Aanpak van slaapproblemen in de eerste lijn : implementatie van een praktijkrichtlijn

Frederique Vanderspickken, KUL

Promotor: Prof. Jo Goedhuys

Co-promotor: Dr Lieve Deturck, praktijkopleider

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2012-2013

Inhoudstafel

Samenvatting **3**
Inleiding **4**
Methode **4**
Literatuuronderzoek 4
Praktijkrichtlijn 5
Implementatie 5
Evaluatie 5
Resultaten **6**
Implementatie 6
Patiëntenpopulatie 6
Telefonische enquête patiënten 6
Bevraging artsen 7
Bespreking **8**
Besluit **8**
Dankwoord **9**
Referenties **10**
Bijlagen **12**
Bijlage 1 Epidemiologie 12
Bijlage 2: Praktijkrichtlijn 14
Bijlage 3: Slaapdagboek 17
Bijlage 4: Slaapvragenlijst 18
Bijlage 5: Patiëntenfolder 21
Bijlage 6: Tips bij ploegenarbeid 25
Bijlage 7 : Informed consent 26
Bijlage 8 : Vragenlijst telefonisch interview patiënten 27
Bijlage 9: Algemene patiëntgegevens 29
Bijlage 10: Resultaten telefonisch interview 30
Bijlage 11: Visgraatmodel 31

Samenvatting:

Achtergrond: Slaapproblemen komen voor bij 21% van de Belgische bevolking en kennen een toenemende incidentie de laatste jaren.[1,2] Een opmerkelijk feit is het hoge gebruik van slaapmedicatie in België in vergelijking met de ons omringende landen.[3,4] Deze medicatie is nochtans slechts kortdurend effectief bij slaapproblemen en kent belangrijke nevenwerkingen, vooral in de oudere populatie.[6]
Doelstelling: Is het mogelijk om in de huisartsenpraktijk een praktijkrichtlijn rond de aanpak van slaapproblemen in de eerste lijn te implementeren, waarbij de principes gebaseerd zijn op diagnostiek, voorlichting, slaaphygiëne en stimuluscontrole met een terughoudend beleid rond slaapmedicatie?
Methode: Er werd een praktijkrichtlijn opgesteld gebaseerd op principes van de huidige richtlijnen rond aanpak van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk. De zo ontstane praktijkrichtlijn omvat een uitgebreide diagnostiek, voorlichting, slaaphygiëne en stimuluscontrole. Het voorschrijven van slaapmedicatie werd beperkt tot uitzonderlijke situaties. Een slaapdagboek, diagnostische vragenlijst en patiëntenfolder werden toegevoegd als hulpmiddelen. Deze richtlijn werd geïmplementeerd in een groepspraktijk van 3 huisartsen en 1 huisarts in opleiding te Herent. Van juni 2012 tot en met mei 2013 werden alle patiënten ouder dan 18 jaar die zich aanmeldden met slaapproblemen geïncludeerd. Nadien werd geëvalueerd door middel van een bevraging bij de artsen en telefonisch interview van de patiënten.
Resultaten: Een totaal van 38 patiënten werd geïncludeerd door de 4 artsen, waarvan 2 voortijdig de begeleiding beëindigden en 4 patiënten niet geïnterviewd konden worden. Het ging in totaal om 7 acute en 31 chronische slaapproblemen. Bij 1 op 4 patiënten werd gestart met slaapmedicatie, dit kon in bijna de helft van de gevallen volledig gestopt worden. Het interview van patiënten toonde een tevredenheid van gemiddeld 7,7 op tien. Hun slaapkwaliteit ging erop vooruit. De artsen zijn tevreden nu een leidraad voor de aanpak van slaapproblemen in handen te hebben. Het vraagt wel meer tijdsinvestering en enige kennis rond de problematiek. De richtlijn zal nog verder toegepast worden in de onderzoekspraktijk.
Besluit: Deze studie toont aan dat de behandeling van slaapproblemen met de focus op diagnostiek, voorlichting, slaaphygiëne en stimuluscontrole implementeerbaar is in de onderzoekspraktijk. Beperkingen van het studie-opzet zijn o.a. de kleine studiepopulatie en bias door selectie en wijze van evaluatie. Mits in acht neming van deze bemerkingen zou deze aanpak ook in andere huisartspraktijken te verkiezen zijn boven het eenzijdig voorschrijven van slaapmedicatie.
Auteur : Frederique Vanderspickken, promotor Prof Jo Goedhuys, co-promotor Dr. Lieve Deturck
Correspondentie: frederique.vanderspickken@gmail.com

Inleiding

Slaapproblemen komen frequent voor in de huisartsenpraktijk. Volgens de Belgische Gezondheidsenquête 2008 heeft 21% van de bevolking er last van, hetzij 24% vrouwen en 18% mannen. Vooral ouderen worden getroffen, namelijk 27% van de personen van 75 jaar en ouder (zie bijlage 1, grafiek 1). [(1)]
Gegevens uit de Intego-databank, een registratie bij Vlaamse huisartsenpraktijken, tonen een toenemende incidentie aan slaapproblemen (ICPC06) over de laatste jaren [(2)] . Waar de incidentie in 1994 nog 2,52 bedraagt, is deze in 2010 verdubbeld naar 5,53 per 1000 patiënten per jaar (zie bijlage 1, grafiek 2). De grootste incidentie bij vrouwen komt voor in de leeftijdsgroep van 25-44 jaar, bij mannen is dit wat later op 45-64 jaar (zie bijlage 1, tabel 1). [(2)]
Voor slaapproblemen wordt vaak onnodig slaapmedicatie voorgeschreven. Deze medicatie is slechts gedurende 1 week effectiever dan placebo. Bovendien treden er nevenwerkingen op zoals tolerantie, verslaving en residuele effecten overdag. [(3)] In vergelijking met ons omringende landen is het hoge gebruik van benzodiazepines in België opvallend[(4,5)].
Volgens Intego kreeg in de globale onderzoekspopulatie 6,81% van de vrouwen en 4,18% van de mannen in 2010 een voorschrift voor benzodiazepines [(2)]. Hiervan blijkt de helft deze (bijna) dagelijks en langdurig (langer dan 6 weken) te gebruiken.[(5)] De huisarts speelt hier zeker een rol. Een andere aanpak is geïndiceerd en mentaliteitswijziging dringt zich op.

Onderzoeksvraag

Hoe kan men de patiënt met slaapproblemen ondersteunen en tegelijk het gebruik aan slaapmedicatie tot een minimum beperken? Is deze aanpak haalbaar in de dagelijkse huisartsenpraktijk?
Om dit te onderzoeken werd in een huisartsenpraktijk in Vlaams-Brabant een praktijkrichtlijn voor aanpak van slaapproblemen opgesteld. Deze is gebaseerd op de meeste recente richtlijnen voor huisartsen. De focus van de praktijkrichtlijn ligt op grondige diagnostiek en niet-medicamenteuze therapie zoals voorlichting, slaaphygiëne en stimuluscontrole. Het voorschrijven van slaapmedicatie wordt tot een minimum beperkt. De implementatie van deze praktijkrichtlijn werd enerzijds geëvalueerd door ondervraging van de behandelende artsen naar de toepasbaarheid van de richtlijn. Anderzijds werden telefonische enquêtes afgenomen bij de patiënten die peilen naar hun tevredenheid over de aanpak en de effecten op hun slaap.

Methode

Literatuuronderzoek

Er gebeurde eerst een nazicht van de huidige literatuur op basis van de watervalmethode. Volgende zoektermen werden gehanteerd : slaapproblemen, slaapstoornissen, slaap, sleep, sleep disturbance, insomnia, shift work disorder. Voor bijkomende informatie werd ook gezocht met trefwoorden als (sedative) hypnotics en benzodiazepines.
Er werden meerdere quaternaire bronnen geraadpleegd , o.a. Domus Medica, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Clinical Knowledge Summaries (CKS), National Guideline Clearing House (NGC), Guideline Finder UK, New Zealand Guidelines Group, World Health Organisation, Evidence Based Medicine Guidelines, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, Zoekmotor Hoge Gezondheidsraad en CBO Kwaliteitsacademie Nederland. [(6-11)]
Ook werden relevante artikels uit de referentielijsten van deze richtlijnen nagelezen. [(12-21)] Volgende websites werden nog geraadpleegd : Clinical Evidence, Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, Farmacotherapeutisch kompas, Minerva en Huisarts Nu. [(21-25)]
Het boek “Insomnia” van Morin en Espie 2003 werd gelezen als achtergrondliteratuur.[(26)]

Als basis voor de praktijkrichtlijn werd uiteindelijk gekozen voor de principes van de richtlijnen van Domus Medica en NHG

met aanvullingen uit NGC, CKS en het boek “Insomnia” van Morin en Espie (zie bijlage 2). Om toepassing van de praktijkrichtlijn te vergemakkelijken werden ook enkele hulpmiddelen aangemaakt zoals een diagnostische vragenlijst, dagboek, patiëntenfolder en een folder met aparte tips voor patiënten met slaapproblemen tengevolge van ploegenarbeid (zie bijlage 3-6). [21-24].

