Academiejaar 2013-2014

"Ontwikkelen en toetsen van een interactieve en patiëntgerichte internetmodule als ondersteuningsmiddel voor het afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik; een kwaliteitsverbeterend project"

Helsen Caroline — Katholieke Universiteit Leuven

Klaasen Geert — Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Dr. M. Van Nuland — Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotoren: Dr. J. Fransis
Dr. J. Staes

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT Masterproef:

"ONTWIKKELEN EN TOETSEN VAN EEN INTERACTIEVE EN PATIENTGERICHTE INTERNETMODULE ALS ONDERSTEUNINGSMIDDEL VOOR HET AFBOUWEN VAN CHRONISCH BENZODIAZEPINEGEBRUIK; EEN KWALITEITSVERBETEREND PROJECT."

HAIO: Helsen Caroline – Klaasen Geert
***Katholieke* Universiteit Leuven**
Promotor: Dr. Marc Van Nuland
Praktijkopleider: Dr. J. Fransis – Dr. J. Staes

Context:
Chronisch benzodiazepinegebruik is een probleem met een alarmerende incidentie. Zowel de arts als patiënt delen hierin de verantwoordelijkheid. De arts zou over te weinig tijd en kennis beschikken om de patiënt te kunnen begeleiden in de afbouw, terwijl de patiënt onvoldoende 'sceptisch' zou staan tegenover zijn chronisch slaapmiddelengebruik. Om de hiaten bij beide partijen op te vullen, ontwikkelden we een internetmodule die gecombineerd werd met persoonlijke artsencontacten om de patiënt extra te ondersteunen. De focus van de studie ligt op kwaliteitsverbetering binnen de huisartsenpraktijk en werd als dusdanig geïmplementeerd.

Onderzoeksvragen:

1) Wat zijn de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden voor primaire insomnia?
2) Biedt het stoppen met benzodiazepines voordelen voor de patiënt aangaande zijn of haar gezondheid?
3) Welke recente evidentie bestaat er omtrent e-learning bij insomnia?
4) Wat zijn de ervaringen van patiënten die een poging tot stoppen met benzodiazepines ondernemen, gebruik makend van e-learning in combinatie met persoonlijke begeleiding?

Methode:
Voor de eerste drie onderzoeksvragen werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. Op basis van dit onderzoek en de thesis van O. Vandeput en M. Van Belle werd in functie van de laatste onderzoeksvraag een internetmodule ontwikkeld. Het project werd in beide praktijken geïmplementeerd, maar de uitnodiging tot deelname was verschillend. De mogelijke kandidaten uit 'Praktijk A' werden op een meer informele manier (tijdens consult, via affiche of praktijkwebsite) benaderd, terwijl de patiënten uit 'Praktijk B', na een audit adhv het EMD in de opleidingspraktijk door de onderzoeker, een gepersonaliseerde stopbrief toegestuurd kregen.
Het subjectieve effect en de perceptie van de aangeboden internetmodule met persoonlijke artsencontacten werd beoordeeld door middel van een enquête. (onderzoeksvraag 4)

Resultaten:
In totaal hebben 28 patiënten onze studie doorlopen. Door deelname voelden ze zich beter geïnformeerd zodat hun houding aangaande chronisch benzodiazepinegebruik veranderde. Deze bewustwording deed hun motivatie om te stoppen en hun vertrouwen in het welslagen ervan toenemen. Het merendeel is overtuigd van de meerwaarde van de internetmodule en zien deze als een belangrijke tool in de afbouw van hun slaapmedicatie. Bij het afsluiten van de studie hadden alle deelnemende patiënten hun gebruik geminderd.

Conclusies:
De resultaten van de enquête en de subjectieve ervaringen van de deelnemende patiënten lijken bemoedigend. Dit praktijkverbeterend project kan een bruikbare tool zijn om de patiënt van zijn chronisch benzodiazepinegebruik af te helpen en om zijn arts hierin bij te staan.

Trefwoorden:
Chronisch benzodiazepinegebruik – E-learning – Primaire Insomnia - Afbouwen van benzodiazepines

Contact:
geertklaasen@hotmail.com ; helsencaroline@gmail.com

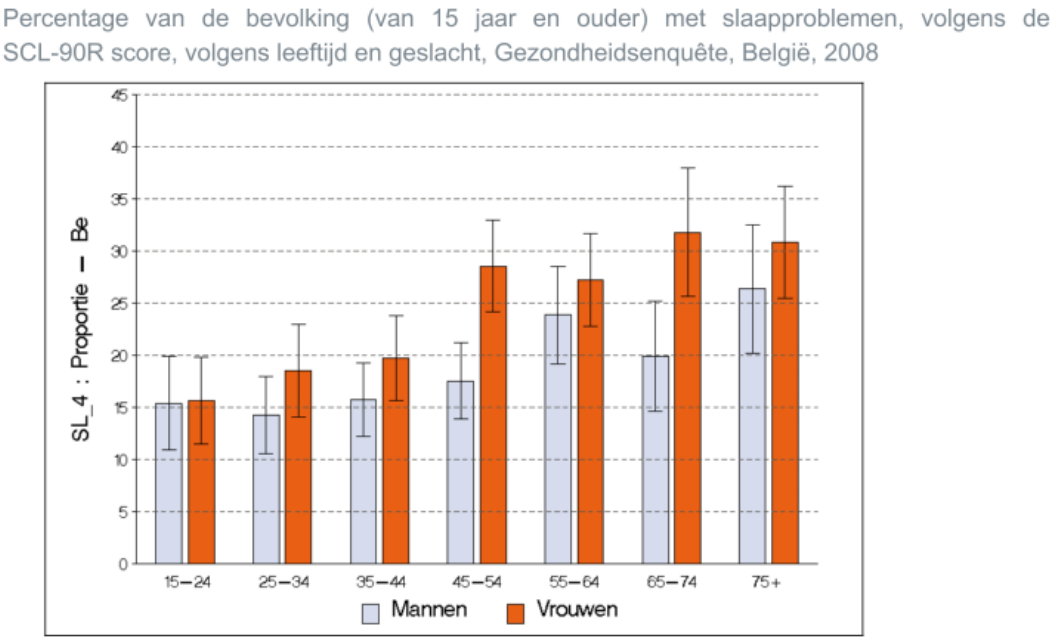
INHOUDSTAFEL

I. Inleiding…… p.4
   a. Epidemiologie
   b. Waarom we dit onderwerp kozen
II. Doelstelling en onderzoeksmethode…… p.7
   a. Doelstelling
   b. Onderzoeksvragen & onderzoeksmethode
III. Literatuuronderzoek…… p.10
   a. Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden voor primaire insomnia
   b. Voordelen van stoppen met benzodiazepines
      i. Nevenwerkingen en gezondheidseffecten van benzodiazepines
      ii. Stopzetten van een behandeling met benzodiazepines
      iii. Afbouwmethodes
   c. Bijkomende, recente evidence omtrent e-learning
IV. Praktijkverbeterend project…… p.19
   a. Studieopzet
   b. Studieverloop
      i. Ontwikkelen van een interactieve website
      ii. Doelgroep
      iii. Patiëntenselectie
      iv. Implementatie van praktijkverbeterend project
         1. Aanmeldingsformulier
         2. Consultaties als ondersteuning bij website
         3. Bijkomende interventie in ‘Praktijk B’
         4. Enquête als antwoord op vierde onderzoeksvraag
V. Resultaten…… p.23
   a. Deelnemers
   b. Enquêtegegevens
      i. Studiepopulatie
      ii. Impact van de internetmodule: informatief en ondersteunend luik
      iii. Evaluatie van de internetmodule
      iv. Benadering van de patiënten
      v. Het effect van het project
VI. Discussie en Besluit…… p.32
VII. Dankbetuiging…… p.36
VIII. Bronvermelding…… p.37
IX. Bijlagen…… p.41
   a. www.slaapzorgeloos.be
   b. Leeftijdsverdeling ‘Praktijk B’ + toelichting
   c. Studie-opzet: Patiëntenselectie ‘Praktijk B’
      i. Queries ‘Health One’
      ii. Detail resultaat na EMD-search
   d. Werkverdeling Dr. Klaasen <-> Dr. Helsen
   e. Gepersonaliseerde stopbrief
   f. Aanmeldingsformulier
   g. Checklist “Eerste consultatie na zelfstudie”
   h. Enquête met resultaten per praktijk

1. Inleiding

a. Epidemiologie

Volgens de Belgische gezondheidsenquête van 2008 lijdt 21% van de Belgische bevolking ouder dan 15 jaar aan slaapproblemen[1]. Hierbij stelt men een significant verschil vast tussen mannen (18%) en vrouwen (24%). Het probleem stijgt naarmate men ouder wordt: men spreekt van 15% bij 15- tot 24-jarigen tegenover 29% bij 75 plussers. (cfr figuur 1).



Figuur 1.[1]

Volgende risicofactoren werden gesuggereerd: een chronische lichamelijke of psychiatrische aandoening, laaggeschoolden, gescheiden personen, weduwen en weduwenaars, alleenstaanden en periodes van stress[1]. Slechts 10 tot 20% van de mensen met slapeloosheid spreekt hierover met zijn huisarts[2].

Volgens diezelfde gezondheidsenquête gebruikte 2.9% van de bevolking in 2004 de afgelopen 24uur een hypnoticum. Dit percentage steeg tot 3.2% in 2008. (cfr figuur 2) We bedenken hierbij dat dit niet vereenzelvigd mag worden met benzodiazepinegebruik, aangezien dit eveneens andere hypnotica includeert en benzodiazepines ook voor andere indicaties worden aangewend (bv als anxioliticum: 4.6% in de laatste 24u in 2008).

Wanneer we geslacht en leeftijd analyseren, zitten de cijfers van hypnoticagebruik op dezelfde lijn als die van slapeloosheid: vrouwen gebruiken meer hypnotica en zowel bij mannen als vrouwen neemt het gebruik toe met de leeftijd.

Percentage van de bevolking dat in de afgelopen 24 uur een hypnoticum (ATC N05C) gebruikte, België

DR_18		% (Ruw)	+ 95% BI	% (Corr*)	+ 95% BI	N
GESLACHT	Mannen	1,9	(1,4-2,4)	0,9	(0,6-1,3)	5170
	Vrouwen	4,4	(3,8-5,1)	1,8	(1,3-2,5)	5946
LEEFTIJDSGROEP	0 - 14	0,2	(0,0-0,4)	0,1	(0,0-0,6)	1570
	15 - 24	0,4	(0,0-0,8)	0,4	(0,1-1,1)	1190
	25 - 34	0,6	(0,2-1,1)	0,6	(0,3-1,2)	1326
	35 - 44	1,6	(0,9-2,3)	1,5	(0,9-2,4)	1484
	45 - 54	2,7	(1,7-3,7)	2,6	(1,8-3,7)	1389
	55 - 64	5,9	(4,0-7,8)	5,6	(4,0-7,8)	1322
	65 - 74	9,2	(6,3-12,2)	8,6	(6,1-12,0)	876
	75 +	11,1	(9,1-13,2)	9,8	(7,9-11,9)	1959
OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager/geen diploma	7,4	(5,4-9,3)	1,7	(1,1-2,6)	1529
	Lager secundair	6,0	(4,1-7,9)	1,8	(1,2-2,9)	1710
	Hoger secundair	2,7	(2,0-3,3)	1,2	(0,8-1,8)	3369
	Hoger onderwijs	1,5	(1,0-1,9)	0,8	(0,6-1,3)	4164
URBANISATIE-GRAAD	Stedelijk gebied	3,2	(2,6-3,9)	1,3	(0,9-1,8)	6306
	Halfstedelijk gebied	2,9	(2,1-3,8)	1,1	(0,8-1,7)	1820
	Landelijk gebied	3,4	(2,5-4,3)	1,4	(0,9-2,0)	2990
VERBLIJFPLAATS	Vlaams Gewest	2,9	(2,3-3,5)	1,1	(0,8-1,5)	3868
	Brussels Gewest	2,7	(2,1-3,3)	1,2	(0,8-1,7)	3286
	Waals Gewest	4,0	(3,1-4,8)	1,6	(1,1-2,3)	3962
JAAR	2004	2,9	(2,5-3,2)	1,2	(0,9-1,5)	12802
	2008	3,2	(2,8-3,7)	1,3	(1,0-1,6)	11116

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2008
*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2001 als referentie)

Figuur 2.[1]

Andere cijfers over benzodiazepinegebruik variëren. Zich baserend op Belgische verkoopcijfers gebruikt volgens Anthierens 13% van de bevolking wel eens benzodiazepines. De helft hiervan zou dagelijks een benzodiazepine nemen en voor een langdurige periode (meer dan 6 weken)[3]. Volgens de Folia Farmacotherapeutica gebruikt 10% van de bevolking een benzodiazepine. In de rust- en verzorgingstehuizen zou dit zelfs oplopen van 20 tot 50%. Hiermee zijn we één van de landen met het grootst aantal voorschriften benzodiazepines per inwoner[4].

In 1998 gebruikte 12% van de Nederlandse bevolking een benzodiazepine, waarvan 4% chronisch. In ten minste 40% van de gevallen werd deze medicatie aangewend als slaapmiddel. 80% hiervan werd door de huisarts voorgeschreven. Men bestudeerde ook de gemiddelde duur van het gebruik. In de patiëntenpopulatie van de psychiater bedroeg de gemiddelde duur 40 maanden, terwijl dit bij de huisarts 88 maanden was. Volgens hen zou dit duiden op een voorschriftentransfer naar de praktijk van de huisarts[5]. De afhankelijkheid raamt men op 40% bij de huisartspatiënten en 67% bij de psychiatriepatiënten[2].

De Belgische benzodiazepineconsumptie ligt hoog in vergelijking met buurlanden. Daarbij gaat dit ook nog eens in stijgende lijn. Extra verontrustend is dat het gebruik het hoogst is bij bejaarden, terwijl dit net een risicogroep is voor nevenwerkingen[2,4,6].

Na analyse van deze epidemiologische gegevens is het duidelijk dat zowel slaapproblemen als hypnoticagebruik een belangrijke plaats innemen in onze maatschappij. De Hoge Gezondheidsraad ziet het probleem in België als drieledig: psychofarmaca worden te vlug voorgeschreven, vaak gebeurt dit (onterecht) voor onbepaalde duur en bij chronische gebruikers wordt zelden een stoppoging ondernomen[6].

b. Waarom we dit onderwerp kozen

Tijdens onze huisartsenstages werden we vaak geconfronteerd met chronisch gebruik van benzodiazepines. Hoewel dit voor ons alarmerend leek, merkten we dat dit probleem weinig werd aangepakt door de huisarts; vaak - en tevens te begrijpen - door een gebrek aan tijd en kennis. Ook leken patiënten onvoldoende sceptisch te staan jegens hun slaapmiddelengebruik. Daarom vonden wij het zinvol om een tool te ontwerpen die enerzijds de huisarts ondersteunt en tegelijk voor de patiënt gebruiksvriendelijk, informerend én efficiënt is.

We werden geïnspireerd door de thesis van M. Van Belle en O. Vandeput: *"De niet-medicamenteuze behandeling van slaapproblemen: ontwerp van een autodidactische website voor de patiënt met begeleiding van de huisarts[7]"*. Hun website legt zich vooral toe op het niet-medicamenteuze aspect van insomnia, maar zij hadden de website nog onvoldoende kunnen toetsen in de praktijk.

We vinden dat het begeleiden van patiënten in de afbouw van hun slaapmedicatie tot het takenpakket van de huisarts behoort en we hopen samen met O. Vandeput en M. Van Belle, de basis gelegd te hebben voor een Belgische variant van de Nederlandse tegenhanger *"Benzo de baas"* (www.benzodebaas.nl) of de Britse tegenhanger "Sleepio" (www.sleepio.com)

2. Doelstelling en onderzoeksmethode

a. Doelstelling

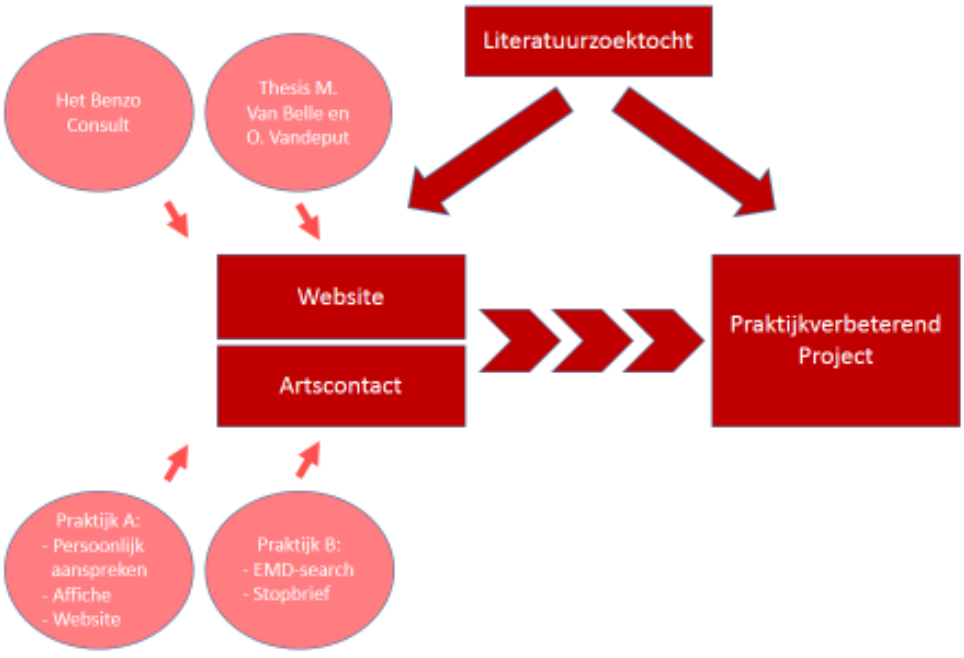
Het opzet van deze studie was het ontwikkelen en evalueren van een patiëntgerichte, interactieve website die als tool kan worden aangewend om patiënten te ondersteunen in hun poging tot stoppen met benzodiazepines en tegelijk, indien mogelijk, hun slaapefficiëntie te verbeteren aan de hand van niet-medicamenteuze alternatieven.

Om dit te realiseren, zochten we een antwoord op volgende onderzoeksvragen:

1) Wat zijn de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden voor primaire insomnia?
2) Biedt het stoppen met benzodiazepines voordelen voor de patiënt aangaande zijn of haar gezondheid?
3) Welke recente evidentie bestaat er omtrent e-learning bij insomnia?
4) Wat zijn de ervaringen van patiënten die een poging tot stoppen met benzodiazepines ondernemen, gebruik makend van e-learning in combinatie met persoonlijke begeleiding?

We noteren hierbij dat we de niet-medicamenteuze behandeling van insomnia niet verder hebben onderzocht. Dit onderwerp werd uitgebreid door M. Van Belle & O. Vandeput behandeld. Wanneer we informatie omtrent dit aspect nodig hadden, grepen we met hun toestemming terug naar hun werk[7].

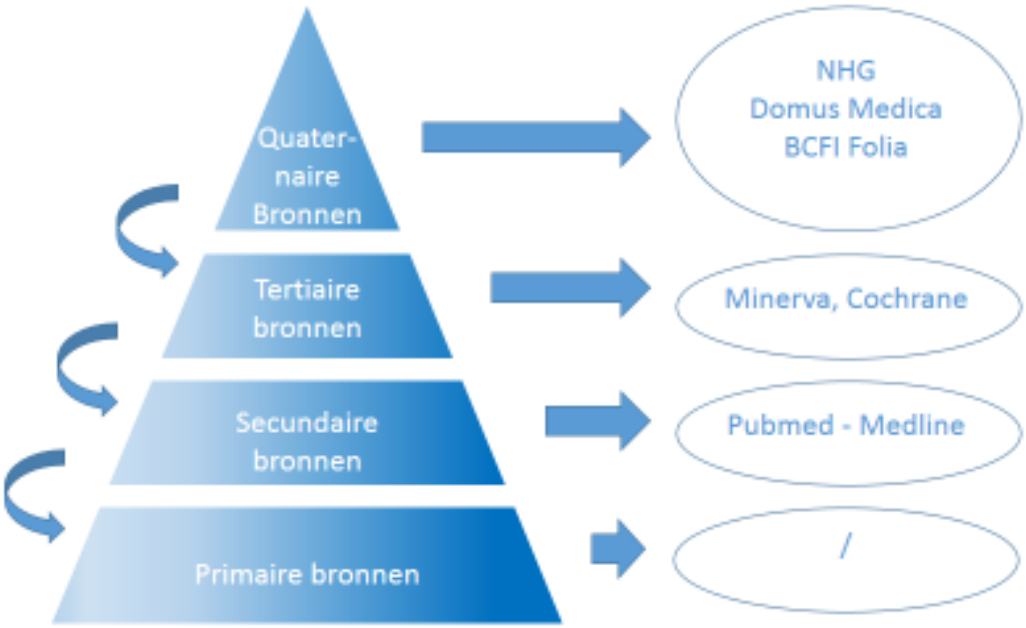
Voor onderzoeksvraag vier hebben we een opsplitsing gemaakt wat het incorporeren van patiënten betreft. In 'Praktijk A' van Dr. G. Klaasen werden de patiënten op de hoogte gebracht van de studie door middel van een affiche in de wachtzaal, een bericht op de praktijkwebsite ofwel na een persoonlijk gesprek met één van de huisartsen in de groepspraktijk. Dr. C. Helsen bracht de mogelijke kandidaten voor de studie op de hoogte door het versturen van een persoonlijke stopbrief na een audit in het EMD van 'Praktijk B'. Een meer gedetailleerde uitwerking hiervan wordt verder in deze verhandeling besproken.



Figuur 3: opzet van de thesis.

b. Onderzoeksvragen & Onderzoeksmethode

Voor onze literatuurzoektocht maakten we gebruik van de watervalmetafoor[8], waarbij we voor onderzoeksvraag 1 en 2 in eerste instantie quaternaire bronnen raadpleegden zoals de richtlijnen van Domus Medica, Duodecim, BCFI en het Nederlands Huisartsengenootschap. Hiervoor werd de zoekmachine van CEBAM geraadpleegd. Als tertiaire bron zochten we in de Minerva en de Cochrane database. Indien er nadien nog vragen onbeantwoord bleven, concentreerden we ons op secundaire en/of primaire bronnen via MEDLINE/PUBMED.



Figuur 4. Watervalprincipe

Naast een zoektocht in de beschikbare literatuur vergaarden we ook informatie via de elektronische leermodule van 'het benzo-consult' en de daarbij horende LOK-presentatie. 'Het benzo-consult' is een initiatief van het FOD en UGent met als bedoeling artsen te ondersteunen in het niet of beperkter voorschrijven van slaapmedicatie[9]. Deze informatie werd evenwel alleen verwerkt in de opbouw van onze patiëntgerichte website en niet in de literatuurstudie.

Om een antwoord te kunnen formuleren op onderzoeksvraag 4 stelden we een enquête op die via internet werd afgenomen bij de deelnemende patiënten.

1) <u>Wat zijn de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden voor primaire insomnia</u>

Voor deze onderzoeksvraag stelden we volgende PICO op:

P: Een patiënt met primaire insomnia
I: Medicamenteuze behandeling
C: Geen behandeling
O: Kwaliteit en duur van de slaap

Gezien de uitgebreide zoekresultaten in de quaternaire en tertiaire bronnen, volstond het om onze literatuurstudie hiertoe te beperken.

2) Biedt het stoppen met benzodiazepines voordelen voor de patiënt aangaande zijn of haar gezondheid?

Voor deze onderzoeksvraag stelden we volgende PICO op:

P: Een patiënt die benzodiazepines neemt als behandeling voor primaire insomnia
I: Stoppen met benzodiazepines
C: Continueren van de behandeling met benzodiazepines
O: Optreden van klachten en gezondheidsvoordelen

Hier concentreerden we ons zowel op de gezondheidseffecten voor de patiënt op lange en korte termijn, als op het optreden/verdwijnen van nevenwerkingen en ontwenningsverschijnselen. In dit kader worden ook de verschillende afbouwmethodes onder de loep genomen. Voor deze onderzoeksvraag werden ook secundaire en primaire bronnen geraadpleegd.

3) Welke recente evidentie bestaat er omtrent e-learning bij insomnia?

Voor deze onderzoeksvraag stelden we volgende PICO op:

P: Een patiënt die benzodiazepines neemt als behandeling voor primaire insomnia
I: Behandeling via internet/e-learning
C: Geen behandeling via internet/e-learning
O: Voor- en nadelen van e-learning

O. Vandeput en M. Van Belle hebben reeds een grondige literatuursearch verricht[7] betreffende het concept e-learning. Daar vele studies die door hen bestudeerd werden, op het belang van verder doorgedreven onderzoek wezen, zijn wij in de literatuur op zoek gegaan naar recentere artikels die het belang van e-learning verder zouden kunnen ondersteunen. Hiervoor werden volgende MESH-termen gebruikt: 'sleep initiation and maintenance disorders' – 'internet'.

4) Wat zijn de ervaringen van patiënten die een poging tot stoppen met benzodiazepines ondernemen, gebruik makend van e-learning in combinatie met persoonlijke begeleiding?

Deze onderzoeksvraag zal beantwoord worden aan de hand van een enquête. Deze enquête werd afgenomen bij alle patiënten die deelnamen aan de internetmodule.

3. Literatuuronderzoek

a. Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden voor primaire insomnia

Hoewel benzodiazepines veruit de meest voorgeschreven hypnotica zijn, kunnen en/of worden ook nog andere geneesmiddelen voorgeschreven als slaapmedicatie. Hieronder bespreken we de voornaamste.

De belangrijkste slaapmiddelen op de markt in België

1. Benzodiazepines

- alprazolam *(Xanax©, Alpratop©, Alpraz©)*
- bromazepam *(Bromatop©, Lexotan©)*
- brotizolam *(Lendormin©)*
- clobazam *(Frisium©)*
- clonazepam *(Rivotril©)*
- clorazepaat *(Tranxene©, Uni-Tranxene©)*
- clotiazepam *(Clozan©)*
- cloxazolam *(Akton©)*
- diazepam *(Valium©)*
- ethylloflazepaat *(Victan©)*
- flunitrazepam
- flurazepam *(Staurodorm©)*
- ketazolam
- loprazolam *(Dormonoct©)*
- lorazepam *(Lorazetop©, Serenase©, Temesta©)*
- lormetazepam *(Loramet©, Loranka©, Loratop©, Noctamid©, Sedaben©, Stilaze©)*
- midazolam
- nitrazepam *(Mogadon©)*
- nordazepam *(Calmday©)*
- oxazepam
- prazepam *(Lysanxia©)*
- temazepam
- tetrazepam *(Epsipam©, Myolastan©)*
- triazolam *(Halcion©)*

2. Middelen verwant aan Benzodiazepines

- zolpidem *(Stilnoct©, Zolpeduar©, Zolpitop©)*
- zopiclon *(Imovane©)*

3. Slaapverwekkende anti-depressiva

- trazodon *(Nestrolan©)*

4. Middelen op basis van planten

- valeriaan *(Dormiplant Mono©, Relaxine©, Valerial©)*
- combinaties met valeriaan *(Calmiplant©, Seneuval©)*
- andere *(Aubeline©, Sedanxio©, Sedinal©, Sedistress©)*

5. Andere

- anti-histaminica *(Phenergan©, …)*
- anti-psychotica *(Fenothiazine©, …)*
- barbituraten
- carbamazepine *(Tegretol©)*
- melatonine *(Circadin©)*

Tabel 1: opgesteld op basis van informatie van het BCFI [10]

I. Benzodiazepines

Benzodiazepines worden omschreven als de minst slechte slaapmiddelen omwille van de snel intredende werking, voldoende langwerkende molecules (de langwerkenden) en de relatieve veiligheid bij overdosering[2]. De nadelen van deze medicatie bespreken we in een volgend hoofdstuk. Idealiter betreft het slechts een eenmalig voorschrift van een halflangwerkend product zoals 'lormetazepam', 'loprazolam' of 'temazepam' aan een zo laag mogelijke dosis en maximum te gebruiken gedurende één week. Correcte en uitgebreide patiëntenvoorlichting is een vereiste. Zodra de mogelijkheid zich voordoet, wordt de medicamenteuze aanpak gecombineerd en later zo snel mogelijk volledig vervangen door de niet-medicamenteuze aanpak[2,4-5]. Slechts één arts moet verantwoordelijk zijn voor het voorschrijven van benzodiazepines bij een patiënt en het risico op verslaving daalt wanneer er bij het eerste voorschrift op voorhand een stopdatum wordt vastgelegd[11]. Benzodiazepines zijn zeker te vermijden bij onbekende patiënten of patiënten met een gekende neiging tot verslavend gedrag, in het bijzonder natuurlijk grote hoeveelheden benzodiazepines, sterke tabletten of grote dosissen[12].

II. Z-drugs of de nieuwe benzodiazepines

Deze klasse van medicatie is later op de markt gekomen, maar zou geen meerwaarde bieden ten opzichte van de klassieke benzodiazepines. Hoewel hun chemische structuur verschilt, zijn zowel hun farmacodynamische eigenschappen als hun nevenwerkingenprofiel gelijkaardig, behoudens het feit dat ze minder invloed hebben op de slaapstructuur[13]. Daarbij zijn ze tweede keuze gezien hun hogere kostprijs en de beperktere ervaring met deze producten[2].

III. Antidepressiva

Van de antidepressiva wordt voornamelijk 'trazodon' voorgeschreven als hypnoticum omwille van zijn sederende eigenschappen. De winst aan slaapduur is net zoals bij de benzodiazepines echter van korte duur. Reeds in de tweede week van gebruik wordt er al geen significante winst meer geboekt[14]. De BCFI-folia argumenteren daarbij dat degelijke studies ontbreken en dat insomnia geen indicatie is voor trazodon[4]. Gezien de potentiële toxiciteit wordt deze medicatie slechts gereserveerd voor depressie met geassocieerde slapeloosheid[2].

IV. H1-Antihistaminica

Deze medicatieklasse met als prototype 'promethazine', zou evenmin aan te raden zijn voor de indicatie slapeloosheid[2]. Als reden haalt men hier onder andere de (anticholinergische) nevenwerkingen aan[4,15] .

V. Melatonine

Ook deze medicatie wordt af en toe voorgeschreven voor slapeloosheid. Haar doeltreffendheid werd echter nog niet aangetoond in meta-analyses[4], hoewel ze in de duodecim richtlijnen wel als effectief worden vernoemd[13]. Mogelijks zouden ze een plaats hebben in het 'behandelen' van een jetlag[2], al zijn de gegevens hierover tegenstrijdig[4]. Over het veiligheidsprofiel is nog weinig bekend[5].

VI. Fytotherapie

Hoewel plantenextracten frequent worden aangewend om de slaap te bevorderen, zijn er geen goede klinische studies die hun effectiviteit bevestigen. Middelen op basis van valeriaan, meidoorn, melisse, passiebloem en/of linde zijn hier de meest gebruikte. Algemeen wordt aangenomen dat er een belangrijk placebo-effect meespeelt. Daarbij zijn er weinig gegevens bekend over het veiligheidsprofiel van deze producten. Cytotoxische en mutagene effecten werden reeds beschreven, maar niet in producten die in België op de markt zijn[2,4-5].

VII. Andere

Barbituraten en afgeleiden hebben geen plaats in het behandelen van slapeloosheid, gezien hun gevaar op intoxicatie en bijwerkingenprofiel. Sederende antipsychotica (zoals fenothiazine) zijn ook geen eerste keuze omwille van de mogelijke nevenwerkingen[2]. Wel kunnen ze worden aangewend bij geassocieerde psychotische stoornissen[10].

VIII. Conclusie

Hieruit moeten we concluderen dat er vooralsnog geen ideaal hypnoticum voorhanden is. Halflangwerkende benzodiazpines worden omschreven als de minst slechte optie en kunnen voor primaire insomnia worden aangewend gedurende maximum een week in een zo laag mogelijke dosis.

b. Voordelen van stoppen met benzodiazepines

Vooraleer we het kind met het badwater weggooien, willen we benadrukken dat benzodiazepines een plaats hebben indien ze voor korte tijd, aan de laagst mogelijke dosis en met de juiste indicatiestelling voorgeschreven worden. [2,5-6,16]

Het oplijsten van de positieve effecten van benzodiazepinegebruik valt buiten het bestek van onze thesis, doch willen we benadrukken dat deze positieve effecten slechts van korte duur zijn. Daarnaast gaat het gebruik van slaapmedicatie gepaard met een significante toename in neveneffecten. Daarom dient de beslissing om benzodiazepines voor te schrijven, weloverwogen te zijn en, bij voorkeur, in open communicatie met de patiënt[2,5,17].

Ongewenste effecten kunnen afhankelijk zijn van dosis, innameduur en werking van de benzodiazepines. Daarenboven is er ook een individuele gevoeligheid en zijn de ongewenste effecten meer uitgesproken bij zestigplussers. Enerzijds door een vertraagde afbraak en uitscheiding van de BZD en anderzijds door het groter risico op geneesmiddeleninteracties.[6,14,16,18] Het significant verhoogd risico van ongewenste effecten bij 60+'ers doet vragen rijzen naar de kosten-batenverhouding van benzodiazepines in deze patiëntengroep, vooral in aanwezigheid van andere risicofactoren voor ongewenste cognitieve of psychomotorische effecten.[19,20,21,22] Paradoxaal genoeg worden benzodiazepines vooral bij deze groep patiënten voorgeschreven.

I. Nevenwerkingen en gezondheidseffecten van benzodiazepines

In dit hoofdstuk zullen we dieper ingaan op de mogelijke nevenwerkingen die patiënten op korte en op lange termijn kunnen ervaren door hun benzodiazepinegebruik. Omdat de 'Z-drugs' een vergelijkbaar nevenwerkingsprofiel hebben, worden zij hier niet als aparte klasse besproken.

1. Op korte termijn

a) Benzodiazepines en rijvaardigheid

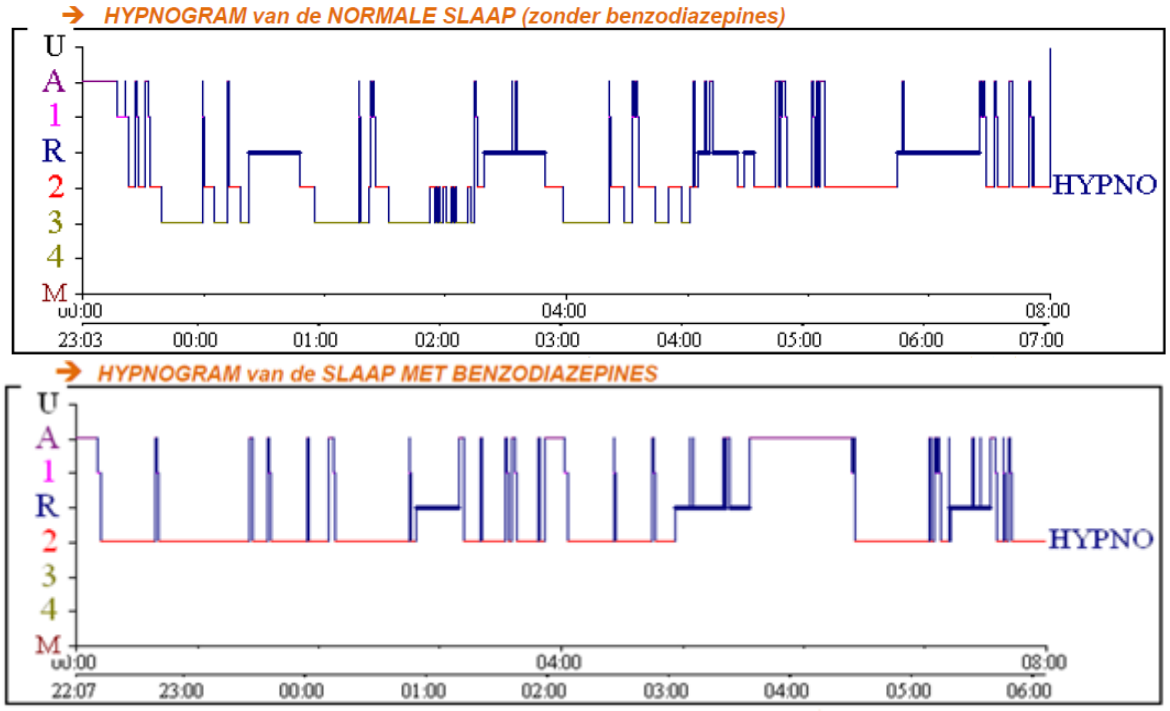
Benzodiazepines lijken gepaard te gaan met een verhoogd risico op verkeersongevallen. [2,16,17,18,23,24] Het risico neemt verder toe in volgende situaties: gebruik van hoge dosissen, benzodiazepines met lange halfwaardetijd, simultaan alcoholgebruik, eerste weken van gebruik en bij dosisverhoging.[18,19,25,26,27,28,29] Via welk mechanisme de benzodiazepines het risico op verkeersongevallen doen toenemen, is nog weinig bekend, maar in experimenteel onderzoek kon men aantonen dat benzodiazepines vooral de rijvaardigheid nadelig beïnvloeden. Enerzijds door een soort 'hangover' effect[16], anderzijds door het ontstaan van meer risicovol rijgedrag: rijden aan hogere snelheid, moeilijkheden bij het behouden van de wegpositie, wat een hoger risico op verkeersongevallen kan impliceren.[29,30,31]

Of gebruikers van slaapmiddelen ook vaker verantwoordelijk zijn voor de ongevallen of de opgelopen letsels ernstiger zijn, is nog onduidelijk: hier spreken studies elkaar tegen.[25,28] Een mogelijk 'veilig' alternatief zou Zolpidem® kunnen zijn indien het gebruikt wordt aan 10mg en meer dan 8u voor het besturen van een auto wordt ingenomen.[32] Hoewel zeer recente literatuur deze bewering opnieuw in vraag lijkt te stellen.[33]

b) Benzodiazepines en vallen

Het gebruik van benzodiazepines en Z-drugs lijkt het valrisico te verhogen, zowel bij geïnstitutionaliseerde als bij thuiswonende zestigplussers[16,18,21,34-35] Er wordt gesuggereerd dat kortwerkende benzodiazepines op dit vlak veiliger zijn dan langwerkende. Dit geldt mogelijk niet voor ouderen, want in een prospectief onderzoek bij bejaarde vrouwen verschilden kortwerkende en langwerkende benzodiazepines niet wat betreft het risico op vallen.[21,34] De relatie tussen benzodiazepinegebruik en (heup)fracturen is minder duidelijk, maar er is groeiende evidentie dat er toch een verband bestaat tussen de inname van slaapmedicatie en een verhoogd risico op (heup)fracturen. [14,22,36-37]

c) Benzodiazepines en het (fysiologisch) slaappatroon



Figuur 5: [9]

Een slaapcyclus bestaat uit een opeenvolging van NREM-stadia (1,2,3,4) gevolgd door een periode van REM-slaap (droomslaap). Gemiddeld zullen 5 van dergelijke slaapcycli doorlopen worden gedurende de nacht. Merk op dat het 3e en 4e stadium van de NREM-slaap (diepe slaap) zich vooral in het begin van de nacht voordoet. De REM-slaap zorgt voornamelijk voor psychologisch herstel. De NREM-slaap (1-4) staat voornamelijk in voor het fysiek herstel.

