieuwe klacht als patiënten met een reeds bestaande klacht.

** Registratie: klik steeds 'maak nieuw' in CareConnect.
'Slaapklachten': P06, G47.9 / 'Slecht slapen': P06, G47.0 / 'Slaapstoornis': P06, G47.8

Bijlage 2: Vragenlijst (⇧)

OMGAAN MET ANGST, STRESS
EN SLAAPPROBLEMEN

VRAGENLIJST BIJ
SLAAPPROBLEMEN

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

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

NAAM

DATUM

1. ZICHT KRIJGEN OP UW SLAAPPROBLEEM

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

2. UW IDEEËN, BEKOMMERNISSEN EN VERWACHTINGEN:

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

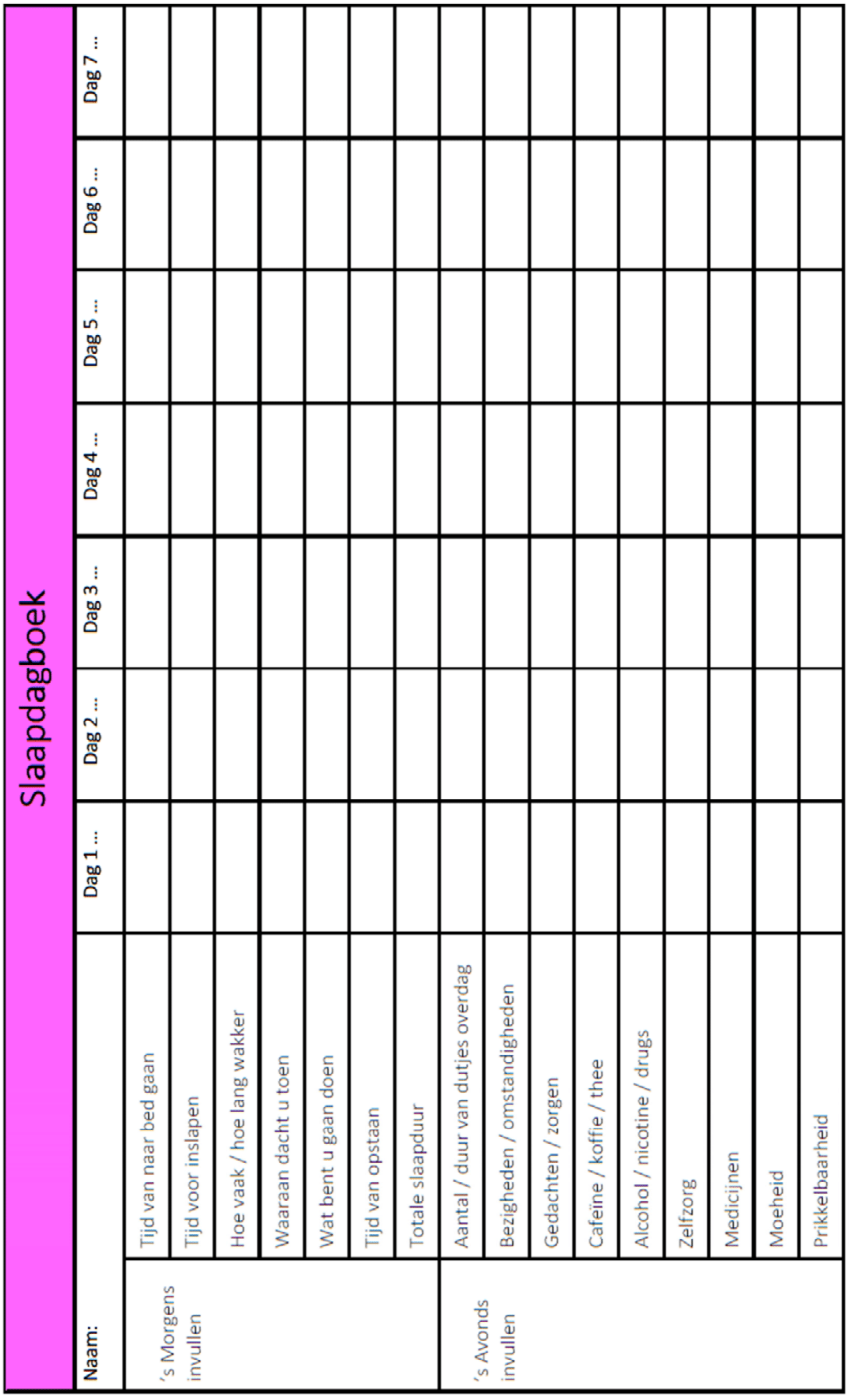
3. ZOEKEN NAAR EEN MOGELIJKE OORZAAK VAN UW SLAAPPROBLEEM