Praktijkrichtlijn

De praktijkrichtlijn maakt een onderscheid tussen acute en chronische slaapproblemen met een afkappunt van 3 weken. Vanaf dan treedt er immers negatieve conditionering op wat een bijkomende aanpak vereist. [7]

Chronische slaapproblemen
De eerste consultatie zou vooral bestaan uit een exploratie van de ideeën, bekommernissen en verwachtingen van de patiënt rond zijn slapeloosheid. Vervolgens wordt een slaapdagboek meegegeven en een diagnostische vragenlijst waarin het diagnostisch landschap van slaapproblemen geïntegreerd is. Dit wordt tijdens de tweede raadpleging besproken en indien hieruit geen verwijzing of verder onderzoek resulteerde, zou er gestart worden met de behandeling. Deze bestaat uit voorlichting, slaaphygiëne en stimuluscontrole. De principes hiervan werden samengevat in een folder, dewelke meegegeven zou worden aan de patiënt. Stimuluscontrole is in feite een gedragstherapeutische techniek die de negatieve conditionering tracht te doorbreken. Concreet betekent dit dat de patiënt wordt opgedragen op te staan uit bed wanneer hij langer dan 15 minuten wakker ligt. Hij moet de slaapkamer verlaten om zich elders met iets ontspannend bezig te houden. Als hij zich terug slaperig voelt worden, mag hij terug naar bed.
De opvolging zou gebeuren d.m.v. controles waarbij geëvalueerd werd hoe de aangeboden tips in praktijk werden toegepast. Ook werden de slaapdagboeken opgevolgd en werd er aandacht besteed aan andere comorbiditeiten zoals depressie, somatische klachten e.a. Voor bijkomende ondersteuning kon er verwezen worden voor o.a. relaxatietherapie en psychotherapie.
Voor de patiënt met chronische slaapproblemen tengevolge van ploegenarbeid zouden bijkomende adviezen verstrekt en meegegeven worden in een aparte folder.

Acute slaapproblemen
Bij patiënten met een acuut slaapprobleem was het de bedoeling meteen te starten met behandeling zonder eerst een diagnostische vragenlijst te doorlopen. De behandeling omvatte eveneens voorlichting en slaaphygiëne maar geen stimuluscontrole. Wanneer het acute slaapprobleem toch langer zou blijven aanslepen dan 3 weken, zou het probleem benaderd worden als zijnde chronisch en werd diagnostiek en stimuluscontrole toegevoegd aan het beleid.
Wat betreft slaapmedicatie was het opzet dit enkel voor te schrijven bij acute slaapproblemen in uitzonderlijke situaties, zoals bijvoorbeeld bij jetlag of bij dreigende decompensatie door psychosociale problemen. Bij het voorschrijven zou de patiënt ook ingelicht worden over de effecten en nevenwerkingen en werd de nadruk gelegd op een kortdurende behandeling. Hierbij werd gekozen voor Z-medicatie wegens de beschikbaarheid van kleine verpakkingen van 10 comprimés.[17,20,25]

Implementatie

Deze praktijkrichtlijn zou geïmplementeerd worden in een huisartsengroepspraktijk te Herent, van 3 seniorartsen en 1 huisarts in opleiding (HAIO). Gedurende een periode van 1/06/2012 tem 31/5/2013 zouden alle patiënten ouder dan 18 jaar die zich aanmelden met een slaapprobleem en waarbij het functioneren overdag beïnvloed werd, geïncludeerd worden.
Een bijkomende criterium was het niét gebruiken van slaapmedicatie. Het project heeft immers niet als doelstelling het afbouwen van benzodiazepines te onderzoeken. Er werd vooropgesteld een 30-tal patiënten te includeren, waarvan

minstens 20 patiënten door de HAIO gevolgd zouden worden en de seniorartsen elk minstens 3.

Evaluatie

Na afronden van de begeleiding werd er een tweeledige evaluatie gepland. Enerzijds zouden de patiënten een 3 tot 6 maanden na stoppen van de begeleiding door de HAIO telefonisch geïnterviewd worden door middel van vragenlijsten die peilden naar zowel kwantitatieve als kwalitatieve parameters. Hierbij werd gevraagd naar verbetering van slaap, evaluatie van de aanpak en de gebruikte hulpmiddelen, tips voor verbetering,… (zie bijlage 8).

Anderzijds zou aan de artsen 1 jaar na implementatie feedback gevraagd worden tijdens het wekelijkse groepsoverleg van tweemaal 30 minuten. Hierbij werd een visgraatmodel als vertrekpunt gebruikt zodat er zoveel mogelijk informatie verzameld kon worden over de 4 domeinen, namelijk methode, praktijkstructuur, gebruikte materiaal en artsen en patiënt met hun wisselwerking. (zie bijlage 11)

Resultaten

Implementatie

Nadat de praktijkrichtlijn werd opgesteld, werd deze toegelicht op een wekelijks overleg met alle artsen. De inclusiecriteria, behandelingsprincipes en hulpmiddelen werden uitgelegd. De richtlijn samen met de diagnostische vragenlijst, dagboek en folder werden in aparte map elektronisch beschikbaar gemaakt. Tijdens de onderzoeksperiode werd er door de HAIO regelmatig feedback gegeven aan de andere artsen. Dit gebeurde enerzijds schriftelijk in het medisch dossier, maar ook tijdens mondelinge patiëntenbesprekingen werden aspecten van het beleid besproken.

Patiëntenpopulatie (zie bijlage 9)

Er werden in totaal 38 patiënten geïncludeerd die zich aanmeldden met een slaapprobleem. Dit waren 12 mannen en 26 vrouwen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 44,6 jaar bij de mannelijke patiënten, bij de vrouwen 45,7 jaar. Het ging hierbij om 7 acute en 31 chronische slaapproblemen. Het aantal consultaties per patiënt bedroeg gemiddeld 2,5, voor de senior-artsen 2,3, voor de HAIO 2,6. Er werkten 4 artsen mee aan het onderzoek waarbij de seniorartsen ieder 18 patiënten volgden, de huisarts in opleiding 20 patiënten. Er waren 2 patiënten die voortijdig de begeleiding beëindigden en niet meer consulteerden na de eerste raadpleging. Dit omwille van tijdsgebrek en financiële redenen.

In 10 gevallen werd er slaapmedicatie voorgeschreven, dit bij 5 chronische en 5 acute slaapproblemen. Van de negen patiënten die hierover bevraagd konden worden, kon in 4 gevallen de medicatie na een korte periode volledig gestopt. De overige 5 patiënten nemen het nog sporadisch maar niet dagelijks, oftewel zeer zelden. Bij deze laatste 5 patiënten gaat het om 4 chronische slaapproblemen en 1 acuut slaapprobleem.

Van de totale cohorte werden er 13 patiënten verwezen, twee naar de neuroloog voor o.a. oppuntstelling van medicatie voor parkinsonisme en restless legs, twee naar het slaaplabo voor slaapapneu en voor intensievere begeleiding van het slaapprobleem, twee naar een psycholoog voor post-traumatisch stresssyndroom en cognitieve gedragstherapie. Eén iemand ging naar een bewegingscoach, een ander iemand werd verwezen naar een fysisch geneesheer voor lage rugpijn. Drie patiënten kregen mindfullness training, drie anderen gingen naar een coach voor burn-out.

Telefonisch interview bij patiënten (zie bijlage 10)

Alle 38 patiënten werden telefonisch gecontacteerd door de HAIO, bij 4 patiënten kon het interview niet afgenomen worden. Redenen hiervoor waren : veranderd van huisarts of bij herhaling niet bereikbaar.

Aan de patiënten werd gevraagd de gebruikte hulpmiddelen een score te geven op tien waarbij de diagnostische vragenlijst een 7,4 verkreeg, het slaapdagboek 6,9 en de folder 7,7 op 10. Bij de vragenlijst hadden de meeste patiënten geen specifieke opmerkingen te vermelden, 4 patiënten vonden dit een nuttig hulpmiddel voor de arts om onderliggende aandoeningen uit te sluiten. Wat betreft het dagboek vonden 10 patiënten dit een goed instrument vanwege de objectieve kijk die wordt gegeven op het slaappatroon en de winst aan inzicht hierdoor. Zes patiënten gaven aan dat het moeilijk is zich het aantal uren slaap en wakker zijn te herinneren de volgende ochtend bij het invullen. Twee patiënten vonden het dagboek daarom niet objectief genoeg omdat ze een schatting moesten maken van hun slaap die nacht. Drie patiënten vonden dat het dagboek niet veel bijbracht omdat ze hun eigen slaappatroon wel kenden en hier geen dagboek voor nodig hadden. Twee anderen vonden de structuur van het dagboek op zich verwarrend.
Bij de folder met voorlichting, adviezen voor slaaphygiëne en stimuluscontrole vonden 8 patiënten deze tips nuttig, 6 vonden de folder interessant. Zeven patiënten gaven aan al veel van de tips te kennen. Voor 5 patiënten bracht de folder geruststelling en deed dit hun het probleem relativeren. Twee patiënten vonden de voorlichting over een normaal slaappatroon interessant. Twee anderen vonden de folder niet nuttig. Drie patiënten vonden de adviezen rond stimuluscontrole moeilijk in de praktijk te brengen.
De gemiddelde slaapkwaliteit voor start van begeleiding bedroeg 4,3/10, na begeleiding was dit 6,7/10. Van de 32 patiënten die hierover ondervraagd konden worden, vertelden 11 patiënten dat de slaapkwaliteit hetzelfde gebleven was, de overige 21 merkten een verbetering. Patiënten scoorden hun tevredenheid over de aanpak als gemiddeld 7,7 op tien.
Aan patiënten werd ook de vraag gesteld welke aspecten van de begeleiding ze goed of minder goed vonden. Elf patiënten hadden hierbij geen bijkomende opmerkingen. Vier patiënten hoopten een voorschrift voor slaapmedicatie te verkrijgen, wat niet gebeurd was. Vier anderen apprecieerden de moeite en de tijd die genomen werd door de artsen. Het aantal consultaties werd door 19 patiënten als goed bevonden, 4 patiënten vonden het teveel, één iemand wenste nog meer opvolgingsgesprekken.
Van de 14 patiënten die verwezen werden, vonden 9 dit een goede verwijzing, 3 patiënten niet. Twee van deze 3 hebben dan ook geen gevolg gegeven aan de verwijzing, 1 patiënt wel maar vond dit niet nuttig voor de aanpak van het slaapprobleem. Van de 34 patiënten die hierover bevraagd werden, waren er 3 die de aanpak niet zouden aanraden aan anderen.