Zoals bovenstaande figuren aangeven, veranderen benzodiazepines het fysiologische slaappatroon. Enerzijds veroorzaken ze een meer oppervlakkige en zodus gefragmenteerde slaap doordat de diepe slaap (stadium 3 en 4) niet meer bereikt wordt. Anderzijds verstoort het benzodiazepinegebruik het normale ritme van de slaapcycli en verkort de REM-slaap. Daarom belemmeren benzodiazepines het psychische én fysieke herstel van de slaap. [9,16,21,38]

d) Benzodiazepines en affectieve functies

Vele artsen lijken bij acute stressoren (overlijden, echtscheiding,…) hun empathie te vertalen in het voorschrijven van een slaappil[39]. Richtlijnen raden artsen aan dit slechts in uitzonderlijke

omstandigheden te doen omdat benzodiazepines het normale, natuurlijke verwerkingsproces zouden kunnen onderdrukken zodat er geen plaats gegeven kan worden aan het recente overlijden, de echtscheiding, ... De verwerking zal dan pas starten wanneer de benzodiazepines gestaakt worden en op dit moment valt er mogelijks al minder steun te verwachten van de omgeving.[2,16] Dit advies is volgens *Warner et al.* niet wetenschappelijk onderbouwd, zodat zij, als eersten, een placebogecontroleerde RCT opgezet hebben die het effect van benzodiazepines bij rouw nagaat.[40] Deze RCT uit 2001 kon geen negatief, noch positief effect van het benzodiazepinegebruik bij rouw aantonen en de onderzoekers vragen om de veronderstelling dat benzodiazepines een negatief effect heeft op het rouwproces te heroverwegen. De richtlijn van Domus Medica verwijst ook naar deze RCT, maar vraagt (o.i. terecht) om dit resultaat met de nodige voorzichtigheid te interpreteren gezien de beperkte studiegroep én het gebruik van een zeer lage dosis BZD.

e) Benzodiazepines en cognitieve functies

Er is een kans op het ontstaan van anterograde amnesie: dit is het onvermogen om te onthouden wat zich in de uren na inname van het middel heeft afgespeeld. Anterograde amnesie kan reeds bij therapeutische doseringen optreden, maar het risico lijkt toe te nemen bij hoge doseringen en bij hogere leeftijd. Bij verschillend benzodiazepines werden paradoxale reacties genoteerd met een toegenomen slapeloosheid, angst en agressie. Dit komt vooral voor bij ouderen en kinderen en kan reeds optreden bij therapeutische dosages.[16,18,21] Indien benzodiazepines langdurig gebruikt worden, kunnen ook andere cognitieve problemen optreden (cf. infra).

f) Tolerantie en afhankelijkheid

De tolerantie voor de verschillende werkingen van benzodiazepines ontwikkelen zich aan een verschillend tempo en in verschillende mate. Bij regelmatig gebruik van benzodiazepines ontstaat reeds binnen enkele dagen tot weken tolerantie voor het hypnotische effect, terwijl de tolerantie van het anxiolytisch effect zich trager ontwikkelt.[2,16,18,21] Er zal ook tolerantie optreden voor de motorische effecten zodat men in staat kan zijn om met de fiets te rijden, ondanks inname van zeer hoge doses benzodiazepines. Volledige tolerantie voor de effecten op geheugen en cognitie lijkt niet op te treden. Afhankelijkheid kan zich binnen een aantal weken ontwikkelen bij herhaald gebruik en zal zowel op psychisch als op fysiek vlak optreden. De psychische afhankelijkheid is het verlangen naar de stof, ook ‘craving’ genoemd. De lichamelijke afhankelijkheid uit zich in het optreden van dervingsverschijnselen na het staken van het benzodiazepinegebruik, wat de belangrijkste aanleiding vormt om het gebruik weer te hervatten.

g) Wisselwerking met andere medicijnen en alcohol

Vele bronnen beschrijven interacties tussen benzodiazepines en diverse farmaca, maar we beperken ons graag tot de stoffen die klinisch de meest relevante interacties kunnen geven. De werking van benzodiazepines zal versterkt worden indien zij gecombineerd worden met: alcohol en psychotrope stoffen (o.a SSRI’s), erytromycine en andere macrolide antibiotica, azool-antimycotica, orale anticonceptiva, cimetidine, isoniazide en propranolol.[2,18,21]

h) Diverse effecten

Sommige klassen van benzodiazepines zouden gepaard gaan met andere nadelige effecten zoals libidoverlies, vermindering van vermogen tot orgasme, verhoogde eetlust, glaucoom, allergische conjunctivitis,…[18] Mogelijks zou er een verband bestaan tussen inname van slaapmiddelen en mortaliteit, doch dit werd tot op heden nog onvoldoende bewezen. Verder onderzoek hieromtrent is nodig.[18,41]

2. *Op lange termijn*

De neveneffecten die hierboven beschreven zijn, zullen ook op lange termijn blijven bestaan, maar men zal deze ongewenste effecten na een tijdje beter 'tolereren'. Op vlak van cognitie en geheugen treedt er echter geen tolerantie op.

a) Benzodiazepines en effect op cognitieve functies

Langdurige benzodiazepinegebruikers lijken cognitief minder goed te functioneren.[42-43] Zo zouden ze minder gemakkelijk informatie kunnen opslaan in hun langetermijngeheugen en kunnen zij zich moeilijker dingen herinneren door een verlies van hun episodisch geheugen.[16] Ook zou er sprake zijn van 'emotionele afvlakking' of depressief gedrag bij langdurig benzodiazepinegebruik. Benzodiazepines kunnen zowel depressies veroorzaken als verergeren, vermoedelijk door het reduceren van de output van neurotransmitters.[16,18,21]

Wanneer langdurig benzodiazepinegebruik gestaakt wordt, lijkt er een cognitief 'herstel' op te treden, maar het staat ter discussie of dit herstel volledig is.[44-45] *Stewart et al* vermoeden dat het verlies niet volledig reversibel is, maar gaan er in hun review wel van uit dat dit waarschijnlijk geen klinisch significant verschil geeft in het dagelijks functioneren van de patiënt.

Aangezien er cognitief 'verval' lijkt op te treden, rijst de vraag of chronisch benzodiazepinegebruik tot dementie leidt. Hoewel *Mura et al* in een prospectieve cohortstudie geen versneld cognitief verlies konden vaststellen bij langdurige benzodiazepinegebruikers, zien zij in het verminderd cognitief functioneren van benzodiazepinegebruikers mogelijks wel een verhoogde vatbaarheid voor het ontstaan van dementie.[42] Ook andere cohortonderzoeken besluiten (voorzichtig) tot een toegenomen risico op dementie bij benzodiazepinegebruik, maar wijzen op het gevaar van 'bias' en uiten de noodzaak tot meer doorgedreven onderzoek om te kunnen spreken van een directe link tussen beiden.[46,47,48,49,50] Zij benoemen deze 'bias' als de mogelijkheid dat benzodiazepines voorgeschreven worden voor de insomnia die zich presenteert als een vroeg symptoom van dementie, soms jaren voordien. Daarnaast kunnen de ongewenste effecten van benzodiazepines bij ouderen verkeerdelijk aanzien worden als symptomen van een beginnende dementie.[6]

We kunnen dus stellen dat er tot op heden onvoldoende bewijs is om een directe link tussen langdurig benzodiazepinegebruik en dementie aan te tonen. Wel is het negatief effect op cognitief functioneren voldoende bewezen zodat benzodiazepines enkel voorgeschreven mogen worden aan ouderen wanneer hieraan voldoende 'clinical judgement' voorafgegaan is.

II. Stopzetten van een behandeling met benzodiazepines

Indien men besluit tot het stoppen met benzodiazepinegebruik, dient men rekening te houden met enkele onaangename, doch tijdelijke bijwerkingen. Graag benadrukken we dat deze 'bijwerkingen' ook kunnen uitblijven indien de dosering geleidelijk verlaagd wordt.

a) Ontwenningsverschijnselen

Heel vaak lijkt een soort 'angstgevoel' ervaren te worden bij het afbouwen. Daarnaast zouden sommige symptomenclusters karakteristiek zijn voor benzodiazepineontwenning: een verhoogde gevoeligheid voor alle zintuiglijke prikkels (vb. geluid, licht, aanraking, smaak en geur), perceptuele stoornissen (vb. gevoel van beweging, indruk van schuine muren,…) en gevoelens van depersonalisatie. Volgens *'The Ashton Manual'*[16] lijkt ontwenning vaak de 'zwakke plek' van een persoon uit te kiezen: indien men gevoelig is voor hoofdpijn, zal ernstigere hoofdpijn kunnen optreden; indien patiënt last heeft van spastisch colon, kunnen digestieve symptomen meer op de voorgrond treden, etc. Andere klachten die vernoemd worden zijn somberheid, prikkelbaarheid, tremor, hoofd- en spierpijn, duizeligheid, transpiratie, schommelingen in het lichaamsgewicht, het optreden van 'opdringerige

herinneringen,… [16,18,21] Hoelang de klachten aanwezig blijven, is individueel bepaald, maar in het algemeen verdwijnen deze symptomen geleidelijk over een periode van 3 tot 6 weken.

b) Rebound-insomnia

Bij het stoppen van benzodiazepines kan de oorspronkelijke slapeloosheid in hevigere mate terugkeren. Dit is te wijten aan het slaaptekort dat werd opgebouwd tijdens benzodiazepinegebruik en dit tekort dient tijdens de ontwenning terug hersteld te worden. Enerzijds ziet men een toename van de REM-slaap, zodat zeer levendige dromen/nachtmerries zullen ontstaan waarvan men soms wakker wordt. Na enkele weken worden deze dromen minder frequent en verdwijnen ze tenslotte. Anderzijds zal ook de diepe slaap (3^{e} en 4^{e} stadium van NREM-slaap) opnieuw toenemen zodat men last kan hebben van 'rusteloze benen', plotse spierschokken,… De diepe slaap heeft langer herstel nodig waardoor mensen soms nog weken tot maanden deze klachten kunnen ervaren.[16]

c) Relapse-verschijnselen

De terugkeer van de (oorspronkelijke) insomnia kan verward worden met ontwenningsverschijnselen. Over het algemeen wordt aangenomen dat de klachten die niet binnen enkele weken overgaan, niet te wijten zijn aan derving, maar wijzen op een relapse.[18]

III. Afbouwmethodes

Benzodiazepines afbouwen is vaak niet zo eenvoudig. Vandaar dat voorkomen van chronisch gebruik van primair belang is. Eerder in deze tekst bespraken we al enkele richtlijnen om te voorkomen dat de patiënt een chronische gebruiker wordt.

Voor met de afbouw van start kan gaan, moet de arts eerst een zicht krijgen op de duur en de omvang van het benzodiazepinegebruik, details over eventuele vroegere afbouwpogingen, de huidige motivatie van de patiënt, eventuele andere middelenverslavingen en psychiatrische stoornissen. Daarnaast moeten zowel de voordelen en de nadelen van benzodiazepinegebruik als die van het afbouwen ervan besproken worden. Follow-up moet minstens één keer per maand voorzien worden, zelfs frequenter bij aanvang[11].

Er bestaan verschillende strategieën die aangewend kunnen worden om benzodiazepines af te bouwen. Domus Medica geeft de voorkeur aan een geleidelijke afbouw over een tiental weken. Ze vermelden dat het toevoegen van carbamazepine bij patiënten die gewoon zijn om dagelijks een hoge dosis te krijgen, mogelijks voordeel oplevert, maar hier bestaat echter te weinig evidence voor[51]. Duodecim haalt naast Carbamazepine ook natriumvalproaat, propranolol en eventueel oxcarbazepine, gabapentine en topiramaat aan om de ontwenningsverschijnselen te onderdrukken, maar deze producten horen thuis in de niet-ambulante zorgsetting[11]. Magnesiumaspartaat toevoegen blijkt dan weer niet efficiënter te zijn dan placebo[2]. Buspirone, dothiepin, progesterone en hydroxyzine evenmin[52].

De richtlijnen NHG stellen in de eerste plaats een minimale interventiestrategie voor, bijvoorbeeld met een stopbrief. Dit zou succes opleveren bij 1 op de 8 patiënten. Indien dit niet werkt, stellen ze bij gemotiveerde patiënten een gereguleerde dosisreductie voor. Hoewel de richtlijn van Domus Medica stelt dat er geen bewezen meerwaarde is om een kortwerkend benzodiazepine te vervangen door een equivalente dosis van een langer werkend middel (e.g. diazepam), grijpt de richtlijn van NHG wel terug naar dit principe. Zij baseren zich op een studie van Oude Voshaar[53] en werken met een standaard omzetschema (zie tabel 2), waarna dit product wordt afgebouwd aan 25% per week[5].

Generieke naam	*Omrekenfactor*	*Generieke naam*	*Omrekenfactor*
Alprazolam	10	Lorazepam	5
Bromazepam	1	Lormetazepam	10
Brotizolam	40	Medazepam	0,5
Chloordiazepoxide	0,5	Midazolam	1,33
Clobazam	0,5	Nitrazepam	1
Clorazepinezuur	0,75	Nordazepam	1
Diazepam	1	Oxazepam	0,3
Flunitrazepam	10	Prazepam	0,5
Flurazepam	0,33	Temazepam	0,5
Loprazolam	10	Zolpidem	1
		Zopiclon	1,33

Tabel 2: afkomstig vanuit de NHG-standaard 'Slaapproblemen en slaapmiddelen'[5]

De Duodecim richtlijnen maken een onderscheid in laag- en hooggedoseerde medicatie. Als de patiënt meer neemt dan de maximaal aanbevolen dagelijkse dosis, moet de dosis verminderd worden met 10-25% om de 1-2 weken. Bij laaggedoseerde medicatie wordt 10-20% om de 2-3 weken aangeraden. Indien er klachten optreden, moet het tempo van afbouw vertraagd worden[11].

Algemeen stelt men dat een geleidelijke afbouw te verkiezen is boven een bruuske stop[3-5,51,52] Dit geeft minder kans op ontwenningsverschijnselen zoals angstsymptomen, recidief slaapstoornissen, verwardheid, hallucinaties en nachtmerries. Bijgevolg zou deze manier van werken ook een hoger slaagpercentage hebben[52]. De ernst van deze verschijnselen is afhankelijk van de duur van behandeling, de dosis en de werkingsduur van het benzodiazepine. Ouderen zijn hier over het algemeen gevoeliger voor.

Tenslotte wordt cognitieve gedragstherapie aangehaald als valabel alternatief voor benzodiazepines. Domus medica stelt dat men bij het opstarten van benzodiazepines zo snel mogelijk niet-medicamenteuze alternatieven moet associëren en dat deze de slaapmedicatie van zodra mogelijk zelfs volledig moeten vervangen[2]. Voor een diepere uitwerking van cognitieve gedragstherapie en de niet medicamenteuze alternatieven voor slaapproblemen, verwijzen we opnieuw naar de thesis van O.Vandeput en M. Van Belle[7].

Duodecim stelt dat bij de geleidelijke afbouw van een lage dosis benzodiazepine 70-80% erin slaagt zonder grote problemen. Bij mislukking is een niet-veroordelende houding van de arts belangrijk. Hij moet de patiënt aanmoedigen om een nieuwe poging te ondernemen. Eventueel kan verwezen worden naar een specialist en kunnen adjuvante middelen ingeschakeld worden[11].

c. Bijkomende, recente evidence omtrent e-learning

Meer en meer wordt het concept e-learning gehanteerd[54,55]; een duidelijke innovatie binnen de geneeskunde. Daar 'innoveren' niet steeds synoniem is voor 'verbeteren'[56] blijft een kritische blik op dergelijke evolutie noodzakelijk. Recent (2013) toonde *Van Straten et al* in een RCT aan dat het aanbieden van cognitieve gedragstherapie via online zelfhulpprogramma's i.p.v. 'face-to-face' therapie evenzeer door patiënten wordt geaccepteerd.[57] Hierdoor wordt CGT op grotere schaal toepasbaar.

Dergelijke online programma's dienen volgens *Middlemass et al*, die een bevraging deden bij gezondheidsprofessionals en patiënten, vertrouwen uit te stralen en functioneel te zijn[58]. Een recente meta-analyse uit 2012 (Cheng, 67 artikels) en een RCT van *Lancee et al* -die om onbekende reden niet aan de meta-analyse werd toegevoegd- onderstreepten opnieuw dat online cognitieve gedragstherapie een valabel alternatief is voor de behandeling van insomnia.[59-60] De resultaten van de meta-analyse dienen volgens het 'Center for Review and Dissemination' wel met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden gezien de bedenkelijke methodologie van de meta-analyse. Alle studies hebben echter één zwakte: het ontbreekt hen allemaal aan een placebogroep. Net daarom is volgens ons de placebogecontroleerde RCT van *Espie et al* (2012) revolutionair te noemen. Deze RCT includeerde 164 volwassenen met chronische slapeloosheid en toonde aan dat online cognitieve gedragstherapie werkzamer is dan placebobehandeling of de gangbare zorg, tenminste op korte termijn. Dit uitte zich zowel in een verbetering van de slaapefficiëntie, als in het functioneren overdag. Studies met een langere follow-up zijn nog wel nodig om na te gaan of het effect behouden blijft. De internetmodule die in de RCT gebruikt werd, werd 'Sleepio' genoemd en is nog steeds bruikbaar.[61]
Ritterband en Thorndike (2013) zagen in hun RCT dat het gebruik van online cognitieve gedragstherapie een significante verbetering gaf op vlak van psychologisch welbevinden en vermoeidheid.[62] Als repliek op de RCT van *Espie et al* stelden ze zich de vraag of men tot in den treure moet zoeken naar superioriteit en vinden dat de focus vooral moet liggen op het bereiken van zoveel mogelijke patiënten[63]. Het aspect 'efficiëntie' blijft o.i. toch ook belangrijk, maar hoe meer therapeutische opties voorhanden, hoe meer geïndividualiseerde hulp, 'op maat van de patiënt', kan aangeboden worden.

3. Praktijkverbeterend project

a. Studieopzet

Zoals we eerder al aanhaalden in de inleiding, is het doel van dit praktijkverbeterend project om een praktisch bruikbare en patiëntgerichte website te ontwerpen die we baseerden op voorafgaand literatuuronderzoek. We willen met deze website zowel de arts als de patiënt ondersteunen. Via de informerende en interactieve functies doelen we op tijdswinst voor de arts en proberen we de patiënten te sensibiliseren voor de nadelen van chronisch benzodiazepinegebruik en daarnaast handvaten te geven om hun slaapmiddelengebruik te verminderen of zelfs te beëindigen.

b. Studieverloop

I. Ontwikkelen van een interactieve website

De thesis van M. Van Belle en O. Vandeput was voor ons een belangrijke bron van inspiratie. Aanvankelijk werd het plan opgevat om hun website verder uit te bouwen, maar vanuit praktisch standpunt was dit evenwel niet haalbaar. Daarom ontwikkelden wij een nieuwe website, waarin we met hun toestemming delen van hun website verwerkten. Het betrof voornamelijk de informatie omtrent slaapproblematiek en de niet-medicamenteuze adviezen voor insomnia. Na een literatuuronderzoek, stoffeerden we onze website met informatie over slaapmedicatie en gezondheidsrisico's bij chronisch gebruik. Daarenboven gaven we extra informatie omtrent het afbouwen van benzodiazepines en reikten we de patiënt tools aan om hem bij zijn afbouw te ondersteunen. Deze tools zijn gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie[7].

De leeromgeving op de website omvat drie lessen en een slaapdagboek. Er werd finaal een enquête aan toegevoegd om ons project te evalueren. (zie bijlage A en H). Les 1 handelt voornamelijk over slapen en slaapstoornissen, les 2 over slaapmedicatie en les 3 over het afbouwen van slaapmedicatie en niet medicamenteuze alternatieven. In het kader van cognitieve gedragstherapie bouwden we deze lessen interactief op: de patiënt moest geregeld informatie invullen over zijn/haar slaapgedrag, slaaphygiëne, coping-technieken, gedragsanalyse, uitlokkende en onderhoudende factoren, enzovoort (zie bijlage A). Op deze manier was de patiënt actiever bij zijn afbouwproces betrokken en was de arts reeds geïnformeerd over de specifieke situatie, gevoelens, verwachtingen, angsten en vragen van de patiënt wanneer die op consultatie kwam. De arts kon namelijk via een persoonlijke code de antwoorden van zijn patiënten opvragen. Ten allen tijde kon de patiënt ook zijn arts bereiken via een contactformulier op de website. Om zijn evolutie te volgen, vroegen we de patiënt gedurende de volledige studie om min of meer dagelijks het slaapdagboek in te vullen. Hier peilen we naar uur van slapengaan en opstaan, geschatte duur van de slaap, aantal keer ontwaken, fitheid overdag, subjectieve slaapkwaliteit en het gebruik van slaapmedicatie, middagdutjes, cafeïne, roken en alcohol.

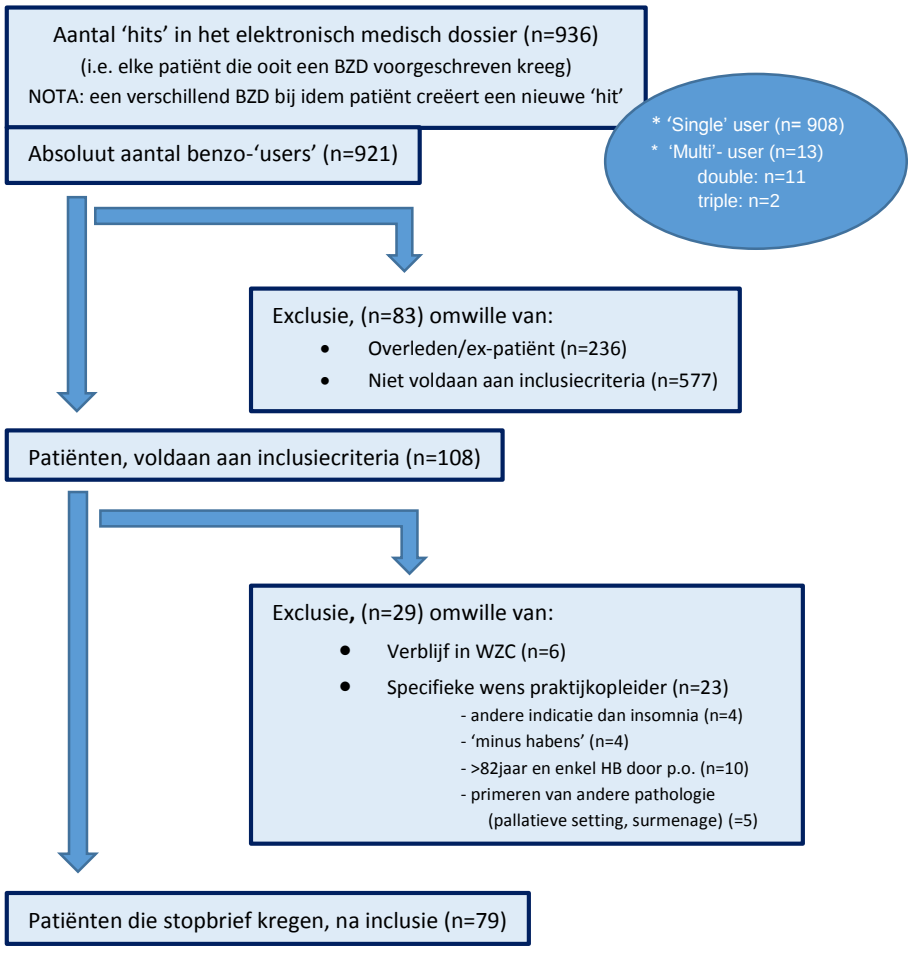
II. Doelgroep

Conform de NHG- en Duodecimdefinitie van chronisch slaapmiddelengebruik definiëren we onze doelgroep als volgt: elke patiënt ouder dan 18 jaar die langer dan 3 maand, al of niet met slaapmedicatievrije tussenpozen van minder dan 2 weken, een benzodiazepine neemt met primaire insomnia als indicatie[5,13]. Domus Medica definieert primaire insomnia als een vorm van langdurige slapeloosheid waarvoor geen duidelijke onderliggende oorzaak gevonden wordt[2]. Omdat de Z-drugs zowel farmacodynamisch als qua bijwerkingenprofiel niet verschillen van benzodiazepines, lieten we ook chronische gebruikers van dit type medicatie toe in de studie zolang ook bij hen primaire insomnia als indicatie werd weerhouden. In tegenstelling tot de vereiste minimumleeftijd van 18 jaar, stelden we geen maximumleeftijd voor onze studie.

III. Patiëntenselectie

Voor de patiëntenselectie beproefden we twee verschillende benaderingen. In de praktijk van dr. G. Klaasen, die we gemakkelijkheidshalve voortaan omschrijven als ***'Praktijk A'***, gebeurde de selectie voornamelijk op de consultatie zelf, waarbij de onderzoeker of de collega's in de groepspraktijk individueel de patiënten aanspraken die voor de studie in aanmerking kwamen. Sommigen patiënten waren reeds op de hoogte van de studie dankzij een affiche in de wachtzaal of een bericht op de praktijkwebsite. Na een korte uitleg over hun slaapmedicatie werd gepolst of ze interesse hadden in de studie. Wanneer dit het geval was, werden ze doorverwezen naar de onderzoeker.

In de praktijk van dr. C. Helsen, verder vernoemd als ***'Praktijk B'***, gebeurde de selectie op basis van een patiëntensearch in het elektronisch medisch dossier. Allereerst werden via de BCFI alle klassen van benzodiazepines geïdentificeerd. (Cf. 'Tabel 1') Op basis van deze gegevens werden de noodzakelijke 'queries' hiervoor ingevoerd in het medisch programma, Health One. (cf. bijlage C) Op deze manier werden alle patiënten geselecteerd die ooit, hetzij éénmalig, hetzij veelvuldig, een benzodiazepine voorgeschreven gekregen hadden. Per benzodiazepine werd zo een patiëntenlijst verkregen die verder gelimiteerd werd door de exclusie van reeds overleden of 'ex-praktijk' patiënten. Alle patiëntendossiers werden apart doorlopen om meer informatie te verkrijgen omtrent de frequentie van voorschrijven, datum van laatste voorschrift en indicatiestelling bij opstart van het benzodiazepine. Noteer dat we patiënten, wanneer de frequentie van voorschriften net niet helemaal overeenstemde met 'regulier' gebruik (cf. NHG-en Duodecimdefinitie), veiligheidshalve, toch mee includeerden daar zij mogelijks ook via andere kanalen (andere arts, via partner) aan voorschriften konden geraken.



Figuur 6: Patiëntenselectie 'Praktijk B': Inclusie van patiënten na EMD-search

Na deze 'EMD-search' werden 936 patiënten weerhouden die voldeden aan de door ons opgestelde inclusiecriteria. Nadien werd bijkomend nog een opsplitsing gemaakt tussen 'single' en 'multiple' users en werden de patiënten die in een WZC verbleven geëxcludeerd daar zij niet over internet beschikten. De patiëntenlijst werd ook voorgelegd aan de praktijkopleider, die om diverse redenen nog enkele patiënten excludeerde. (cf. bijlage C) De patiënten die na deze extra selectie overbleven, kregen een gepersonaliseerde stoprief (cf. bijlage E), evenals een aanmeldingsformulier (cf. bijlage F) toegestuurd.

IV. Implementatie van praktijkverbeterend project.

Aan de hand van de literatuurstudie en deels gebaseerd op het werk van M. Van Belle & O. Vandeput ontwierpen we een website die terug te vinden is op het webadres www.slaapzorgeloos.be. Deze website bestaat naast de welkomstpagina, achtergrondinformatie, algemene slaaptips en links naar bijkomende informatie voornamelijk uit leermodules.

a) Aanmeldingsformulier

Om toegang te kunnen krijgen tot deze leermodules, diende er een aanmeldingsformulier met een persoonlijke inlogcode gegenereerd te worden. De geïnteresseerde patiënt uit **'Praktijk A'** kreeg deze documenten mee nadat hij uitleg over de studie had gekregen en hiervoor zijn mondeling akkoord gegeven had. In **'Praktijk B'** werden deze documenten reeds op voorhand en individueel voor elke geïncludeerde patiënt gegenereerd en samen met de stopbrief (cf. bijlage E) verstuurd.

Een voorbeeld van het aanmeldingsformulier vindt u in 'bijlage F'. Er staat geschreven dat, wanneer de patiënt zich aanmeldt met zijn persoonlijke code, hij akkoord gaat met deelname aan de studie. Het codesysteem zit zo in elkaar dat de naam van de patiënt gecodeerd zit in de numerieke code, evenals de naam van de onderzoeker. Bijgevolg zal alleen de onderzoeker die de patiënt begeleidt, toegang hebben tot diens persoonsgegevens. Op deze manier wordt hun anonimiteit gegarandeerd. De code op het aanmeldingsformulier in de bijlage kan u aanwenden om onze website van naderbij te bekijken.

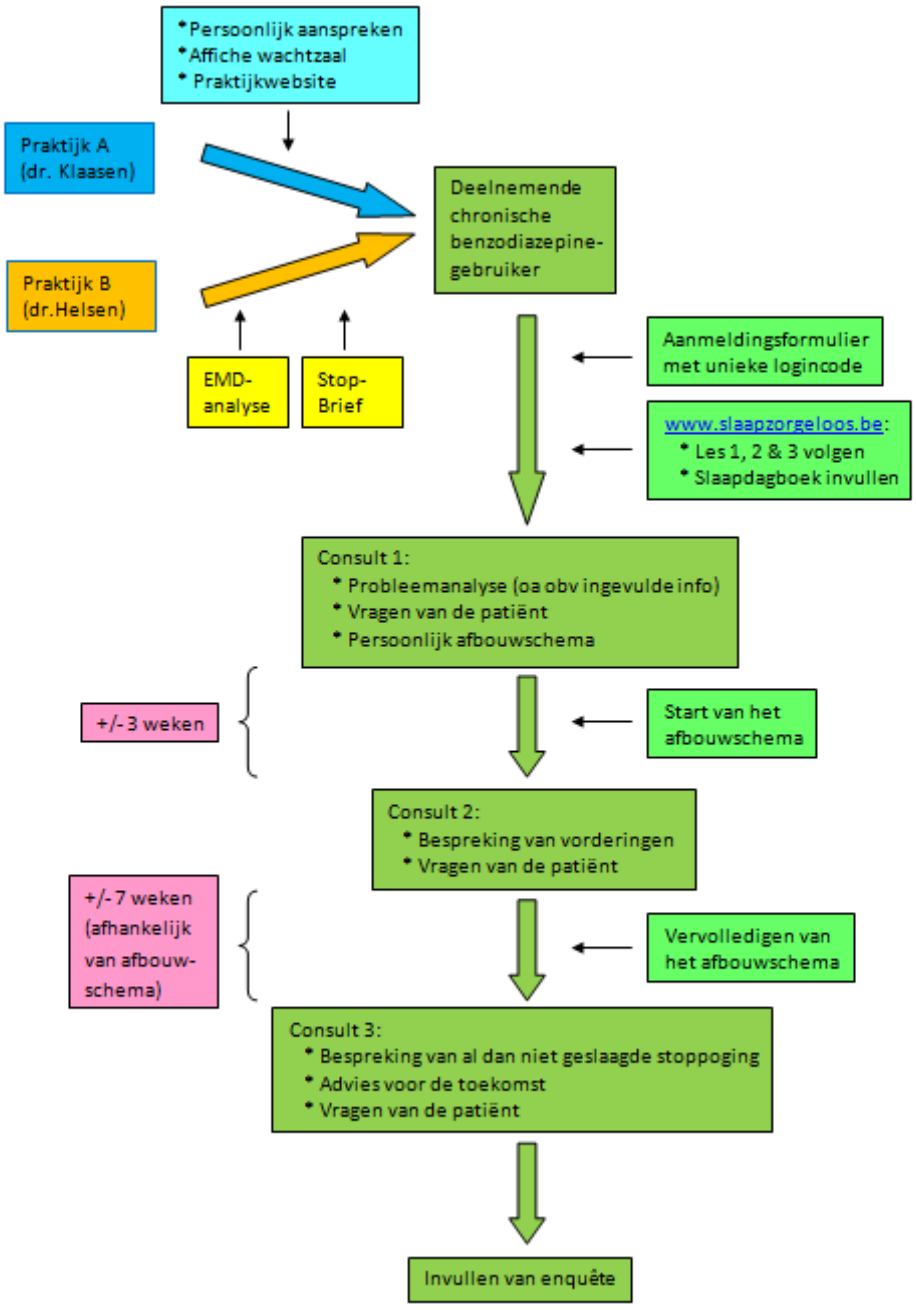
b) Consultaties als ondersteuning bij website

Wanneer de patiënt op eigen tempo de lessen doorlopen had, werd hij uitgenodigd op de consultatie. Graag noteren we ook dat alle consultaties die plaatsvonden in het kader van deze MaNaMa geregeld werden via het 'derde betalersysteem' en zodus volledig kosteloos waren voor de patiënt zodat hij/zij geen financiële bezwaren kon hebben om deel te kunnen nemen. Ter verantwoording van het aanrekenen van een raadpleging bemerken we dat de afbouw van slaapmedicatie behoort tot het takenpakket van de huisarts.

Tijdens de consultaties gingen we aan de hand van het slaapdagboek en de ingevulde informatie op de website dieper in op het probleem van de patiënt. Vervolgens stelden we een persoonlijk afbouwschema op en gaven we advies aangaande de aangeleerde niet medicamenteuze alternatieven. Voor deze consultaties hanteerden we een vooropgestelde checklist (cf. bijlage G) zodat de 'bias' in de begeleiding van de patiënten van **'Praktijk A'** en **'Praktijk B'** zo klein mogelijk gehouden werd. Na week 3 en op het einde van het afbouwschema kwam de patiënt op een controleconsultatie om de vorderingen en eventuele problemen of opmerkingen te bespreken. Hier konden we ons opnieuw baseren op het ingevulde slaapdagboek.

We kozen voor deze manier van werken om de efficiëntie (zowel voor arts als voor patiënt) van het informeren te verhogen. Wanneer de patiënt op consultatie komt, heeft hij immers al flink wat kennis vergaard over het onderwerp en kan dan ook nu gericht vragen stellen aan zijn huisarts. Naast het informerend luik heeft de patiënt er ook, dankzij de nadruk op de interactieve toepassingen, een reflectief proces op zitten. Op deze manier wordt het concept van cognitieve gedragstherapie – een bewezen niet-medicamenteuze behandeling voor primaire insomnia – optimaal toegepast. De

ingevulde informatie kan dan ook nog eens worden geanalyseerd en benut worden door de arts op de vervolgconsultatie. Merken we op dat ook de arts zelf reeds is voorbereid wanneer de patiënt op consultatie komt: met zijn persoonlijke logincode kan de arts immers de persoonlijke pagina van zijn/haar patiënt raadplegen en de antwoorden/opmerkingen die gegeven werden reeds op voorhand terugvinden.