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

4. VRAGEN OVER UW SLAAPGEWOONTES

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

Bijlage 3: Slaapdagboek (⇧)



Slaapdagboek								
Naam:		Dag 1 …	Dag 2 …	Dag 3 …	Dag 4 …	Dag 5 …	Dag 6 …	Dag 7 …
's Morgens invullen	Tijd van naar bed gaan							
	Tijd voor inslapen							
	Hoe vaak / hoe lang wakker							
	Waaraan dacht u toen							
	Wat bent u gaan doen							
	Tijd van opstaan							
	Totale slaapduur							
's Avonds invullen	Aantal / duur van dutjes overdag							
	Bezigheden / omstandigheden							
	Gedachten / zorgen							
	Cafeine / koffie / thee							
	Alcohol / nicotine / drugs							
	Zelfzorg							
	Medicijnen							
	Moeheid							
	Prikkelbaarheid							

Bijlage 4: werkblad behandeling slapeloosheid/insomnie (⇧)

Behandeling slapeloosheid of insomnie

Wanneer u zich aanmeldt bij de huisarts met slaapproblemen zal de arts steeds met u trachten te achterhalen wat de reden van uw slaapprobleem is. Het kan zijn dat u hiervoor reeds een vragenlijst en/of slaapdagboek heeft moeten invullen of dit nog zal moeten doen.

Alle artsen in de praktijk volgen dezelfde getrapte aanpak bij de behandeling van slaapproblemen. Dit wil zeggen dat we eerst proberen te achterhalen of er een oorzaak kan gevonden worden die behandelbaar is en deze dan ook behandelen indien mogelijk.
Vervolgens wordt de niet-medicamenteuze behandeling verkozen. Dit bestaat uit voorlichting (normale slaap, slaapadviezen) en meer specifieke technieken om uw slaapprobleem aan te pakken. Een medicamenteuze behandeling is slechts in uitzonderlijke gevallen nodig.

Er zal bovendien steeds getracht worden dit te combineren met de niet-medicamenteuze behandeling.

Dit werkblad zal overlopen worden met de arts tijdens het consult. Nadien krijgt u deze informatie mee. U kan dan thuis alles nog eens rustig nalezen en zelf aan de slag gaan.

Trap 1: behandeling oorzaak

Eerst wordt er gezocht naar een mogelijke behandelbare oorzaak van het slaapprobleem, zoals bijvoorbeeld een schildklierprobleem, slaapapneusyndroom, rusteloze benen syndroom, enzovoort.

Indien er een behandelbare oorzaak van uw slaapprobleem wordt gevonden, zal de arts u hierover informatie geven en een behandeling instellen.

Indien u lijdt aan slapeloosheid/insomnie zal er worden overgegaan naar trap 2.

Trap 2: niet-medicamenteuze behandeling

De niet-medicamenteuze behandeling heeft bij slapeloosheid/insomnie steeds de voorkeur.
Ze bestaat uit verschillende elementen.

1) Voorlichting
    a. Zie folder: informatie over slapeloosheid/insomnie, normale slaap en slaaphygiëne.
    b. Checklist: hanteer jij al de juiste slaaphygiëne? Ga het na met deze checklist!

Slaaphygiëne – tip	Doe ik dit?
Ga naar bed als je je slaperig voelt.	
Probeer manieren te vinden om je te ontspannen vooraleer je gaat slapen.	
Zorg voor een aangename slaapomgeving: vrij donker, stil en niet te warm.	
Slaap overdag niet. Doe ook geen “klein dutje”.	
Beperk het gebruik van cafeïne overdag.	
Vermijd cafeïne, nicotine of zware maaltijden in de avonduren.	
Vermijd een hongergevoel bij het slapen gaan, nuttig eventueel een lichte avondsnack. Vermijd ’s nachts te eten.	
Vermijd of verminder het gebruik van nicotine, alcohol of andere genotsmiddelen.	
Actief zijn en bewegen zijn bevorderlijk voor de slaapbehoefte.	
Geen zware inspanning te kort bij bedtijd.	
Vermijd te veel drinken ’s avonds (elke nachtelijke plas betekent weer eens wakker).	
Gebruik het bed alleen om te slapen (niet lezen, geen tv kijken).	