Bevraging artsen

De artsen die meewerkten aan het onderzoek werden bevraagd tijdens de wekelijkse vergadering gedurende tweemaal een halfuur. Hiervoor werd een visgraatmodel als vertrekpunt gebruikt (zie bijlage 11).
<u>Domein Mens : arts en patiënt</u>
De reacties waren positief en alle artsen bleken gemotiveerd om de richtlijn te blijven toepassen. Ze vonden het fijn nu een leidraad in handen te hebben om slaapproblemen aan te pakken. Hierbij kan men meteen een actie ondernemen en bijvoorbeeld al een dagboek en vragenlijst meegeven bij de aanmelding. Er kan dan een volgend consult afgesproken worden om dieper in te gaan op het probleem. Ze merken ook dat ze het probleem meer detecteren als voorheen omdat ze er meer voor openstaan. Vóór de implementatie voelden ze zich onzeker bij de aanpak wat er soms voor zorgde dat men klachten rond slecht slapen wat links liet liggen, meteen verwees of slaapmedicatie voorschreef bij gebrek aan een betere oplossing.
Het viel op dat er tijdens de studie weinig allochtone patiënten geïncludeerd werden. Als verklaring hiervoor werd gegeven dat deze patiënten minder voor slaapproblemen consulteren.
<u>Domein Methode : praktijkrichtlijn</u>
Alle artsen gaven aan dat het enige oefening en achtergrond vraagt om met de aanpak vertrouwd te raken. Sommige

hadden op voorhand zelf de literatuur wat doorgenomen om meer op de hoogte te zijn. Ze geven aan zelf veel bijgeleerd te hebben.
Als opmerking kwam ook dat het toch belangrijk is om in de praktijk met de materie bezig te blijven, zodat de principes goed in het hoofd blijven. Ze vonden het nuttig regelmatig feedback te krijgen van de HAIO als ondersteuning tijdens de implementatie.
Wat betreft de duur van de consultaties verschilde dit onder de artsen. Eén senior arts en de HAIO gebruikten 30 minuten per consult, 1 seniorarts 15 min, een ander 15 tot 20 minuten. De duur en het aantal consultaties werd niet als te belastend ervaren.
Een opzet van de praktijkrichtlijn was o.a. het chronisch gebruik van slaapmedicatie vermijden. In de praktijk schreven de artsen enkel medicatie voor bij acute problemen maar soms ook bij chronische problemen die gepaard gingen met acute decompensatie. De artsen gaven aan dat sommige patiënten wel medicatie verwachtten maar dat na voldoende voorlichting hun visie hierop meestal toch bijgesteld kon worden.
Domein Praktijkstructuur
Deze aanpak sluit nauw aan met de praktijkvisie waarin een holistische benadering van de patiënt centraal staat. Er werd onderkend dat de begeleiding meer tijdsinvestering vraagt, maar dit vormde voor geen enkele arts een probleem.
Domein Materiaal:
Het dagboek was voorwerp van wat discussie. Eén arts vond het dagboek weinig bijbrengen en een belastende opdracht voor de patiënt. De andere artsen waren van mening dat dit bewustmaking creëerde en soms hielp om het probleem te relativeren. Alle artsen opperden het dagboek in de toekomst meer visueel voor te stellen met een balk waarop de uren slaap beter geschat kunnen worden. De bevraging over koffiegebruik, medicatie, slaapkwaliteit en fitheid kan dan apart voorgesteld worden. De vragenlijst vond men goed en gemakkelijk bruikbaar.
Over de patiëntenfolder waren de reacties ook zeer positief. Zowel het informatieluik als de tips voor slaaphygiëne waren interessant om te bespreken en mee te geven aan de patiënt. De figuur in de folder over de slaapcyclus bleek echter niet zo duidelijk en kan verbeterd worden. De artsen vonden het handig dat de instrumenten goed beschikbaar waren op de computer in een aparte map. Nog beter zou zijn als ze beschikbaar waren in het EMD.
De artsen wezen ook nog op een lacune in de sociale kaart die nog te weinig cognitief gedragstherapeuten telt.

Bespreking

Dit onderzoek toont dat de aanpak van slaapproblemen met diagnostische oppuntstelling, voorlichting, slaaphygiëne en stimuluscontrole, zoals vooropgesteld in deze praktijkrichtlijn, goed onthaald werd in de onderzoekspraktijk. De huisartsen zijn tevreden nu een leidraad in handen te hebben om slaapproblemen aan te pakken zodat er een alternatief voor slaapmedicatie aangeboden kan worden. Zij zullen de richtlijn verder blijven gebruiken, mits enkele aanpassingen in de hulpmiddelen en sociale kaart.
Ook de patiënten apprecieerden de aanpak en betrokkenheid van de artsen. Het slaappatroon ging er op vooruit.
Enige bemerkingen bij deze resultaten zijn de relatief kleine onderzoekspopulatie van 38 patiënten en het kleine aantal artsen dat meewerkte. Dit maakt het moeilijk maakt om harde besluiten te trekken. Van de deelnemende patiënten werd bovendien de helft door een HAIO gevolgd, die meer tijd per patiënt kan vrijmaken. Verder telt het patiëntenpubliek van de onderzoekspraktijk minder kansarmen en allochtonen dan de gemiddelde praktijk, wat de implementatie hier mogelijks vergemakkelijkt. Deze aanpak, die enige tijdsinvestering en engagement van zowel arts als patiënt vraagt, strookt goed bij de visie van de onderzoekspraktijk. Doch het is mogelijk dat in een zeer drukke huisartspraktijk deze aanpak omwille van tijdsgebrek minder haalbaar is.
Een andere beperking van dit onderzoek is de bias die optreedt bij de evaluatie. De

manier van evalueren is subjectief en voor interpretatie vatbaar.
Een belangrijk opzet van de praktijkrichtlijn is het chronisch gebruik van slaapmedicatie te vermijden door enkel bij acute slaapproblemen kortdurend slaapmedicatie voor te schrijven, en dit in uitzonderlijke situaties. In deze studie werd slechts bij 1 op 4 patiënten medicatie voorgeschreven, wat toch aantoont dat een terughoudende attitude bij het voorschrijven haalbaar is in de praktijk en de tevredenheid bij patiënten niet vermindert. Toch kon vastgesteld worden dat er ook bij 5 chronische slaapproblemen slaapmedicatie gegeven werd. Dit omwille van acute decompensatie. Slechts 1 patiënt van deze 5 kon volledig stoppen met de medicatie, de anderen nemen nog sporadisch tot zelden slaapmedicatie. Bij de acute slaapproblemen lag dit aantal hoger en konden 4 van de 5 patiënten volledig stoppen. Dit toont nogmaals aan hoe belangrijk het is om te vermijden slaapmedicatie voor te schrijven bij chronische slaapproblemen.
De positieve resultaten van deze implementatiestudie tonen aan dat deze aanpak haalbaar is in de praktijk en, mits in acht neming van voorgaande opmerkingen, extrapoleerbaar is in andere praktijken.

Besluit

Slaapproblemen zijn frequent voorkomend en de incidentie neemt de laatste jaren toe. België hoort bij de koplopers wat betreft het voorschrijven van benzodiazepines.

Deze studie onderzocht of een andere aanpak met de nadruk op grondige diagnostiek, voorlichting, slaaphygiëne en stimuluscontrole implementeerbaar is in de huisartsenpraktijk. Slaapmedicatie werd in enkel nog in uitzonderlijke omstandigheden voorgeschreven.
Hiertoe werd in een praktijk van 3 seniorartsen en 1 HAIO een praktijkrichtlijn opgesteld rond de aanpak van slaapproblemen in de eerste lijn. Gedurende 1 jaar werden 38 patiënten die zich aanmeldden met een slaapprobleem geïncludeerd. De implementatie werd geëvalueerd door een telefonische enquête bij patiënten en een bevraging van de artsen. De artsen zijn positief en zullen de richtlijn verder gebruiken mits enkele aanpassingen in de instrumenten. Ook de patiënten zijn tevreden en waarderen de interesse en tijdsinvestering. Hun slaapkwaliteit ging erop vooruit.
Beperkingen van het onderzoek zijn vooral de kleine onderzoekspopulatie en de bias door de manier van evalueren. Het is zeker te overwegen deze richtlijn in andere praktijken te implementeren.