Figuur 7. Implementatie van praktijkverbeterend project

c) Bijkomende interventie in 'Praktijk B'

Tijdens de studie werd opgemerkt dat de respons in **'Praktijk B'**, laag bleef (i.e. 6 'responders' voor 79 stopbrieven). Daarom werd beslist om drie maanden na het versturen van de stopbrief bijkomend een telefonische interventie te doen. Deze telefoons werden opzettelijk gepleegd door de praktijkopleider en niet door de onderzoeker zelf. Dit om enerzijds de bias zo laag mogelijk te houden en anderzijds in de hoop om patiënten extra te kunnen motiveren daar hun vertrouwde arts hen contacteerde. De resultaten van deze bijkomende interventie, vindt u in figuur 9.

d) Enquête als antwoord op vierde onderzoeksvraag

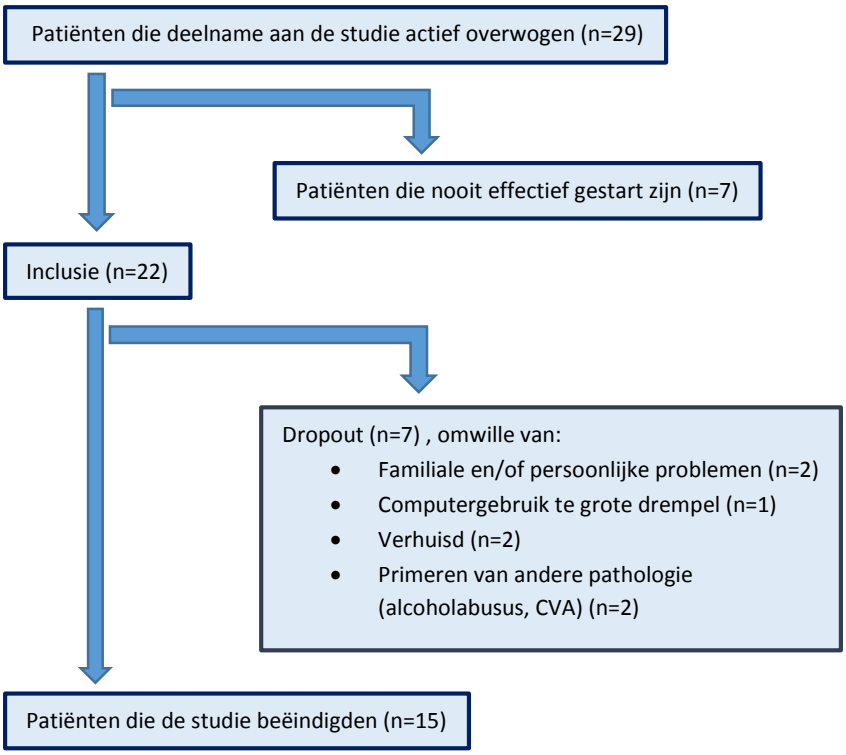
Om tenslotte een antwoord op onze vierde onderzoeksvraag te formuleren, stelden we een enquête op die de deelnemers op onze website www.slaapzorgeloos.be invulden bij het afsluiten van de studie. De studie liep ten einde ofwel na de laatste vervolgconsultatie wanneer de slaapmedicatie is afgebouwd, ofwel uiterlijk op 1 maart indien men de studie op dat moment nog niet volledig doorlopen had. Volgende aspecten werden nagegaan:

- *Motivatie tot stoppen voor en na de lessenreeks*
- *Informerend aspect van de website*
- *Algemene evaluatie van de internetmodule en het concept e-learning*
- *Evaluatie van de wijze van benadering (verschillend bij Dr. C. Helsen en bij Dr. G. Klaasen)*
- *Subjectieve verbetering van de slaap*
- *Suggesties ter verbetering van het project*

V. Resultaten

Deelnemers

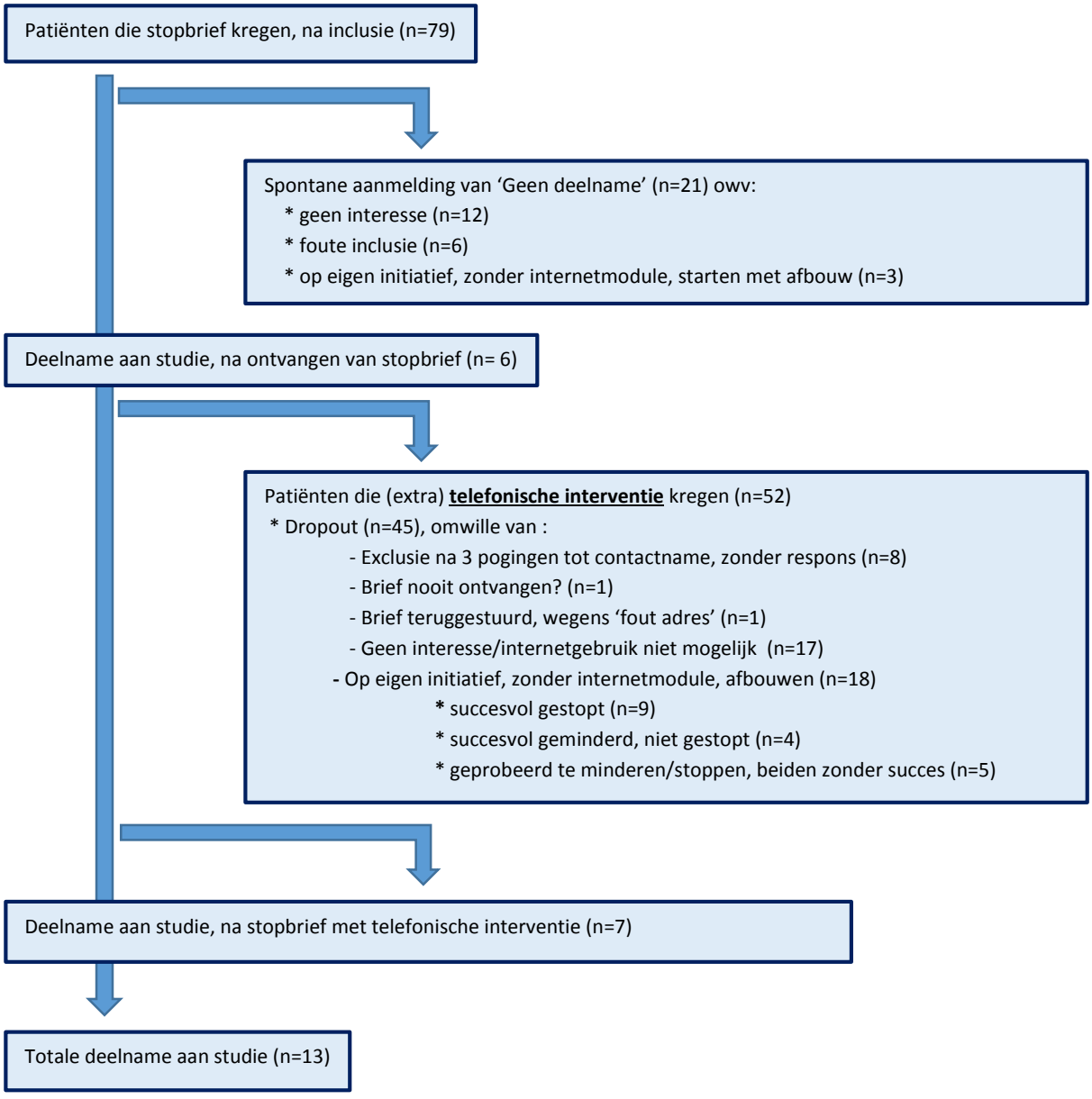
Voor praktijk A van Dr. G. Klaasen werden er in totaal 29 aanmeldingsformulieren aangemaakt. 7 daarvan zijn echter nooit met de studie gestart. De reden die ze hiervoor opgaven, was in de meerderheid van de gevallen een gebrek aan motivatie of te weinig basiskennis van het computergebruik om actief deel te nemen. Bijgevolg bleven er nog 22 aantal deelnemers over die effectief de lessenreeks hebben aangevat. Enkele hiervan haakten onderweg af omwille van persoonlijke en/of familiale problemen, verlies van mogelijkheid tot opvolgen omwille van een verhuis en het primeren van een andere pathologie zoals een CVA of onderliggende alcoholabusus.



Figuur 8. Overzicht inclusie van de deelnemers in Praktijk A.

Zodoende bleven er nog 15 patiënten over die de ganse studie vervolledigden. Hierbij moeten we wel opmerken dat van deze groep er op het moment van schrijven nog 4 actief en gemotiveerd bezig zijn met hun afbouwschema, maar helaas ontbreekt het ons aan tijd om deze resultaten te incorporeren in de studie.

Voor praktijk B van dr. C. Helsen werden er, na een doorgedreven patiëntenselectie, 79 (geïndividualiseerde) stopbrieven verstuurd. 27% van de geselecteerde patiënten lieten (spontaan) weten niet te zullen deelnemen, om diverse redenen. 6 patiënten besloten om, na het ontvangen van de stopbrief, deel te nemen. Aangezien de respons beperkt bleef tot deze patiënten, werd 3 maanden na het versturen van de stopbrief, besloten tot een bijkomende, telefonische interventie. (cf. supra)



Figuur 9. Overzicht inclusie van de deelnemers in Praktijk B.

Van de patiënten die telefonisch herinnerd werden aan de studie, heeft 13% nadien de studie alsnog aangevat. De reden voor deze tamelijk beperkte opkomst wordt hoofdzakelijk door 3 factoren bepaald. Bij 15% van de patiënten vond men, ondanks 3 telefonische pogingen, geen gehoor, waarna besloten werd tot exclusie. Bij 35% van de patiënten werd er reeds op eigen initiatief een afbouwpoging ondernomen, zonder internetmodule. Een ander belangrijk aandeel kwam door de ontoegankelijkheid

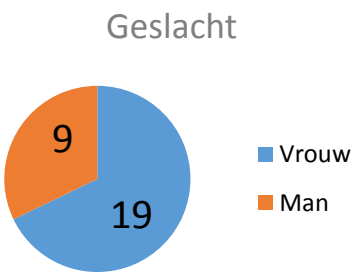
van internet. In totaal hebben 13 patiënten uit 'Praktijk B' de studie aangevat en allen hebben ze de studie ook beëindigd. Alle deelnemende patiënten bleken single users te zijn.

Enquêtegegevens

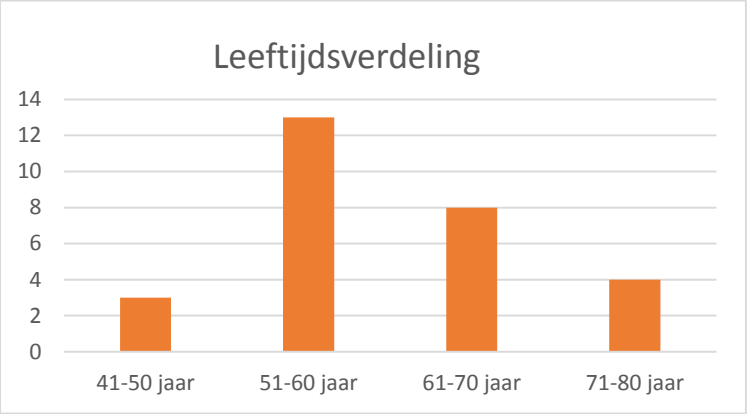
De antwoorden van beide studiepopulaties werden samengevoegd om overzichtelijke resultaten te kunnen verkrijgen. Een volledig overzicht van de enquête met een (aparte) verwerking van de resultaten per studie, vindt u terug in Bijlage H.

Studiepopulatie

Ongeveer twee derde van de deelnemende patiënten zijn vrouwen. De meeste deelnemers zijn 50 jaar of ouder, wat min of meer in de lijn van verwachting ligt aangezien epidemiologische gegevens een stijging van zowel insomnia als benzodiazepinegebruik beschrijven naarmate men ouder wordt. De deelnemers waren gemiddeld 60,4 jaar oud, hoewel bejaarden de grootste groep gebruikers zouden moeten zijn.



Grafiek 1



Grafiek 2

We merken op dat de gemiddelde leeftijd in de studie zonder stopbrief (55,7 jaar) beduidend lager ligt dan in de studie met stopbrief (65,8 jaar). Een mogelijke verklaring hiervoor met de concrete onderzoeksresultaten vindt u terug in bijlage B.

Impact van de internetmodule: informatief en ondersteunend luik

De resultaten in deze paragraaf beschrijven de impact van de lessenreeks op de houding van de patiënt t.a.v. zijn chronisch benzodiazepinegebruik. We vermelden dat 25 van de 28 deelnemers (89%) de lessenreeks volledig doorlopen hebben. De patiënten die afhaakten gaven als reden op dat ze ofwel reeds succesvol waren gestopt en bijkomende info niet nodig was, ofwel dat ze verder afbouwen niet meer zagen zitten en bijgevolg de lessen op eigen initiatief hadden gestaakt.

Grafiek 3 toont dat twee derde van de patiënten hun gebruik voor hun deelname niet of weinig in vraag stelden. Wanneer we de resultaten verder analyseren in functie van leeftijd, merken we dat 'zestigplussers' meer geneigd waren om hun gebruik te accepteren, daar waar de populatie van middelbare leeftijd zich meer bewust was van hun gebruik. De meeste patiënten geven aan dat ze voor hun deelname



Grafiek 3

onvoldoende kennis hadden om hierover kritisch te kunnen reflecteren.

Na het overlopen van de lessenreeks voelden alle patiënten zich veel beter tot beter geïnformeerd over de nadelen van het chronisch gebruik van benzodiazepines. Zo zien alle patiënten ook de voordelen wanneer ze hun gebruik zouden minderen of beëindigen (grafiek 4).



Grafiek 4.

Uit grafiek 5 blijkt dat patiënten er meer vertrouwen in krijgen dat hun poging om te minderen of te stoppen met slaapmedicatie zou slagen. Zichzelf overtuigen dat ze ook volledig zouden kunnen stoppen, lag algemeen iets moeilijker dan geloven dat ze konden minderen met hun slaapmedicatie.



Grafiek 5

Algemeen kunnen we uit deze cijfers besluiten dat onze deelnemende patiënten extra kennis vergaard hebben zodat hun houding aangaande benzodiazepinegebruik werd aangepast. Het bewust worden van hun chronisch slaapmiddelengebruik, deed hun motivatie om te stoppen en hun vertrouwen in het welslagen ervan toenemen.

Evaluatie van de internetmodule

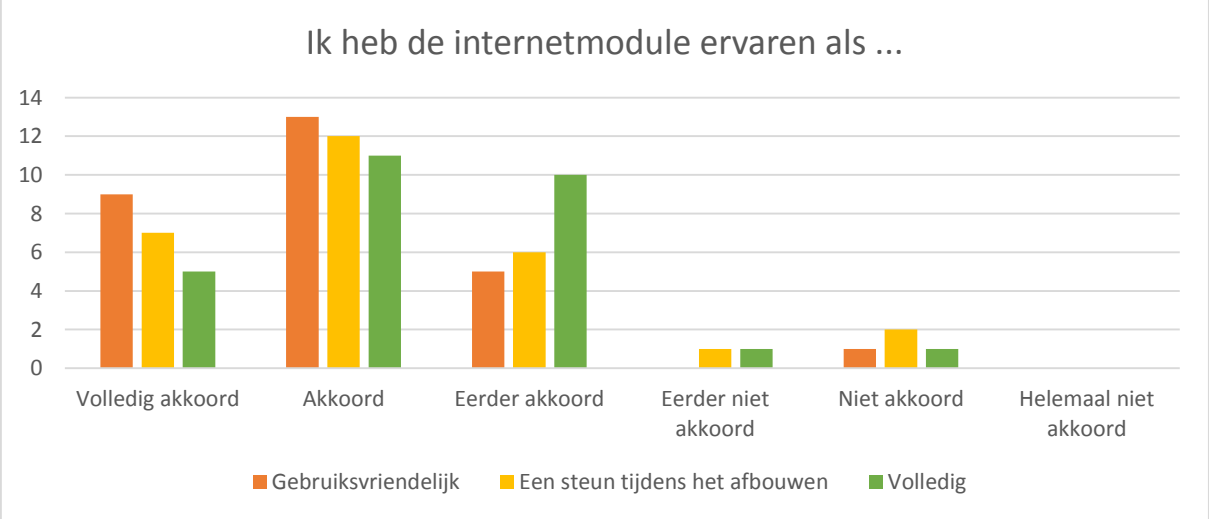
In deze paragraaf leggen we ons toe op de subjectieve indruk die de patiënt van de internetmodule heeft. Tijdens deze studie bestond de begeleiding uit een combinatie van “internetbegeleiding” en “persoonlijke arts-contacten”. Bij navraag droeg deze combinatie bij het merendeel van de patiënten ook de voorkeur.

Alle patiënten in de studie vinden een persoonlijke begeleiding door de huisarts een must en geven aan zich hierdoor ‘veiliger’ te voelen. Ze vinden in het contact met de huisarts vooral een extra motivatie en ondersteuning terug (50%). Een persoonlijk artsencontact schept voor verschillende patiënten (22%) meer vertrouwen. Op welk vlak ze dit vertrouwen zien, wordt niet verder verduidelijkt. Het artsencontact wordt als meer persoonlijk ervaren zodat patiënten het gevoel hebben een meer individuele zorg te krijgen die beter aansluit bij hun noden. 5 patiënten (18%) hebben minder interesse en ‘feeling’ met internet zodat een persoonlijke begeleiding door de huisarts voldoende is voor hen. Deze patiënten zijn beduidend ouder (> 69 jaar). 82% van de patiënten daarentegen wil de internetmodule behouden. Ze vinden een internetmodule duidelijker en informatiever omdat de informatie op elk moment terug raadpleegbaar is. Door de bijhorende oefeningen van de internetmodule vinden sommigen dat ze minder uitstelgedrag vertonen om hun probleem aan te pakken.



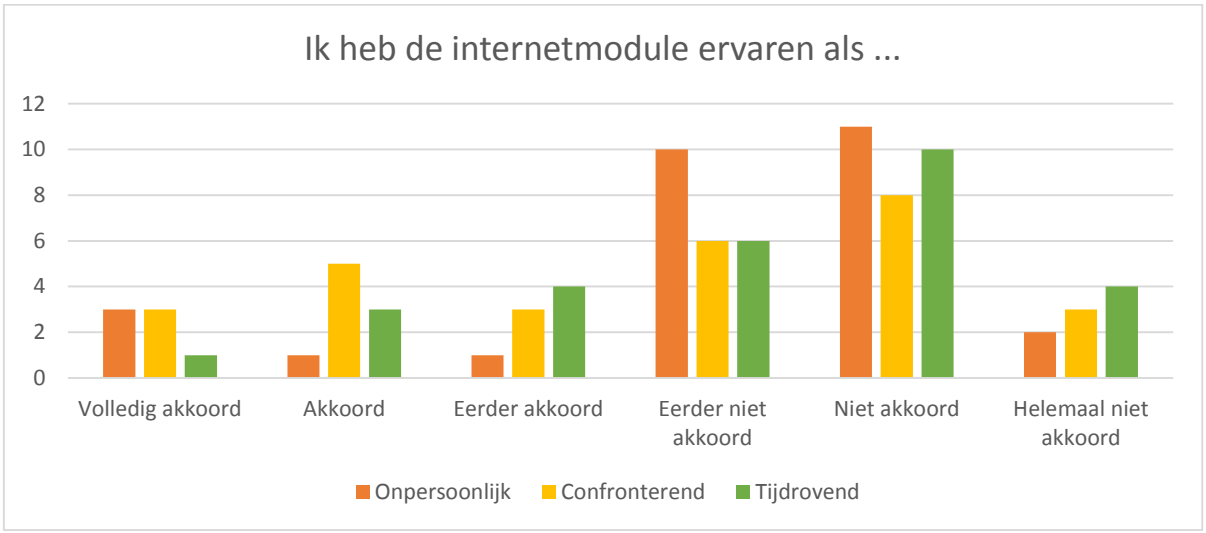
Grafiek 6

Algemeen vinden de ondervraagden de internetmodule gebruiksvriendelijk en nagenoeg alle patiënten omschrijven de internetmodule als volledig. De internetmodule wordt ervaren als een steun in het afbouwen of stoppen met hun slaapmedicatie. De patiënten die niet akkoord gingen zijn tevens vroegtijdig gestopt met de internetmodule. Mogelijks is hun indruk van gebrek aan gebruiksvriendelijkheid hier de oorzaak van. Merken we hierbij opnieuw op dat deze patiënten beduidend ouder zijn dan de gemiddelde populatie en opnieuw kan hier hun beperkte vaardigheden met computer en internet een rol spelen (grafiek 7).



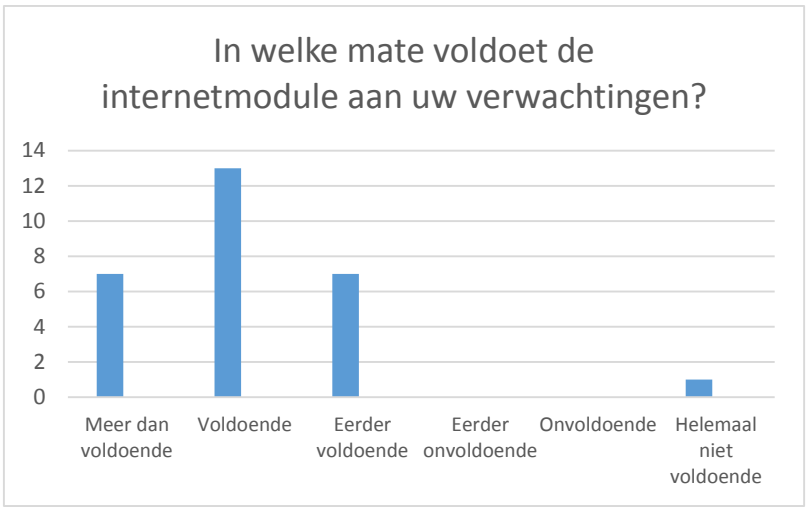
Grafiek 7

Hoewel het slechts een klein percentage betreft, ervaren toch enkele patiënten de internetmodule als onpersoonlijk, confronterend en tijdrovend. Dit resultaat toont mogelijke werkpunten voor de toekomst. Toch lijken patiënten het gebrek aan persoonlijk contact te vergoelijken door het besef dat een internetmodule een leidraad dient te zijn voor iedereen en elk individu nu eenmaal verschillend is. 3 van de 8 patiënten die de internetmodule eerder tijdrovend vonden, bleken in het algemeen ook minder enthousiast te zijn voor de module op zich. We onthouden dat de communicatie naar patiënten over hun chronisch benzodiazepinegebruik met de nodige voorzichtigheid dient te gebeuren. (grafiek 8)



Grafiek 8

Nagenoeg alle patiënten vonden dat de internetmodule aan hun verwachtingen voldeed. Één patiënte vond de module ondermaats: ze was weinig tot niet vertrouwd met internet en diende steeds haar partner om raad te vragen. Zodus omschreef zij de module als 'weinig toegankelijk' en verkoos een andere vorm van begeleiding. Sommige patiënten bleven wat op hun honger zitten wat betreft persoonlijke input en het onderwerp hervalpreventie. Anderen misten extra ondersteuning op de 'moeilijke' momenten of wilden graag meer informatie over de negatieve gevolgen van chronisch benzodiazepinegebruik.

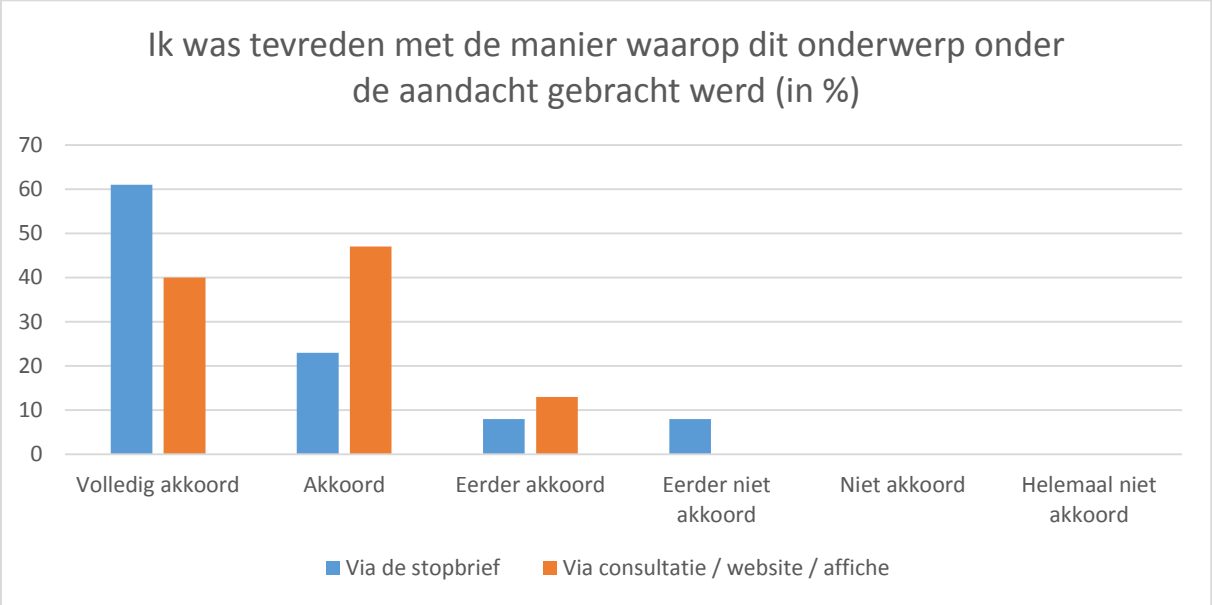


Grafiek 9

Benadering van de patiënten

Unaniem waren de deelnemers blij dat dit onderwerp bij hen onder de aandacht werd gebracht. Zoals reeds eerder aangehaald, hanteerden de twee onderzoekers verschillende methodes om de patiënten te benaderen. Daar waar Dr. Helsen ('Praktijk B') werkte met een stopbrief, werden de patiënten van Dr. Klaasen ('Praktijk A') benaderd op de consultatie zelf, via de praktijkwebsite en een affiche in de wachtzaal.

Bij beide studiepopulaties waren de patiënten in het algemeen tevreden over de manier waarop ze werden aangesproken op hun chronisch benzodiazepinegebruik (grafiek 10). Deze resultaten werden procentueel verwerkt zodat de twee verschillende manieren van benadering correct vergeleken kunnen worden.



Grafiek 10.

De patiënten uit **'Praktijk B'** zagen de stopbrief als een soort 'wake-up call' om hun slaapmiddelengebruik te verminderen of te stoppen. In sommige gevallen heeft de brief ook in gezinssituaties tot discussies geleid, wat bevorderend was voor de motivatie en de steun voor het stoppen. Vooral de informatie omtrent de neveneffecten van langdurig gebruik bleek voor nagenoeg alle patiënten de belangrijkste stimulans om deel te nemen. Verschillende patiënten vermelden dat ze zonder deze stopbrief hun gebruik nietsvermoedend zouden gecontinueerd hebben. 2 patiënten vonden de brief eerder confronterend en onpersoonlijk. Één patiënte (79jaar) ondervond moeilijkheden bij bepaalde terminologie die gebruikt werd.

In **'Praktijk A'** werden de mensen aangesproken op hun slaapmiddelengebruik ofwel door hun persoonlijke arts, ofwel via een bericht op de website of in de wachtzaal (zie grafiek 11). In de open bevraging die volgde kwam naar voren dat deze benadering niet als opdringerig werd ervaren, aangezien het op een informatieve manier verliep. Zo was de affiche in de wachtzaal een reden om over de nadelen van hun gebruik – voor sommigen tot dan toe volledig onbekend – eens na te denken. Bij verschillende patiënten werd het ervaren als een duwtje in de rug om eindelijk eens af te bouwen.

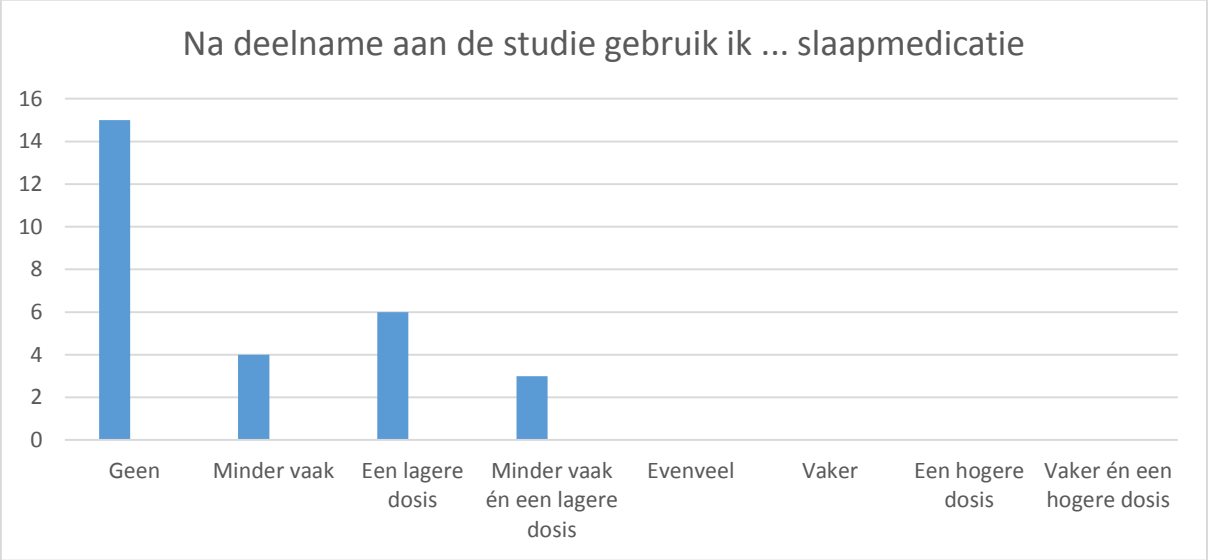
Tot slot willen we nog bemerken dat 96% van de deelnemende patiënten vindt dat het helpen afbouwen van slaapmedicatie een taak van de huisarts is.



Grafiek 11.

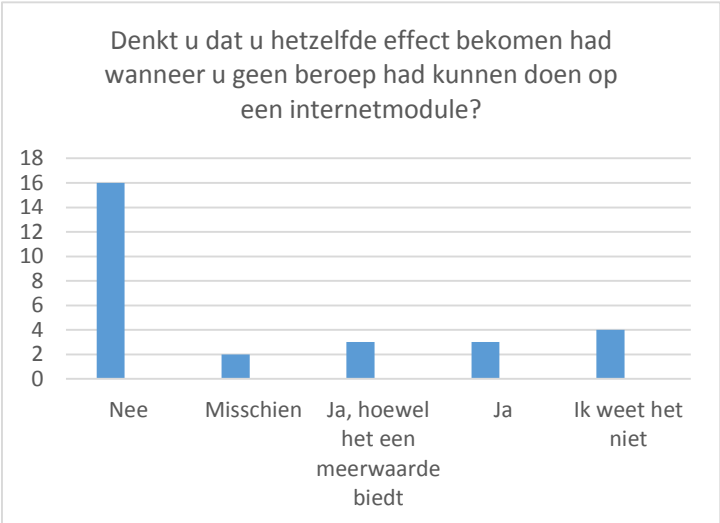
Het effect van het project

Bij het afsluiten van de studie gebruiken alle deelnemende patiënten effectief minder vaak en / of een lagere dosis slaapmedicatie (grafiek 12). Meer dan de helft van hen (54%) heeft zelfs geen slaappil meer nodig. Momenteel heeft 46% geen volledige stop bekomen, maar hierbij willen we opmerken dat verschillende van deze patiënten nog actief bezig zijn met hun afbouwproces. Helaas kon hun traject niet binnen het tijdsbestek van de studie vervolledigd worden. Hiervoor zijn er verschillende redenen, onder andere de hoge dosis medicatie bij aanvang van de studie (e.g. 9 tabletten '*zolpidem*' per dag).



Grafiek 12

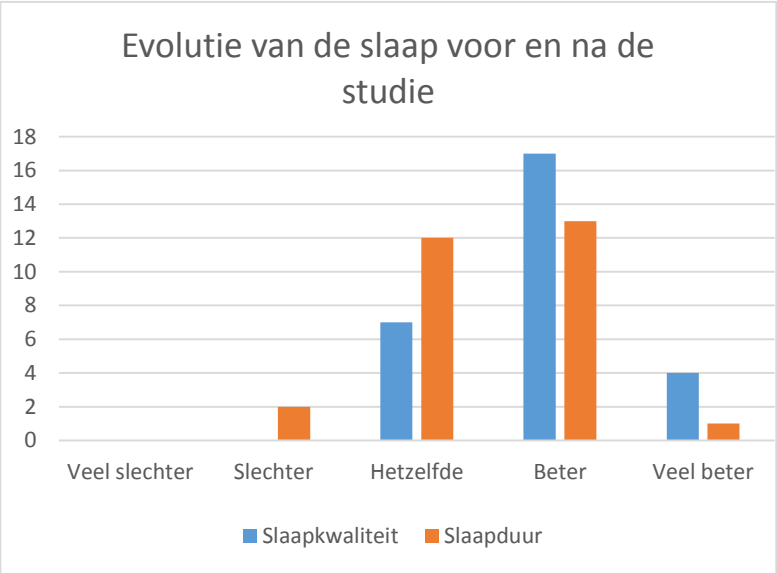
Bij patiënten die nog geen volledige stop bekomen hebben, lijkt de psychische afhankelijkheid een zeer belangrijke rol te spelen. De idee minder te mogen gebruiken of te snel te moeten afbouwen en zo misschien minder te zullen slapen, preoccupeert hen erg. Eén patiënte schrijft letterlijk dat het 'allemaal tussen de oren zit'. Twee patiënten wijten hun vruchteloze poging aan een tijdelijke, acute stressor in hun leven. We merken op dat niemand (spontaan) melding gemaakt heeft van de lichamelijke gevolgen bij het afbouwen.



Grafiek 13

Het merendeel van de patiënten is overtuigd van de meerwaarde van de internetmodule (cf. supra) en zien deze als een belangrijke tool in de afbouw van hun slaapmedicatie (grafiek 13). Ze vonden in de module de nodige steun en stimulans terug om hun gebruik een halt toe te roepen. Daarnaast was het informerende karakter, vooral aangaande de nadelen, het normale slaappatroon en het afbouwschema, vaak doorslaggevend. Zo werden herhaaldelijk de pogingen vernoemd die patiënten reeds hadden ondernomen, doch tot op heden zonder gevolg gebleven waren. Men stopte meestal abrupt met hun medicatie en de insomnia die hierop volgde, versterkte patiënten in de idee niet zonder slaapmiddelen te kunnen. Door de module

door te nemen, werd duidelijk waarom deze pogingen vruchteloos waren en patiënten opnieuw hoop kregen dat ze hun gebruik zouden kunnen stoppen. 22% gelooft erin om zonder internetmodule te minderen of te stoppen met hun gebruik, maar verwacht dan wel de noodzakelijke informatie en ondersteuning van de huisarts te krijgen. De helft van hen erkent wel de extra meerwaarde die de internetmodule kan bieden.



Grafiek 14.

Na het minderen of stoppen met de slaapmedicatie vindt drie vierde van de patiënten dat hun slaapkwaliteit erop vooruit gegaan is. Wat de slaapduur betreft, ziet slechts de helft van de patiënten een vooruitgang. (grafiek 14) Mogelijks heeft het niet verder specifiëren van 'objectief' of 'subjectief' geleid tot een bias: patiënten hebben in de module kunnen lezen dat hun slaapkwaliteit er (objectief) op vooruit zou gaan.

5. Discussie en besluit

a. Discussie

Met ons onderzoek hebben we een eerste groep van 28 patiënten met onze internetmodule laten werken en de resultaten zijn veelbelovend, zowel aangaande de afbouwresultaten als de ervaringen van de deelnemers. Conform het literatuuronderzoek blijkt ook uit onze studie dat online zelfhulpprogramma's goed door patiënten geaccepteerd worden en dat het merendeel overtuigd is van hun meerwaarde.[57-58] De meerderheid lijkt een duidelijke, overzichtelijke website te willen combineren met een meer persoonlijke begeleiding door een hulpverlener.

We noteren verder dat 68% van onze deelnemers vrouwen zijn. De Belgische gezondheidsenquête van 2008[1] beschrijft echter ook een frequenter benzodiazepinegebruik bij het vrouwelijke geslacht. Volgens de literatuur stijgt het chronisch benzodiazepinegebruik met de leeftijd.[1] Onze studiepopulatie met haar gemiddelde leeftijd van 60.4 jaar is wellicht niet representatief voor de gemiddelde populatie van chronische benzodiazepinegebruikers omwille van de vertrouwdheid en vaardigheden met het internet en computers. Onze observatie dat vele, voornamelijk oudere patiënten deelname weigerden of afhaakten omwille van deze redenen, sluit hierbij aan. Daarnaast was er een verschillende leeftijdsverdeling voor 'Praktijk A' en 'Praktijk B'; concrete cijfers hiervan vindt u in Bijlage B.