Hanteer vaste uren om op te staan.	

2) Gedragsmatige behandeling
   Hieronder worden verschillende mogelijkheden aangehaald. Het is niet de bedoeling deze allemaal toe te passen, maar enkel deze, die voor jouw interessant lijken.
   a. Bufferzone
      i. Creëer een decompressie-uur voor het slapengaan. Hierdoor kan slaperigheid optreden.
      ii. Hoe? Plan een soort ritueel in voor het slapengaan waarin je je kan ontspannen.
      iii. Tips: lezen, muziek beluisteren, rustige TV kijken, uitgebreid klaarmaken voor het slapengaan (slaapkledij aandoen, wassen,…)
      iv. Persoonlijke notities:
      ……
      ……..
   b. Gestructureerde informatieverwerking voor het slapengaan
      i. Wanneer je de kans niet hebt om overdag informatie te verwerken en je de neiging hebt dit bij het slapengaan te doen of hiervoor wakker wordt ’s nachts; kan je de volgende technieken uitproberen.
      Opdringerige gedachten bemoeilijken immers de slaap.
      ii. Hoe?
         1. Piekermoment: vast moment en vaste plek gedurende 20-30 minuten
         2. To-Do-lijstje: schrijf op lijstje wat je nog wil realiseren, leg dit lijstje op een vaste plaats
         3. Stresshantering: pieker niet ’s nachts en probeer stress in de slaapkamer te vermijden
      iii. Tips: vul eventueel een blad in met 2 kolommen: bezorgdheden en oplossingen.
      iv. Persoonlijke notities:
      ……
      ……..
   c. Relaxatie
      i. Voldoende ontspanning overdag is een basisvoorwaarde voor een verkwikkende nachtrust. Omdat ontspanning voor iedereen anders is, zoekt u best de methode die bij u past.
      ii. Hoe? Relaxatieoefeningen, mindfulness, beweging.
      iii. Persoonlijke notities:
      ……
      ……..
   d. Stimuluscontrole
      i. Het bed en de slaapkamer worden snel geassocieerd met ‘wakker liggen, piekeren’ of gedrag als tv-kijken, gamen, surfen, lezen, sms’en, bellen,….
      Een negatieve associatie aan het bed kan er echter voor zorgen dat de gedachte aan of het zien van het bed voldoende is om terug wakker en zelfs gespannen te worden.
      Dit noemt men conditionering.
      Doel van de stimuluscontroletechniek is deze associatie te doorbreken en het bed opnieuw te leren associëren met slaperigheid. Meestal duurt het meer dan een week voor er een effect is.
      ii. Hoe?

1. Ga enkel naar bed wanneer je je slaperig voelt en niet eerder.
2. Sta weer op als je niet kunt slapen (na ongeveer 20 minuten), doe in een matig verlichtte omgeving een rustige en ontspannende activiteit en ga opnieuw naar bed als de slaperigheid terugkomt.
3. Herhaal indien nodig.

iii. Tip: Niet elders in slaap vallen en er blijven slapen want dit versterkt de bed-activatieassociatie.

iv. Persoonlijke notities:

……

……..

e. Slaaprestrictie / tijd-in-bed-restrictie

i. Bij deze techniek wordt de tijd in bed beperkt tot de tijd die je daadwerkelijk slaapt. Om deze techniek te kunnen toepassen, is het noodzakelijk een slaapdagboek bij te houden en het slaap-waakritme gedurende minstens 2 weken te registreren.

ii. Hoe? Lijkt deze techniek iets voor jou? Bespreek het dan verder met jouw arts.

iii. Persoonlijke notities:

……

……..

3) Cognitieve technieken

Deze technieken vertrekken vanuit de gedachten over slaap en het slaapprobleem, die het slaapprobleem mogelijk bestendigen of onderhouden.

Men moet trachten om verkeerde gedachten zoals irrealistische verwachtingen (8 uur slaap moeten hebben, consequenties van slapeloosheid dramatiseren,…) of verkeerde opvattingen (slaapmedicatie nodig hebben om te kunnen slapen, slaap moeten 'inhalen' na een slechte nacht,…) te corrigeren.

a. Gedachten beheersen

i. Onze gedachten beïnvloeden in grote mate onze gevoelens en ons gedrag. Hoe en wat we denken over onze slaap is bepalend voor ons slaapprobleem.

ii. Hoe? Praat erover met je arts.

iii. Tip: kijk verder naar het 5G-schema om jouw gedachten mogelijks beter te formuleren en te hanteren.