Dankwoord

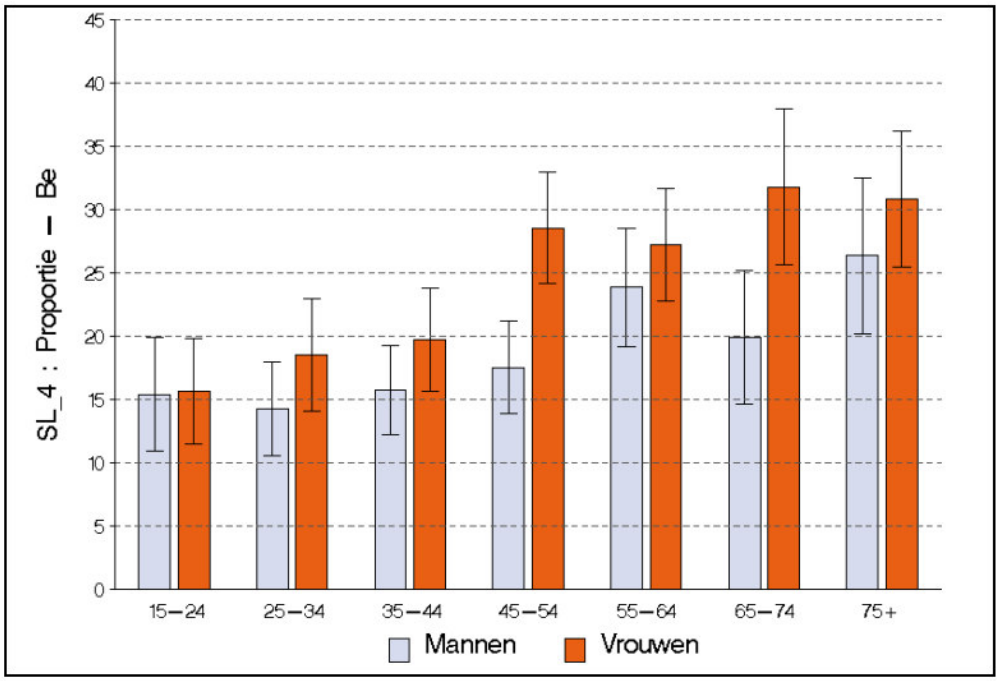
Ik dank mijn promotor Prof. Jo Goedhuys en co-promotor Dr. Lieve Deturck voor hun begeleiding en advies. Mijn dank gaat ook uit naar de collega's in de praktijk, Dr. Danielle Grouwels en Dr Frank Delvaux, voor hun medewerking aan het praktijkproject.

Referenties

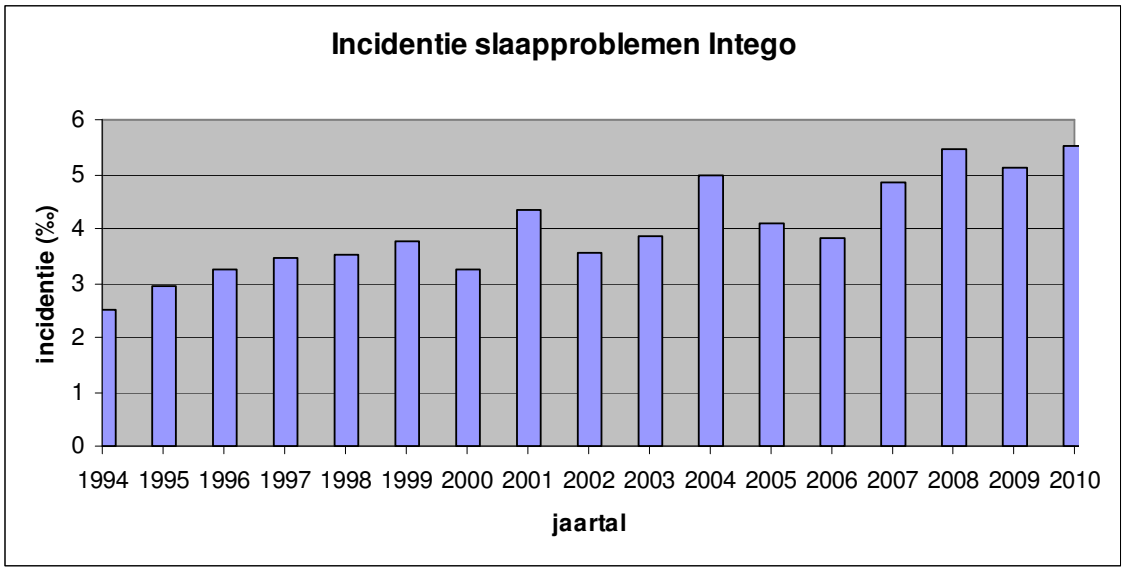
1. Gisle L. Gezondheidsenquête, België 2008. Mentale gezondheid. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid Operationele directie Volksgezondheid en surveillance. Beschikbaar via: www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Care/Properuse/Benzodiazepines/BenzoNumbersAndReports/19073452_NL?fodnlang=nl#.UgeLS9KGHKg. Geraadpleegd 2013 augustus 1
2. Department of general practice, K.U.Leuven. Internetsite Intego-project 2011. Beschikbaar via: www.intego.be. Geraadpleegd 2013 augustus 8
3. Hoge Gezondheidsraad. De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen. HGR 2011. Beschikbaar via : www.health.belgium.be/eportal/searchresults/index/htm. Geraadpleegd 2013 augustus 2
4. Balter MB, Manheimer DI, Mellinger GD, Uhlenhuth EH. A cross-national comparison of anti-anxiety / sedative drug use. Curr Med Res Opin 1984;8(Suppl4):5.
5. Habraken H, Blondeel L, Soenen K. Determinants of chronic continuous use of benzodiazepines in the Belgian province of East-Flanders. Arch Publ Health 1995;53:373-84.
6. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J et al. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Internetsite Domus Medica 2005. Beschikbaar via : http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392.htm Geraadpleegd 2013 augustus 17
7. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K et al. Slaapproblemen en slapeloosheid. NHG 2005. Beschikbaar via: www.nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M23_std.htm#Inleiding. Geraadpleegd op 18/1/2013
8. Clinical Knowledge Summaries. Insomnia. NICE 2009. Beschikbaar via : http://cks.nice.org.uk/insomnia.htm. Geraadpleegd 2013 augustus 10
9. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D t al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med 2008 Oct 15;4(5):487-504. Beschikbaar via : www.guideline.gov/content.aspx?id=15089&search=insomnia. (ngc)
10. National Health System Quality Plan. Clinical Practice Guidelines for the management of patients with insomnia in primary care. National Health System Quality Plan 2009. Beschikbaar via : www.guiasalud.es:egpc/traduccion/ingles/insomnio/completa/index.html. Geraadpleegd 2012 augustus 8.
11. WHO. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. WHO 2009, p37-45. Beschikbaar via : www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/ . Geraadpleegd 2013 september 8
12. L. Vignatellia, M. Billiardb, P. Clarenbach et al. EFNS guidelines on management of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in sleep. European Journal of Neurology 2006, 13: 1049–1065
13. Kenneth P. Wright Jr., Richard K. Bogan b,c, James K. Wyatt. Shift work and the assessment and management of shift work disorder (SWD). Sleep Medicine Reviews 2012 , 1-14.
14. Thomas Roth. Appropriate therapeutic selection for patients with shift work disorder. Sleep Medicine 2012; 13 : 335–341.
15. Clinical Knowledge Summaries. Sleep disorder : shift work disorder and jet lag. National Institute for Health and Care Excellence 2009. Beschikbaar via :

http://cks.nice.org.uk/sleep-disorders-shift-work-and-jet-lag. Geraadpleegd op 2013 augustus 10
16. Morgenthaler TI, Lee-Chiong T, Alessi C et al. Practice parameters for the clinical evaluation and treatment of circadian rhythm sleep disorders. Sleep 2007 Nov 1;30:1445-59
17. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short term management of insomnia. National Institute of Clinical Excellence 2007. Beschikbaar via : http://publications.nice.org.uk/guidance-on-the-use-of-zaleplon-zolpidem-and-zopiclone-for-the-short-term-management-of-insomnia-ta77
18. Practice Parameters for the Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia:An Update. An American Academy of Sleep Medicine Report. Sleep 2006;29:1415-1419.
19. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C et al. British association for psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rythm disorders. Journal of Psychopharmacology 2010; 24: 1577-1600.
20. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness, The Epworth Sleepiness Scale, Sleep 1991, 14 (6); 540-545
21. Stevinson C, Ernst E. Valerian for insomnia : a systematic review of randomized clinical trials. *Sleep Med* 2000;1:91-9.
22. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Aanpak van slapeloosheid. Folia Pharmacotherapeutica 2009;36:37-41.
23. Clinical evidence. Insomnia (primary) in older people. Clinical evidence 2011. Beschikbaar via : clinicalevidence.bmj.com/x/systematic-review/2302/overview.html
24. Anthierens S. Zijn minimale interventies doeltreffend om chronisch gebruik van benzodiazepines te reduceren in de eerste lijn? Minerva online 2012. Beschikbaar via : www.minerva-ebm.be/nl/review.asp?id=240. Geraadpleegd 2013 september 19.
25. Farmacotherapeutisch Kompas. Slapeloosheid en hypnotica (achtergrondinformatie). Beschikbaar via : www.fk.nl/inleidendeteksten/i/inl%20slapeloosheid%20hypnotica.asp?route=bladerenGeraadpleegd 2013 mei 8.
26. M. Morin, Espie A. Insomnia, a clinical guide to assessment and treatment. New York : Kluwer; 2003.

Bijlage 1



Grafiek 1 : Percentage van de Belgische bevolking met slaapproblemen volgens leeftijd en geslacht. Gezondheidsenquête België 2008. (1)



Grafiek 2 : Incidentie slaapproblemen (ICPC06) berekend op basis van de jaarlijkse contactgroep uit de Intego databank. (2)

leeftijdsgroep	Incidentie ‰/jaar	Incidentie ‰/jaar bij

	bij mannen	**vrouwen**
0-4j	0,36	0,93
5j-14j	1,4	1,17
15j-24j	4,8	4,55
25j-44j	7,14	6,84
45j-64 j	7,02	7,58
65j-74j	4,14	4,37
75+	3,34	3,39
Totaal	*5,27*	*5,36*

Tabel 1 : Incidentie slaapproblemen berekend op basis van de jaarlijkse contactgroep van 2008-2010 van de Intego Databank. [(2)]

Bijlage 2 : Praktijkrichtlijn

De richtlijn is gebaseerd op de principes van Domus Medica [(1),] en Nederlands Huisartsengenootschap [(2)], met enkele aanvullingen uit andere richtlijnen. Deze zijn aangeduid in de tekst.