Deze studie werd door twee HAIO's uitgevoerd. Enerzijds omdat we op deze manier een bredere patiëntenpopulatie konden bereiken en anderzijds omdat we meer opportuniteiten konden creëren. Zo hebben we bijvoorbeeld de potentiële kandidaten met opzet op twee verschillende manieren benaderd. Deze keuze baseerden we aanvankelijk op de voorkeuren van de praktijkopleiders. Hoewel het geen specifieke onderzoeksvraag was, kunnen we uit deze opdeling wel voorzichtig afleiden dat beide manieren van benadering door de patiënt positief werd onthaald. We kunnen hieromtrent echter geen gefundeerde adviezen formuleren, behalve dat we vermoeden dat er meer potentiële kandidaten worden gealerteerd d.m.v. een stopbrief ('Praktijk B'). Dit moet uiteraard worden afgewogen tegen het onderhouden van een goed beheer van het Elektronisch Medisch Dossier en een bijkomende tijdsinvestering, doch deze taak kan ook doorgegeven worden aan een praktijkassistente/ secretaresse, zodat de tijdsinvestering minder neigt door te wegen. De meer informele manier van benaderen ('Praktijk A') vraagt minder voorbereiding, maar omwille van het gebrek aan systematiek worden er op deze manier vermoedelijk minder mensen aangesproken. In dit licht is een zwakte van onze studie het feit dat we geen cijfers hebben over hoeveel mensen die rechtstreeks of onrechtstreeks op de hoogte waren van de studie, ook daadwerkelijk geïncludeerd werden. Het mogelijk voordeel van deze benadering is dan weer dat de combinatie van een persoonlijk appèl en de mogelijkheid tot het onmiddellijk verschaffen van extra uitleg door de arts, de motivatie van de patiënt kan verhogen.

Het element van onze studie in twee totaal verschillende praktijken uit te voeren, zien we als een voordeel. Daar waar de praktijk van studie A een groepspraktijk is van 9 vaste huisartsen en 2 HAIO's met een gespreide leeftijd van de artsen en zich in gemengd ruraal-verstedelijkt gebied bevindt, is die van studie B een rurale solo-praktijk met één HAIO. Ondanks deze uiteenlopende profielen liggen onze resultaten quasi overal in dezelfde lijn (zie bijlage H voor de meer gedetailleerde uitwerking van de resultaten per praktijk).

Gezien de kleinschaligheid van onze studie en het feit dat we niet hebben vergeleken met een controlegroep kunnen we geen echte besluiten trekken aangaande de efficiëntie van dergelijk project wanneer het gaat over afbouwen van slaapmedicatie, maar de gevonden resultaten zijn wel bemoedigend. Bij het afsluiten van de studie gebruikten alle deelnemende patiënten effectief minder

vaak en/of een lagere dosis slaapmedicatie en meer dan de helft van hen had zelfs geen slaappil meer nodig. Deze resultaten worden mogelijks onderschat aangezien bij het afsluiten van de studie nog verschillende patiënten actief bezig waren met hun afbouwproces. Aan de andere kant hebben we alleen maar subjectieve gegevens aangaande de slaapduur en –kwaliteit, en beschikken we niet over lange termijngegevens van de patiënten die hun gebruik hebben geminderd. Ook gegevens omtrent de efficiëntie van dergelijke manier van werken voor de huisarts ontbreken.

Onze studie heeft enkele tekortkomingen van de internetmodule aan het licht gebracht. Zo verlangden enkele patiënten nog wat meer uitleg over de nadelen van benzodiazepines. Anderen merkten op dat de hoeveelheid tekst nog wat ingekort mag worden zodat het geheel overzichtelijk blijft en dat we wat meer aandacht zouden mogen besteden aan het proces van vallen en opstaan eenmaal men met het afbouwen bezig is. Deze aanpassingen kunnen worden gedaan indien de e-learningsmodule op grotere schaal wordt geïmplementeerd. De toegankelijkheid van dergelijke online zelfhulpprogramma's zal in de toekomst ook minder problemen opleveren daar internet een media is dat meer en meer ingeburgerd raakt. Eventueel kan er als tussenoplossing een 'papieren versie' ontwikkeld worden zodat ook de patiënten die geen toegang hebben tot internet, geholpen en ondersteund kunnen worden in hun afbouw.

De opbouw van onze studie brengt onvermijdelijk een bias met zich mee doordat de onderzoeker over de hele lijn rechtstreeks contact heeft met de deelnemer. Om dit wat in te dijken, hanteerden we een vaste checklist op de consultatie (zie bijlage G). Daarnaast werd er bijvoorbeeld in praktijk B de telefonische interventie door de praktijkopleider uitgevoerd en werkten we er met pop-up's in het EMD: enerzijds werd zo de studie slechts één keer extra aangehaald bij de patiënt en anderzijds kon gecontroleerd worden of de patiënten die een stopbrief gekregen hadden, doch geen actueel GMD hadden, wel degelijk patiënten waren van de praktijk en geen 'shoppers'. Het feit dat de meeste patiënten de HAIO nog niet kenden, kan de resultaten ook beïnvloeden. Daarnaast moeten we spreken van een 'selection bias' omwille van het feit dat elke deelnemer over een basismotivatie moet beschikken om te stoppen en daarbij een computer en internet bij de hand moet hebben. In de toekomst verwachten we echter dat dit laatste argument zal verdwijnen gezien de toenemende vaardigheden van de bevolking met informatica. In 'Praktijk A' hadden we ook geen controle over wie de collega-artsen probeerden te includeren in de studie, noch de manier waarop dit gebeurde. In 'Praktijk B' kregen dan weer enkele chronische benzodiazepinegebruikers met een andere indicatie dan primaire insomnia mogelijks een stopbrief toegestuurd. Indien er onjuiste informatie in het GMD staat (bv voorschriften via de partner of op huisbezoek) of er informatie ontbreekt (voorschriften via een andere arts) is er sprake van een selection bias. Daarnaast excludeerde de praktijkopleider van praktijk B handmatig ook enkele patiënten.

We hebben een poging gedaan om enkele potentiële drempels voor de patiënt zo laag mogelijk te houden. Zo werkten we via het derde betalersysteem om financiële bezwaren tot deelname uit te sluiten. Daarnaast konden we via de unieke patiëntencode en de uitsluitende toegang van de artsen tot de informatie van hun eigen patiënten, hun absolute anonimiteit garanderen.

STERKTES VAN DE STUDIE	ZWAKTES VAN DE STUDIE
_ STUDIEOPZET	
a) opbouw van studie → literatuurzoektocht (evidence based informatie) → ontwerpen van een website → implementatie in de praktijk → toetsen van de studie b) patiëntenpopulatie: → 2 manieren van patiëntenbenadering * Stopbrief vs. persoonlijk contact → Uniforme resultaten ondanks implementatie van studie in 2 verschillende praktijken, * Solo- vs. groepspraktijk * Ruraal vs. verstedelijkt gebied * Verschillende leeftijdscategorieën van de artsen - uniek pilootproject – basis voor verdere uitwerking? - praktijkverbeterend project : obv evidence based informatie uit literatuurstudie	- Geen interventiestudie met controlegroep - Niet randomized (controlled) - Kleine patiëntenpopulatie (n = 28) - Kleinschalige studie - Patiënt heeft rechtstreeks contact met onderzoeker
_ STUDIEVERLOOP	
Doelgroep	
	Praktijk A + B: - 'Selection bias' → voorwaarden tot deelname: - toegang tot pc en internet - basismotivatie → inclusie van BDZ-gebruikers met andere indicatie - Patiënt is vaak minder vertrouwd met onderzoeker (HAIO vs. huisarts)
Patiëntenselectie	
Praktijk B : - mogelijkheid van 'bias' indijken: →'POP-up' in EMD : actueel GMD? - volledige search in EMD	Praktijk A: - ook andere collega's includeerden patiënten - geen gegevens over aantal potentiële kandidaten Praktijk B: - 'Selection bias' → tekortkomingen in EMD → Bijkomende exclusie door praktijkopleider
Implementatie van het project	
Praktijk A + B : - anonimiteit wordt gegarandeerd - financieel aspect geen 'issue' via 3e betalersysteem - door individuele begeleiding: mogelijkheid tot opstellen van persoonlijk afbouwschema - mogelijkheid van 'bias' indijken: → idem checklist consultatie praktijk A en B Praktijk B : - mogelijkheid van 'bias' indijken: → telefonische interventie door P.O. ipv onderzoeker →' POP-up' in EMD: slechts 1x extra aanhalen/pt	
_ RESULTATEN	
- Uniformiteit ondanks 2 verschillende praktijken - Bemoedigende resultaten	- Geen langetermijnresultaten - Geen informatie beschikbaar over: * efficiëntie voor de huisarts * objectieve gegevens aangaande evolutie van slaap bij de deelnemende patiënten
_ TOEKOMST	
- Project als 'totaalpakket' met weinig moeite implementeerbaar in de Vlaamse huisartsenpraktijk - Internet zal minder tot exclusie leiden, gezien toenemend gebruik bij patiënten - Hiaten en tekortkomingen zijn reeds geïdentificeerd voor verdere implementatie van internetmodule.	

Tabel 3: Schematisch overzicht van onze sterkte-zwakte analyse

b. Conclusie

Onze studie levert een aanzet tot een e-learningsmodule ter ondersteuning van het afbouwen en stoppen van chronisch benzodiazepinegebruik die mits het vinden van een ondersteunende partner in de toekomst beschikbaar zou kunnen gesteld worden voor alle Vlaamse huisartsen. Het is onze mening dat dergelijke concepten in onze alsmaar meer geïnformatiseerde maatschappij mogelijks een antwoord kunnen bieden op zowel het alarmerende en stijgende benzodiazepinegebruik in België als de toenemende tijdsdruk voor huisartsen.

Uit onze resultaten blijkt immers dat de patiënt de combinatie van interactieve e-learning met persoonlijke begeleiding door de huisarts als positief ervaart bij het afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik. Niet alleen was de patiënt na het volgen van de internetmodule veel beter geïnformeerd over slaapstoornissen en de nadelen van benzodiazepines, ook deed het zijn vertrouwen in een succesvolle stoppoging toenemen. Daarnaast blijkt deze manier van werken ook nog eens efficiënt qua afbouwresultaten. Na afloop van de studie was het benzodiazepinegebruik bij alle deelnemers geminderd en meer dan de helft was effectief gestopt. Daarbij waren verschillende patiënten bij het afsluiten van de studie nog steeds actief bezig met het afbouwen van hun slaapmedicatie. Natuurlijk zou deze studie op grotere schaal herhaald moeten worden om deze voorzichtige conclusies te staven en vooral om ook lange termijn effecten te evalueren. Of dit concept efficiënt is qua tijdsinvestering voor de huisarts, moet eveneens uitgeklaard worden door verder onderzoek. Het was in elk geval onze subjectieve indruk dat het begeleiden van de patiënt zelf niet zo heel veel tijd opslorpte.

We hopen samen met O.Vandeput en M.Van Belle, de basis gelegd te hebben voor een Belgische variant van de Nederlandse tegenhanger “Benzo de baas” of de Britse tegenhanger “Sleepio”.

7. Dankbetuiging

Met dit dankwoord willen wij ons richten naar allen die geholpen hebben bij het tot stand komen van deze thesis. Daar het onmogelijk is om alle personen te vermelden die een bijdrage hebben geleverd aan dit werkstuk zullen wij ons beperken tot diegene die het belangrijkst waren.

In dit dankwoord hoort natuurlijk op de eerste plaats onze promotor thuis. We zijn dr. Marc Van Nuland bijzonder dankbaar voor alle tijd en ondersteuning die hij ons heeft geboden. Zijn adviezen en kritische evaluatie waren onontbeerlijk om onze thesis de juiste richting in te sturen.

Vervolgens verdient Bart Klaasen een bijzondere vermelding voor alle technische ondersteuning, het ontwerpen van de interactieve website 'www.slaapzorgeloos.be' en de interface voor artsen. Zonder zijn inbreng hadden we het project nooit op deze manier op poten kunnen zetten.

Ook onze co-promotores dr. Jan Fransis en dr. Jo Staes willen we uitdrukkelijk bedanken om hun praktijk open te willen stellen voor onze studie. Tevens bedanken we hen voor hun advies en ondersteuning van het project. Ook de (andere) collega's van 'Apmol' zijn we dankbaar omdat ook zij actief hun steentje hebben bijgedragen.

Zonder de thesis van Mieke Van Belle en Olivia Vandeput – '*De niet-medicamenteuze behandeling van slaapproblemen: ontwerp van een autodidactische website voor de patiënt met begeleiding van de huisarts'* – was ons project niet ontstaan. Niet alleen was hun werk een belangrijke bron van inspiratie, ook kregen we hun toestemming om delen van hun thesis te gebruiken om ons eigen initiatief extra vorm te geven.

De mensen achter 'het benzo-consult' zijn we dan weer erkentelijk voor de toestemming om hun informatie en materiaal te mogen gebruiken op onze website.

Tenslotte richten we nog een dankwoord aan onze ouders en onze partners, Dieter Vandepoel en Aster Michiels voor hun geduld en begrip voor de tijd die onvermijdelijk in dergelijk project kruipt.

8. Bronvermelding

[1] Gezondheidsenquête, België, 2008

[2] Declerq T, Rogiers R, Habraken H, Michiels J, "et al." Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn; Domus Medica september 2005 – herziening december 2011.

[3] Anthierens S. Zijn minimale interventies doeltreffend om chronisch gebruik van benzodiazepines te reduceren in de eerste lijn?; Minerva Online, 2012-06-28

[4] Aanpak slapeloosheid, Folia Pharmacotherapeutica, mei 2009

[5] Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, "et al." NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (Eerste herziening), Huisarts Wet 2005;48(8):402-15.

[6] Hoge Gezondheidsraad. De impact van psychofarmaca op de gezondheid met een bijzondere aandacht voor ouderen nr. 8571. Juli 2011. Geraadpleegd 2013 februari 12. Beschikbaar via: http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19071075.pdf.

[7] Van Belle, M ; Vandeput, O. (2010). De niet-medicamenteuze behandeling van slaapproblemen: ontwerp van een autodidactische website voor de patiënt met begeleiding van de huisarts. [Masterproef] . Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Geneeskunde.

[8] Degryse J. Over evidence based medicine of een op ondersteunende gegevens gebaseerde geneeskunde. In: Buntinx F, Boffin N, Degryse J, et al. (ed). Omgaan met medische documentatie en informatie. Leuven/Amersfoort: Acco; 1998

[9] Christiaens T, Creupelandt H, Rogiers R, Thoen A: Projectgroep Benzodiazepines (Ugent). Het Benzo-consult.

[10] Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (2002). Geraadpleegd op 18 maart 2013. Beschikbaar via http://www.bcfi.be/ggr/index.cfm?ggrWelk=MAIN

[11] Langdurig benzodiazepinegebruik en ontwenning, Duodecim Medical Publications Ltd, 16/8/2010

[12] Een patiënt met drugsverslaving in de eerstelijnszorg, Duodecim Medical Publications Ltd, 11/8/2010

[13] Slapeloosheid, Duodecim Medical Publications Ltd, 7/3/2011

[14] Habraken H, Declercq T. Sedativa bij bejaarden met insomnia. Minerva 2006 5(7):114-116

[15] Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, "et al." Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. J Clin Sleep Med. Oct 15, 2008; 4(5): 487–504.

[16] Ashton H. The Ashton Manual: Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. 2002 . Beschikbaar via http://www.benzo.org.uk/manual/. Geraadpleegd op 2013 januari 21.

[17] Baldwin DS, Aitchison K, Bateson A, Curran HV, "et al." Benzodiazepines: risks and benefits. A reconsideration. J Psychopharmacol. 2013 Nov;27(11):967-71

[18] Project Farmaka, in opdracht van VAD, september 2003

[19] Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, "et al." Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. BMJ 2005; 331: 1169

[20] Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, "et al." Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia; CMAJ. 2000 Jan 25;162(2):225-33.

[21] BCFI. Transparantiefiche. Aanpak slapeloosheid 2010.

[22] McIntosh B, Clark M, Spry C. Benzodiazepines in Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]. 2011. Geraadpleegd op 2013 februari 04. Beschikbaar via http://www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports-publications/search/publication/2773.

[23] Smink BE, Egberts AC, Lusthof KJ, Uges DR, "et al." The relationship between BZD use and traffic accidents: a systematic literature review. CNS Drugs ; august 2010, volume 24, issue 8, pp639-353

[24] Gorgels W, Oude Voshaar RC, Mol A, Breteler M, "et al." Het langdurig gebruik van benzodiazepinen. Ned Tijdschr Geneeskd 2001. 14juli;145(28)

[25] Orriols L, Philip P, Moore N, Castot A, "et al." Benzodiazepine-like hypnotics and the associated risk of road traffic accidents. 2011. Clin Pharmacol Ther. 2011 Apr;89(4):595-601.

[26] Declercq T. Benzodiazepines in het verkeer. Minerva 2000 29(3):164-165

[27] Verster JC, Veldhuijzen DS, Patat A, Olivier B, "et al." Hypnotics and driving safety: meta-analyses of randomized controlled trials applying the on-the-road driving test. Curr Drug Saf. 2006 Jan;1(1):63-71.

[28] Dassanayake T, Michie P, Carter G, Jones A. Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. Drug Saf. 2011 Feb 1;34(2):125-56.

[29] Rapoport M, Lanctôt KL, Streiner DL, Bédard M, "et al." Benzodiazepine use and driving: a meta-analysis. J. Clin Psychiatry 2009;70(5):663-673

[30] Staner L, Ertlé S, Boeijnga P, Rinaudo G, "et al." Next-day residual effects of hypnotics in DSM-IV primary insomnia: a driving simulator study with simultaneous EEG monitoring. Psychopharmacology (Berl). 2005 Oct;181(4):790-8.

[31] Meskali M, Berthelon C, Marie S, Denise P, "et al." Residual effects of hypnotic drugs in aging drivers submitted to simulated accident scenarios : an exploratory study. Psychopharmacology (Berl). 2009 Dec;207(3):461-7.

[32] Partinen M, Hirvonen K, Hublin C, Halavaara M, "et al." Effects of after-midnight intake of zolpidem and temazepam on driving ability in women with non-organic insomnia. Sleep Med. 2003 Nov;4(6):553-61.

[33] Anonymous. FDA reduces dosage for zolpidem. Drug and Therapeutics Bulletin 2013;51:28

[34] Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, "et al." Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in eldery persons. Arch Intern Med. 2009;169(21):1952-1960

[35] Hartikainen S, Lönnroos E,Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 Oct;62(10):1172-81

[36] Declercq T. Verband tussen niet-benzodiazepine slaapmedicatie en heupfracturen bij ouderen in woon- en zorgcentra . Minerva Online 2013-10-15

[37] Takkouche B, Montes-Martinez A, Gill SS, Etminan M. Psychotropic medications and the risk of fracture: a meta-analysis. Drug Saf. 2007;30(2):171-84

[38] Bruno Ariens. Uitgeslapen wakker worden. Standaard Uitgeverij nv, Antwerpen; 2010. P.87.

[39] Gold KJ, Schwenk TL, Johnson TR. Brief report: sedatives for mothers of stillborn infants: views from a national survey of obstetricians. J Womens Health (Larchmt). 2008 Dec;17(10):1605-7.

[40] Warner J, Metcalfe C, King M. Evaluating the use of benzodiazepines following recent bereavement. Br J Psychiatry 2001;178:36-41

[41] Charlson F, Degenhardt L, McLaren J, Hall W, "et al." A systematic review of research examining benzodazepine-related mortality. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2009 Feb;18(2):93-103

[42] Mura T, Proust-Lima C, Akbaraly T, Amieva H, "et al." Chronic use of benzodiazepines and latent cognitive decline in the eldery: results from the Three-city study. European Neuropsychopharmacology (2013) 23,212-223.

[43] Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. CNS Drugs. 2004;18(1):37-48

[44] Stewart SA. The effects of benzodiazepines on cognition. J Clin Psychiatry. 2005;66 Suppl 2:9-13.

[45] Tsunoda K, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, "et al." Effects of discontinuing benzodiazepine-derivative hypnotics on postural sway and cognitive functions in the elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2010 Dec;25(12):1259-65. doi: 10.1002/gps.2465

[46] Billioti de Cage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, "et al." Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. BMJ. 2012 Sep 27;345:e6231.

[47] Gallacher J, Elwood P, Pickering J, Bayer A, "et al." Benzodiazepine use and risk of dementia: evidence from the Caerphilly Prospective Study (CaPS). J Epidemiol Community Health. 2012 Oct;66(10):869-73.

[48] Wu CS, Wang SC, Chang IS. The association between dementia and long-term use of benzodiazepine in the elderly: nested case-control study using claims data. Am J Geriatr Psychiatry. 2009 Jul;17(7):614-20.

[49] Lagnaoui R, Tournier M, Moride Y, Wolfson C, "et al." The risk of cognitive impairment in older community-dwelling women after benzodiazepine use. Age and Ageing 2009; 38: 226–244

[50] Bocti C, Roy-Desruisseaux J, Hudon C, Roberge P. Benzodiazepine and dementia: a time for reflection. Maturitas. 2013 Jun;75(2):105-6. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.03.001. Epub 2013 Mar 26.

[51] Chevalier P, Debauche M, Dereau P, Duray D, "et al." Domus Medica, richtlijn Geneesmiddelenverslaving. Januari 2009

[52] Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings Duodecim Medical Publications Ltd, 9/1/2007

[53] Oude Voshaar RC. Consecutive treatment strategies to discontinue long-term benzodiazepine use: a systematic evaluation in general practice [proefschrift]. Nijmegen: 2003a.

[54] Domus Medica: Module 'Urine-incontinentie' en Module 'Correct gebruik van het EMD' , Module 'Dementie'

[55] NHG: Module over 'Darmkanker' en Module over 'Cervixkanker', Diabetes, Ouderenzorg, CVRM, therapietrouw

[56] NG Minerva 2011; 10(1): 1-1 Toepassen van innovatie?

[57] van Straten A, Emmelkamp J, de Wit J, Lancee J, "et al." Guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: a randomized trial. Psychol Med. 2013 Sep 4:1-12.

[58] Middlemass J, Davy Z, Cavanagh K, Linehan C, "et al." Integrating online communities and social networks with computerised treatment for insomnia: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2012 Dec;62(605):e840-50.

[59] Cheng SK, Dizon J. Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis. Psychother Psychosom. 2012;81(4):206-16. doi: 10.1159/000335379. Epub 2012 May 11.

[60] Lancee J, van den Bout J, van Straten A, Spoormaker VI. Internet-delivered or mailed self-help treatment for insomnia? A randomized waitinglist controlled trial. Behav Res Ther 2011;50;22-9.

[61] Espie CA, Kyle SD, Williams C, Ong JC, "et al." A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. Sleep. 2012 Jun 1;35(6):769-81.

[62] Thorndike FP, Ritterband LM, Gonder-Frederick LA, Magee JC, "et al." A randomized controlled trial of an internet intervention for adults with insomnia: effects on comorbid psychological and fatigue symptoms. J Clin Psychol. 2013 Oct;69(10):1078-93.

[63] Ritterband LM; Thorndike FP. The further rise of internet interventions. SLEEP 2012;35(6):737-738.

9. BIJLAGEN

Bijlage A: www.slaapzorgeloos.be

Slaapzorgeloos.be

Over slaapkwaliteit en slaapmiddelengebruik ...

WELKOM ACHTERGRONDINFORMATIE SLAAPTIPS LINKS EN LITERATUUR CONTACTEER ONS LEEROMGEVING

Welkom

Beste Patiënt,



Proficiat met de beslissing om uw slaapkwaliteit en slaapmiddelengebruik eens onder de loep te nemen. We hopen dat het een verrijkende ervaring mag worden. Deze website zal met u op weg gaan zodat u (hopelijk) op het einde van de rit geen medicatie meer nodig hebt om van een goede slaap te genieten.

Om aan de slag te gaan, klikt u op 'leermodule' rechts bovenaan. Daar logt u in met de code die u van uw arts kreeg. We willen hierbij benadrukken dat alleen de huisarts die u begeleidt, toegang heeft tot de door u ingegeven informatie. Op deze manier wordt uw privacy gegarandeerd.

De leermodule bestaat uit een pakket van 3 lessen die u op uw eigen tempo doorloopt. Nadien zal van u gevraagd worden om op consultatie bij uw huisarts te gaan, waarbij het afbouwen van uw slaapmedicatie persoonlijk besproken wordt. Vanaf de start van de lessen kan u natuurlijk de aangeleerde slaaphouding al beginnen toepassen. Belangrijk is dat u vanaf het begin goed het slaapdagboek bijhoudt. Tijdens het afbouwen gaat u best na week 3 en na de volledige stop bij uw huisarts langs. De consultaties in het kader van de studie zullen volledig gratis zijn voor de patiënt. In totaal zal het programma 10 tot 15 weken in beslag nemen, afhankelijk van hoe snel u de lessen doorloopt.

Het ontwikkelen en het gebruik van de website maakt onderdeel uit van een studie omtrent e-learning en het afbouwen van slaapmedicatie in de huisartsenpraktijk. We verzekeren u dat alle informatie strikt anoniem verwerkt wordt. Indien u meer informatie wenst over het opzet van deze studie, mag u ons steeds contacteren.

Veel succes en steeds tot uw dienst!

Slaapzorgeloos.be

Over slaapkwaliteit en slaapmiddelengebruik ...

WELKOM **ACHTERGRONDINFORMATIE** SLAAPTIPS LINKS EN LITERATUUR CONTACTEER ONS LEEROMGEVING

Achtergrondinformatie

Het ontwikkelen en het gebruik van de website maakt onderdeel uit van de thesisstudie van dr. Caroline Helsen en dr. Geert Klaasen, twee huisartsen in opleiding.



Voluit klinkt de titel van de studie "*Ontwikkelen en toetsen van een interactieve en patientgerichte internetmodule als ondersteuningsmiddel voor het afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik; een kwaliteitsverbeterend project.*"

Hierbij gaan we op zoek naar een hedendaagse, efficiënte manier om zowel slaapkwaliteit te verbeteren als het slaapmiddelengebruik af te bouwen. Achtereenvolgens worden 3 lessen doorlopen. Daarna wordt een contactmoment met de huisarts voorzien waarop de vragen, twijfels en vorderingen van de patiënt op een persoonlijke manier worden besproken. Daarnaast wordt er ook een persoonlijk afbouwschema opgesteld. Gedurende de hele procedure bieden we de patiënt de mogelijkheid op een slaapdagboek bij te houden. Op deze manier kunnen we op een handige wijze de evolutie in de slaapkwaliteit volgen.

Tenslotte worden er nog twee opvolgconsultatie gepland waarop het hele proces geëvalueerd kan worden. Deze vinden plaats op 3 weken na de start van het afbouwschema en na de volledige stop van de slaapmedicatie. Uiteraard staan de artsen in tussentijd ook steeds ter uwer beschikking via mail of op afspraak.

We verzekeren u nogmaals dat alle informatie strikt anoniem verwerkt wordt. Daarnaast zal alleen de huisarts die u begeleidt, kunnen beschikken over de persoonlijke informatie die u ingeeft op de website.

Indien u nog vraag heeft of gewoon meer informatie wenst over het opzet van deze studie, mag u ons steeds contacteren.

Vriendelijke groet,

Dr. Caroline Helsen & Dr. Geert Klaasen

Slaapzorgeloos.be

Over slaapkwaliteit en slaapmiddelengebruik …

WELKOM ACHTERGRONDINFORMATIE **SLAAPTIPS** LINKS EN LITERATUUR CONTACTEER ONS LEEROMGEVING

Slaaptips



Hier ziet u enkele slaaptips op een rijtje. De volledige uitleg en toelichting vindt u in ons lessenpakket. Hiervoor moet u zich aanmelden in *'Leeromgeving'* rechts bovenaan.

1. Let op voor cafeïnehoudende producten, zeker na het middagmaal. Deze kunnen uw slaap sterk beïnvloeden.
2. Probeer niet te veel te drinken voor je gaat slapen, anders is de kans groot dat je moet opstaan om naar het toilet te gaan.
3. Creëer een optimale slaapomgeving. Je moet in je slaapkamer volledig tot rust kunnen komen. Gebruik je slaapkamer alleen maar om te slapen en te vrijen. Lezen of tv-kijken doe je hier beter ook niet.
4. Ga niet naar bed met een volledig lege maag. Iets licht eten kan slaapbevorderend zijn vb een boterham. Vermijd wel zware maaltijden, want deze kunnen op je maag liggen.
5. Zorg dat je de wekker niet kan zien, zodat je niet begint te klokkijken als je niet direct in slaap valt.
6. Zorg voor een aangename temperatuur om te slapen. Een ideale temperatuur is rond de 18 graden.
7. Minimaliseer licht en geluid. Als je partner snurkt of er is veel omgevingsgeluid, probeer dan eens oordopjes.
8. Onze slaap is een weerspiegeling van ons leven overdag. Kijk dus ook eens naar hoe je je leven overdag organiseert. Wie tot laat druk bezig is, mag niet verwachten dat hij onmiddellijk kan slapen. Iemand die de hele dag piekert en tot niet veel komt, zal dat waarschijnlijk ook in zijn slaap ervaren.
9. Ga pas slapen als je moe wordt, maar sta zoveel mogelijk op hetzelfde uur op.
10. Het is zeer belangrijk dat je het laatste halfuur van de dag gebruikt om je geleidelijk aan voor te bereiden op het slapen. Zorg voor een zekere routine: tafel dekken, omkleden, wassen en tandenpoetsen. Ook een warm bad of douche kan helpen om te ontspannen, net zoals naar muziek luisteren of een praatje maken met je partner.
11. Als je na 20 minuten in bed nog niet bent ingedommeld, sta dan op en doe een nuttige, maar eerder vervelende activiteit in een andere kamer. Ga pas weer naar bed als je terug moe wordt.
12. Vermijd inspanning voor het slapen gaan. Seksuele activiteit is geen probleem omdat de meeste mensen zich na het vrijen ontspannen voelen. Sporten doe je best 4-8 uur voordien. Regelmatige lichaamsbeweging verbetert de slaap.
13. Vermijd roken, alcohol en koolzuur- en cafienehoudende dranken (koffie, cola, limonade) net voor het slapengaan. Als je gewoon bent om veel van die dranken te gebruiken, bouw dat dan af over enkele dagen of weken. Alcohol vergemakkelijkt wel het inslapen, maar verstoort de natuurlijke slaap en zorgt ervoor dat je slechter doorslaapt.
14. Als piekeren de oorzaak is van je slaapklachten, zoek dan iemand om daarover te praten. Ga eens voor jezelf na welke activiteiten het piekeren in het verleden hebben verdreven. Het kan soms helpen om in de vroege vooravond je muizenissen op papier te zetten. Als je allerlei plannen ligt te maken in bed, leg dan op je nachttafel pen en papier en schrijf je ideën op.

Slaapzorgeloos.be

Over slaapkwaliteit en slaapmiddelengebruik …

WELKOM ACHTERGRONDINFORMATIE SLAAPTIPS LINKS EN LITERATUUR CONTACTEER ONS **LEEROMGEVING**

Leermodule

Welkom op de leermodule van deze website. Gelieve hieronder uw gebruikerscode in te geven om verder te gaan.

Bevestigen

Wanneer u zich aanmeldt met uw persoonlijke code, gaat u akkoord met deelname aan de studie. Dit project test een nieuwe, hedendaagse benadering uit om patiënten van hun slaap- en medicatieprobleem af te helpen. Meer informatie hierover vindt u bij achtergrondinformatie.

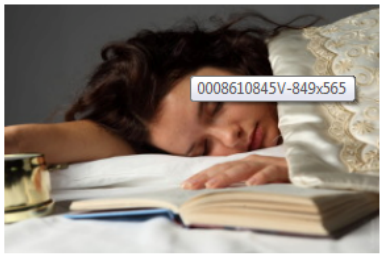
Slaapzorgeloos.be

Over slaapkwaliteit en slaapmiddelengebruik …

WELKOM ACHTERGRONDINFORMATIE SLAAPTIPS **LINKS EN LITERATUUR** CONTACTEER ONS LEEROMGEVING

Links en literatuur

De belangrijkste informatie over slapen, slaapstoornissen en slaapmedicatie vindt u in ons lessenpakket. Indien u zich nog extra wil informeren, neem gerust eens een kijkje op volgende links.



- Een patiëntenfolder over slaapmedicatie
- Een patiëntenfolder over slaaptips
- Nederlandse infofolder over slaapmedicatie
- Nederlandse website voor ondersteuning bij stoppen met slaapmedicatie
- Informatiebrochure over zin en onzin van slaapmedicatie
- Over relaxatieoefeningen

Ook kunnen wij u volgend boek aanraden:

Uitgeslapen wakker worden. Gids voor een betere nachtrust.
Dr. Bruno Ariens – ISBN 9789034191830
Verschijningsdatum: 27.03.2007 – Aantal blz: 88

Slaapzorgeloos.be

Over slaapkwaliteit en slaapmiddelengebruik …

WELKOM ACHTERGRONDINFORMATIE SLAAPTIPS LINKS EN LITERATUUR **CONTACTEER ONS** LEEROMGEVING

Contacteer ons

U kan ons contacteren via onderstaand formulier.

Naam

Emailadres

Bericht

Verstuur

Leeromgeving - Startpagina

Welkom in de interactieve leeromgeving van deze website.

Slaapdagboek

We zouden van u willen vragen om een slaapdagboek bij te houden. Dit is zowel voor uzelf als voor uw dokter een handig instrument om u te begeleiden met slaapproblemen. Zo kunnen we onder andere bekijken waar precies het probleem zit en of er vordering wordt gemaakt. Daarbij helpt het u om nuchter om te gaan met dit probleem. Probeer ongeveer dagelijks een slaapverslag aan het slaapdagboek toe te voegen. De resultaten kunnen met uw arts besproken worden tijdens de vervolgconsultatie. De link naar de toepassing vindt u hieronder.

Klik hier om een nieuw slaapverslag in te geven.

Klik hier om uw slaapdagboek te bekijken.

Overzicht van lessen

Hier kan u van start gaan met de lessen. In totaal zijn er 3 lessen te doorlopen. Af en toe wordt er gevraagd om bepaalde antwoorden in te geven. Na elke les kan u ook steeds uw vragen en/of bedenkingen insturen. Deze informatie kan u helpen met een juiste slaaphouding te vinden en geeft ons de mogelijkheid om uw slaapprobleem persoonlijk aan te pakken op de vervolgconsultatie.

Na les 3 boekt u een afspraak bij uw begeleidende huisarts (dr. Caroline Helsen of dr. Geert Klaasen). Dan kunnen uw vragen beantwoord worden en wordt uw persoonlijk afbouwschema opgesteld. Vervolgens vragen we u om na 3 weken en na de volledige stop nog eens op consultatie te komen. Omdat deze consultaties kaderen in een onderzoeksproject, zijn deze volledig gratis voor u.

Module	Status
Les 1: Slapen en slaapstoornissen	Afgewerkt
Les 2: Slaapmedicatie	Nog niet gevolgd
Les 3: Stoppen met slaapmedicatie	Afgewerkt

Vervolgmodule

Nadat u samen met uw huisarts een afbouwschema hebt opgesteld tijdens de vervolgconsultatie na les 3, kan het echte werk beginnen. Via de link naar de vervolgmodule hieronder kan u daarvoor nog een aantal tips en verdere stappen raadplegen. Tevens kan u via deze weg bijkomende vragen of opmerkingen doorgeven aan uw arts.

Klik hier om de vervolgmodule te openen.

Enquête

Op het einde van ons parcours zouden wij u beleefd willen vragen om een tiental minuten uit te trekken voor onze enquête. Wij hebben immers uw antwoorden nodig om dit project te evalueren. Uw mening is zéér belangrijk voor ons. Alvast bedankt!

Klik hier om de enquête te starten

Afmelden

Om opnieuw aan te melden, heeft u uw gebruikerscode nodig.

Klik hier om u af te melden.

Slaapdagboek

Een slaapdagboek is zowel voor jezelf als voor je dokter een handig instrument om je te begeleiden met je slaapproblemen. Aan de hand van de gegevens hieronder kunnen we bekijken waar precies het probleem zit en of er vordering wordt gemaakt. Vul dit liefst dagelijks (minstens twee keer per week) in.