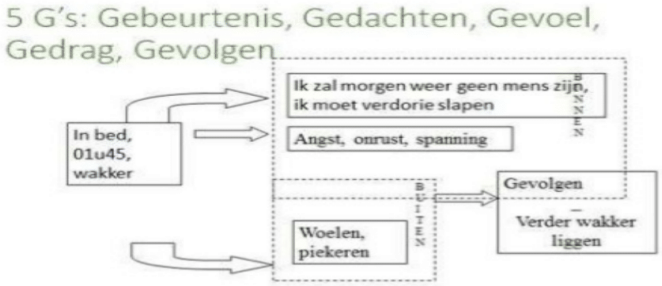
iv. Persoonlijke notities:

……

……..

b. 5G-schema

i. 5G staat voor: Gebeurtenis, Gedachten, Gevoel, Gedrag, Gevolgen.
Aan de hand van het 5G-schema kan duidelijk worden hoe gedachten emoties beïnvloeden.



ii. Voorbeeld:

iii. Hoe? Bekijk het voorbeeld, dit kun je zelf opnieuw invullen, ook voor andere gebeurtenissen. Hierdoor leer je gebeurtenissen en gedachten formuleren en hanteren.
iv. Persoonlijke notities:
……
……..

c. Paradoxale intentie
i. Cognitieve techniek die kan gebruikt worden bij inslaapproblemen. Het is de bedoeling je te richten op wakker blijven in plaats van in slaap proberen te vallen. Bedoeling is om zo overdreven focus op slapen en angstige gedachten die daarmee gepaard gaan, weg te nemen en de voorwaarden om de slaap te kunnen vatten, te verbeteren.
ii. Persoonlijke notities:
……
……..

Trap 3: medicamenteuze behandeling

Een medicamenteuze behandeling is slechts in uitzonderlijke gevallen nodig. De arts zal beslissen of dit nodig is in uw specifieke geval. Indien de arts het nodig acht, wordt er steeds gestart voor zo'n kort mogelijke duur en in zo'n laag mogelijke dosis.
Slaapmedicatie wordt immers afgeraden om verschillende redenen. Slaapmiddelen verkorten de inslaapduur gemiddeld 15 tot 20 minuten en verlengen de slaapduur met 30 tot 50 minuten. Maar al na twee weken zal dit effect geleidelijk afnemen. De ongewenste bijwerkingen blijven wel bestaan.
Er zijn veel ongewenste effecten zoals een groter valrisico, geheugenproblemen, slaperigheid overdag, hoofdpijn, verwardheid,…. Er treedt bovendien snel afhankelijkheid op en bij het plots stoppen van de slaapmedicatie treden ontwenningsverschijnselen op.

Slapeloosheid of insomnie

Slapeloosheid of insomnie



Slapeloosheid of insomnie betekent minstens driemaal per week slecht slapen (te lange tijd tot het inslapen, te vaak ontwaken 's nachts, moeite om dan weer in slaap te vallen, te vroeg wakker worden, onrustig dromen), gepaard gaande met slechter functioneren overdag (moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie).

Uit een gezondheidsenquête in 2013 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bleek ruim 30% van de bevolking ouder dan 15 jaar last te hebben van slaapproblemen. Over de impact op de gezondheid op bevolkingsniveau is nog weinig bekend. Langdurige slapeloosheid of insomnie zou onder andere samenhangen met meer verkeersongevallen, toenemende arbeidsongeschiktheid, meer valpartijen, enzovoort.

Normale slaap

We hebben slaap nodig om te herstellen. Door te slapen slaan we zowel lichamelijk als geestelijk nieuwe energie op.
Slaap bestaat uit verschillende fases die doorheen de nacht enkele keren worden herhaald. Zo wordt er onderscheid gemaakt tussen diepe slaap (lichamelijk herstel) en een REM-slaap (droomfase, psychologisch herstel). De eerste 4 uur bieden de meeste recuperatie. Tijdens het leven verandert het slaappatroon. Naarmate men ouder wordt zal men minder slaap nodig hebben, bovendien worden ouderen vaker wakker 's nachts en slapen minder diep.