- **Inclusiecriteria**
    - Patiënten die zich spontaan aanmelden met een slaapprobleem, maar ook patiënten bij wie in de anamnese rond andere klachten (vermoeidheid, stress,…) een slaapprobleem tot uiting komt.
    - Zowel probleem van inslapen, doorslapen en te vroeg wakker worden
    - Zowel kortdurende (<3w) en langdurende (>3w) slapeloosheid
    - Slapeloosheid waarbij het functioneren overdag beïnvloed wordt (Insomnie is namelijk een 24u-probleem, zo niet is dit pseudo-insomnie en volstaat het informatie te verstrekken)
    - Géén gebruikers van slaapmedicatie
        - Niet-medicamenteuze strategieën zouden minder effectief zijn bij patiënten onder benzodiazepines
        - Richtlijnen voor slaapproblemen zijn steeds ontworpen voor mensen die niet onder medicatie staan. Voor afbouw van benzodiazepines zijn er afzonderlijke richtlijnen ontworpen.

- **Stap 1 : exploratie van het acute of chronische slaapprobleem**
    - **Ideas, concerns, expectations**
        - Heeft de patiënt zelf een idee over de oorzaak van zijn slapeloosheid? De patiënt kan hierbij bepaalde stressoren benoemen. Verder geeft dit ook een idee van wat de patiënt al weet over slaap(problemen) in het algemeen. Ook kunnen eventuele foutieve ideeën over slaap geïdentificeerd worden.
        - Maakt de patiënt zich ongerust over het probleem? Vb Angst voor de gevolgen op zijn gezondheid, angst werk te verliezen,…
        - Wat verwacht de patiënt van arts en de aanpak? Vb medicatie, bloedname, aandacht voor bepaalde bekommernissen,…
    - **Verkennende anamnese :**
        - Slaapwaakpatroon, duur van het probleem, frequentie,…
        - Functioneren overdag, mate van vermoeidheid, aantal dutjes,…Maak een onderscheid tussen echte slapeloosheid en pseudo-insomnie. Echte slapeloosheid is een 24-uursprobleem met negatieve gevolgen op het functioneren overdag. Bij pseudo-insomnie is er enkel slecht slapen zonder klachten overdag en volstaat het aan de patiënt informatie te geven over normale slaap.
        - Wat heeft de patiënt al zelf ondernomen?
    - **Is er iets urgent? :**
        - Vb dreigende decompensatie : slaapmedicatie geïndiceerd.
        - Psychose, depressie…
    - **Patiënt onderbrengen in 2 categorieën** : Met een afkappunt van 3 weken identificeren we kortdurende en langdurige slapeloosheid. De reden hiervoor is het optreden van negatieve conditionering wanneer een slaapprobleem langer dan 3 weken bestaat. Vanaf dan wordt de stimulus ‘bed’ gekoppeld aan negatief gewaardeerde prikkel zoals wakker liggen. Het bed zien en erin gaan liggen wordt zo een voorspeller van wakker liggen, piekeren, woelen,…. Deze conditionering doorbreken vraagt een aparte aanpak. Bij kortdurende

slapeloosheid is nog geen conditionering opgetreden en is de aanpak niet nodig. [2]

- **Stap 2 : Aanpak**
  - **Indien kortdurende slapeloosheid (<3 weken)**
    - Geen uitgebreide diagnostiek
      - Geen diagnostische vragenlijst meegeven, besteedt vooral aandacht aan de door de patiënt vermoede oorzaak voor zijn slaapprobleem [2] ,
    - start therapie meteen op 1e raadpleging (drie-stappen plan)
      - *1/oorzakelijk* : psychosociale problematiek, jetlag,…
      - *2/niet-medicamenteus : voorlichting en slaaphygiëne* (patiëntenfolder). Geef voorlichting over slaap in het algemeen en het onstaan van slaapproblemen. Bespreek met de patiënt de adviezen rond slaaphygiëne en maak deze persoonlijk door ze te concretiseren.
      - *3/ slaapmedicatie* enkel zo nodig : zolpidem.
        - Indicaties : acute psychosociale problemen met dreigende decompensatie, jetlag.
        - Voorwaarden
          - Altijd met educatie en slaaphygiëne
          - Info rond nevenwerkingen, medico-legaal…
          - Maak op voorhand afspraken rond duur, einddatum,…
          - Na 1 w patient altijd terugzien, indien ok, stop R/
        - Wat
          - Zolpidem 10 mg (10 co) (ouderen 5 mg) = 3,82 euro. Intermittent gebruik.
          - Volgens NHG en Prodigy zijn lormetazepam en z-medicatie gelijkwaardig, NGC laat keuze afhangen van prijs, Domus Medica verkiest lormetazepam. Er wordt toch voor zolpidem gekozen omwille van de kleine verpakking, het prijsverschil is gering. [1, 2, 3, 4]
    - Herevalueer d.m.v. wekelijkse controles tot beterschap. Bespreek tijdens deze consultaties de vorderingen aan de hand van slaapdagboeken, besteed aandacht aan de oorzakelijke problematiek. Evalueer het medicatiegebruik,…
    - indien slapeloosheid toch langer blijkt te duren dan 3 weken, volg dan de strategie van langdurige slapeloosheid. Introduceer een uitgebreidere diagnostiek (vragenlijst) en voeg stimuluscontrole toe aan de behandeling (zie verder). [2]
  - **Indien langdurige slapeloosheid (>3 weken)**
    - Uitgebreide diagnostiek : 1e en 2e raadpleging
      - Vragenlijst en slaapdagboek meegeven op 1e raadpleging (zie bijlage 3 en 4)
        - De vragenlijst omvat het diagnostisch landschap van slaapproblemen aan de hand van ja/nee vraagjes.
        - Het slaapdagboek is een gedragstherapeutische techniek waarbij de patiënt zijn slaappatroon registreert maar ook het koffie-en alcoholgebruik, zijn fitheid scoort,…
      - Evalueer dit na 2 weken (2e raadpleging)
        - Vragenlijst bespreken : bij argumenten voor onderliggende pathologie gebeuren er verdere

onderzoeken (bijv. bloedname voor schildklierpathologie, depressieschaal…) of wordt er verwezen.
    - Dagboek bespreken
- Start behandeling (drie-stappenplan): 2e raadpleging
    - *1/ Oorzakelijk* (vb medicatie voor restless legs, CPAP voor slaapapneu,…)
    - *2/ Niet-medicamenteus :* voorlichting, slaaphygiëne**,** stimuluscontrole, tips bij ploegenarbeid, verwijzen zo nodig
        - Voorlichting en slaaphygiëne : Geef voorlichting over slaap in het algemeen en het onstaan van slaapproblemen. Bespreek met de patiënt de adviezen rond slaaphygiëne en maak deze persoonlijk door ze te concretiseren en toe te passen op zijn eigen leefomgeving.
        - Stimuluscontrole : een gedragstherapeutische techniek die tracht de negatieve conditionering (zie boven) te doorbreken. Vraag de patiënt om op te staan uit bed wanneer hij langer dan 15 minuten wakker ligt. Hij moet zich dan elders met een ontspannende activiteit bezighouden. Wanneer hij opnieuw slaperig wordt, mag hij terug naar bed. Laat hem dit herhalen tot hij terug inslaapt.
        - Tips bij ploegenarbeid (zie bijlage 6): hiervoor kunnen aparte adviezen verstrekt worden om enerzijds het slapen te bevorderen of anderzijds het wakker blijven tijdens de shift.
        - Verwijs eventueel voor bijkomende ondersteuning : vb relaxatietherapie, cognitieve gedragstherapie,…Zie sociale kaart.
    - *3/ Geen slaapmedicatie bij chronische slaapproblemen*

Referenties :

1. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J et al. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Internetsite Domus Medica 2005. Beschikbaar via : www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392.htm Geraadpleegd 2013 augustus 17
2. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H et al. NHG Standaard : Slaapproblemen en slaapmiddelen. 2005. Beschikbaar via : www.nhg.org/standaarden/samenvatting/slaapproblemen-en-slaapmiddelen. Geraadpleegd 2013 augustus 8
3. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C et al. Clinical Guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. National Guideline Clearinghouse 2005. Beschikbaar via www.guideline.gov/content.aspx?id=15089&search=insomnia.htm . Geraadpleegd 2013 augustus 10
4. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short term management of insomnia. National Institute of Clinical Excellence 2007. Beschikbaar via : http://publications.nice.org.uk/guidance-on-the-use-of-zaleplon-zolpidem-and-zopiclone-for-the-short-term-management-of-insomnia-ta77

Bijlage 3 : Slaapdagboek

Naam :		Dag 1 Datum:	Dag 2 Datum	Dag 3 Datum:	Dag 4 Datum	Dag 5 Datum	Dag 6 Datum	Dag 7 Datum
's morgens invullen	Tijdstip naar bed gaan							
	Tijd alvorens inslapen							
	Hoe frequent wakker							
	Totale tijd wakker							
	Tijdstip opstaan							
	Totale slaapduur							
	Slaapkwaliteit (score 1 tot 5)							
's avonds invullen	Aantal en uur van dutjes							
	Bezigheden/ Omstandigheden							
	Caffeïne en tijdstip							
	Alcohol/nicotine en tijdstip							
	Medicatie en tijdstip							
	Fitheid overdag (score 1 tot 5)							

Opmerking : Voor meer informatie rond het vervolledigen van het dagboek, zie folder.