Datum

DD / MM / JJJJ

- **Hoe laat ging u naar bed?**
  - vroeger dan 20u
  - 20u-21u
  - 21u-22u
  - 22u-23u
  - 23u-00u
  - 00u-01u
  - 01u-02u
  - later dan 02u
- **Hoe laat bent u opgestaan?**
  - vroeger dan 05u
  - 05u-06u
  - 06u-07u
  - 07u-08u
  - 08u-09u
  - 09u-10u
  - later dan 10u
- **Hoeveel uren heeft u in totaal geslapen? (Opm: maak een schatting maakt van het aantal uren slaap. Kijk tijdens de nacht niet op de klok!)**
  - minder dan 2 uu
  - 2-4 uur
  - 4-6 uur
  - 6-8 uur
  - 8-10 uur
  - meer dan 10 uur

Hoe vaak bent u tijdens de nacht wakker geworden?

- niet
- 1x
- 2x
- 3x
- meer dan 3x

- **Hoe fit voelt u zich overdag?**
  - zeer fit
  - normaal
  - wat vermoeid
  - erg vermoeid
- **Wat vindt u van de kwaliteit van uw slaap?**
  - zeer goed
  - goed
  - niet goed, niet slecht
  - slecht
  - zeer slecht
- **Heeft u voor het slapengaan:**
  - slaapmedicatie genomen?
  - een middagdutje gedaan?
  - koffie of caffeine geconsumeerd?
  - een sigaret gerookt?
  - alcohol gebruikt?
- **Opmerkingen, bedenkingen of vragen (optioneel):**
- Slaapverslag opslaan Annuleren

Slaapzorgeloos.be

Over slaapkwaliteit en slaapmiddelengebruik ...

Slaapdagboek

Hieronder kan u het slaapdagboek bekijken dat werd samengesteld op basis van uw slaapverslagen.

Datum	Gaan slapen	Opgestaan	Uren geslapen	Onderbrekingen	Fitheid	Slaapkwaliteit
2014-02-07	21u-22u	06u-07u	4-6u	> 3x	Licht vermoeid	Niet goed of slecht
	Medicatie genomen - Gerookt - Vandaag had ik een slechtere nacht.Ik werd erg vaak wakker, hoewel ik toch erg moe was toen ik ging slapen. Hoe komt het toch dat ik zo vaak wakker wordt? Het lijkt alsof mijn slaap erg oppervlakking blijft. Hoewel ik me nog erg moe voelde vanochtend, ben ik toch vroeg opgestaan. Ik was het beu om wakker in mijn bed te liggen					
2014-02-06	22u-23u	07u-08u	8-10u	1x	Normaal	Goed
	Medicatie genomen - Vandaag had ik een betere nacht. Denkt u dat het te vroeg is om nu alweer een kwartje te minderen?					
2014-02-05	22u-23u	06u-07u	6-8u	2x	Normaal	Niet goed of slecht
	Medicatie genomen - Caffeïne genomen					
2014-01-13	22u-23u	05u-06u	4-6u	1x	Licht vermoeid	Slecht
	Medicatie genomen					

Klik hier om terug te keren naar de overzichtspagina.

Les 1: Slapen en slaapstoornissen

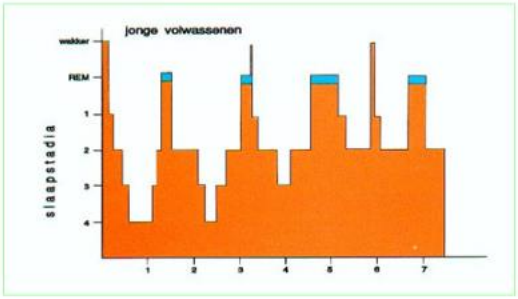
Slaaparchitectuur

Tijdens de nacht doorloopt u verschillende slaapstadia:

- **Slaapstadium 1 - inslaapfase:** Dit is de overgangsfase tussen wakker zijn en slapen en duurt ongeveer 5 minuten. Wanneer men u in dit stadium zou wekken, heeft u de indruk van niet ingeslapen te zijn.
- **Slaapstadium 2 - lichte slaap:** Dit stadium duurt meestal zo'n 10-15 minuten en wordt ervaren als "in slaap vallen". U slaapt in dit stadium echter nog zéér licht en u kan bij het minste geluid gewekt worden. Mensen met inslaapproblemen kunnen zeer lang in dit stadium blijven hangen.
- **Slaapstadium 3 en 4 - diepe slaap met lichamelijk herstel:** Deze twee slaapfasen vormen samen onze diepe slaap. Dit is nodig opdat het lichaam zich volledig zou kunnen ontspannen en opdat de batterijen weer opgeladen kunnen worden. Tijdens deze diepe slaap is het niet gemakkelijk om iemand wakker te maken.

Na deze 4 stadia zal men opnieuw in stadium 3 en 2 terechtkomen alvorens de eerste REM slaap te bereiken.

- **Slaapstadium 5 - REM-slaap (droomslaap) met psychisch herstel:** In dit slaapstadium verwerkt en sorteert uw geest de belevenissen van de dag. Een deel hiervan verhuist van het korte termijn geheugen naar het lange termijn geheugen. REM betekent "Rapid Eye Movement": de ogen zijn in deze slaapfase voortdurend in beweging. Dit stadium duurt ongeveer 10-20 minuten.



Slaapcyclus

De vier opeenvolgende slaapstadia en de REM-slaap noemen we een slaapcyclus. In één nacht worden minstens vier van dergelijke slaapcycli doorlopen, afhankelijk van de slaapbehoefte. Alleen bij een normale opbouw van de slaapcycli, kunnen lichaam en geest zich tijdens de slaap herstellen.

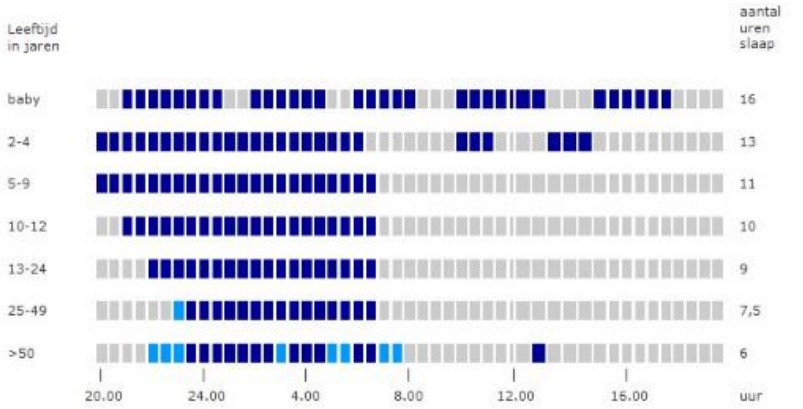
Zoals u ziet, bestaat de eerste helft van een slaapcyclus vooral uit diepe slaap, terwijl de diepe slaap volledig verdwijnt tijdens het tweede deel van de nacht. De laatste slaapcycli bestaan voornamelijk uit lichte slaap en REM-slaap. Dit betekent dat naarmate de nacht verstrijkt, de slaap oppervlakkiger wordt en de kans op wakker worden toeneemt.

Ga verder

Les 1: Slapen en slaapstoornissen

"Ik slaap te weinig"

Met deze klacht komen heel wat mensen naar de huisarts, maar is dit wel zo? Hoe ouder men wordt, hoe minder slaap men nodig heeft. Daarbij varieert de slaapbehoefte ook nog eens van mens tot mens. Het gemiddelde is 7 tot 8,5 uur, maar sommigen komen toe met 5 uur slaap. Dit wordt duidelijk gemaakt in de onderstaande figuur.



Overzicht van gemiddeld aantal uren slaap per etmaal bij verschillende leeftijden. De donkerblauw ingekleurde hokjes geven slaap aan, de lichtblauwe hokjes wakker in bed.

"Moet slaap ingehaald worden als je een keer écht te weinig geslapen hebt?"

Neen! Studies hebben aangetoond dat ons lichaam dit automatisch zelf zal herstellen. Na een te korte nacht, zal er de volgende nacht meer diepe slaap optreden. Er moet dus niet "bijgeslapen" worden.

Meer dan een derde van de bevolking heeft soms last van slapeloosheid. Tussen de 10% en de 20% lijdt aan een langdurig slaapprobleem. De meeste mensen ouder dan 80 hebben minder dan 6u slaap nodig en slapen bovendien ook lichter. Al deze veranderingen behoren tot een "normaal" verouderingsproces, maar worden vaak verkeerd geïnterpreteerd als slapeloosheid ...

Ga terug | Ga verder

Les 1: Slapen en slaapstoornissen

Types slaapproblemen

Er bestaan 4 types van slaapproblemen. Hieronder vindt u een voorbeeld van elk type.

Inslaapproblemen
Patrick, 43 jaar, is een hardwerkende schooldirecteur. Al een hele tijd ligt hij 's avonds wakker in zijn bed en kan de slaap niet vatten. Vaak dwalen zijn gedachten dan af naar de gebeurtenissen van de afgelopen dag of naar wat er morgen te gebeuren staat. Terwijl hij ligt te piekeren, draait en woelt hij tot hij de slaap kan vinden en dat duurt soms erg lang. Overdag voelt hij zich niet uitgerust.

Doorslaapproblemen
Frans, 38 jaar werkt in een garage. Hij doet zijn werk graag. Aangezien het zwaar werk is, valt Frans dan ook onmiddellijk in slaap als hij in zijn bed kruipt. Hij wordt echter 3 maal per nacht wakker en kan dan de slaap niet onmiddellijk terug vatten. Eenmaal hij wakker wordt, ligt hij gemakkelijk meer dan een halfuur wakker. Het is nu zelfs zo erg geworden dat hij verwacht dat als hij wakker wordt, hij minstens 3 kwartier wakker zal zijn. Hij is dan ook zeer bezorgd over de gevolgen van dit slaapprobleem.

Vroeg wakker worden
Maria, een weduwe van 56 jaar, heeft geen problemen om in slaap te geraken of om door te slapen. Eenmaal in haar bed kan zij gemakkelijk 5 uur aan een stuk slapen. Zij wordt echter altijd wakker rond 4 uur 's morgens. Zij kan dan niet meer in slaap geraken en piekert over de dood van haar man 2 jaar geleden. Ze is bezorgd over dit slaapprobleem en ze heeft het gevoel dat ze op deze manier niet van het leven kan genieten.

Slechte slaapkwaliteit
Henri werd onlangs 48 jaar. Hij gaat altijd slapen om 23 uur en staat op om 6 uur. Toch heeft hij het gevoel dat zijn slaap niet verfrissend is. Hij heeft het gevoel dat hij nooit in een echt diepe slaap geraakt, en hij is hier bezorgd over.

Evaluatievraag: In welke groep vindt u zich het beste terug?

- ☐ Inslaapproblemen
- ☐ Doorslaapproblemen
- ☐ Vroeg wakker worden
- ☐ Slechte slaapkwaliteit

Men spreekt pas echt van een slaapprobleem als deze klachten wegen op uw gemoed of indien u hierdoor niet goed kan functioneren overdag. Natuurlijk heeft niet iedereen die een nacht slecht slaapt een slaapprobleem. Het probleem moet zich **minstens 3 nachten per week** voordoen en het moet **minstens 1 maand bestaan**.

Ondanks de grote verschillen tussen de soorten slaapproblemen is er één gelijkenis. In de 4 voorbeelden **zijn de mensen bezorgd over dit probleem en liggen ze te piekeren in bed**. Dat gedachten en gevoelens een belangrijke rol spelen in slaapproblemen, komt later nog aan bod.

Ga terug | Ga verder

" Slaapproblemen kunnen lang blijven bestaan "

Het is belangrijk dat u goed begrijpt hoe slecht slapen een probleem van lange adem kan worden.

Een persoon kan een bepaalde kwetsbaarheid hebben. Met kwetsbaarheid bedoelen we een "zwakke plek" die ervoor zorgt dat de ene persoon gevoeliger dan de andere is om slapeloosheid te ontwikkelen. Deze kwetsbaarheid bestaat al van jongs af aan. Als er bovenop deze kwetsbaarheid nog een extra zorg bijkomt, kan er een slaapprobleem ontstaan. Dit kan bijvoorbeeld een scheiding zijn, werkloosheid, het overlijden van een dierbare persoon, stress op het werk ... Mettertijd kan deze factor afnemen, maar vaak zijn er dan reeds foute gewoonten en slaapbelemmerende gedachten ontwikkeld als reactie op het slaapgebrek. Zij zorgen ervoor dat het slaapprobleem blijft bestaan.

We passen dit even toe op het voorbeeld van Mia, de schooldirectrice. Mia is iemand die nauwgezet te werk gaat en alles graag tiptop in orde heeft. Dit brengt bij haar een zekere kwetsbaarheid teweeg: zij wil namelijk alles perfect doen. Haar job is stresserend, zeker omdat zij in het begin van dit schooljaar een extra takenpakket kreeg toegewezen. Dit was voor haar de druppel die de emmer deed overlopen. Ze begon te piekeren en slechter te slapen. Na enkele maanden verdween het extra werk, maar het piekeren is blijven bestaan. Dit piekergedrag heeft zich zo in haar leven genesteld dat ze er nog steeds slecht van slaapt.

Evaluatievraag: kwetsbaarheid?

Kan u bij uzelf zo'n kwetsbaarheid ontdekken?

Herinnert u zich nog wanneer uw slapeloosheid is begonnen? Weet u nog of er bij u ook een druppel was die aanleiding gaf tot slecht slapen?

Heeft u ook dergelijk piekergedrag en slaapbelemmerende gedachten ontwikkeld?

Slaaptips of slaaphygiëne

Zowel voor mensen met slaapproblemen als voor mensen die maar af en toe een slechte nacht hebben, kunnen enkele eenvoudige tips helpen om de slaapkwaliteit te verbeteren. Hieronder volgt een korte quiz om na te gaan wat u reeds weet en correct doet. Anderzijds kan u nagaan welke gedragingen u beter verandert.

Quiz: geef een antwoord op onderstaande vragen.

Als ik een glaasje alcohol drink vlak voor het slapen, slaap ik beter gedurende de hele nacht.

- (•) Juist
- ( ) Fout

Van een sigaret te roken 5 minuten voor het slapen word ik rustiger en zal ik beter slapen.

- ( ) Juist
- (•) Fout

Een middagdutje beïnvloedt mijn slaapkwaliteit 's nachts niet.

- (•) Juist
- ( ) Fout

Het is aangetoond dat sporten een gunstig effect heeft op de slaap. Dit is echter enkel zo als je sport op een bepaald moment van de dag. Wanneer sport je het best?

- (•) Tussen de 4 en 8 uur voor het slapen gaan
- ( ) Binnen de 4 uur voor het slapen gaan

Een of meerder koppen koffie drinken bij het avondmaal heeft geen invloed op de kwaliteit van mijn slaap.

- (•) Juist
- ( ) Fout

Ga terug | Antwoorden controleren

Slaaptips of slaaphygiëne

Zowel voor mensen met slaapproblemen als voor mensen die maar af en toe een slechte nacht hebben, kunnen enkele eenvoudige tips helpen om de slaapkwaliteit te verbeteren. Hieronder volgt een korte quiz om na te gaan wat u reeds weet en correct doet. Anderzijds kan u nagaan welke gedragingen u beter verandert.

Quiz: geef een antwoord op onderstaande vragen.

Als ik een glaasje alcohol drink vlak voor het slapen, slaap ik beter gedurende de hele nacht.

Uw antwoord: JUIST - Dit is helaas fout.

Een alcoholisch "slaapmutsje" is niet zo slaapbevorderend als gedacht! Men zal wel sneller inslapen, maar ook sneller wakker worden. Alcohol zorgt er immers voor dat we minder slapen dan normaal. De laatste vier uur voor het slapengaan drink je best geen alcohol meer.

Van een sigaret te roken 5 minuten voor het slapen word ik rustiger en zal ik beter slapen.

Uw antwoord: FOUT - Dit klopt!

Het roken van een sigaret zet activerende stoffen vrij, zodat je moeilijker in slaap valt.

Een middagdutje beïnvloedt mijn slaapkwaliteit 's nachts niet.

Uw antwoord: JUIST - Dit is helaas fout.

Middagdutjes kan je beter laten omdat ze het normale slaap-waakpatroon doorbreken. Hierdoor hebben ze een negatieve invloed op een gezond slaapritme.

Het is aangetoond dat sporten een gunstig effect heeft op de slaap. Dit is echter enkel zo als je sport op een bepaald moment van de dag. Wanneer sport je het best?

Uw antwoord: Tussen de 4 en 8 uur voor het slapen gaan - Dit klopt!

Sport en beweging verbeteren de slaapkwaliteit, maar sport geen 2-4 uur voor het slapengaan, want anders is je lichaam nog te sterk geactiveerd om goed in te slapen. Het ideale moment om te sporten is 4-8 uur voor het slapengaan.

Een of meerder koppen koffie drinken bij het avondmaal heeft geen invloed op de kwaliteit van mijn slaap.

Uw antwoord: JUIST - Dit is helaas fout.

Vermijd caffeïne na de middag. Caffeïne heeft een stimulerende werking die slapeloosheid in de hand werkt. Naast in verschillende voedingsmiddelen zit er ook caffeïne in bepaalde pijnstillers. Bespreek dit met je arts op de vervolgconsultatie. Hieronder vind je ook een tabel van producten waar caffeine in zit;

Tabel met cafeïnehoudende producten

Product	Hoeveelheid (ml)	Cafeïne (mg)
Filterkoffie	150	115
Instantkoffie	150	65
Gedecafeïneerde koffie	150	3
Thee	150	40
Coca Cola, blikje	330	45
Pepsi, blikje	330	40
Chocolademelk	150	4
Reep melk chocolade	120	20
Reep pure chocolade	120	80
Ice tea	330	7

Ga terug Ga verder

" Alle slaaptips op een rijtje "

1. Let op voor caffeïnehoudende producten, zeker na het middagmaal. Deze kunnen uw slaap sterk beïnvloeden.
2. Probeer niet te veel te drinken voor je gaat slapen, anders is de kans groot dat je moet opstaan om naar het toilet te gaan.
3. Creëer een optimale slaapomgeving. Je moet in je slaapkamer volledig tot rust kunnen komen. Gebruik je slaapkamer alleen maar om te slapen en te vrijen. Lezen of tv-kijken doe je hier beter ook niet.
4. Ga niet naar bed met een volledig lege maag. Iets licht eten kan slaapbevorderend zijn vb een boterham. Vermijd wel zware maaltijden, want deze kunnen op je maag liggen.
5. Zorg dat je de wekker niet kan zien, zodat je niet begint te klokkijken als je niet direct in slaap valt.
6. Zorg voor een aangename temperatuur om te slapen. Een ideale temperatuur is rond de 18 graden.
7. Minimaliseer licht en geluid. Als je partner snurkt of er is veel omgevingsgeluid, probeer dan eens oordopjes.
8. Onze slaap is een weerspiegeling van ons leven overdag. Kijk dus ook eens naar hoe je je leven overdag organiseert. Wie tot laat druk bezig is, mag niet verwachten dat hij onmiddellijk kan slapen. Iemand die de hele dag piekert en tot niet veel komt, zal dat waarschijnlijk ook in zijn slaap ervaren.
9. Ga pas slapen als je moe wordt, maar sta zoveel mogelijk op hetzelfde uur op.
10. Het is zeer belangrijk dat je het laatste halfuur van de dag gebruikt om je geleidelijk aan voor te bereiden op het slapen. Zorg voor een zekere routine: tafel dekken, omkleden, wassen en tandenpoetsen. Ook een warm bad of douche kan helpen om te ontspannen, net zoals naar muziek luisteren of een praatje maken met je partner.
11. Als je na 20 minuten in bed nog niet bent ingedommeld, sta dan op en doe een nuttige, maar eerder vervelende activiteit in een andere kamer. Ga pas weer naar bed als je terug moe wordt.
12. Vermijd inspanning voor het slapen gaan. Seksuele activiteit is geen probleem omdat de meeste mensen zich na het vrijen ontspannen voelen. Sporten doe je best 4-8 uur voordien. Regelmatige lichaamsbeweging verbetert de slaap.
13. Vermijd roken, alcohol en koolzuur- en cafïenehoudende dranken (koffie, cola, limonade) net voor het slapengaan. Als je gewoon bent om veel van die dranken te gebruiken, bouw dat dan af over enkele dagen of weken. Alcohol vergemakkelijkt wel het inslapen, maar verstoort de natuurlijke slaap en zorgt ervoor dat je slechter doorslaapt.
14. Als piekeren de oorzaak is van je slaapklachten, zoek dan iemand om daarover te praten. Ga eens voor jezelf na welke activiteiten het piekeren in het verleden hebben verdreven. Het kan soms helpen om in de vroege vooravond je muizenissen op papier te zetten. Als je allerlei plannen ligt te maken in bed, leg dan op je nachttafel pen en papier en schrijf je ideeën op.

In een latere les zullen we verder ingaan op het onderdeel "slaaptips en slaaphygiëne".

Dit is het einde van de eerste les. Indien u nog bedenkingen of vragen heeft, mag u die hieronder noteren.
Deze kunnen aan bod komen tijdens de vervolgconsultatie na les 3.

Ga terug | Antwoorden registreren en afsluiten | Afsluiten zonder antwoorden te verwerken

"Een slaapmiddel op maat?"

In les twee zullen we het voornamelijk hebben over slaapmedicatie. Onderaan deze pagina vindt u een tabel met de belangrijkste producten die in België op de markt zijn. Kijk gerust na of u uw slaapmiddel terugvindt in de lijst.

Allereerst hebben we de groep van de zogenaamde **"benzodiazepines"**. Dit is veruit de grootste groep van slaapmiddelen. Ze worden niet alleen aangewend voor slaapproblemen, maar eveneens voor andere redenen zoals angstproblemen, epilepsie en verdoving bij ingrepen. Later zijn er ook de zogenaamde **Z-slaapmiddelen** op de markt gekomen, al zijn deze producten vergelijkbaar met de benzodiazepines. Hierover zo dadelijk meer.

De tweede categorie zijn de **antidepressiva** met slaapverwekkende eigenschappen. Er is echter aangetoond dat deze middelen alleen in de eerste week van gebruik de slaapkwaliteit bevorderen. Aangezien ook rekening moet gehouden worden met hun nevenwerkingen, worden ze slechts gebruikt voor patiënten die naast slaapproblemen ook duidelijke tekens van depressie hebben.

Daarnaast bestaat er ook nog een hele waaier aan **plantaardige middelen**. Van deze producten bestaat er onvoldoende bewijs over de veiligheid en werkzaamheid. Bijgevolg worden ze ook niet echt aangeraden.

De belangrijkste slaapmiddelen op de markt in België

1. Benzodiazepines

- alprazolam *(Xanax, Alpratop, Alpraz)*
- bromazepam *(Bromatop, Lexotan)*
- brotizolam *(Lendormin)*
- clobazam *(Frisium)*
- clonazepam *(Rivotril)*
- clorazepaat *(Tranxene, Uni-Tranxene))*
- clotiazepam *(Clozan)*
- cloxazolam *(Akton)*
- diazepam *(Valium)*
- ethylloflazepaat *(Victan)*
- flunitrazepam
- flurazepam *(Staurodorm)*
- ketazolam
- loprazolam *(Dormonoct)*
- lorazepam *(Lorazetop, Serenase, Temesta)*
- lormetazepam *(Loramet, Loranka, Loratop, Noctamid, Sedaben, Stilaze)*
- midazolam
- nitrazepam *(Mogadon)*
- nordazepam *(Calmday)*
- oxazepam
- prazepam *(Lysanxia)*
- temazepam
- tetrazepam *(Epsipam, Myolastan)*
- triazolam *(Halcion)*

2. Middelen verwant aan Benzodiazepines

- zolpidem *(Stilnoct, Zolpeduar, Zolpitop)*
- zopiclon *(Imovane)*

3. Slaapverwekkende anti-depressiva

- trazodon *(Nestrolan)*

4. Middelen op basis van plante

- valeriaan *(Dormiplant Mono, Relaxine, Valerial)*
- combinaties met valeriaan *(Calmiplant, Seneuval)*
- andere *(Aubeline, Sedanxio, Sedinal, Sedistress)*

5. Andere

- anti-histaminica *(Phenergan)*
- anti-psychotica *(Fenothiazine)*
- barbituraten
- carbamazepine *(Tegretol)*
- melatonine *(Circadin)*

Er zijn geen overtuigende studies die aantonen dat benzodiazepines onderling belangrijke verschillen vertonen. Er wordt wel een onderscheid gemaakt in kortwerkende, halflang- en langwerkende benzodiazepines. Aanvankelijk werd aangenomen dat de (nieuwere) Z-slaapmiddelen minder ongewenste effecten zouden hebben en minder verslavend waren, maar uiteindelijk blijken ze even schadelijk als de (oorspronkelijke) benzodiazepines.

Ga verder

Les 2: Slaapmedicatie

Positieve effecten van benzodiazepines

1. Effect op de slaap

Door slaapmedicatie/benzodiazepines gaat men sneller inslapen, minder vaak en minder langdurig wakker worden en ook langer slapen. Dit klinkt als muziek in de oren, maar zoals zo vaak het geval is : "Mooie liedjes duren meestal niet lang ... " Al na enkele dagen tot weken neemt dit positief effect af en blijven alleen nog de nadelen over.

2. Effect op gemoedstoestand

Mensen die pas gestart zijn met slaapmedicatie/benzodiazepines, voelen zich meestal meer ontspannen. Dit heeft waarschijnlijk twee redenen. Enerzijds geven benzodiazepines een spierverslappend effect. Anderzijds worden gevoelens van angst en rusteloosheid onderdrukt. Deze effecten hebben echter ook hun nadelen, hierover later meer.

Ga terug Ga verder

Opgepast met slaapmedicatie

1. Gewenning
Hoewel u de indruk heeft dat uw slaapmedicatie nog steeds werkzaam is, blijkt uit onderzoek dat de werkzaamheid duidelijk afneemt indien u gedurende enkele weken geregeld slaapmiddelen gebruikt. Het lichaam is reeds gewoon geraakt aan de slaapmedicatie. Om hetzelfde effect te bekomen, zal u een hogere dosis moeten innemen. Dit gaat gepaard met meer kans op nevenwerkingen.

2. Afhankelijkheid Afhankelijk kan reeds binnen enkele weken tot maanden optreden. Het risico op afhankelijkheid neemt toe bij hogere dosissen, gebruik van meerdere benzodiazepines, langere gebruiksduur, alcohol- en/of drugmisbruik ...

Om te weten in welke mate u **psychisch afhankelijk** bent van slaapmiddelen, volstaat het om onderstaande beweringen eens door te nemen. In welke mate zijn zij van u op toepassing?

1. *Ik neem op tijd weer medicijnen omdat ik anders klachten krijg.*
2. *Zonder medicijnen bij de hand word ik nerveus.*
3. *Anderen dringen erop aan dat ik minder medicijnen ga gebruiken.*
4. *Ik neem meer medicijnen dan op het etiket staat aangegeven.*
5. *Met mijn medicijnen bij me voel ik me gerust.*
6. *De medicijnen werken tegenwoordig minder goed dan vroeger.*
7. *Mijn medicijnen zijn te vroeg op.*
8. *De medicijnen brengen me in de problemen.*
9. *Ik verander soms een voorschrift.*
10. *Ik denk erover te stoppen met medicijnen.*
11. *Vlak voor ik mijn medicijnen neem, is dat het enige waar ik aan kan denken.*
12. *Ik ben in gedachten veel met medicijnen bezig.*
13. *Ik geloof dat medicijnen mijn leven kapot maken.*
14. *Ik haal eerder dan afgesproken een nieuw recept.*
15. *Ik neem veel medicijnen in één keer.*

Indien u al eens geprobeerd hebt om minder medicijnen te gebruiken of ermee te stoppen, kan u ook onderstaande vragen beantwoorden. Zij geven een indruk van de **lichamelijke afhankelijk**.

1. *Toen ik probeerde te minderen / gestopt was, kreeg ik last:*
    - *Een neerslachtig gevoel.*
    - *Vermoeidheid.*
    - *Trillen.*
    - *Prikkelbaarheid.*
    - *Rusteloosheid.*
2. *Mijn medicatie werkt tegenwoordig minder goed dan vroeger.*

Ook kan het fenomeen optreden waarbij de oorspronkelijke slaapklachten in versterkte vorm terugkeren. Dit is gelukkig een voorbijgaand syndroom (meestal 1 of 2 nachten). Dit kan gepaard gaan met stemmingsveranderingen, angst en rusteloosheid en komt vooral voor bij producten met korte en halflange werkingsduur. Dit probleem is een belangrijke oorzaak van herval.

De problemen van lichamelijke afhankelijkheid treden meestal op binnen 1 tot 10 dagen na het stoppen. Meestal zijn de verschijnselen na 1 tot 4 weken verdwenen. Om de kans op ontwenningsverschijnselen te minimaliseren, is het belangrijk om bij het stoppen van benzodiazepines de dosis langzaam te verlagen. Wij helpen u hier graag bij. Hierover meer in Les 3.

Evaluatievraag: Deed u in het verleden reeds pogingen om uw slaapmiddelengebruik terug te dringen?

Zo ja, wat heeft u allemaal al geprobeerd?

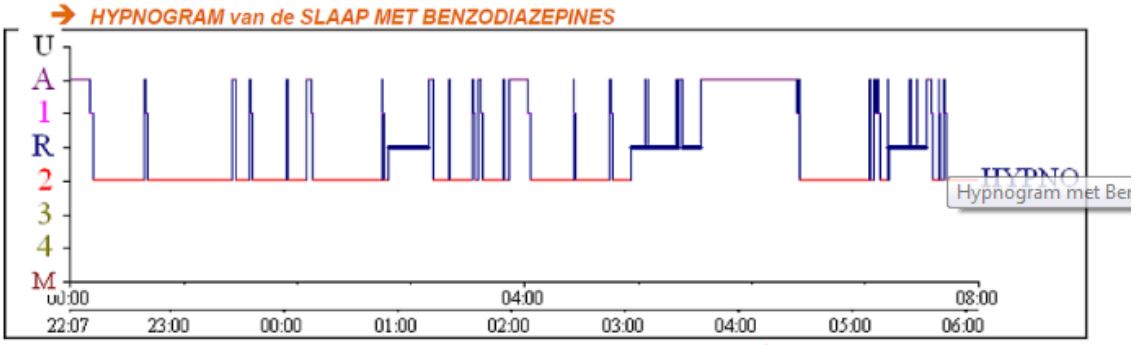
Ga terug Ga verder

Nadelen van slaapmedicatie op lange termijn

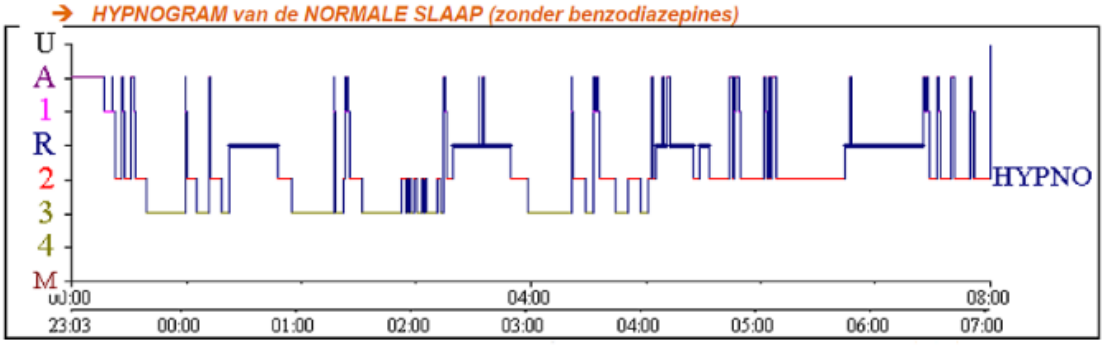
U kon reeds lezen dat de werking van slaapmedicatie mettertijd afneemt. De vervelende bijwerkingen nemen echter niet af, wat niet steeds opgemerkt wordt ... Laten we eens even stilstaan bij enkele frequente bijwerkingen. Misschien herkent u er enkelen?

1. Effect op de slaap

In Les 1 gaven we u een schematische voorstelling van een normale slaaparchitectuur. Benzodiazepines beïnvloeden echter dit natuurlijke slaappatroon. Zij zorgen er namelijk voor dat er geen diepere slaap meer optreedt (fasen 3 en 4 worden niet meer bereikt). Dit kan u zien op onderstaande figuren. U zal dus oppervlakkiger slapen. Aangezien het normale patroon van slaapcycli verdwijnt met benzodiazepines, kan er tijdens de nacht geen goed lichamelijk en psychisch herstel optreden...



Bron: Het benzo-consult - T. Christiaens, H. Creupelandt, R. Rogiers, A. Thoen



2. Sufheid

Sufheid leidt tot een vermindering van het concentratievermogen en tot een verminderde alertheid en reactiesnelheid. Deze neveneffecten kunnen gevaarlijk zijn. Zelfs bij kortwerkende slaapmiddelen die men 's avonds neemt, blijft er een verhoogd risico op verkeersongevallen. Daarnaast verhoogt deze sufheid ook sterk het risico op vallen, zowel 's nachts als overdag. Dit is voornamelijk van belang bij ouderen.

3. Vermindering van geheugenfunctie

Alle indrukken van overdag worden tijdelijk opgeslagen in het "kortetermijngeheugen". 's Nachts wordt deze informatie tijdens de diepe slaapfasen opgeslagen in het "langetermijngeheugen". U kon reeds lezen dat deze slaapfasen onderdrukt worden door benzodiazepines. Nieuwe informatie zal dus moeilijker opgeslagen worden in het langetermijngeheugen indien u benzodiazepines gebruikt. Kortom: je geheugen werkt minder goed.

4. Gedrag en emoties

Veel patiënten die reeds lang benzodiazepines gebruiken, hebben het gevoel dat hun gevoelens afgevlakt worden: ze voelen zich nooit meer echt verdrietig, maar ook nooit meer echt blij. Dit komt omdat de hersencentra die verantwoordelijk zijn voor het ervaren van emoties, door benzodiazepines onderdrukt worden.

Bij acute stressoren (overlijden, echtscheiding ...) treedt er een natuurlijk verwerkingsproces op wat vaak gepaard gaat met gevoelens van ongeloof, boosheid en verdriet. Dit proces is nodig om de situatie te kunnen verwerken en uiteindelijk los te laten. Omdat benzodiazepines de gevoelens onderdrukken, gaat dit normaal proces niet kunnen plaatsvinden. Hierdoor heeft u minder last van de vervelende emoties, maar wordt de situatie ook niet of veel minder verwerkt, wat later voor problemen kan zorgen.

Ga terug Ga verder

Nadelen van slaapmedicatie op lange termijn (vervolg)

5. Verhoogd risico op verkeersongevallen

Benzodiazepines hebben een bewezen negatieve invloed op de rijvaardigheid. Het gebruik ervan is geassocieerd met een duidelijke toename van verkeersongevallen. Dit risico zou enerzijds te wijten zijn aan een gedaalde alertheid en reactievermogen en anderzijds aan het optreden van meer risicovol gedrag. (vb. sneller rijden door het angstverminderend effect van benzodiazepines, afwijken van de rijbaan ...)

6. Verhoogd valrisico

Het spierverslappend effect van benzodiazepines zorgt, in combinatie met een vermindering van het concentratie- en reactievermogen, voor een verhoogd valrisico. Aangezien de botkwaliteit meestal afneemt bij stijgende leeftijd, bestaat er bij ouderen een groter risico op ernstige breuken. (vb. gebroken heup)

7. Sociale bijwerkingen

Alle bovenstaande nevenwerkingen (sufheid overdag, vermoeidheid, moeite om aandacht vast te houden, prikkelbaarheid, afvlakken van emoties ...) kunnen een goed sociaal contact in de weg staan. Het kan ook gevaarlijk zijn om minder alert te zijn in de omgang met baby's en kinderen. U zou het kind kunnen laten vallen, of minder alert zijn tijdens gevaarlijke situaties.

Op professioneel vlak kunnen benzodiazepines ook voor nadelen zorgen. Ook hier speelt het verminderd concentratievermogen, een moeilijkere omgang met collega's, gevaar bij besturen van wagen/machines ... een rol.

Ook op relationeel vlak kan u baat hebben bij stoppen met slaapmedicatie. Mensen die reeds lange tijd benzodiazepines gebruiken, blijken minder zin te hebben in seks. Sommige benzodiazepines veroorzaken ook problemen bij het krijgen van een orgasme.

8. Economische bijwerkingen

Sommige neveneffecten van benzodiazepines zullen gepaard gaan met een hogere financiële kost (Vb. verkeersongevallen, botbreuken door verhoogd valrisico ...) We mogen echter ook de prijs van benzodiazepines niet uit het oog verliezen: in tegenstelling tot vele andere medicatie, worden benzodiazepines **niet** terugbetaald!

9. Opmerkingen

Wanneer u rookt, moet u een hogere dosis benzodiazepines innemen om een gelijkaardig effect te bekomen dan niet-rokers. Dit zal gepaard gaan met meer kans op nevenwerkingen.
Alcohol versterkt de werking van benzodiazepines. Daarom wordt deze combinatie afgeraden.

Indien één van de twee onderstaande situaties op u van toepassing zou zijn, gelieve hiervoor uw huisarts te contacteren:

- **Gedaalde leverfunctie**
- **Zwangerschap of borstvoeding**

Dit is het einde van de tweede les. Indien u nog bedenkingen of vragen heeft, mag u die hieronder noteren.
Deze kunnen aan bod komen tijdens de vervolgconsultatie na les 3.