Belangrijke weetjes omtrent normale slaap

- Niet iedereen heeft hetzelfde slaappatroon
- Aantal uren benodigde slaap verschilt van persoon tot persoon (meestal tussen 5-10 uur)
- Tijd nodig om in te slapen kan sterk verschillen
- Naarmate de nacht vordert wordt de slaap steeds minder diep en is kortdurend wakker worden normaal
- Stresserende dagen kunnen leiden tot slapeloze nachten (vergadering, examens,…)
- Slaapmedicatie en alcohol ondermijnen de normale herstellende slaapstructuur
- Sommige activiteiten kunnen negatief effect hebben op de slaap: piekeren, complexe activiteiten, koffie, energiedrankjes, cola, alcohol, roken, zware maaltijden, intensief sporten,…

Slaap kan niet uit vrije wil onmiddellijk worden aangevat. Wel kan men slaap bevorderen door er stimulerende omstandigheden voor te scheppen of belemmerende omstandigheden uit de weg te gaan.

Slaapgedrag

Slaapklachten ontstaan meestal omdat mensen in een stressvolle periode zitten. Zo is er bij kortdurende slaapproblemen vaak sprake van een bekende oorzaak, bv. echtscheiding, deadline op het werk, financiële problemen,….

Na ongeveer 3 weken slecht slapen, ontstaat een mechanisme waarbij het bed steeds meer de betekenis krijgt van 'de plaats waar ik wakker lig'. Dat maakt je gespannen, waardoor de kans kleiner wordt dat je snel inslaapt. Dit mechanisme noemen we negatieve conditionering.

Slecht slapen kan ook zorgen voor verkeerde slaapgewoonten (je gaat steeds later naar bed, omdat je ertegen op ziet, je drinkt een glaasje alcohol,…).

Praktische tips om beter te slapen

Adviezen rond slaaphygiëne zijn belangrijk om weer bewust te worden van omgevings- en gedragsfactoren die een invloed hebben op de slaap. Dit kan je zelf leren.

- Ga naar bed als je je slaperig voelt.
- Probeer manieren te vinden om je te ontspannen vooraleer je gaat slapen.
- Zorg voor een aangename slaapomgeving: vrij donker, stil en niet te warm.
- Slaap overdag niet. Doe ook geen "klein dutje".
- Beperk het gebruik van cafeïne overdag.
- Vermijd cafeïne, nicotine of zware maaltijden in de avonduren.
- Vermijd een hongergevoel bij het slapen gaan, nuttig eventueel een lichte avondsnack. Vermijd 's nachts te eten.
- Vermijd of verminder het gebruik van nicotine, alcohol of andere genotsmiddelen.
- Actief zijn en bewegen zijn bevorderlijk voor de slaapbehoefte.
- Geen zware inspanning te kort bij bedtijd.
- Vermijd te veel drinken 's avonds (elke nachtelijke plas betekent weer eens wakker).
- Gebruik het bed alleen om te slapen (niet lezen, geen tv kijken).
- Hanteer vaste uren om op te staan.

Bijlage 6: Folder (voorlichting) : extra informatie (⇧)

Extra informatie bijhorend bij de folder voorlichting.