Referenties

- Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J et al. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Internetsite Domus Medica 2005. Beschikbaar via : www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392.htm Geraadpleegd 2013 augustus 17
- Clinical Knowledge Summaries. Insomnia, 2009. www.cks.nice.org.uk/insomnia (laatst geraadpleegd op 11/05/2012)

Bijlage 4 : Slaapvragenlijst

Slaapvragenlijst – Vragenlijst voor de patiënt

U heeft last van slapeloosheid. Door het invullen van de volgende vragenlijst kan de arts belangrijke informatie over de mogelijke oorzaken, of in stand houdende factoren van uw slaapproblemen te weten komen.

Epworth Sleepiness Scale
Kruis in de volgende tabel aan wat de kans is om tijdens de beschreven situaties in slaap te vallen.
0 = Ik zou nooit indutten
1 = Ik zou af en toe indutten
2 = Ik zou vaak indutten
3 = Ik zou altijd indutten

	0	1	2	3
Tijdens zitten en lezen				
Tijdens televisie kijken				
Zitten in en openbare plaats (zoals bv. theater)				
Langer dan 1 uur zittend als passagier in de auto				
Tijdens neerliggende rust in de namiddag (dutje)				
Zittend en pratend met iemand				
Zittend na het middagmaal				
In de auto tijdens een stilstaande file				

Totaalscore: _____

1. a)	Bent u de voorbije twee weken frequent gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?	❒ nee	❒ ja
	Bent u de voorbije twee weken frequent gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?	❒ nee	❒ ja
b)	Voelt u zich angstig? Maakt u zich veel zorgen? *Indien het antwoord op deze vraag ja is, vul dan ook de 2 volgende vragen in.*	❒ nee	❒ ja
	Vindt u de angst of bezorgdheid begrijpelijk? Is het	❒ ja	❒ nee

	volgens u iets waar iemand anders ook schrik voor zou kunnen hebben?		
	Belemmeren deze gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?	❒ nee	❒ ja
2.	*Indien er iemand bij u slaapt, gelieve hem/haar de volgende vragen te laten oplossen als u zelf niet zeker bent van het antwoord.* Snurkt u?	❒ nooit ❒ zelden	❒ regelmatig ❒ elke nacht
	Gebeurt het soms dat u lijkt te stoppen met ademen tijdens het slapen?	❒ nooit ❒ zelden	❒ regelmatig ❒ elke nacht
3.	Gebeurt het soms dat uw spieren bij hevige emoties (lachen, kwaad zijn, huilen) verslappen? Dit kunnen enkel bepaalde spieren zijn (vb. uw hals, gezicht, waardoor u eventueel moeilijk of niet kan praten, of enkel uw armen of benen) of uw hele lichaam waarbij u op de grond valt.	❒ nee	❒ ja
	Gebeurt het soms dat u vlak voor het in slaap vallen of vlak na het wakker worden een totaal verlamd gevoel hebt? U ligt dan in bed, hoort en voelt alles, maar kan niet bewegen.	❒ nee	❒ ja
	Hoort, ziet of voelt u als u bijna in slaap valt of wakker wordt soms dingen die er in realiteit niet zijn (voetstappen, stemmen, schimmen, aanrakingen…).	❒ nee	❒ ja
	Gebeurt het soms dat u dingen doet (bv. gesprekken voeren, autorijden, wandelen, taken uitvoeren) waarvan u achteraf niet herinnert dat u ze heeft gedaan?	❒ nee	❒ ja
4.	Gebruikt u soms drugs?	❒ nee	❒ ja
	Rookt u?	❒ nee	❒ ja
	Drinkt u alcohol?	❒ nee	❒ ja
	Zo ja, hoeveel glazen per week?		
	Drinkt u cafeïne? (dit zit o.a. in koffie, cola, energiedranken zoals Red Bull…)	❒ nee	❒ ja
	Zo ja, hoeveel glazen per week?		

5.	Werkt(e) u vaak buiten de gewone kantooruren (vb. 's nachts, heel laat 's avonds, heel vroeg 's morgens, sterk wisselende werktijden zoals in ploegen…)	❒ nee	❒ ja
	Moe(s)t u voor uw werk frequent verre vliegreizen maken?	❒ nee	❒ ja
6.	Ervaart u 's nachts soms de drang om 's nachts uw benen te bewegen, eventueel door pijnlijke, brandende of kriebelende sensaties in de (onder)benen die overgaan als u de benen beweegt?	❒ nee	❒ ja
7.a)	Duidt alle symptomen aan waar u last van heeft.		
	Gewichtsverlies	❒ nee	❒ ja
	Toegenomen warmtegevoel	❒ nee	❒ ja
	Overmatig zweten	❒ nee	❒ ja
	Snel emotioneel, kwaad, nerveus of gejaagd zijn	❒ nee	❒ ja
	Diarree	❒ nee	❒ ja
	Hartkloppingen	❒ nee	❒ ja
	Toegenomen dorstgevoel	❒ nee	❒ ja
	Kortademigheid bij inspanning	❒ nee	❒ ja
	Trillende handen of vingers	❒ nee	❒ ja
b)	Heeft u lichamelijke klachten die u ervan weerhouden om te slapen 's nachts?	❒ nee	❒ ja
	Zo ja, beschrijf ze:		

Referenties :

- **Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J et al. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Internetsite Domus Medica 2005. Beschikbaar via : www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392.htm Geraadpleegd 2013 augustus 17**
- Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness, The Epworth Sleepiness Scale, Sleep 1991, 14 (6); 540-545

Bijlage 5 : Patiëntenfolder

Deze informatie is gebaseerd op de richtlijn van Domus Medica met hier en daar aanvullingen uit andere richtlijnen. Deze zijn aangeduid in de tekst.

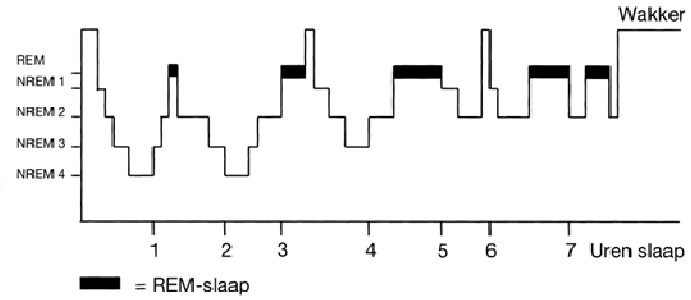
Patiëntenfolder : Informatie en tips bij slaapproblemen

Structuur van de slaap

Tijdens de nacht worden verschillende slaapfasen doorlopen:

- Fase 1 : kort na het doven van het licht, komt u in de inslaapfase
- Fase 2 : lichte slaap
- Fase 3 en 4 : diepe slaap of ook wel kernslaap genoemd. Nu ontspant het lichaam zich volledig en worden onze fysieke capaciteiten weer opgebouwd.
- REM-slaap of ook wel droomslaap geheten. Hier gebeurt de psychische verwerking van de gebeurtenissen overdag.

Het eerste deel van de nacht bestaat vooral uit diepe slaap (fase 3 en 4). Deze is onmisbaar voor de mens en de duur hiervan blijft gelijk ongeacht hoelaat we naar bed gaan.
Het tweede deel van de nacht bestaat vooral uit REM-slaap of droomslaap, deze is minder diep en kan ervoor zorgen dat we in het tweede deel van de nacht soms wakker worden.



Uit: Dr Declerck AC, Wauquier A. Slaapstoornissen. Hoe komt u ervan af. M&P, Weert 1986.

Hoeveel slaap heeft men nodig?

Niet iedereen heeft acht uur slaap nodig. Sommige mensen slapen vijf uur, andere tien uur per nacht. Hoe lang het duurt om in te slapen, verschilt ook per persoon. (2)

Af en toe wakker worden is normaal, met name tegen de ochtend. Vooral oudere mensen slapen korter en minder diep. Dit hoort bij de leeftijd (zie tabel 1). Door overdag dutjes te doen vermindert de hoeveelheid slaap 's nachts nog verder. (3)

Als u zich overdag redelijk fit voelt, rust u blijkbaar voldoende uit 's nachts. Af en toe te weinig slapen kan geen kwaad en heeft geen nadelig effect voor onze gezondheid.

Slaap is tenslotte een spiegel van ons functioneren overdag. Als je gedurende de dag veel fysiek inspanning verricht, zal je slaap 's nachts ook beter en dieper zijn.

leeftijd	Aantal uren slaap
15 j	8 h
20 j	7.5 h

40 j	6.8 h
60 j	6.3 h
80 j	5.8 h

]

Tabel 1 : Gemiddeld aantal uren slaap per leeftijdscategorie. [2]

Wat is slapeloosheid?

We spreken van slapeloosheid wanneer iemand al enige tijd slecht slaapt én daardoor overdag minder goed functioneert.

Wat zijn de klachten?

Bij slapeloosheid heeft u last van slecht inslapen, lang wakker liggen, te vaak of te vroeg wakker worden. Daardoor bent u overdag moe, slaperig, lusteloos of prikkelbaar. U kunt minder aan of u kunt zich niet goed concentreren.

Hoe ontstaan slaapproblemen?