Ga terug | Antwoorden registreren en afsluiten | Afsluiten zonder antwoorden te verwerken

Les 3: Stoppen met slaapmedicatie

Vooraleer we van start gaan met Les 3, zouden we willen vragen om even stil te staan bij wat voor u de voor en de nadelen van slaapmedicatie zijn. Vul de vragen hieronder in.

Balansopdracht.

Wat zijn voor u de voordelen van het blijven innemen van slaapmedicatie?

Wat zijn voor u de nadelen van het blijven innemen van slaapmedicatie?

Wat zijn voor u de voordelen van het afbouwen van slaapmedicatie?

Wat zijn voor u de nadelen van het afbouwen van slaapmedicatie?

Les 3: Stoppen met slaapmedicatie

"Een juiste slaaphouding"

Wanneer men slaapmedicatie wil afbouwen, zal men een hogere slaagkans hebben wanneer men (op voorhand) goed geïnformeerd is. Ook moet het afbouwen van slaapmedicatie voldoende traag gebeuren, maar daarnaast is het zeer belangrijk om een juiste slaaphouding toe te passen, zowel voor, tijdens, als na het stoppen.

Opgelet! In het begin kan dit inspanning en geduld vragen. Mogen wij toch vragen om vol te houden, ook hier is het de aanhouder die wint! Indien nodig kan u steeds contact opnemen met uw huisarts.

Wij raden u aan om onderstaande informatie en tips door te nemen en uw keuze te maken. Welke middelen lijken **jou** te kunnen helpen om jouw doel te bereiken: zorgeloos slapen.

"Slapen zonder slaapmiddel, het kan!"

1. Lichamelijke activiteit

Verschillende studies tonen aan dat lichamelijke activiteit op regelmatige basis een positief effect heeft op het in slaap vallen en het onderhouden van de slaap. Wanneer er vier tot acht uur voor het naar bed gaan, fysieke inspanningen worden gedaan, zou een relaxerend effect optreden.

2. Relaxatie

Wanneer men mentaal en lichamelijk ontspannen is, zal dit de slaapkwaliteit ten goede komen. Indien u interesse heeft in technieken om u te leren ontspannen, kan u hierover meer informatie vinden bij "links en nuttige informatie", bovenaan op deze pagina.

3. Cognitieve gedragstherapie

"Beter slapen kan u leren."

Cognitieve gedragstherapie (CGT) gaat ervan uit dat gedachten, gevoelens en gedrag met elkaar verbonden zijn en elkaar beïnvloeden. Negatieve gedachten ("ik kan toch niet slapen") kunnen zo slaapproblemen veroorzaken of versterken. CGT probeert deze verkeerde opvattingen en gewoonten te wijzigen. Deze methode baseert zich op het geven van informatie, slaaptips, slaaprestrictie, slaapdagboeken ... Hieronder zal duidelijk worden wat CGT precies inhoudt. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat deze therapievorm tot de beste en meest langdurige resultaten leidt.

"Een geïnformeerd man is er twee waard."

Leren slapen

Goede informatie is de allereerste stap om tot gedragsverandering over te kunnen gaan. Hopelijk hebben wij u op dit vlak in de voorbijgaande lessen reeds wat vooruit kunnen helpen.

Tips voor het verbeteren van de slaaphygiëne:

Slaaphygiëne is het geheel van adviezen om de oorzaak of de onderhoudende factoren van slaapklachten te behandelen. Reeds in Les 1 maakte u kennis met enkele slaaptips. De samenvatting hiervan kan u terugvinden onder de rubriek slaaptips van deze website. Ga eens na welke tips u reeds toepast. Ziet u dingen die u zou kunnen aanpassen? Indien u wil, kan u de tips afprinten als een soort van steekkaart: een geheugensteuntje wanneer u het nodig zou hebben.

Ga terug | Ga verder

Les 3: Stoppen met slaapmedicatie

Stimulus controle

We zouden willen vragen om hieronder in te vullen welke situatie op dit moment voor u van toepassing is.

Evaluatie stimuluscontrole

Ik sta altijd rond hetzelfde tijdstip op.

- (•) Zelden
- ( ) Soms
- ( ) Vaak

Ik ga alleen maar naar bed als ik mij moe voel.

- ( ) Zelden
- (•) Soms
- ( ) Vaak

Ik gebruik het bed niet enkel om te slapen of te vrijen, maar ook om

- [x] Boek / tijdschrift te lezen.
- [x] TV te kijken.
- [ ] Radio te luisteren.
- [x] Te eten / drinken.
- [ ] Te werken.
- [ ] Gesprekken te voeren / te telefoneren.

Ik doe overdag ook dutjes.

- (•) Zelden
- ( ) Soms
- ( ) Vaak

Ik zorg voor een slaapritueel. (bv. wandeling, yoga, praten met partner, muziek, warm bad/douche ...)

- ( ) Zelden
- ( ) Soms
- (•) Vaak

Ik vermijd om lang wakker te liggen in bed.

- ( ) Zelden
- (•) Soms
- ( ) Vaak

Evaluatie inrichting slaapkamer

Vink aan wat van toepassing is.

- [x] De temperatuur in mijn slaapkamer is ideaal (+/- 18°C)
- [x] Ik doe het licht uit wanneer ik in bed ga

's Nachts is er omgevinglawaai.

- ( ) Zelden
- (•) Soms
- ( ) Vaak

Ik kijk s nachts op de wekker als ik niet kan slapen.

- ○ Zelden
- ◉ Soms
- ○ Vaak

Als ik niet kan slapen, pieker ik of maak ik plannen.

- ◉ Zelden
- ○ Soms
- ○ Vaak

Evaluatie voeding / drank

Voor het slapengaan

- ☐ rook ik een sigaret / sigaar.
- ☑ drink ik wel eens alcohol.
- ☐ gebruik ik caffeïnehoudende producten. (vb koffie, cola, thee, chocolade ... na het middagmaal)

Ik durf al eens met honger naar bed te gaan.

- ○ Zelden
- ○ Soms
- ◉ Vaak

Ik ga slapen na het nuttigen van een zware maaltijd.

- ○ Zelden
- ◉ Soms
- ○ Vaak

Ik drink veel voor het slapengaan (waardoor ik 's nachts wel eens moet opstaan om naar het toilet te gaan).

- ○ Zelden
- ○ Soms
- ◉ Vaak

Evaluatie inspannende activiteiten

Ik zorg voor voldoende lichamelijke activiteit overdag

- ○ Zelden
- ◉ Soms
- ○ Vaak

Ik doe geen inspannende activiteiten minder dan 4u voor slapengaan (Vb. (intensieve) sporten, spannende film of boek)

- ◉ Zelden
- ○ Soms
- ○ Vaak

Ga terug | Ga verder

Stimulus controle (vervolg)

Een bed heeft voor veel mensen een neutrale of zelfs positieve betekenis. Het wordt geassocieerd met gezelligheid, intimiteit, rust, ontspanning slapen ... Bij mensen met slaapproblemen, heeft het bed echter vaak een negatieve betekenis. Er bestaat een associatie met wakker liggen, piekeren, irritatie, frustratie ... Een dergelijke associatie kan ervoor zorgen dat de gedachte aan of het zien van het bed voldoende is om ons teru wakker en zelfs gespannen te maken. Deze cirkel willen we doorbreken door middel van onderstaande stimulus controle instructies.

Tabel met stimulus controle instructies

1. Ik sta altijd rond hetzelfde tijdstip op.	• **Sta elke dag op idem moment op.** • **Vermijd uitslapen in het weekend.**
2. Ik ga enkel naar bed als ik mij moe voel.	• **Ga enkel naar bed indien u zich moe voelt.**
3. Ik gebruik het bed niet enkele om te slapen of te vrijen, maar ook om • boek/tijdschrift te lezen. • TV te kijken. • radio te luisteren. • te eten/drinken. • te werken. • gesprekken te voeren/te telefoneren.	• **Gebruik enkel het bed om te slapen of te vrijen. Voorkom het lezen, TV-kijken, werken, eten of drinken in bed (*)**
4. Ik doe ook overdag dutjes.	• **Vermijd dutjes overdag.** • **Hoe actiever u bent gedurende de dag, hoe beter de nachtelijke slaap.**
5. Ik zorg voor een slaapritueel (vb. Wandeling, yoga, praten met partner, muziek, warm bad/douche ...)	• **Een avondritueel met steeds terugkerende handelingen is één van de meest efficiënte dingen die je zelf kunt doen om gemakkelijker in te slapen.**
6. Ik vermijd om lang wakker te liggen in bed. Ik sta op indien ik nog niet in slaap ben na 20 minuten en keer terug naar bed wanneer ik me slaperig voel.	• **Vermijd om lang wakker te liggen in bed.** • **Sta op indien nog niet in slaap na 20 minuten.** • **Ga naar een andere kamer en doe iets dat je ontspant.** • **Keer terug pas naar bed indien u zich slaperig voelt (!)** • **Doe dit zo vaak als nodig**
(*) Opmerking: Mensen die geen slaapproblemen hebben, kunnen ontspannen raken door lezen of TV kijken waardoor ze makkelijker in slaap vallen. Als er echt slaapproblemen zijn, raden we dit af. Het bed en de slaapkamer moet gelinkt worden met rust.	

"De aanhouder wint!"

Indien u bovenstaande adviezen combineert met onze slaaptips, heeft u een zeer grote kans op succes! Wij vragen opnieuw om vol te houden, want het resultaat is pas na 2 tot 3 weken te verwachten ...

Ga terug Ga verder

Slaaprestrictie

Misschien heeft u, als moeilijke slaper, vaak de neiging om extra lang in bed door te brengen om zo uw slaapverlies te compenseren. Voor enkele dagen kan dit werken, maar op lange termijn gaat het uw slaapprobleem in stand houden. Tijd om dit te veranderen.

"Slaaprestrictie" bestaat erin de tijd die je wakker ligt in bed, zo kort mogelijk te houden - met andere woorden: de tijd in bed, te beperken tot de slaaptijd zelf.
Hiervoor zou u het aantal uren dat u effectief in bed doorbrengt en het aantal uren dat u effectief slaapt, moeten neerschrijven. Dit gebeurt het liefst dagelijks gedurende enkele weken. (In Les 1 heeft u reeds dergelijk slaapdagboek bijgehouden, u kan dit terug raadplegen via deze link.)

STAP 1: Berekenen van de (gemiddelde) slaaptijd.

Laten we de oefening doen op basis van het slaapdagboek van Mia, de directiesecretaresse.

Nacht	Aantal effectief geslapen uren/nacht	Gemiddeld aantal uren/nacht
Nacht 1	6 uur	
Nacht 2	5 uur	
Nacht 3	5 uur	
Nacht 4	6 uur	38.5 uur over 7 nachten = **gemiddeld 5.5 uur per nacht**
Nacht 5	6 uur	
Nacht 6	5.5 uur	
Nacht 7	5 uur	
TOTAAL	**38.5 uur**	

Mia heeft gedurende 1 week 38.5 uur geslapen. Dit komt overeen met een gemiddelde van 5,5 uur effectieve slaap per nacht. Dit is ook het aantal uren dat Mia de komende tijd per nacht in bed mag doorbrengen.

STAP 2: Slaapschema aanpassen aan de (effectieve) slaaptijd.

Normaal gaat Mia om 22u naar bed, maar dit moet ze nu naar een later moment brengen. Wanneer ze precies gaat slapen, speelt evenwel geen rol. Belangrijk is wel dat ze steeds op hetzelfde uur gaat slapen en op hetzelfde uur opstaat.

Mia kan bijvoorbeeld kiezen om te slapen van 0u.00 tot 5u.30, of van 1u.00 tot 6u.30. In dit geval kiest Mia voor de tweede optie, omdat ze 's morgens altijd om 6u.30 opstaat.

Opmerking: Ga niet onder de 5 uur slaap! Ook al sliep Mia gemiddeld maar 4 uur, we aanzien 5 uur tijd in bed toch als een minimum.

Mia kan zich in het begin meer vermoeid voelen omdat ze minder tijd in bed doorbrengt. We willen haar lichaam echter laten voelen dat het moe is, waardoor het de volgende nachten beter kan doorslapen.

STAP 3: Evaluatie

Mia heeft na enkele dagen het gevoel een betere nachtrust te hebben. (Ze slaapt 85% van de tijd dat ze in bed ligt). Nu kan het slaapschema verder worden uitgebreid. Zij mag 15minuten vroeger naar bed gaan. Gaan slapen om 1u.00 wordt dan 0u.45. Indien ook dit goed gaat, mag Mia opnieuw een kwartier vroeger naar bed, etc.

Vooraleer u aan de slag gaat, nog enkele bemerkingen:

- Hou dit minstens één week vol, het is zeker niet gemakkelijk. Er zullen dagen zijn dat je moet vechten tegen de slaap overdag en 's avonds. Dit is een normaal en tijdelijk fenomeen. Na 1-2 weken zal je merken dat je overdag relatief goed kan functioneren, ondanks de beperking van je tijd in bed. Hou je aan het afgesproken tijdsschema. De kwaliteit van je slaap zal toenemen!
- Lig je in bed en kan je niet slapen, denk dan aan onze stimulus-controle instructies. Dit wil zeggen: sta op na een halfuurtje en doe een rustige activiteit in een andere kamer. Naarmate de nachten vorderen zal je steeds minder moeten opstaan. Geloof in jezelf! Wij geloven alvast in jou!

De sleutel tot succes:

- Door later te gaan slapen, leert men het gevoel van moeheid terug te herkennen. Omdat men geen te lange periode in bed doorbrengt, wordt er geen aanleiding meer gegeven tot piekeren, moeilijkheden om in te slapen,... De slaap**kwaliteit** zal erop vooruit gaan!
- Door slaaprestrictie ga je ook met een heel ander gevoel naar bed. Vroeger zag je er tegenop, want je was bang dat je weer niet kon slapen. Met slaaprestrictie voel je niet meer die angst en spanning bij het slapen gaan, integendeel, het voelt aan als een beloning. Zo ben je ontspannen genoeg om in slaap te vallen.

Bijsturen van foute gedachten

"Zo weinig slaap, dat kan toch niet goed zijn, of toch ... ?!"

Iedereen heeft andere verwachtingen over slaap. Door bepaalde bezorgdheden en/of gedachten kan er een extra spanning ontstaan waardoor de slapeloosheid in stand gehouden wordt.

	 Wie? Wat? Waar?				
Vb 1	Rond 22u ga ik slapen.	Eenmaal ik mijn bed denk ik : "straks ga ik weer sterren liggen tellen en zal ik weer niet in slaap geraken."	Angst ...	Ik probeer toch een goeie houding te vinden en woel tegen de sterren op.	Ik sleur me de dag door met wallen onder de ogen en begin reeds te piekeren over de volgende nacht.
Vb 2	Patrick kijkt 's avonds TV	"Ik moet deze nacht wat slapen, want ik heb morgen veel werk. Als ik geen 8 uur slaap, ben ik een wrak en kan ik niet functioneren"	Angst ...		
Vb 3	Maria ligt wakker om 4u 's nachts	"Ik moet over dit probleem zien te geraken..."	Hulpeloos ...		
Vb 4	Frans kan zijn taken niet goed doen overdag	"Ik wist dat dit zo zou gebeuren na zo een slechte nacht"	Irritatie ...		

Bron: Het benzo-consult - T. Christiaens, H. Creupelandt, R. Rogiers, A. Thoen

Misschien herken je je wel in één van de bovenstaande voorbeelden. Het is belangrijk om na te gaan welk gevoel een bepaalde gedachte bij jou naar boven brengt. Schrijf dit op voor jezelf. Vervolgens is het de kunst om deze gedachten om te buigen en je niet angstig of geërriteerd te voelen. **Jij bent immers baas over je gedachten.**

Om deze gedachten om te buigen geven we je enkele tips:

1. Stel jezelf steeds volgende vragen:

- Helpt deze gedachte mij?
- Wat zou ik aan een vriend zeggen die zich in dezelfde situatie bevindt?

2. Hou je verwachtingen realistisch

- Je hebt niet noodzakelijk 8 uur slaap nodig om fris te zijn en goed te functioneren overdag.
- Je kan niet elke dag vol energie zitten, dit is ook niet zo bij mensen die elke nacht goed slapen.
- Leg geen druk op jezelf. Het is immers niet erg om enkele malen wakker te worden 's nachts.

3. Bekijk de oorzaken van je slaapprobleem door een andere bril

Velen denken dat er niks aan het slaapprobleem te doen is. Je bent echter geen hulpeloos slachtoffer! Denk aan onze instructies omtrent slaaphygiëne, geen middagdutjes doen, relaxatie, geen overdreven tijd in bed spenderen ... JIJ kan écht iets veranderen!

4. Geef een slechte nacht niet de schuld van AL de dagelijkse problemen

Niet alles dat slecht verloopt overdag is de schuld van slecht slapen. Slaapproblemen kunnen inderdaad bijdragen tot vermoeidheid, geïrriteerdheid en concentratieproblemen, maar dit is niet de enige factor die hiertoe bijdraagt. Stel jezelf de vraag of er nog iets anders is dat je dwars zit. Vaak is het antwoord dat relationele problemen, gezondheidsproblemen of financiële problemen sterk wegen op het gemoed en een verminderde energie tot gevolg hebben.

5. Dramatiseer niet na een slechte nacht

Het is niet zo dat met een slechte nacht je fysieke toestand volledig zal veranderen of dat je hierdoor de controle over het leven verliest. Bekijk even wat het ergste is dat je kan gebeuren na een slechte nacht.

6. Hecht geen overdreven belang aan de slaap

Sommige mensen zullen automatisch hun activiteitsniveau verminderen omdat ze minder geslapen hebben. Ze organiseren heel hun leven rond slaap, waardoor ook hun sociaal leven, beroeps- en gezinsleven hier rond opgebouwd is. Alles is afhankelijk van hun slaapkwaliteit en slaapduur. Als ze een nacht niet of niet goed geslapen hebben, blazen ze bijvoorbeeld de volgende dag het etentje bij vrienden af of ze gaan niet werken. Op deze manier kunnen ze niet meer van het leven genieten als ze onvoldoende geslapen hebben. Zorg dat dit niet gebeurt! Ga werken, ga naar je vrienden. Je kan ook functioneren met minder slaap en het zal je helpen om onze zware training met slaaprestrictie vol te houden!

7. Forceer je niet om te slapen

Niemand kan slapen op commando. Het zal vooral omgekeerd effect creëren waardoor je angstig wordt. Langer wakker blijven zoals in onze training zal eerder een gunstig effect creeëren. Slaap zal op deze manier vaak sneller komen.

Ga terug Ga verder

Les 3: Stoppen met slaapmedicatie

Stoppen met benzodiazepines

In les 2 gingen we in op de nadelen en de neveneffecten van slaapmedicatie. Hopelijk heeft dit u kunnen overtuigen van het nut om te stoppen. Hier zullen we verder ingaan op **hoe** dit nu best gebeurt. Stoppen met slaapmedicatie is geen gemakkelijke opdracht en moet dan ook stapje voor stapje gebeuren. Het is niet de bedoeling dat u plots staakt met alle medicatie. De kans op bijwerkingen en herval is te groot en dat maakt het nadien voor u moeilijker om zich hier nog eens te motiveren. Daarbij kost het "leren slapen" ook tijd. Het effect van onze slaaptraining is vaak pas voelbaar na enkele weken. Meestal wordt afbouwen over een periode van 10 weken aangeraden. Telkens wordt er verminderd met 10% tot 25% van de gebruikelijke dosis.

Een voorbeeld:

Mia neemt al 20 jaar één tablet zolpidem elke avond voor het slapengaan. Ze besluit om dit nu af te bouwen. In combinatie met de slaaptips stelt haar huisarts volgend schema voor:

- *Week 1: drie kwartjes*
- *Week 2: drie kwartjes*
- *Week 3: drie kwartjes*
- *Week 4: een halfje*
- *Week 5: een halfje*
- *Week 6: een halfje*
- *Week 7: een kwartje*
- *Week 8: een kwartje*
- *Week 9: een kwartje*
- *Week 10: stop*

Elke patiënt is evenwel uniek. Daarom bespreekt u best met uw arts tijdens de vervolgconsultatie welk schema u het best volgt.

"Zal ik slechter slapen als ik de slaapmedicatie afbouw?"
Dit is altijd mogelijk, hoewel studies bij bejaarden bewezen dat er voor en na het stoppen geen verschil is in duur en kwaliteit van de slaap. Via de technieken en tips die we je hebben aangeleerd, vangen we heel wat van de problemen op. Daarbij zullen die vooral ook op langere termijn voor een betere slaap zorgen. Moest u toch een periode wat slechter slapen, geef niet op, maar bijt door! Andere mogelijke ontwenningsverschijnselen haalden we al aan in les 2. De meest voorkomende zijn hoofd- en spierpijn, rusteloosheid, geïrriteerdheid, lichte angstsymptomen en overgevoeligheid van de zintuigen. Als de medicatie traag wordt afgebouwd, vermindert ook de kans op deze nevenwerkingen. Daarbij zijn deze bijwerkingen doorgaans van korte duur.

"Wanneer moet ik stoppen?"
Stoppen met slaapmedicatie is lastig. Overweeg of het u helpt wanneer uw familie, medebewoners, vrienden of mensen op uw werk op de hoogte zijn van uw voornemen. Zij kunnen u daarin steunen. Zoek een rustige periode om te stoppen. Vlak voor een geplande vakantie, een verhuizing, een operatie of een andere emotionele gebeurtenis is het veel lastiger.

U komt in de verleiding om het op te geven. Houd daar rekening mee!

Soms lukt het niet in 1 keer. Dit is geen ramp. Probeer opnieuw en het zal u uiteindelijk lukken!

Tot slot

Wanneer u deze derde en laatste les heeft afgesloten, boekt u best een afspraak bij uw huisarts (met vermelding: afbouw slaapmedicatie). Hij/zij zal op uw resterende vragen een antwoord geven. Daarna wordt er bekeken hoe de afbouw van slaapmedicatie bij u het best wordt aangepakt.

Indien u na het afsluiten van deze les nog bedenkingen of vragen heeft, mag u die hieronder noteren.
Deze kunnen aan bod komen tijdens de vervolgconsultatie.

Ga terug | Antwoorden registreren en afsluiten | Afsluiten zonder antwoorden te verwerken

Wat was uw leeftijd bij aanvang van de studie?

-

Wat is uw geslacht?

- Vrouw
- Man

- **1. Voor ik aan deze studie deelnam, vond ik het geen probleem dat ik slaapmedicatie nam.**
  - volledig akkoord
  - akkoord
  - eerder akkoord
  - eerder niet akkoord
  - niet akkoord
  - helemaal niet akkoord
- **2. Door deel te nemen aan de lessenreeks, ben ik nu beter op de hoogte van de nadelen van slaapmedicatie.**
  - volledig akkoord
  - akkoord
  - eerder akkoord
  - eerder niet akkoord
  - niet akkoord
  - helemaal niet akkoord
- **3. Door deel te nemen aan de lessenreeks, ben ik nu beter op de hoogte dat minderen of stoppen met slaapmedicatie voordelen heeft.**
  - volledig akkoord
  - akkoord
  - eerder akkoord
  - eerder niet akkoord
  - niet akkoord
  - helemaal niet akkoord

4. Door deel te nemen aan de lessenreeks vind ik het nu belangrijker dan voordien om te stoppen met slaapmedicatie.

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

- **5. Tijdens het doorlopen van de lessenreeks, kreeg ik er meer vertrouwen in dat ik zou kunnen minderen met slaapmedicatie.**
  - volledig akkoord
  - akkoord
  - eerder akkoord
  - eerder niet akkoord
  - niet akkoord
  - helemaal niet akkoord
- **6. Tijdens het doorlopen van de lessenreeks, kreeg ik er meer vertrouwen in dat ik zou kunnen stoppen met slaapmedicatie.**
  - volledig akkoord
  - akkoord
  - eerder akkoord
  - eerder niet akkoord
  - niet akkoord
  - helemaal niet akkoord

Ga verder Annuleren

7. Heeft u op internet de volledige lessenreeks (les 1, 2 & 3) doorlopen?

- ja
- nee

8. Indien u op vraag 7 neen antwoordde, wat was voor u de belangrijkste reden om te stoppen met de lessenreeks?

9. Tijdens deze studie bestond de begeleiding uit een combinatie van "internetbegeleiding" en "persoonlijke artscontacten". Indien u de vrije keuze had, welke vorm van begeleiding zou u verkiezen?

- alleen internetbegeleiding
- alleen persoonlijke begeleiding door de huisarts
- internetbegeleiding in combinatie met persoonlijke begeleiding door de huisarts

10. Verklaar uw antwoord op vraag 9.

11. Ik heb de internetmodule ervaren als gebruiksvriendelijk

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

12. Ik heb de internetmodule ervaren als een steun in het afbouwen of stoppen van slaapmedicatie

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

13. Ik heb de internetmodule ervaren als tijdrovend

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

14. Ik heb de internetmodule ervaren als onpersoonlijk

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

15. Indien u de internetmodule eerder "onpersoonlijk" vindt, hoe had u dit graag anders gezien?

16. Ik heb de internetmodule ervaren als confronterend

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

17. Ik heb de internetmodule ervaren als volledig

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

18. Indien u de internetmodule onvolledig vindt, welke informatie ontbrak volgens u?

19. In welke mate voldoet de internetmodule aan uw verwachtingen?

- meer dan voldoende
- voldoende
- eerder voldoende
- eerder onvoldoende
- onvoldoende
- helemaal niet voldoende

20. Wat zou volgens u beter kunnen?

Ga verder Annuleren

21. Ik was blij dat dit onderwerp onder de aandacht werd gebracht.

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

22. Ik ben tevreden over de manier waarop de aandacht op mijn slaapmiddelengebruik werd gevestigd (door middel van een gepersonaliseerde stopbrief).

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

23. Verklaar uw antwoord op vraag 22.

24. Hoe heeft u het ontvangen van een (gepersonaliseerde) stopbrief ervaren?

25. Ik vond de stopbrief voldoende duidelijk.

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

26. Indien u de stopbrief niet voldoende duidelijk vond, wat ontbrak er volgens u? Wat kan er volgens u aan verbeterd worden?

27. Patiënten helpen met afbouwen of stoppen van hun langdurig slaapmiddelengebruik, vind ik een taak van de huisarts.

- volledig akkoord
- akkoord
- eerder akkoord
- eerder niet akkoord
- niet akkoord
- helemaal niet akkoord

Ga verder | Annuleren

28. Door deel te nemen aan de studie, gebruik ik ... (duid aan wat het beste bij uw situatie past)

- geen slaapmedicatie meer.
- minder vaak slaapmedicatie. Een volledige stop is me (nog) niet gelukt.
- minder vaak slaapmedicatie. Ik heb (nog) geen stoppoging ondernomen.
- een lagere dosis slaapmedicatie. Een volledige stop is me (nog) niet gelukt.
- een lagere dosis slaapmedicatie. Ik heb (nog) geen stoppoging ondernomen.
- minder vaak slaapmedicatie én een lagere dosis. Een volledige stop is me (nog) niet gelukt.
- minder vaak slaapmedicatie én een lagere dosis. Ik heb (nog) geen stoppoging ondernomen.
- nog steeds evenveel slaapmedicatie. Ik heb geprobeerd om te minderen, maar ben daar niet in geslaagd.
- nog steeds evenveel slaapmedicatie. Ik heb (nog) geen poging tot verminderen ondernomen.
- vaker slaapmedicatie dan vroeger.
- een hogere dosis slaapmedicatie dan vroeger.
- vaker slaapmedicatie dan vroeger én een hogere dosis.

29. Denkt u dat u hetzelfde effect bekomen had wanneer u geen beroep had kunnen doen op een internetmodule? Verklaar.

30. Indien u er niet in geslaagd bent om uw gebruik te minderen of te stoppen, wat zijn volgens u de oorzaken hiervan?

31. Indien u er niet in geslaagd bent om uw gebruik te minderen of te stoppen, wat zou u wel geholpen kunnen hebben?

32. Vergeleken met voor de studie is mijn slaapkwaliteit nu als volgt te omschrijven:

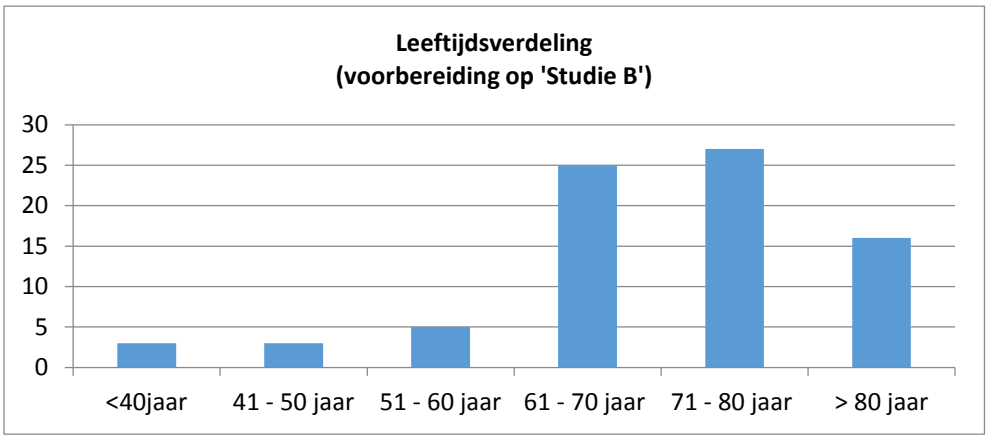
- veel slechter
- slechter
- hetzelfde
- beter
- veel beter

33. Vergeleken met voor de studie is mijn slaapduur nu als volgt te omschrijven:

- veel slechter
- slechter
- hetzelfde
- beter
- veel beter

Antwoorden opslaan | Annuleren

B. Leeftijdsverdeling 'Praktijk B' + toelichting

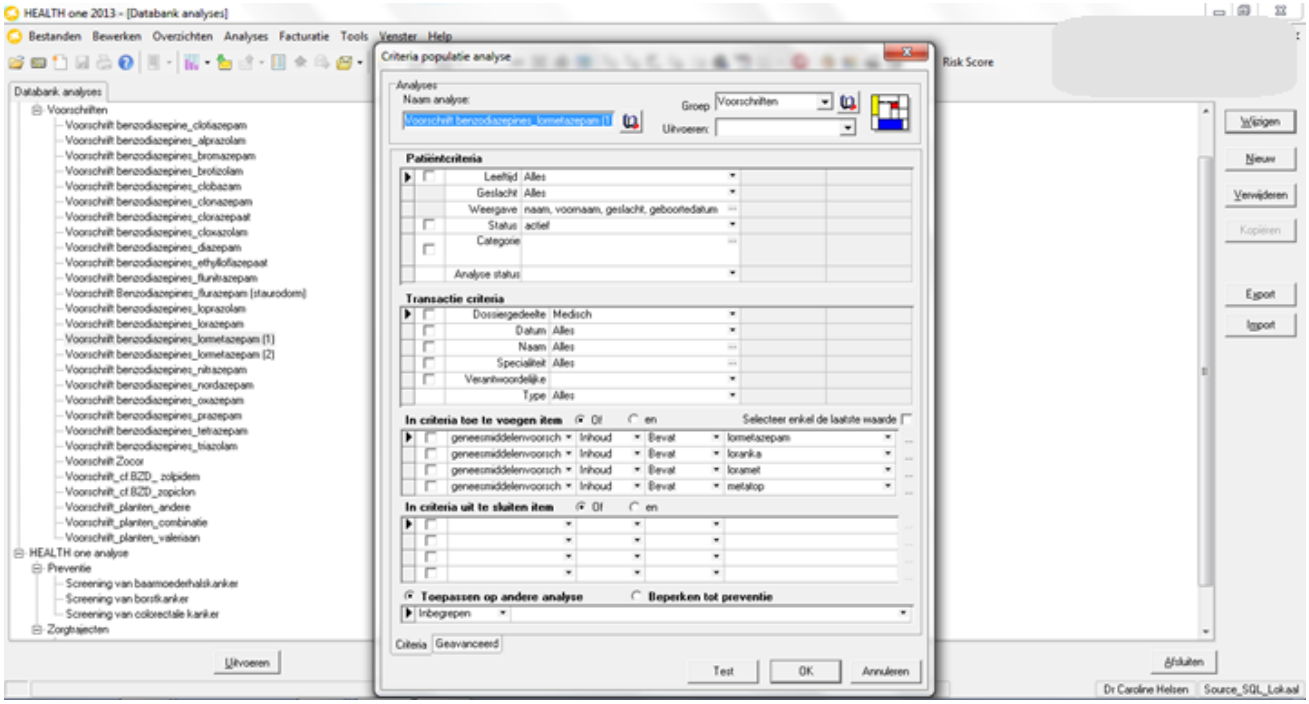


Figuur X : Aantal patiënten per leeftijdscategorie die na inclusie een stopbrief kregen toegestuurd. Het kleiner aantal in subgroep '>80jaar' kan verklaard worden door het ontbreken van duidelijke medicatiegegevens in het EMD. Deze patiëntengroep krijgt vaker een huisbezoek zodat de slaapmedicatie met de hand voorgeschreven wordt en zodus niet geregistreerd in het EMD.

De gemiddelde leeftijd uit 'Praktijk A' is 55.7jaar, daar waar de gemiddelde leeftijd bij 'Praktijk B' 65.8jaar bedraagt. Dit verschil tussen beide praktijken is niet zomaar te verklaren, maar we kunnen wel een aantal hypothesen formuleren. Gezien de hogere gemiddelde leeftijd bij 'Praktijk B' men zou kunnen veronderstellen dat jongere patiënten uit 'Praktijk B' weinig tot geen interesse hadden om deel te nemen aan het onderzoek. Wanneer we echter terugkijken naar de leeftijdsverdeling van de patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria [figuur X] merken we op dat zéér weinig potentiële deelnemers jonger zijn dan 60 jaar (9%) en zodus deze patiëntenpool kleiner is. Een mogelijke verklaring voor de lagere gemiddelde leeftijd voor 'Praktijk A' is dat de collega-artsen -bewust of onbewust- minder snel oudere patiënten aanspraken om deel te nemen aan het project.

C. Studie-opzet: Patiëntenselectie ('Praktijk B')

a) Queries 'Health One'



b) Detail van resultaat na EMD-search

A) Patiënten die slechts 1 benzodiazepine gebruiken: n=908

Productnaam	aantal 'hits' in EMD		absoluut aantal gebruikers	overleden / én patiënt meer		patiëntenpool		geëxludeerde ptn: geïncludeerde ptn		geëxludeerde ptn: ovvv RVT zonder internet		geëxludeerde ptn: na advies van huisarts		weerhouden ptn
Alprazolam	105	(105-2)	103	21		82		9		0		2		7
Bromazepam	23	(23-3)	20	6		14		5		0		1		4
Brotiazolam	45	(45-4)	41	14		27		6		0		1		5
Clobazam	2		2	1		1		0		0		0		0
Clonazepam	16	(16-1)	15	4		11		3		0		3		0
Clorazepaat	23		23	11		12		3		0		2		1
Clotiazepam	16		16	3		13		2		0		0		2
Cloxazolam	5		5	3		2		0		0		0		0
Diazepam	17	(17-1)	16	8		8		1		0		1		0
Flunitrazepam	0		0	0		0		0		0		0		0
Flurazepam	9		9	2		7		3		0		0		3
Ethylloflazepaat	1	(1-1)	0	0		0		0		0		0		0
Loprazolam	3		3	3		0		0		0		0		0
Lorazepam	116	(116-5)	111	30		81		18		1		3		14
Lormetazepam (1+2)	54	(54-4)	50	21		29		14		2		3		9
Nitrazepam	1		1	0		1		0		0		0		0
Oxazepam	3	(3-1)	2	1		1		1		0		0		1
Prazepam	4	(4-1)	3	1		2		1		0		1		0
Tetrazepam	277	277	277	50		227		2		0		0		2
Triazolam	2		2	0		2		0		0		0		0
Zolpidem	154	(154-4)	150	43		107		18		0		2		16
Zopiclon	60	(60-1)	59	12		47		11		1		2		8
	936		908	234		674		97		4		21		72

B) Patiënten die 2 (of meer) benzodiazepines gebruiken n=13

(!) dit zijn enkel patiënten die op heden nog patiënt zijn in de praktijk

						11				2		2		
2 'triple' user (x2)			2	1				1						1
11 'double' users (x3)			11	1				10		4				6
			921	236		685		108		6		23		79

D. Werkverdeling Dr. Klaasen <-> Dr. Helsen

Dr. G. Klaasen

* Literatuuronderzoek:
    -> Epidemiologie
    -> Onderzoeksvraag 1: medicamenteuze behandelingsmogelijkheden
    -> Evidence omtrent afbouwmethodes

* Website 'www.slaapzorgeloos.be'
    -> Informatica: (i.s.m. Bart Klaasen)
        - coderingssysteem
        - artsenprogramma en masterprogramma genereren
        - Technische opbouw / ontwerp van de website
    -> Opstellen van aanmeldingsformulier
    -> Inhoudelijk aspect:
        - Topic 'Leeromgeving'
            * Startpagina
            * Vervolgmodule

* Praktijkverbeterend project: ***'PRAKTIJK A'***

Dr. Helsen

* Literatuuronderzoek:
    -> Onderzoeksvraag 2: voordelen van benzo-stop / nadelen van chronisch gebruik
    -> (Recente) evidence omtrent E-learning

* Website 'www.slaapzorgeloos.be'
    -> Opstellen van 'Checklist: eerste consultatie na zelfstudie'
    -> Inhoudelijk aspect:
        - Topic 'Links en Literatuur'
        - Topic 'Leeromgeving'
            * Tools / informatie omtrent cognitieve gedragstherapie
            * Toelichting omtrent neveneffecten benzodiazepines

* Praktijkverbeterend project: ***'PRAKTIJK B'***

Gezamelijke projecten

* Onderzoeksvraag 3:
    -> Enquête
    -> Resultaten
    -> Discussie
* Website 'www.slaapzorgeloos.be'
    -> Inhoudelijk aspect
        - Topic 'Leeromgeving'
            * Les 1: Slapen en slaapstoornissen (zie ook thesis O. Vandeput en M. Van Belle)
            * Les 2: Slaapmedicatie
            * Les 3: Stoppen met slaapmedicatie (zie ook thesis O. Vandeput en M. Van Belle)

E. Gepersonaliseerde stopbrief

Geachte *xxxxx*

Opdat onze opleiding geneeskunde als volwaardig beschouwd zou kunnen worden, dienen alle HuisArtsenInOpleiding (HAIO's) een onderzoeksproject op poten te zetten. De keuze van het onderwerp is geheel vrijblijvend.