- Normale *slaap*
  - *Aantal uren benodigde slaap verschilt van individu tot individu: meeste mensen tussen 5-10 uur slaap nodig.*
  - *Niet iedereen heeft hetzelfde slaappatroon*
  - *Tijd die nodig is om in te slapen kan individueel sterk variëren zonder dat dit abnormaal hoeft te zijn. (gemiddelde is ongeveer 15 minuten)*
  - *Met het vorderen van de nacht wordt de slaap steeds minder diep en is kortdurend wakker worden normaal.*
  - *Door onregelmatige slaap-waaktijden raakt de biologische klok ontregeld, waardoor slapeloosheid kan ontstaan.*
  - *Het is normaal dat stresserende dagen kunnen leiden tot slapeloze nachten zoals een vergadering met uw baas, examens, dag voor uw verlof.*
  - *Slaappatroon verandert tijdens het leven. Naarmate men ouder wordt, vaak minder slaap nodig en meer verspreid over 24 uur. Ze worden bovendien vaker wakker 's nachts en slapen minder diep.*
  - *Slaap bestaat uit verschillende fases die doorheen de nacht enkele keren worden herhaald. Er wordt onderscheid gemaakt tussen diepe slaap (lichamelijk herstel) en een REM-slaap (droomfase, psychologisch herstel). De eerste 4 uren bieden de meeste recuperatie.*
  - *Om te slapen moet men zich leren ontspannen (ook overdag), niet leren slapen.*
  - *We hebben onze slaap nodig om te herstellen. Door te slapen slaan we zowel lichamelijk als geestelijk nieuwe energie op.*
  - *Slaapmedicatie en alcohol ondermijnen de normale herstellende slaapstructuur.*
  - *Slaap inhalen overdag (met dutjes voor de geplande bedtijd, bv. voor tv in slaap vallen) bestendigt het slaapprobleem. Een verlengde nachtrust levert qua slaapkwaliteit weinig tot niets op. De beste manier om slaap in te halen is een paar nachten je slaap-waakritme aanhouden.*
  - *De nadelen van een incidenteel slaaptekort op het lichamelijk en geestelijk functioneren zijn beperkt. Na een slapeloze nacht kan men, ondanks wat concentratieproblemen en prikkelbaarheid, de meeste dagelijkste taken de baas en slaapt men daarna langer en vaster.*
  - *Denkprocessen bij het niet kunnen slapen kunnen een vicieuze cirkel doen ontstaan.*
  - *Sommige activiteiten in de avonduren kunnen een negatief effect hebben op de slaap: piekeren, complexe activiteiten, koffie, energiedrankjes, cola, alcohol, roken, zware maaltijden, intensief sporten, overmatige blootstelling aan licht van de smartphone, tablet of computer.*
  - *Slaap kan niet uit vrije wil onmiddellijk worden geïnitieerd, wel kan men slaap bevorderen door er stimulerende omstandigheden voor te scheppen of belemmerende* omstandigheden uit de weg te gaan.
- Slaapgedrag
  - *Slaapklachten ontstaan meestal omdat mensen in een stressvolle periode zitten. Zo is er bij kortdurende slaapproblemen vaak sprake van een bekende oorzaak, bv. echtscheiding, deadline op het werk, financiële problemen,….*
  - *Na ongeveer 3 weken slecht slapen, ontstaat een mechanisme waarbij het bed steeds meer de betekenis krijgt van 'de plaats waar ik wakker lig'. Dat maakt je gespannen, waardoor de kans kleiner wordt dat je snel inslaapt. Dit mechanisme noemen we negatieve conditionering.*
    - *Conditionering zal ertoe leiden dat het idee te moeten slapen voldoende is om de insomnia cirkel in gang te zetten: zie insomnia cirkel (*http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/wp-content/uploads/2018/03/NL-Insomnia-Cirkel-02.pdf)
  - *Slecht slapen kan ook zorgen voor verkeerde slaapgewoonten (je gaat steeds later naar bed, omdat je ertegen op ziet, je drinkt een glaasje alcohol,…).*

- *Geef jezelf de tijd. Jouw slaapprobleem heeft de nodige tijd gehad om zich te ontwikkelen tot wat het nu is. Mensen denken dat wonderoplossingen bestaan die het probleem in 1 nacht oplossen. Het is erg begrijpelijk dat je hoopt op een mirakel, maar dat is niet haalbaar. Geef jezelf de tijd om je slaapproblemen terug af te leren en het gewone slaappatroon opnieuw aan te leren.*
- *Eén van de meest voorkomende fouten die mensen maken, is niet lang genoeg volhouden. Je hebt ongeveer 2-3 weken nodig om opnieuw een gewoon slaappatroon te hebben.*

➢ Slaaphygiëne

- *Informatie: adviezen rond slaaphygiëne zijn belangrijk om mensen zich meer bewust te maken van omgevings- en gedragsfactoren die een impact hebben op de slaap en die ze kunnen leren beïnvloeden.*
- *Hanteer vaste uren om op te staan, ga naar bed als je je slaperig voelt en blijf niet langer in bed na een slaaparme nacht.*
- *Probeer manieren te vinden om je te ontspannen vooraleer je gaat slapen. Het is belangrijk dat je je voorbereid op het slapengaan mits een zekere routine. (bv. tafel dekken, omkleden, wassen en tanden poetsen of warm bad of douche, luisteren naar muziek, praten met partner,…)*
- *Vermijd een hongergevoel bij het slapen gaan, nuttig eventueel een lichte avondsnack. Vermijd 's nachts te eten.*
- *Zorg voor een aangename slaapomgeving: vrij donker, stil en niet te warm*
- *Vermijd dutjes overdag en vooral indommelen na het avondeten.*
- *Beperk het gebruik van cafeïne overdag en vermijd cafeïne, nicotine of zware maaltijden in de avonduren, vermijd of verminder nicotine, alcohol of andere genotsmiddelen.*
- *Actief zijn en bewegen zijn bevorderlijk voor de slaapbehoefte en dus aanbevolen; zware inspanningen te kort bij bedtijd kunnen het inslapen daarentegen bemoeilijken.*
- *Vermijd te veel drinken 's avonds, elke nachtelijke plas betekent weer eens wakker worden.*
- *Gebruik het bed alleen om te slapen en voor seksuele activiteiten. (beter niet lezen of tv kijken in de slaapkamer).*