Slaapproblemen worden meestal veroorzaakt door spanningen of zorgen. Bijvoorbeeld over uw relatie, de situatie thuis of op uw werk. U hoeft zich daar niet altijd van bewust te zijn. Door het gepieker kunt u zich niet goed ontspannen. Slapeloosheid kan ook ontstaan door lichamelijke klachten, zoals pijn, jeuk,benauwdheid, hoesten of 's nachts moeten plassen. Vliegreizen, ploegendiensten en slapen overdag kunnen het dag/nacht-ritme verstoren. Als u overdag een dutje doet, slaapt u 's nachts minder diep. Te vroeg naar bed gaan of te laat opstaan kan de reden zijn dat u veel wakker ligt. Koffie, sigaretten en veel inspanning (autorijden, vergaderen of zelfs sporten) laat in de avond houden u actief, waardoor u moeilijk slaapt. Met alcohol lijkt u gemakkelijk in te slapen, maar wordt u gedurende de nacht vaker wakker. Wanneer u zich zorgen maakt over uw slaap, lukt het ook minder goed om in te slapen.

Langdurige slapeloosheid: een vicieuze cirkel (niet bij kortdurende slapeloosheid)

Bij langdurige slapeloosheid heeft men kunnen aantonen dat er zich een vicieuze cirkel van onbewuste denkprocessen instelt. Hierbij gaat ons brein de slaapomgeving automatisch aan een onaangename gebeurtenis koppelen, namelijk wakker liggen en piekeren. Hierdoor wordt het nog moeilijker de slaap te kunnen vatten, met nog meer onrust, angstige gedachten….Daarom is het belangrijk deze vicieuze cirkel te doorbreken zodat uw geest opnieuw de slaapomgeving met ontspanning en rust zal associeren. Slaap zal dan vanzelf volgen

Medicatie

Slaapmiddelen hebben weinig voordelen en veel nadelen. Een vervelende bijwerking is sufheid overdag. U reageert minder snel en u kunt zich minder goed concentreren. U heeft daardoor meer kans op een ongeval, bijvoorbeeld in het verkeer. Ouderen hebben meer kans om te vallen en bijvoorbeeld een heup te breken. Slaapmiddelen werken maar tijdelijk, 1-2 weken, omdat u er snel aan gewend geraakt. Dat betekent dat u steeds meer slaapmiddelen nodig heeft om te kunnen slapen. Het lukt niet meer zonder slaapmiddel te slapen. Het wordt steeds moeilijker om ermee te stoppen. Kortom, binnen enkele weken

raakt u eraan verslaafd. Slaapmiddelen zijn er alleen om te gebruiken in uitzonderlijke omstandigheden.

Slaapdagboek

Om inzicht te krijgen in uw slaapprobleem, kan u gedurende twee weken een dagboek bijhouden. Schrijf op wanneer u gaat slapen en op welke tijden u wakker wordt. Noteer ook eventuele dutjes overdag. Schrijf op welke gedachten of klachten u bezighouden. Ook het gebruik van cafeïnehoudende producten (koffie, thee, ice-tea, cola, energiedrank of chocolade), alcohol, nicotine en medicijnen kunt u noteren. Geef ook een score aan uw slaapkwaliteit en uw fitheid overdag met een cijfer van 1 tot 5, waarbij 5 een zeer goede score aanduidt. Aan de hand van het dagboek wordt vaak duidelijk welke problemen of gewoonten uw slaap verstoren. Neem het dagboek mee naar de praktijk, dan kunnen we het samen bekijken.

Slaapgeboden

De volgende adviezen kunnen u helpen bij uw slaapprobleem.

1. voorbereidingen:
    - Vermijd *koffie, sterke thee en nicotine* voor het slapengaan. Zowel nicotine en caffeine hebben opwekkende effecten
    - Zowel honger als een lege maag kunnen de slaap verstoren. Een *lichte snack* voor het slapen gaan wordt aangeraden.
    - *Sporten* overdag of vroeg in de avond bevordert de slaap, een goede fysieke conditie bevordert de slaap. Echter, vermijd te sporten in de uren voor het slapengaan!
    - Drink *geen alcohol* voor het slapen gaan. Dit verbetert inderdaad het inslapen maar heeft toch een slaapverstorend effect in de tweede helft van de nacht
    - *Me-time* : bouw een uurtje voor het slapengaan een waardevol moment voor jezelf in. Onthaast en laat de alledaagse stress van je afvloeien. Ontspan en houd je bezig met iets waar je van tot rust komt. Bedenk op voorhand hoe je dit uurtje zal invullen [(4)]
2. Slaapkamer
    - zorg voor gemakkelijk zittende *nachtkleding* en een comfortabel *bed en kussen*;
    - zorg voor een *prettig slaapkamerklimaat:* een rustige ruimte, beter iets te koel dan te warm (18°), goede ventilatie en niet te droge lucht;
    - gebruik uw slaapkamer *niet als werk-, studeer- of tv-kamer*. De slaapkamer mag alleen gebruikt worden om te slapen of te vrijen
3. Tijdstip
    - probeer overdag niet te slapen. Door *dutjes* te doen vermindert de slaap ’s nachts.
    - probeer steeds rond *dezelfde tijd op te staan*;
    - Ga pas *slapen als u ook echt moe* bent
4. Vicieuze cirkel doorbreken (niet bij kortdurende slapeloosheid)

- Ga pas slapen wanneer u moe bent. Wanneer u de slaap niet binnen het kwartier kan vatten, sta dan op en *ga naar een andere kamer*. Zorg voor een ontspannende sfeer in deze kamer, lees een boek of doe iets anders wat u tot rust brengt. Indien de slaap terug opkomt, gaat u terug naar bed. Dit lijkt moeilijk maar het is enige manier om de vicieuze cirkel te doorbreken.

Ga na welke slaapadviezen in uw geval helpen. Maakt u zich geen zorgen als het slapen niet direct lukt. Het kost nu eenmaal tijd om nieuwe slaapgewoonten aan te leren.

Referenties :

1. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J et al. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Internetsite Domus Medica 2005. Beschikbaar via : **www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392.htm Geraadpleegd 2013 augustus 17**
2. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H et al. NHG Standaard : Slaapproblemen en slaapmiddelen. 2005. Beschikbaar via : www.nhg.org/standaarden/samenvatting/slaapproblemen-en-slaapmiddelen. Geraadpleegd 2013 augustus 8
3. Insomnia. Clinical Knowledge Summaries 2009. Beschikbaar via : http://cks.nice.org.uk/insomnia.htm. Geraadpleegd 2013 augustus 10.
4. M. Morin, Espie A Insomnia, a clinical guide to assessment and treatment. New York : Kluwer; 2003

Bijlage 6 : Tips voor patiënten met slaapproblemen tengevolge van ploegenarbeid

1. Algemene tip : Denk er eens over na of het haalbaar is de ploegenarbeid te stoppen?
2. Verminder het aantal opeenvolgende posten : maximum 3 na elkaar.
3. Verminder ook duur van de posten (<12 u), met een tijd tussen de posten van minstens 11 u.
4. Doe het meest zware werk niet in de circadiane nadir (4u – 7u)
5. Een kloksgewijze rotatie (ochtend – dag – avond – nacht) is aan te bevelen : het is namelijk gemakkelijker om slaap uit te stellen dan deze te vervroegen
6. Nachtwerkers : op niet-werkdagen laat gaan slapen (3-4 u)
7. Strategieën om slapen te vergemakkelijken:
    i. algemeen: donker maken, maskertjes, oordopjes, …
    ii. Basisslaap + dutje van 2 u juist voor je gaat werken
    iii. Zonnebril dragen wanneer men op het werk naar huis vertrekt.
8. Strategieën om wakker te blijven
    i. Dutje van 2 uur juist voor je gaat werken
    ii. Doe indien mogelijk op het werk dutjes van een half uur tijdens de pauzes: drink juist voor het dutje een koffie om slaperigheid na het dutje te vermijden
    iii. Caffeine juist voor en tijdens shift
    iv. Lichtblootstelling tijdens werk, maar deze gradueel verminderen als je stopt

Referenties :

1. Kenneth P. Wright Jr., Richard K. Bogan b,c, James K. Wyatt. Shift work and the assessment and management of shift work disorder (SWD). Sleep Medicine Reviews 2012 , 1-14.
2. Thomas Roth. Appropriate therapeutic selection for patients with shift work disorder. Sleep Medicine 2012; 13 : 335–341.
3. Clinical Knowledge Summaries. Sleep disorder : shift work disorder and jet lag. National Institute for Health and Care Excellence 2009. Beschikbaar via : http://cks.nice.org.uk/sleep-disorders-shift-work-and-jet-lag. Geraadpleegd op 2013 augustus 10

Bijlage 7 : Informed Consent

Gezondheidscentrum ALPE
Mechelsesteenweg 494
3020 Herent
016/22.00.53

Herent, 15 april 2012

Betreft : Informed consent deelname thesis-onderzoek

Geachte patiënt(e),

In het kader van mijn opleiding tot huisarts schrijf ik een thesis rond slaapstoornissen. Hierbij werd in samenwerking met de andere artsen in de praktijk een plan opgesteld betreffende aanpak en behandeling van slaapproblemen. Ons doel is door middel van een professionele exploratie van het probleem u een persoonlijke begeleiding te bieden om de slaapstoornis aan te pakken. We hopen dat hierdoor de behandeling met slaapmedicatie tot een minimum beperkt kan worden. In de begeleiding gaat het enkel om behandelingen waarvan de doeltreffendheid bewezen is in studies en nevenwerkingen te verwaarlozen zijn.

Wanneer u deelneemt aan de studie zullen uw anonieme gegevens gebruikt worden om de haalbaarheid van deze begeleiding te evalueren en zal er u ook gevraagd worden een vragenlijst in te vullen om uw tevredenheid te scoren. Op ieder moment waken we erover dat de privacy betreffende uw gegevens strikt bewaard wordt en zullen er bij publicatie geen identiteitsgegevens vrijgegeven worden. Alles blijft anoniem.