Samen met een collega-HAIO, Dr. Geert Klaasen, heb ik ervoor gekozen om dieper in te gaan op het aspect ***'Slapeloosheid en het gebruik van slaapmiddelen in de huisartsenpraktijk'.***

Tijdens de voorbereidingen van het onderzoeksproject, heb ik gemerkt dat u reeds geruime tijd [NAAM BENZODIAZEPINE/Z-DRUG] gebruikt. Dit geneesmiddel behoort tot de groep van de benzodiazepines (slaap- en kalmeermiddelen). Via deze brief wil ik u graag informeren over het feit dat er bezorgdheid bestaat over het langdurig gebruik van deze middelen.
Er wordt aangeraden om deze medicatie langzaam af te bouwen en op termijn eventueel te stoppen. Zelfs als u het gebruik niet als nadelig ervaart, is het toch aangeraden om eens stil te staan bij de inname van uw slaap- of kalmeermiddel.

Waarom stoppen?

Aanvankelijk hebben deze producten een goed effect op klachten van slapeloosheid en angst. Het wordt echter ontraden om deze producten lang te gebruiken omdat het lichaam er gemakkelijk aan went. Tevens werken deze middelen al na een paar weken niet meer zo goed als in het begin. Daarnaast kunnen deze middelen ook een nadelige invloed hebben op o.a. het geheugen, verkeersveiligheid, valrisico,…

Mensen die met hun slaap- of kalmeermiddel stoppen, kunnen daarna vaak helderder denken en hebben een betere levenskwaliteit.

Hoe stoppen?
Ik raad u aan het gebruik van [NAAM BENZODIAZEPINE/Z-DRUG] geleidelijk te minderen en zo mogelijk helemaal te stoppen. Uiteraard staat u er niet helemaal alleen voor!

Dr. Geert Klaasen en ik hebben een website ontwikkeld die u daarbij kan helpen. De totale duur van het programma bedraagt gemiddeld 10 tot 14 weken. Dit is mede afhankelijk van hoe snel u de lessen doorloopt. Wij verwachten dat de tijdsinvestering voor u beperkt zal blijven. Indien u interesse heeft om aan het onderzoeksproject deel te nemen, vindt u in bijgevoegde brief uw persoonlijke toegangscode alsook meer informatie.

Komt u in aanmerking voor onze studie?

- Onze studie is voornamelijk gebaseerd op het afbouwen van benzodiazepines die gebruikt worden in kader van slapeloosheid. Indien u dus bovenstaand geneesmiddel gebruikt om beter te kunnen slapen, kan u aan onze studie deelnemen.

- Aangezien ons onderzoeksproject een interactieve website wil toetsen in de praktijk, is het kunnen beschikken over een internetverbinding noodzakelijk. Deze internetverbinding kan bij u thuis of elders zijn.

Hopelijk is deze brief een stimulans om uw gebruik te minderen.

Voor vragen kunt u altijd contact opnemen.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Caroline Helsen HuisArtsInOpleiding (HAIO) bij Dr. Jan Fransis

Dr. Jan Fransis

F. Aanmeldingsformulier

Beste patiënt,

Proficiat met de beslissing om uw slaapkwaliteit en slaapmiddelengebruik eens onder de loep te nemen. We hopen dat het een verrijkende ervaring mag worden.
Deze website zal met u op weg gaan zodat u (hopelijk) op het einde van de rit geen medicatie meer nodig hebt om van een goede slaap te genieten.

U kan van start gaan door te surfen naar www.slaapzorgeloos.be. Wanneer u doorklikt naar *'Leeromgeving',* logt u in met deze unieke code:

29838234

Geachte lector,
dit is uw persoonlijke aanmeldingscode. Hiermee kan u inloggen op onze webmodule.

Eenmaal ingelogd, kan u van start gaan met les 1. In totaal zijn er 3 lessen te doorlopen. Af en toe wordt er gevraagd om bepaalde antwoorden in te geven. Daarnaast vragen we u om een slaapdagboek bij te houden. Al deze informatie kan u helpen met een juiste slaaphouding te vinden en geeft ons de mogelijkheid om uw slaapprobleem persoonlijk aan te pakken.
Na les 3 boekt u een afspraak bij uw begeleidende huisarts (dr. Caroline Helsen of dr. Geert Klaasen). Dan kunnen uw vragen beantwoord worden en wordt uw persoonlijk afbouwschema opgesteld. Vervolgens vragen we u om na 3 weken en na de volledige stop nog eens op consultatie te komen.
Omdat deze consultaties kaderen in het onderzoeksproject, zijn deze volledig gratis voor u.

Wanneer u zich aanmeldt met uw persoonlijke code, gaat u akkoord met deelname aan de studie. Dit project test een nieuwe, hedendaagse benadering uit om patiënten van hun slaap- en medicatieprobleem af te helpen. Meer informatie hierover vindt u ook op onze website.

We willen benadrukken dat alle gegevens anoniem verwerkt worden. Alleen de huisarts die u begeleidt, heeft toegang tot de door u ingegeven informatie. Op deze manier wordt uw privacy gegarandeerd.

Indien u meer informatie wenst over het opzet van deze studie, mag u ons steeds contacteren.

Veel succes en steeds tot uw dienst,

Dr. Geert Klaasen Dr. Caroline Helsen

G. Checklist “Eerste consultatie na zelfstudie”

Overzicht ‘Eerste consultatie’

1. Overlopen slaapdagboek, aanpassen of aanvullen waar nodig
   (!) indien onvoldoende ingevuld: motiveren (i.e. belangrijk in Les 3)

2. LES 1: Slapen en slaapstoornissen
   a. Stilstaan bij vragen en/of bedenkingen
   b. Waar zit jouw ‘kwetsbaarheid’?
   c. Quiz: vaak foutief gedrag?
   d. Slaaptips:
      i. Belangrijke tips bijgeleerd?
      ii. Gedragingen reeds veranderd?

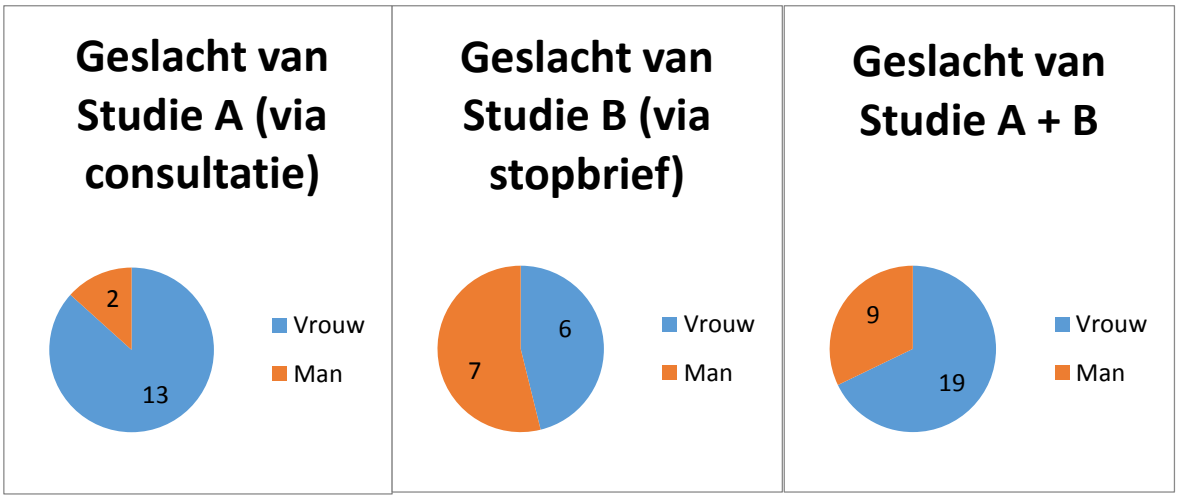
3. LES 2: Slaapmedicatie
   a. Stilstaan bij vragen en/of bedenkingen
   b. Nieuwe inzichten opgedaan? (betreffende pro’s en contra’s van BZD)
   c. Had je de indruk afhankelijk te zijn?
   d. Reeds vroegere stoppogingen ondernomen?

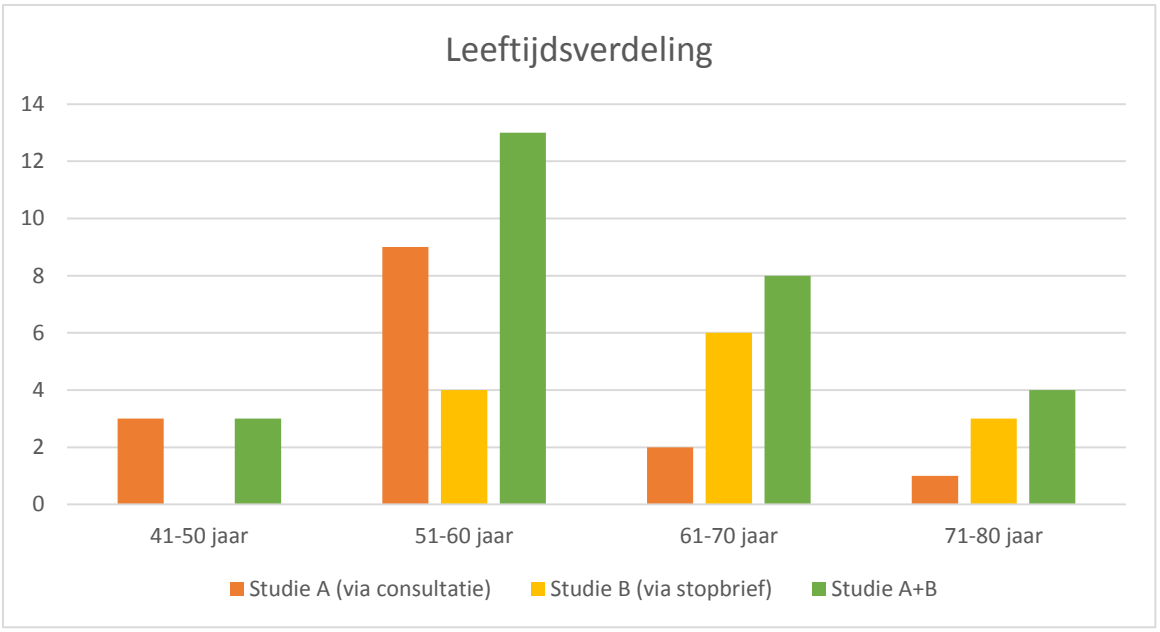
4. LES 3: Stoppen met slaapmedicatie
   a. Stilstaan bij vragen en/of bedenkingen
   b. Overlopen balansopdracht
   c. Welke ‘therapieën’ spraken u aan en heeft u toegepast?
      i. Relaxatie/Stimuluscontrole/Slaaprestrictie/…
   d. Evaluatie stimuluscontrole: nieuwe aspecten bijgeleerd?
   e. Toepassingen 5G-schema?
   f. Concrete planning:
      i. Slaaprestrictieschema uitbreiden zo mogelijk
      ii. Afbouw slaapmedicatie
         1. Dosage?
         2. Termijn?
         3. Waarschuwen voor moeilijke momenten.
         4. Bij vragen/moeilijkheden/… contact opnemen

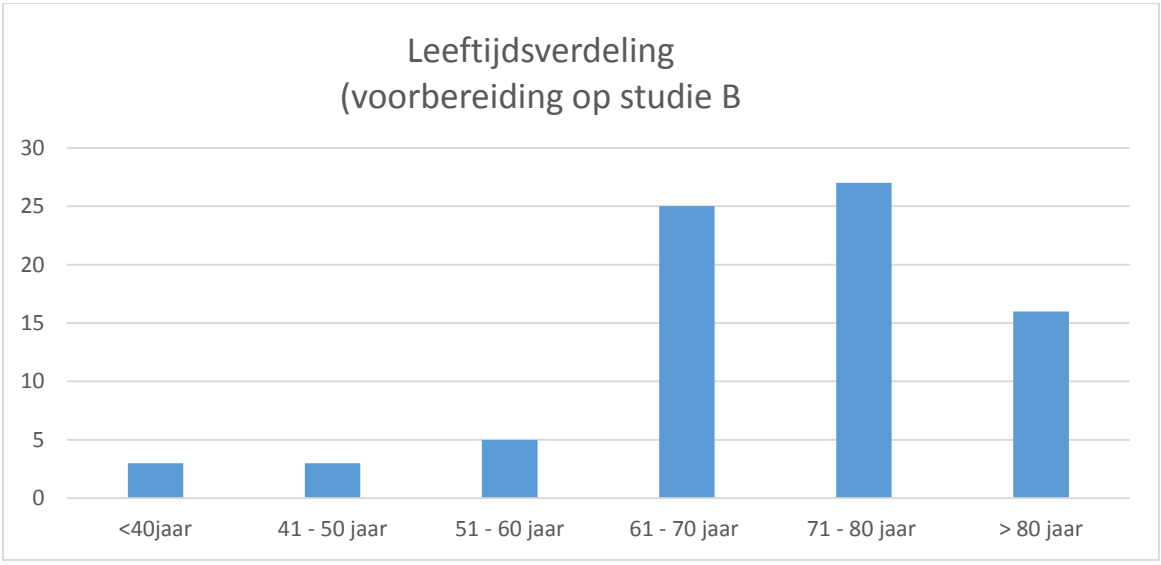
H. Enquête met resultaten per praktijk

Geslacht : man / vrouw

Leeftijd (bij aanvang van studie):



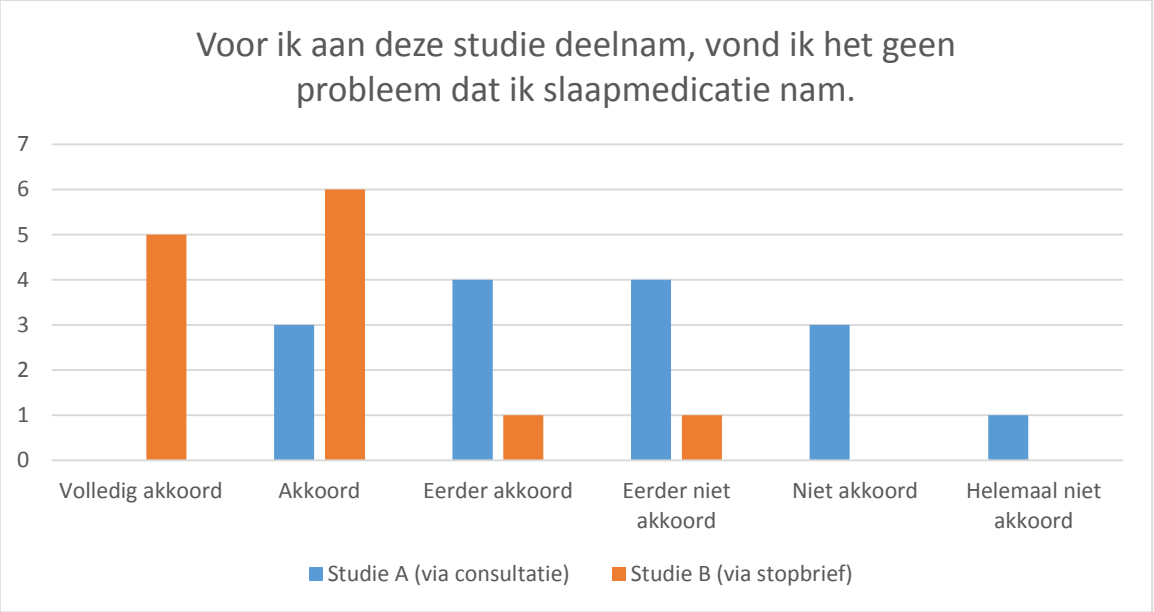




Algemeen: “ Bereidheid tot stoppen-”

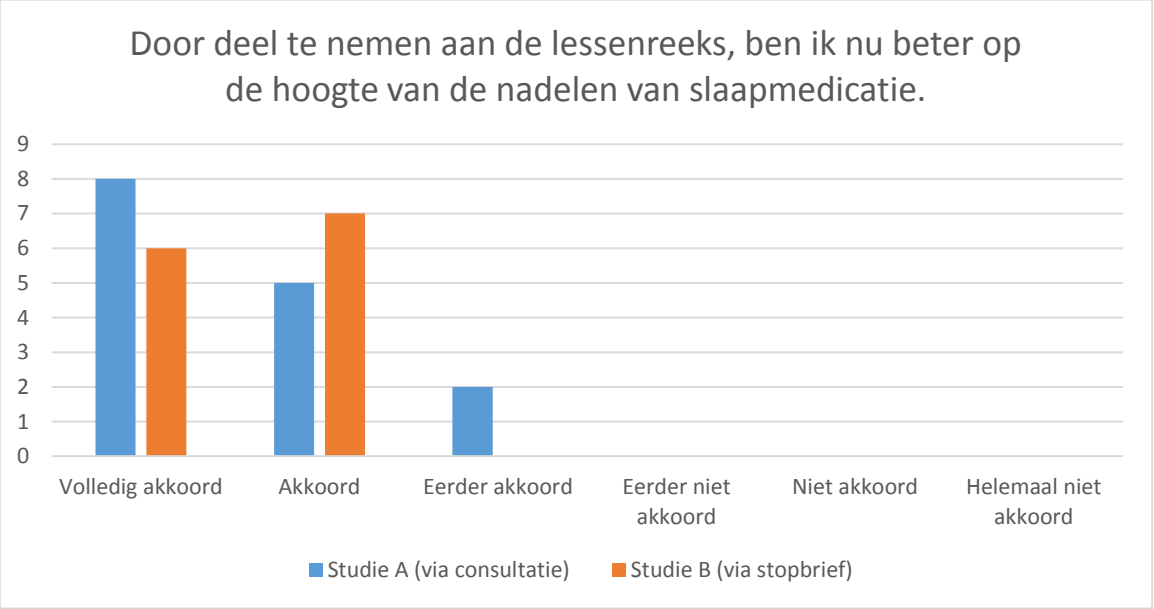
1. Voor ik aan deze studie deelnam, vond ik het geen probleem dat ik slaapmedicatie nam.

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



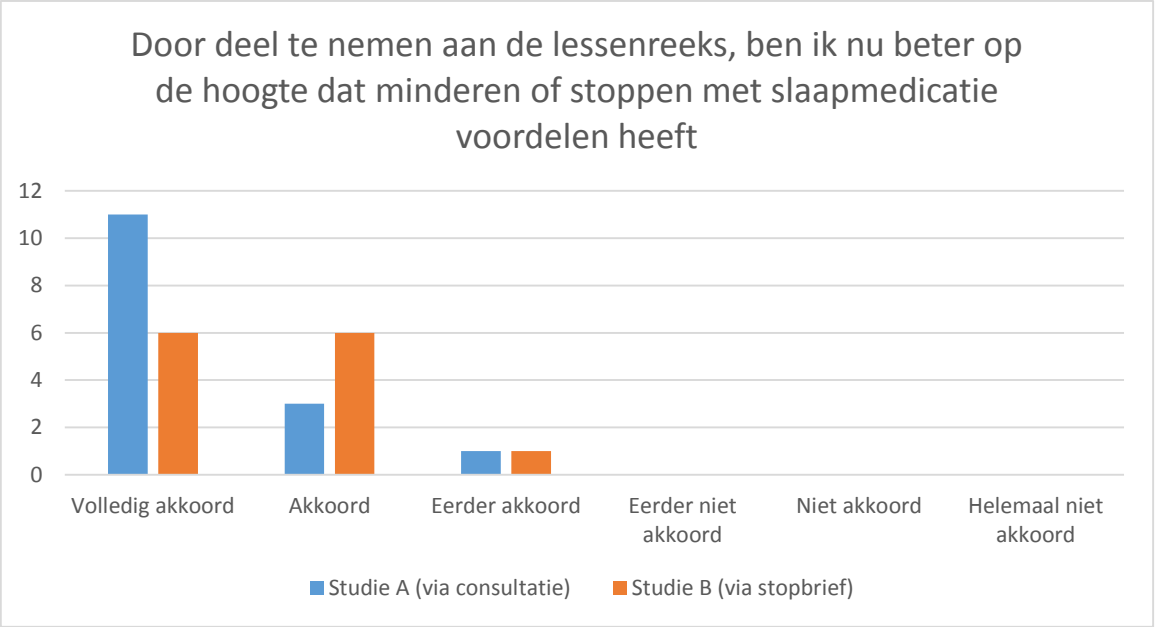
2. Door deel te nemen aan de lessenreeks, ben ik nu meer op de hoogte van de nadelen van het langdurig gebruik van slaapmedicatie.

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



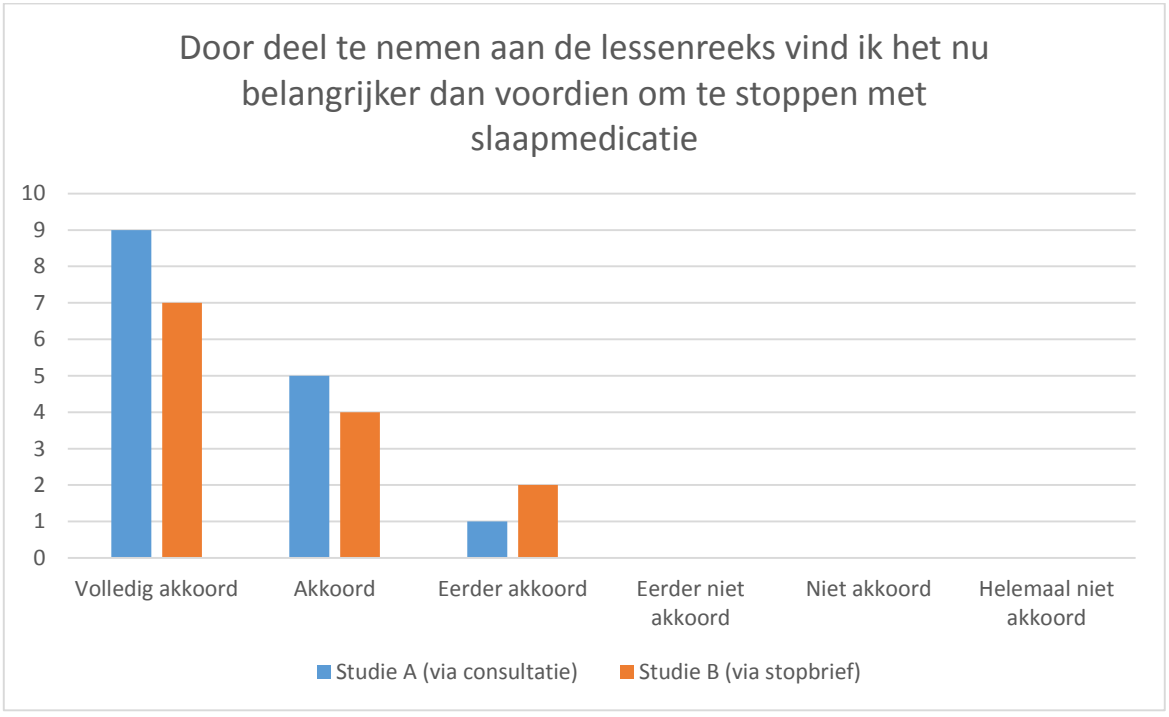
3. Door deel te nemen aan de lessenreeks, ben ik nu meer op de hoogte dat minderen of stoppen met slaapmedicatie voordelen heeft.

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



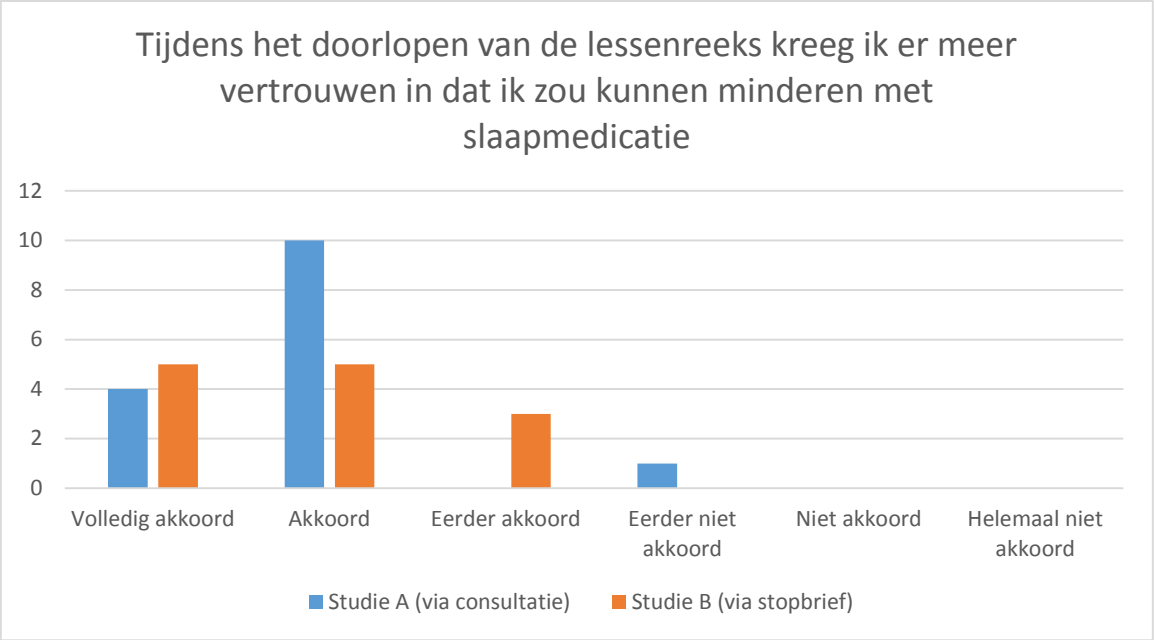
4. Door deel te nemen aan de lessenreeks vind ik het nu meer dan voorheen belangrijk om te stoppen met slaapmedicatie nemen

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



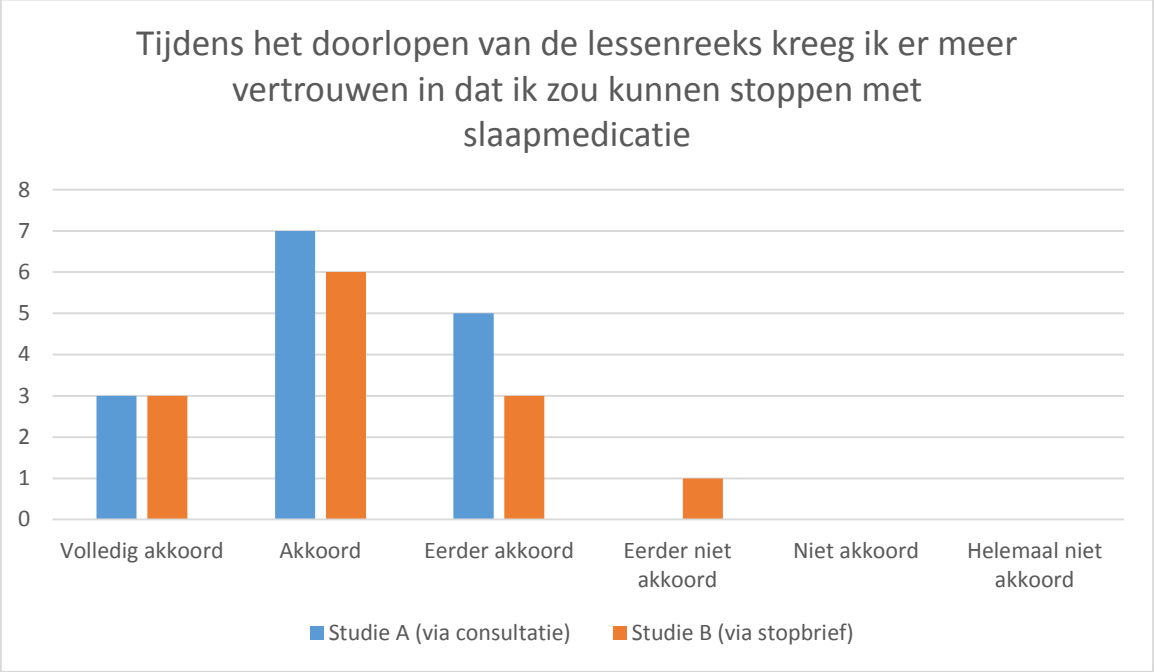
5. Tijdens het doorlopen van de lessenreeks, kreeg ik er meer vertrouwen in dat ik zou kunnen minderen met slaapmedicatie.

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



6. Tijdens het doorlopen van de lessenreeks, kreeg ik er meer vertrouwen in dat ik zou kunnen stoppen met slaapmedicatie.

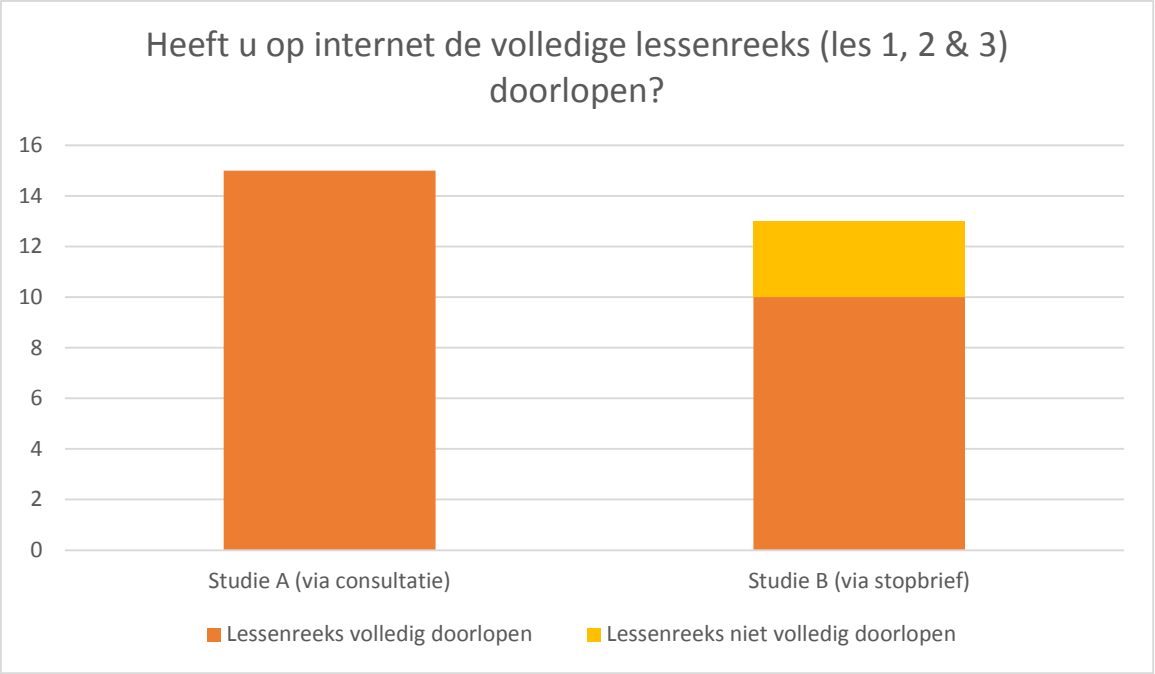
VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



Evaluatie “internetmodule”

7. Heeft u op internet de volledige lessenreeks (les 1, 2 & 3) doorlopen?

JA – NEEN

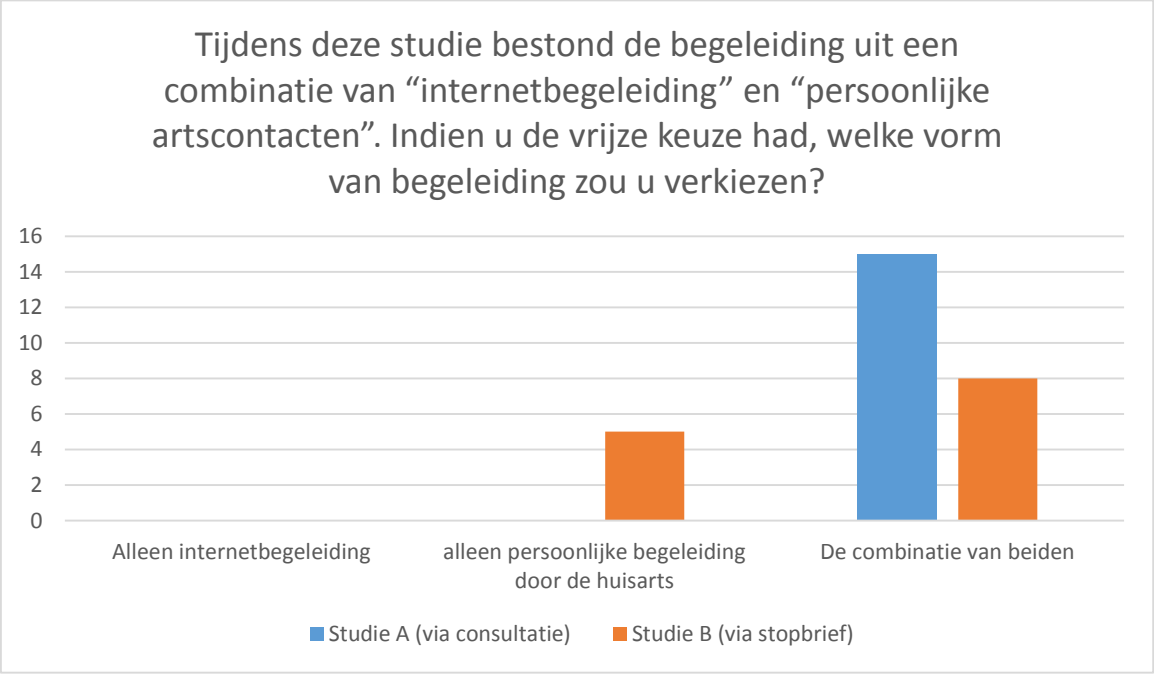


8. Indien u op vraag 7 neen antwoordde, wat was voor u de belangrijkste reden om te stoppen met de lessenreeks?

OPEN VRAAG

9. Tijdens deze studie bestond de begeleiding uit een combinatie van 'internetmodule' en 'persoonlijke artsencontacten'. Indien u de vrije keuze had, welke vorm van begeleiding zou u verkiezen?