Referenties

- Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. EBM PracticeNet Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) 2018. Beschikbaar via: https://domusmedica.be/richtlijnen/aanpak-van-slaapklachten-en-insomnie-bij-volwassenen-de-eerste-lijn. Geraadpleegd 30 november 2018.
- Rintahaka P. Slaapstoornissen bij kinderen en adolescenten. Duodecim Medical Publications Ltd 2017. Beschikbaar via: www.ebpnet.be. Geraadpleegd 1 maart 2019.
- Hublin C. Episodische symptomen die gepaard gaan met slaap. Duodecim Medical Publications Ltd 2016. Beschikbaar via: www.ebpnet.be. Geraadpleegd 1 april 2019.
- Rovasalo A. Langdurig benzodiazepinegebruik en ontwenning. Duodecim Medical Publications Ltd 2017. Beschikbaar via www.ebpnet.be. Geraadpleegd 1 april 2019.
- Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI vzw). Formularium Ouderenzorg – Slaapstoornissen. Internet site BCFI vzw 2017. Beschikbaar via: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/208#main. Geraadpleegd 1 maart 2019.
- NHG Standaard Slaapproblemen en Slaapmiddelen (tweede herziening). NHG Werkgroep Slaapproblemen en Slaapmiddelen. Huisarts Wet 2014; 57 (7): 352-61.
- Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI vzw). Hypnotica, sedative, anxiolytica. Internet site BCFI vzw 2018. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7468. Geraadpleegd 30 november 2018.
- Gezondheid en wetenschap. Slaapklachten en slapeloosheid bij volwassenen. Internet site Gezondheid en Wetenschap 2019. Beschikbaar via: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/slaapklachten-en-slapeloosheid-bij-volwassenen. Geraadpleegd 1 april 2019.
- UZ Leuven. E 352 – centrum voor slaap- en waakstoornissen – informatie voor patiënten. UZ Leuven 2015.
- Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Slaap- en kalmeermiddelen, denk eerst aan andere oplossingen. Internet site federale overheidsdienst 2019. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/medicatie/slaap-en-kalmeringsmiddelen. Geraadpleegd 7 juni 2019.
- Christiaens T, Creupelandt H, Callens Ja, Callens Ju, Pauwelyn J, Rogiers R, et al. Slaap en kalmeermiddelen-hulpmiddelenboek. Online handleiding in opdracht van FOD Volksgezondheid; 2018. Beschikbaar via: http://www.slaapenkalmeermiddelen-hulpmiddelenboek.be/. Geraadpleegd 7 juni 2019.
- Domus Medica. Huisarts kan slaapproblemen voortaan beter aanpakken. Artikel 12 oktober 2018. Beschikbaar via: https://domusmedica.be/actueel/huisarts-kan-slaapproblemen-voortaan-beter-aanpakken . Geraadpleegd 20 juli 2019.
- Thoen A, Rogiers R, Anthierens S, Creupelandt H, Christiaens T, Universiteit Gent. Benzo-consult, e-learning. FOD en RIZIV 2017. Beschikbaar via https://www.health.belgium.be/nl/e-services/e-learning . Geraadpleegd 20 juli 2019.
- De Feyter J. Wat is de haalbaarheid van de huidige Domus Medica-aanbeveling Slapeloosheid in de aanpak van patiënten met een nieuwe klacht van slapeloosheid in een huisartsenpraktijk te Lede? Masterproef Huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent 2012-1014.
- Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michiels J, De Meyere M, Mariman A. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Huisarts Nu 2005; 34 (7).
- Christiaens T, De Loof G, Maloteaux JM. (BCFI) Slapeloosheid bij volwassenen. Een evidence-based richtlijn voor de eerste lijn. Folia Pharmacotherapeutica 2019, 46 (06).