Indien u akkoord gaat en wenst deel te nemen aan de studie, gelieve dit onderaan te bevestigen. Deze deelname is geheel vrijblijvend.

Handtekening voorafgegaan door de vermelding
“Gelezen en goedgekeurd”

Bedankt voor uw medewerking,

Huisartsenteam Gezondheidscentrum ALPE
016/22.00.53
Dr. Danielle Grouwels
Dr. Lieve Deturck
Dr. Frank Delvaux
Dr. Frederique Vanderspickken

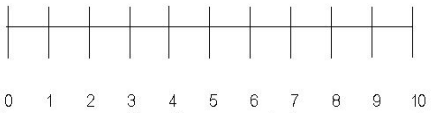
Bijlage 8 : Vragenlijst voor telefonisch interview patiënten

Naam patient :
Acuut/chronisch slaapprobleem?
Hoeveel consultaties?
Werd er slaapmedicatie voorgeschreven?
Werd er verwezen?

1. Omschrijven en opnieuw geheugen opfrissen hoe de begeleiding in zijn werk ging. Meteen duur vragenlijst vooropstellen, past het nu? Bel ik terug? (Uur afspreken) Vooropstellen dat ik de aanpak van de begeleiding op punt wil stellen en dat patiënt gerust de onvolkomenheden mag blootleggen en eerlijk kan antwoorden. Dit kan de aanpak in de toekomst verbeteren.

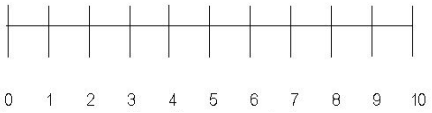
2. Wat vond u van volgende instrumenten?

    a. Vragenlijst voor diagnose (ja/nee vraagjes over lichamelijke klachten, werkomstandigheden, koffie/alcohol gebruik, snurken…)

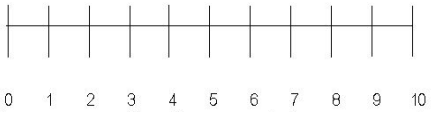
    Wat was er dan specifiek goed/slecht aan? (vb teveel werk, niet nuttig…)

    b. Slaapdagboek

    Wat was er dan specifiek goed/slecht aan? (vb te omslachtig, te tijdsintensief, verhelderend, ...)

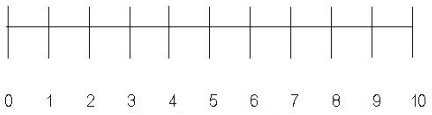
    c. Folder (informatie over normale slaap, ontstaan slaapproblemen, tips voor verbetering)

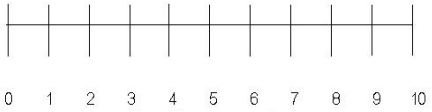
    Wat was er dan specifiek goed of slecht aan? (interessant, “dit wist ik al”, te moeilijk om te begrijpen qua taal…

3. Wat vond u van het aantal consultaties dat er nodig waren om u begeleiden? (vb te tijdsintensief)

4. Hoe slaapt u nu in vergelijking met vroeger?
    a. Voor begeleiding



b. Na begeleiding

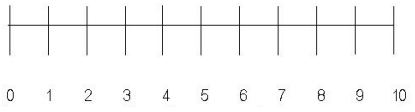


c. Wat is er juist verbeterd, verslechterd of hetzelfde gebleven aan uw slaapprobleem? (vb beter inslapen, doorslapen, minder vroeg wakker worden…)

d. Kan je nu voor lange tijd verder met de informatie en tips die je hebt ontvangen? Denk je dat het nu definitief in orde is?

5. Aan welke tips heeft u het meest gehad of wat is de belangrijkste verandering die u heeft doorgevoerd in uw slaappatroon?

6. Hoe tevreden bent u met de begeleiding die u kreeg voor u slaapprobleem?



7. Welke specifieke aspecten van de begeleiding vond u goed, welke minder goed?

8. Zou u deze aanpak aanraden aan anderen?

9. Indien u medicatie voorgeschreven kreeg, bent u er dan in geslaagd deze volledig af te bouwen?

10. Indien u verwezen werd, vond u dit goed?

Bijlage 9 : Algemene gegevens van de patiënten

Patiënt (M/V)	leeftijd	Acuut/chronisch	# consulten	slaapmedicatie	verwijzing	arts
1(M)	70	chronisch	2	nee	nee	FV
2(V)	69	chronisch	2	nee	nee	FV
3(V)	61	chronisch	2	nee	ja, fysisch geneesheer	FV
4(M)	51	chronisch	3	nee	nee	D
5(M)	32	acuut	2	zolpidem: volledig gestopt	nee	F
6(V)	54	chronisch	3	nee	nee	D
7**(M)	44	chronisch	1	nee	nee	L
8(V)	49	chronisch	4	nee	nee	D
9**(V)	28	chronisch	1	nee	nee	FV
10(M)	33	chronisch	3	nee	ja, slaapkliniek uz leuven	FV
11(M)	75	chronisch	2	zolpidem: volledig gestopt	nee	D
12(V)	31	chronisch	2	nee	nee	D
13(V)	45	acuut	3	nee	bewegingscoach	D
14(V)	40	chronisch	1	nee	nee	L
15(V)	29	chronisch	2	zolpidem: nog zelden	nee	L
16(V)	18	acuut	2	zolpidem maar niet gebruikt	nee	L
17(M)	32	chronisch	3	nee	nee	L
18(V)	25	acuut	1	zolpidem: nog zelden	ja, coach burn-out	FV
19(M)	35	acuut	6	zolpidem: volledig gestopt	mindfullness en CGT	FV
20(V)	54	chronisch	3	nee	nee	FV
21(V)	59	chronisch	3	nee	nee	FV
22(V)	67	chronisch	3	zolpidem: nog sporadisch	mindullness	FV
23(V)	35	chronisch	2	nee	nee	FV
24(V)	38	chronisch	4	zolpidem: nog sporadisch	ja, coach burn-out	FV
25(V)	65	chronisch	3	nee	mindfullness	FV
26(V)	40	chronisch	2	nee	ja, danielle	FV
27(V)	59	chronisch	3	nee	nee	FV
28(V)	68	chronisch	2	nee	nee	FV
29(V)	51	chronisch	3	nee	nee	D
30(M)	72	chronisch	2	nee	ja,neuroloog	F
31(M)	31	acuut	3	zolpidem : volledig gestopt	ja, psycholoog	FV
32(M)	51	chronisch	2	nee	nee	F
33(V)	18	acuut	2	nee	nee	FV
34(V)	68	chronisch	1	nee	ja, neuroloog	FV
35(M)	22	chronisch	3	nee	ja, psycholoog	FV
36(V)	72	chronisch	3	nee	nee	FV
37(V)	37	chronisch	3	lormetazepam : niet gekend	nee	L
38(V)	37	chronisch	2	nee	nee	L

Legende:
L : Lieve Deturck
D : Danielle Grouwels
F : Frank Delvaux
FV : Frederique Vanderspickken
** : voortijdig gestopt

Bijlage 10 : Resultaten telefonisch interview van de patiënten.

Patiënt (M/V)	vragenlijst	slaapdagboek	folder	tevredenheid algemeen	verbetering slaap	slaapkwaliteit VOOR	slaapkwaliteit NA
1(M)	5	4	4	4	idem	5	5
2(V)	5	4	4	4	idem	5	5
3(V)	8	6	8	7	ja	5	6
4(M)	7	7,5	9	9	idem	6,5	6,5
5(M)	NO	NO	9	8	ja	2	7
6(V)	8	5	8	8,5	idem	4,5	4,5
7**(M)	/	/	/	/	/	/	/
8(V)	8	NO	8	8	ja	3	8
9**(V)	8	8	/	/	/	/	/
10(M)	7	8	8	8	ja	3,5	5,5
11(M)	6	5	6	8	ja	5	7
12(V)	8	6	8	7	idem	6	6
13(V)	8	8	8	8,5	ja	3,5	9
14(V)	NO	NO	8	8	idem	6	6
15(V)	8	9	8	8	ja	6	7
16(V)	NO	NO	8	9	ja	1	8
17(M)	8	4	9	8,5	ja	4,5	8
18(V)	NO	9	NO	NO	ja	3	8
19(M)	NO	8	9	9	ja	3	8
20(V)	7,5	8	8,5	8	ja	2,5	6,5
21(V)	7	7	8	7,5	idem	6	6
22(V)	8	8	8	9	idem	6	6
23(V)	8	8	8	8	ja	5	7
24(V)	7	9	8	7,5	ja	5	7,5
25(V)	9	9	8	9	ja	5	7,5
26(V)	7	3	NO	6	idem	6	6
27(V)	9	8	9	9	ja	3	8
28(V)	5	5	5	5	idem	5	5
29(V)	8	7	8	8	ja	2,5	4
30(M)	8	8	8	8	ja	3	8
31(M)	NO	3	8	8	idem	2,5	6
32(M)	8	8	8	8	ja	4	7
33(V)	NO	7	8	8	ja	4	7
34(V)	NO	NO	NO	8	ja	4	7
35*(M)	/	/	/	/	/	/	/
36*(V)	/	/	/	/	/	/	/
37*(V)	/	/	/	/	/	/	/
38*(V)	/	/	/	/	/	/	/

Legende :

NO = niet ontvangen
* niet telefonisch bereikbaar
** Voortijdig gestopt

Bijlage 11: Visgraatmodel voor implementatie praktijkrichtlijn