ALLEEN INTERNETBEGELEIDING – ALLEEN PERSOONLIJKE BEGELEIDING DOOR DE HUISARTS – INTERNETBEGELEIDING IN COMBINATIE MET PERSOONLIJKE BEGELEIDING DOOR DE HUISARTS

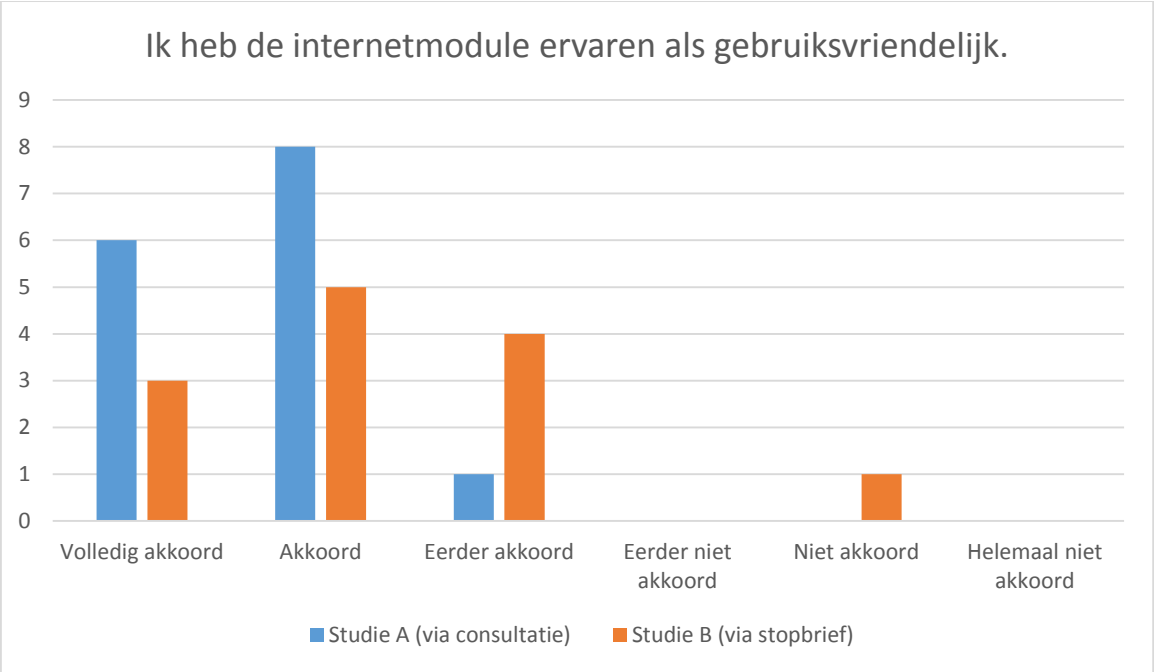


10. Verklaar uw antwoord op vraag 9.

OPEN VRAAG

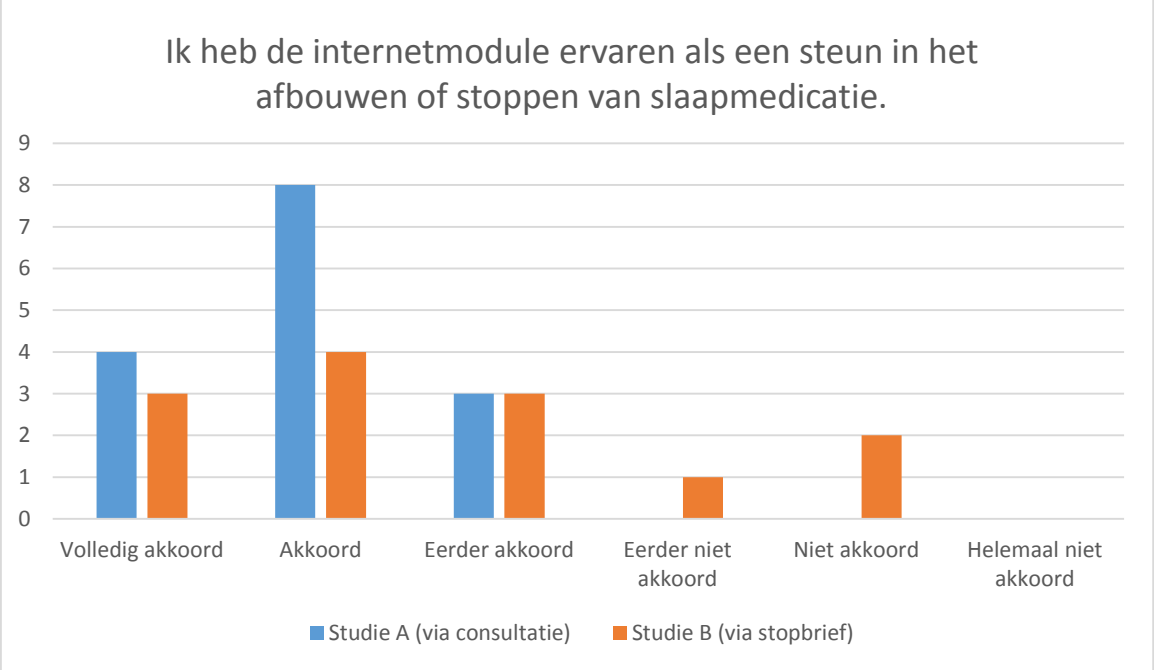
11. Ik heb de internetmodule ervaren als gebruiksvriendelijk

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



12. Ik heb de internetmodule ervaren als een steun in het afbouwen of stoppen van slaapmedicatie

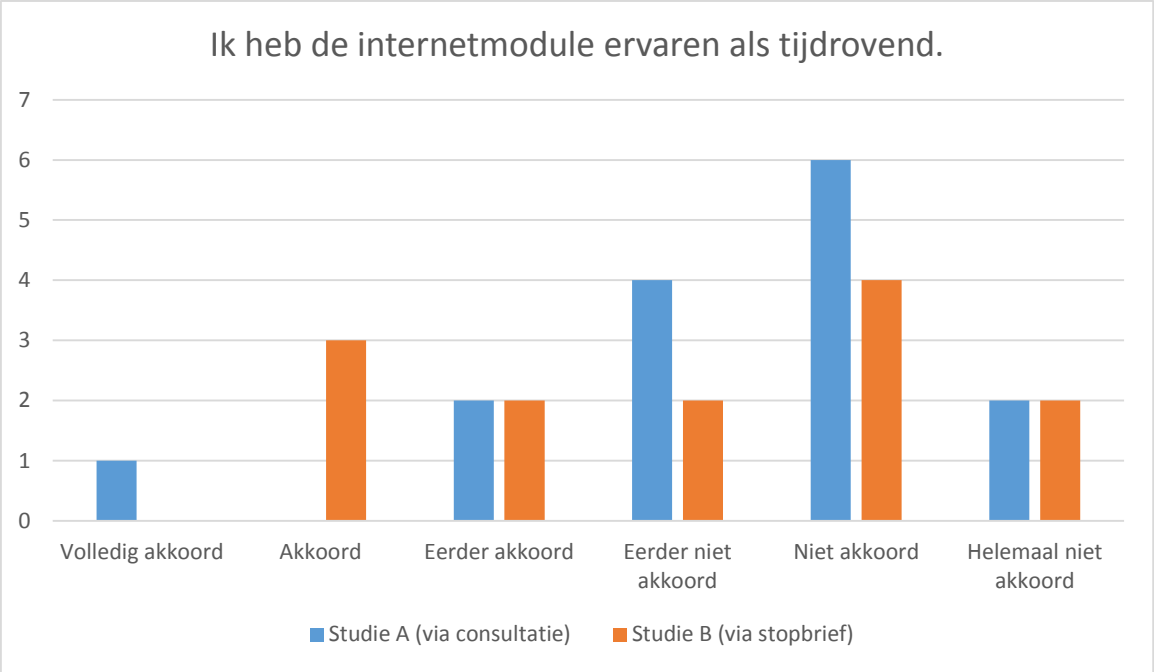
VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



7

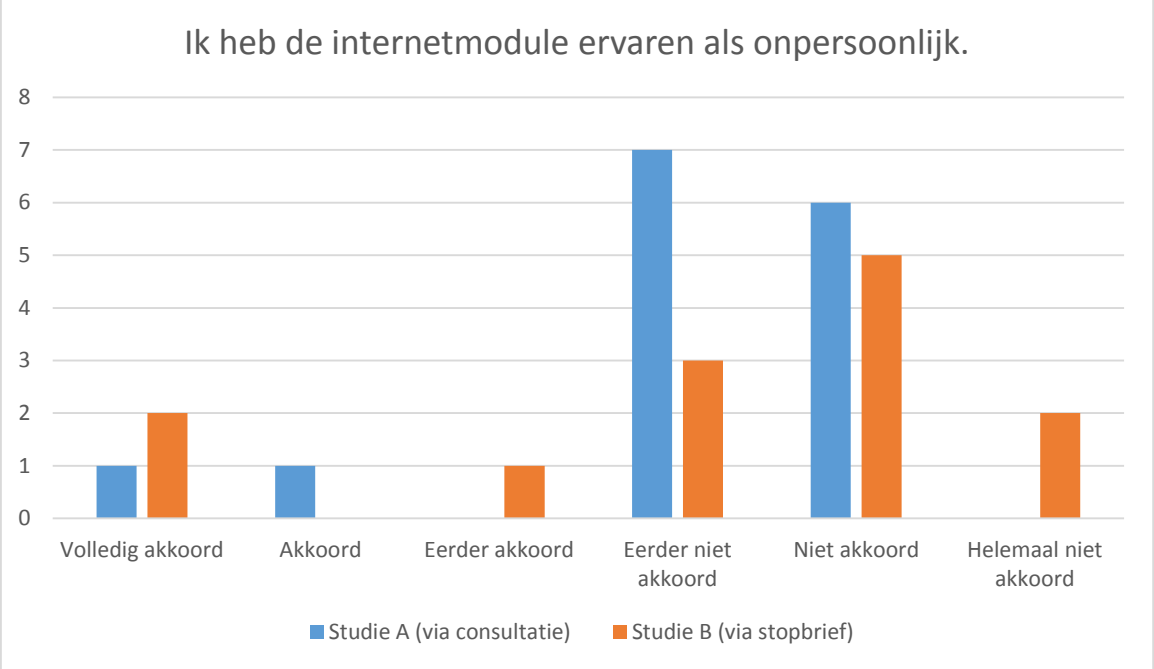
13. Ik heb de internetmodule ervaren als tijdrovend

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



14. Ik heb de internetmodule ervaren als onpersoonlijk

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD

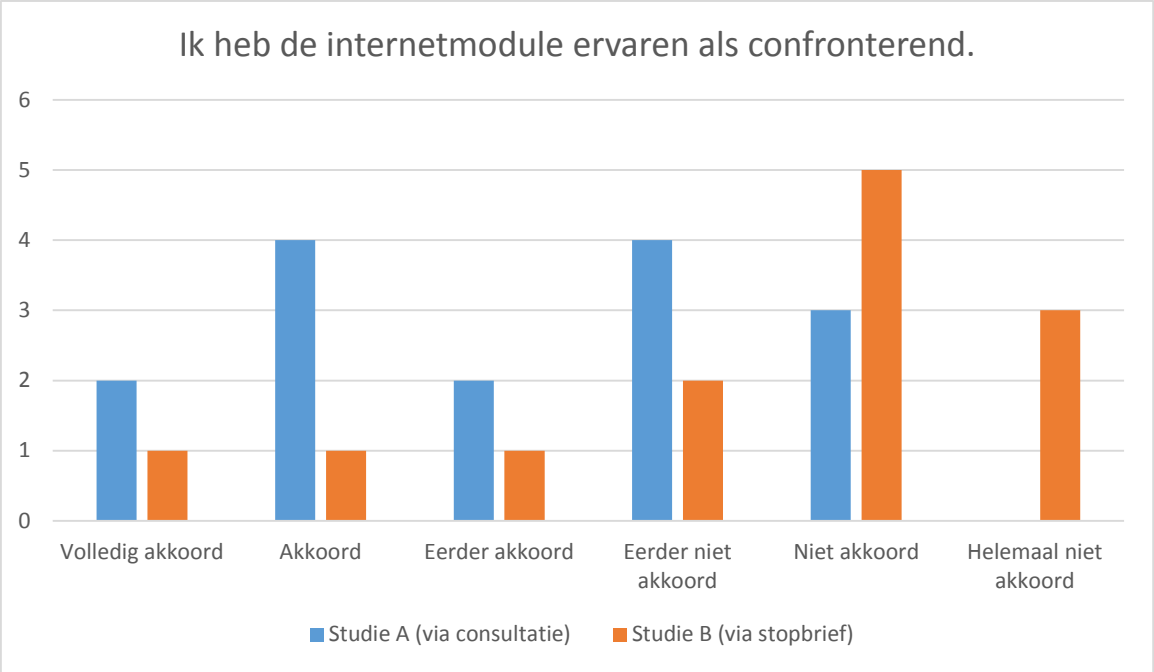


15. Indien u de internetmodule eerder ‘onpersoonlijk’ vindt, hoe had u dit graag anders gezien?

OPEN VRAAG

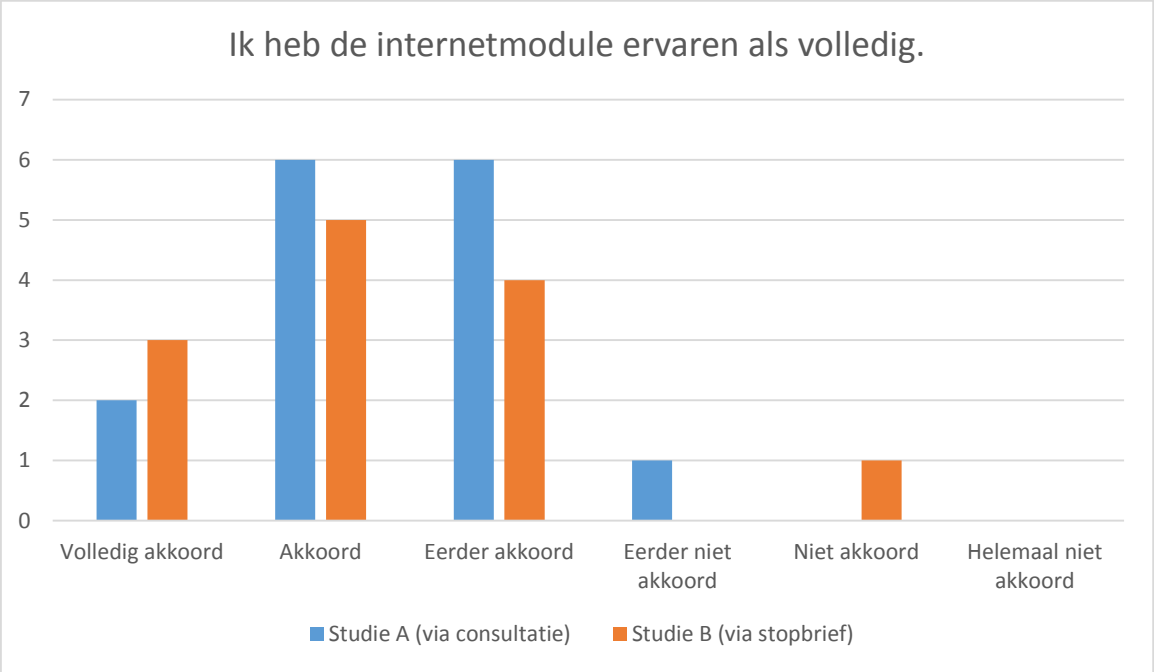
16. Ik heb de internetmodule ervaren als confronterend

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



17. Ik heb de internetmodule ervaren als volledig

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD

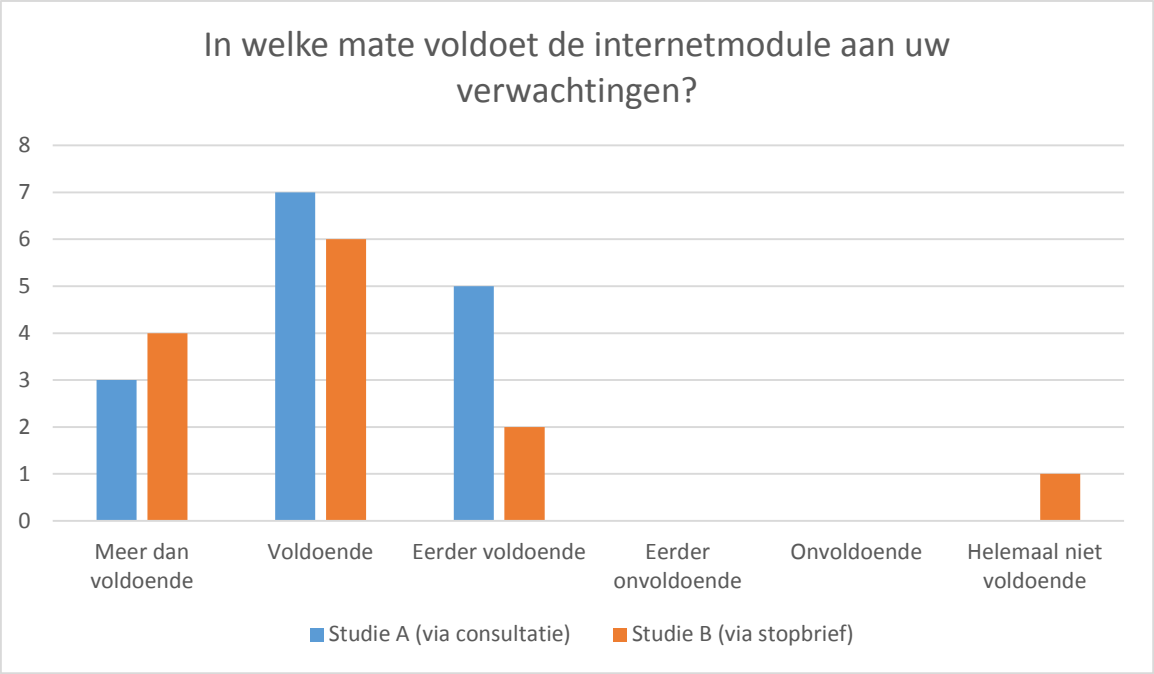


18. Indien u de internetmodule onvolledig vindt, welke informatie ontbrak volgens u?

OPEN VRAAG

19. In welke mate voldoet de internetmodule aan uw verwachtingen?

MEER DAN VOLDOENDE – VOLDOENDE - EERDER VOLDOENDE – EERDER ONVOLDOENDE – ONVOLDOENDE – HELEMAAL NIET VOLDOENDE



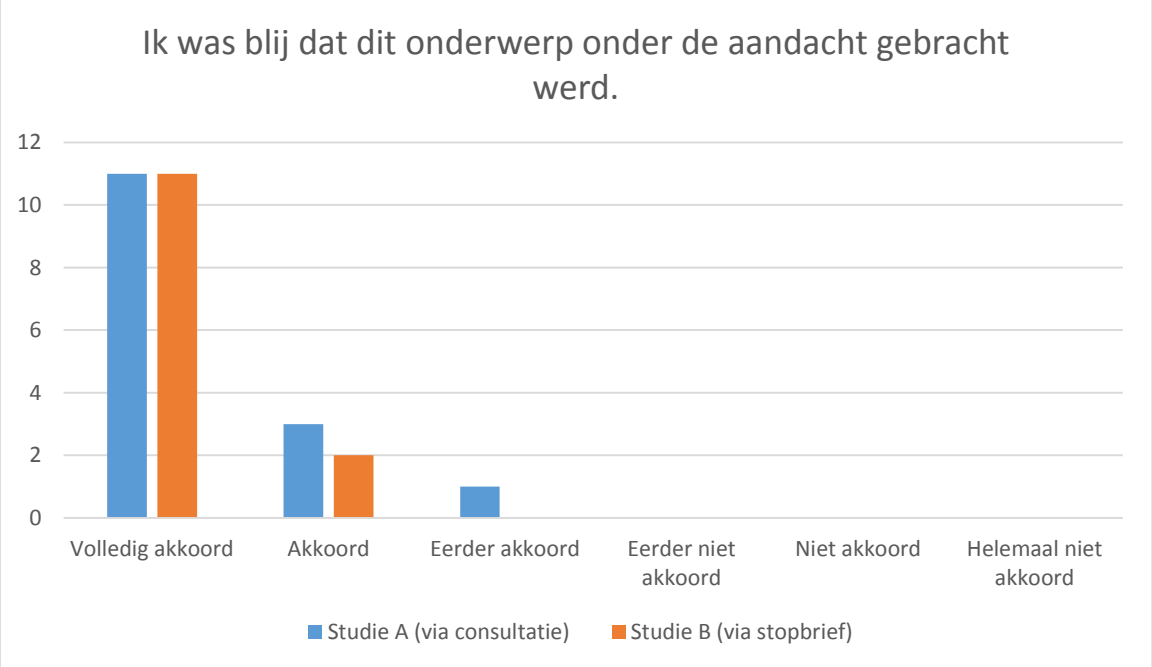
20. Wat zou volgens u beter kunnen?

OPEN VRAAG

Evaluatie "wijze van benadering"

21. Ik was blij dat dit onderwerp onder de aandacht gebracht werd.

VOLLEDIG AKKOORD – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



CAROLINE:

22. *Ik was tevreden met de manier waarop dit onderwerp onder de aandacht gebracht werd (door middel van een gepersonaliseerde stopbrief).*

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



23. Verklaar uw antwoord op voorgaande vraag (vraag 22).

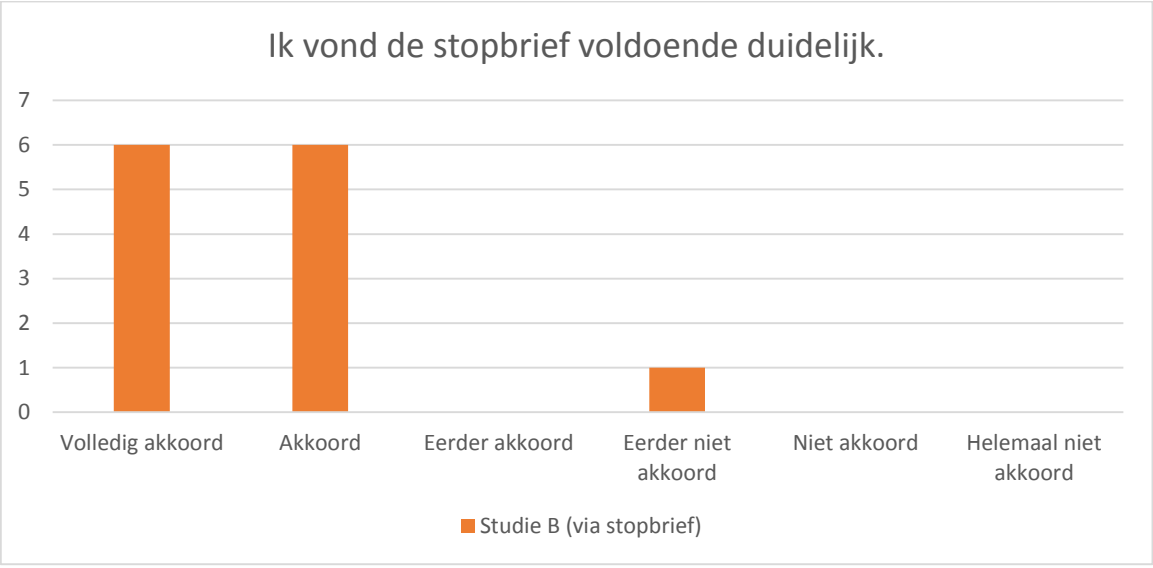
OPEN VRAAG

24. Hoe heeft u het ontvangen van een (gepersonaliseerde) stopbrief ervaren?

OPEN VRAAG

25. Ik vond de stopbrief voldoende duidelijk.

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



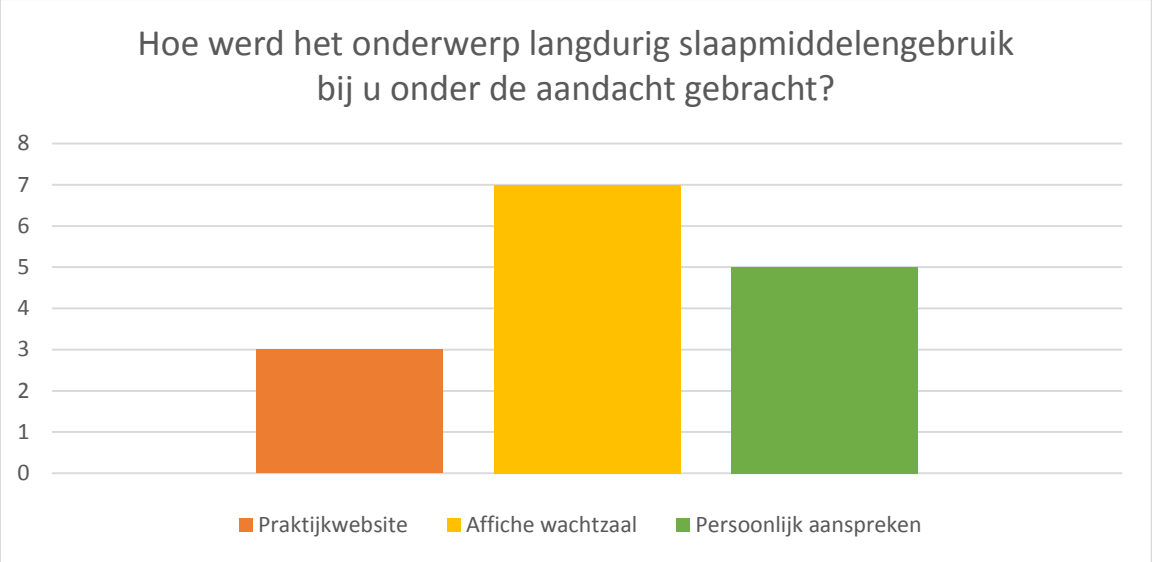
26. Indien u de stopbrief niet voldoende duidelijk vond, wat ontbrak er volgens u? Wat kan er volgens u aan verbeterd worden?

OPEN VRAAG

GEERT:

22. Hoe werd het onderwerp langdurig slaapmiddelengebruik bij u onder de aandacht gebracht?

EEN BERICHT OP DE WEBSITE VAN DE PRAKTIJK – DE AFFICHE IN DE WACHTZAAL – PERSOONLIJKE AANSPREKING DOOR UW HUISARTS



23. Ik was tevreden met de manier waarop dit onderwerp onder de aandacht gebracht werd.

VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



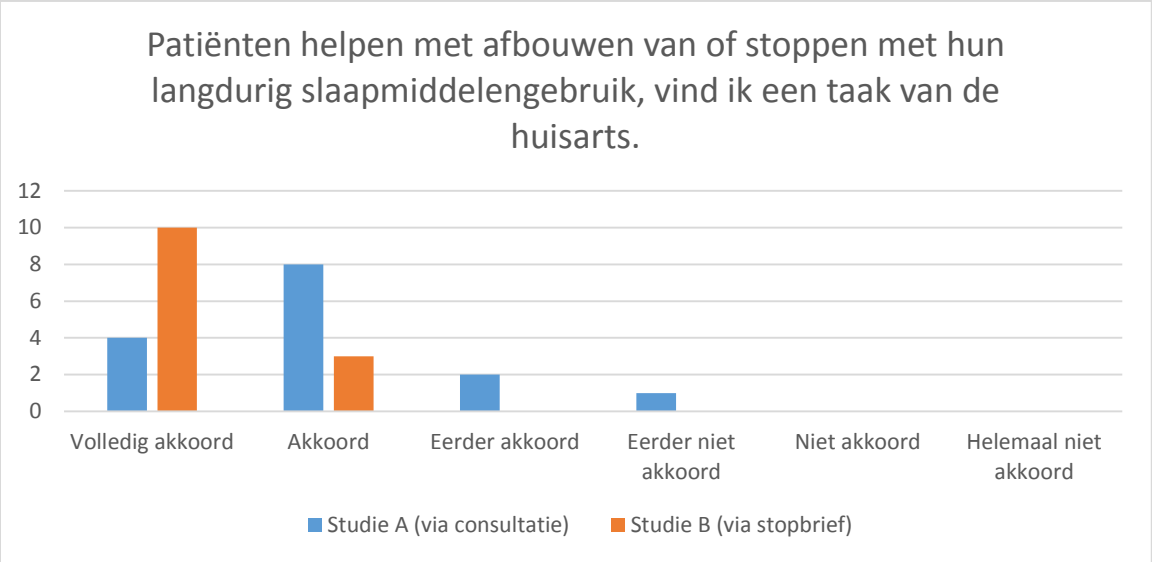
24. Verklaar uw antwoord op voorgaande vraag.

OPEN VRAAG

GEMEENSCHAPPELIJK

25/27. Patiënten helpen met afbouwen of stoppen van hun langdurig slaapmiddelengebruik, vind ik een taak van de huisarts.

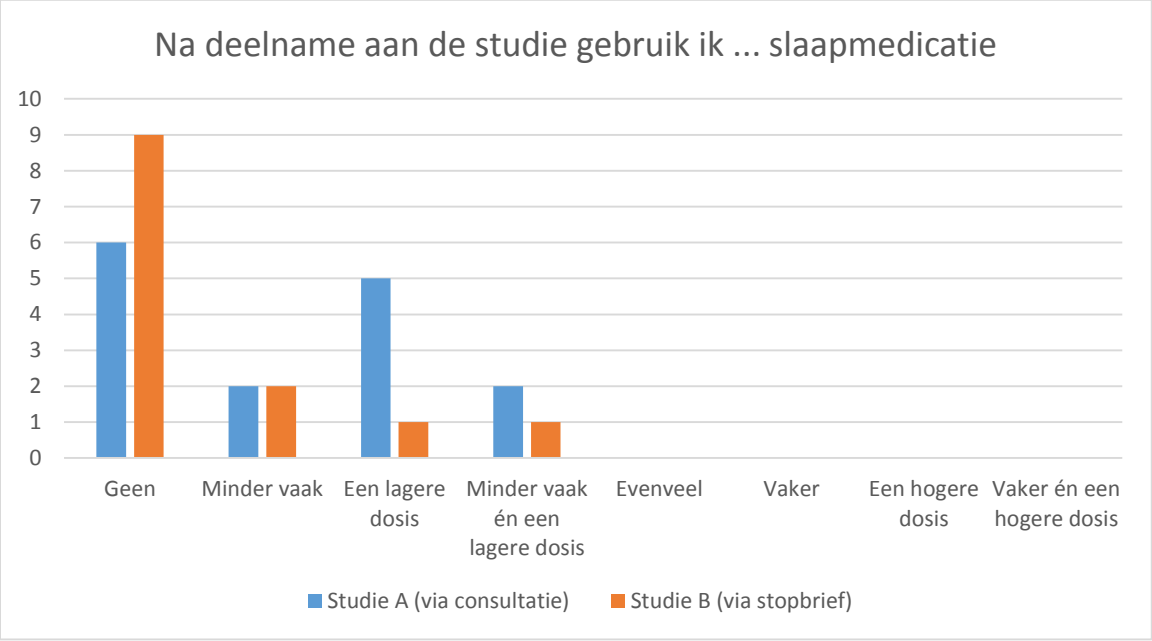
VOLLEDIG AKKOOR D – AKKOORD – EERDER AKKOORD – EERDER NIET AKKOORD – NIET AKKOORD – HELEMAAL NIET AKKOORD



'"Subjectieve verbetering?"

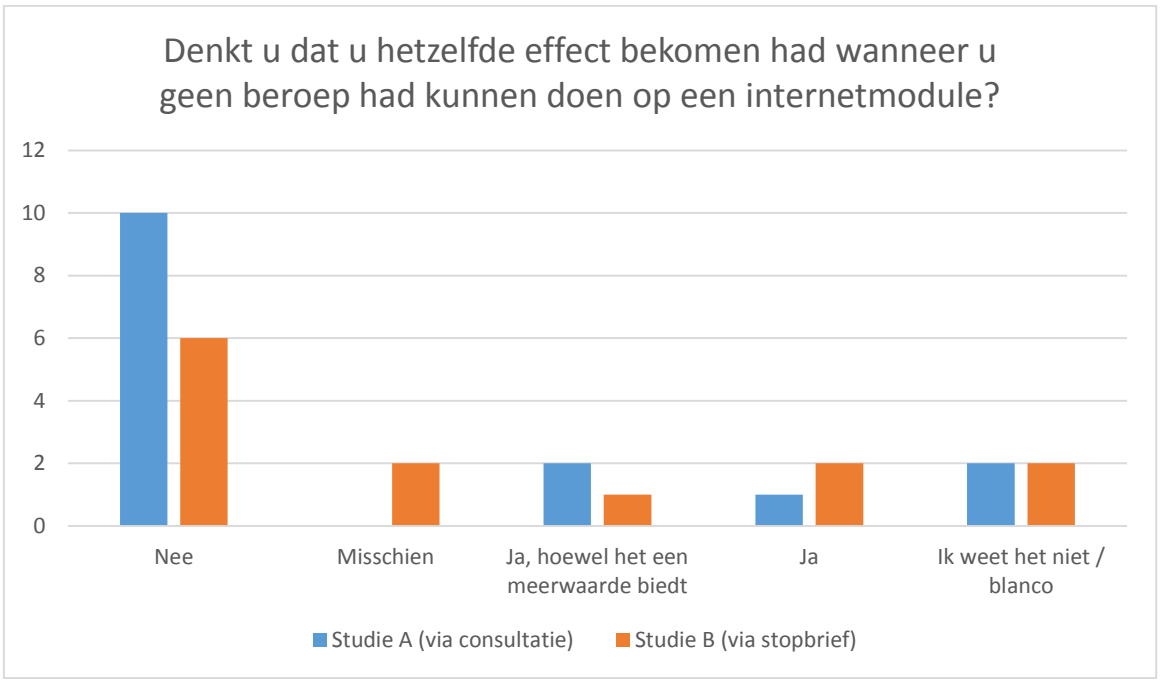
26/28. Door deel te nemen aan de studie, gebruik ik…: (duid aan wat het beste bij uw situatie past):

a. … geen slaapmedicatie meer.
b. … minder vaak slaapmedicatie. Een volledige stop is me (nog) niet gelukt.
c. … een lagere dosis slaapmedicatie. Een volledige stop is me (nog) niet gelukt.
d. … minder vaak slaapmedicatie. Ik heb (nog) geen stoppoging ondernomen.
e. … een lagere dosis van slaapmedicatie. Ik heb (nog) geen stoppoging ondernomen.
f. … minder vaak slaapmedicatie én een lagere dosis. Een volledige stop is me (nog) niet gelukt
g. … nog steeds evenveel slaapmedicatie. Ik heb geprobeerd om te minderen, maar ben daar niet in geslaagd.
h. … nog steeds evenveel slaapmedicatie. Ik heb (nog) geen poging tot verminderen ondernomen.
i. … vaker slaapmedicatie dan vroeger.
j. … een hogere dosis slaapmedicatie dan vroeger.
k. … vaker slaapmedicatie dan vroeger én een hogere dosis



27/29. Denkt u dat u hetzelfde effect bekomen had wanneer u **geen** beroep had kunnen doen op een elektronische internetmodule? Verklaar.

OPEN VRAAG



25. Indien u er niet in geslaagd bent om uw gebruik te minderen of te stoppen, wat zijn volgens u de oorzaken hiervan?

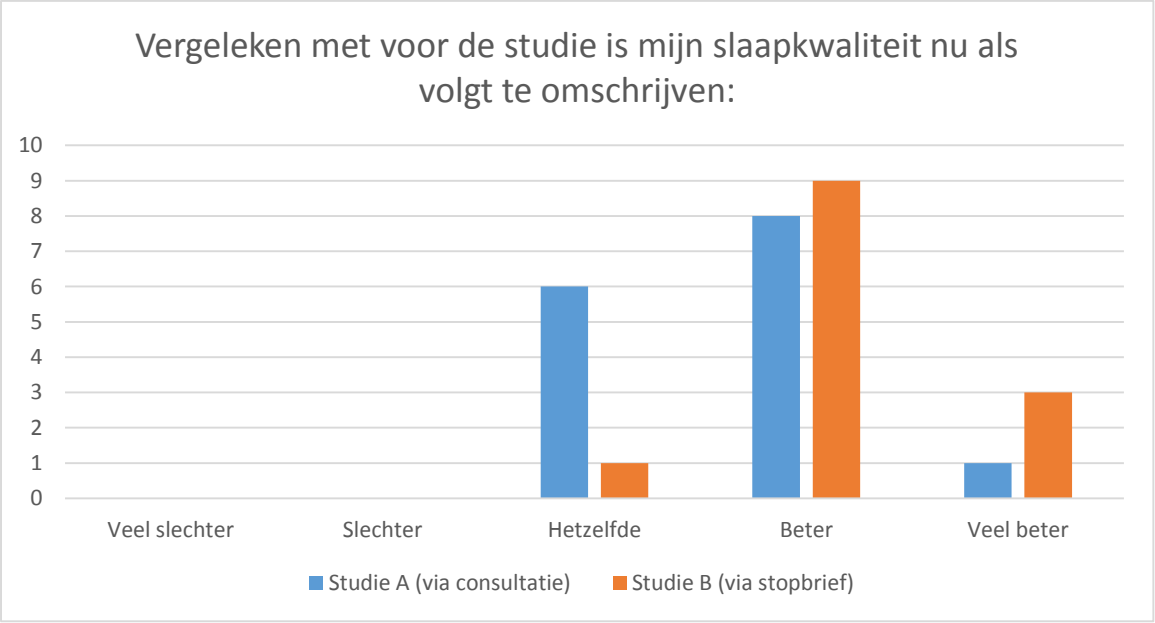
OPEN VRAAG

26. Wat zou u wel geholpen kunnen hebben?

OPEN VRAAG

27. Vergeleken met voor de studie is mijn slaapkwaliteit nu als volgt te omschrijven:

VEEL SLECHTER – SLECHTER – NIET SLECHTER – NIET BETER – BETER – VEEL BETER



28. Vergeleken met voor de studie is mijn slaapduur nu als volgt te omschrijven:

VEEL SLECHTER – SLECHTER – NIET SLECHTER – NIET BETER – BETER – VEEL BETER

