Wat is de haalbaarheid van de huidige Domus Medica-aanbeveling Slapeloosheid in de aanpak van patiënten met een nieuwe klacht van slapeloosheid in een huisartspraktijk te Lede?

De Feyter Jana, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Thierry Christiaens, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Tom Declercq, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar 2012-2014

ABSTRACT

Wat is de haalbaarheid van de huidige Domus Medica-aanbeveling Slapeloosheid in de aanpak van patiënten met een nieuwe klacht van slapeloosheid in een huisartspraktijk te Lede?

Context: Slapeloosheid is een frequente klacht in de huisartspraktijk. De huisarts speelt een sleutelrol in zowel diagnostiek als aanpak. Ondanks de bestaande richtlijnen met nadruk op een oorzakelijke en niet-medicamenteuze aanpak, wordt er nog vaak een slaapmiddel voorgeschreven.

Onderzoeksvragen: Het doel van dit onderzoek was het optimaliseren van de aanpak van slapeloosheid in de huisartspraktijk. Op welke manier verschilt de aanpak van de Domus Medica-aanbeveling met de aanpak uit de voormeting? Is de Domus Medica-aanbeveling over de aanpak van slapeloosheid haalbaar voor de huisarts? Wat is de patiënttevredenheid over deze aanpak?

Methode: Bij de start van het onderzoek werd gedurende 1 maand een voormeting gedaan om na te gaan wat de aanpak is voor de interventie. Vervolgens werd gedurende 3 maanden door de huisarts-in-opleiding de Domus Medica-aanbeveling toegepast bij alle patiënten tussen 20 en 50 jaar die consulteerden met een spontane, nieuwe klacht van slapeloosheid. De anamnese bestond uit 11 vragen zoals beschreven in de richtlijn. Tijdens het consult werden patiënten behandeld conform de richtlijn met nadruk op een oorzakelijke en niet-medicamenteuze aanpak. Na afloop van het consult vulde de arts zelf een vragenlijst in waarin werd gepeild in welke mate de richtlijn werd gevolgd en hoe de arts dit heeft ervaren. Drie weken na de consultatie werden de patiënten opgebeld om te peilen naar de evolutie van hun klacht en hun tevredenheid.

Resultaten: Tijdens de voormeting werden 3 patiënten geregistreerd. Ze werden allen behandeld met medicatie, al dan niet in monotherapie. Tijdens de interventie werden 10 patiënten geïncludeerd. Ze kregen allemaal een niet-medicamenteuze aanpak, bij 2 ervan in combinatie met een oorzakelijke behandeling, bij 1 ervan in combinatie met medicatie en bij 1 patiënt werd een combinatie van de drie therapieën toegepast. Bij de meeste consulten had de arts het gevoel dat de patiënt tevreden was over de aanpak. De haalbaarheid voor de arts bleek in deze studie daarentegen minder eenduidig positief. Bij follow-up bleken alle patiënten tevreden tot zeer tevreden en was bij de meerderheid van de patiënten het slaapprobleem verbeterd.

Conclusies: De resultaten tonen een duidelijk verschil in aanpak tussen de voormeting en de interventie. De haalbaarheid werd door de arts niet als eenduidig positief bestempeld: vooral de duur van het consult en de verwijzing naar eerstelijnspsychologen vormen een knelpunt. De patiënttevredenheid scoorde daarentegen telkens hoog tot zeer hoog. Het patiëntenaantal in deze studie is echter te klein om hieruit harde besluiten te trekken.

E-mail: jana.defeyter@ugent.be

DANKWOORD

Met het schrijven van dit dankwoord leg ik de laatste hand aan een project waarin ik de voorbije twee jaar heel wat energie gestoken heb. Ik had graag van de gelegenheid gebruik gemaakt om een aantal mensen te bedanken die ervoor gezorgd hebben dat deze scriptie tot stand is kunnen komen.

Bedankt….

Prof. dr. Thierry Christiaens en dr. Tom Declercq voor de goede raad en continue beschikbaarheid.

Bedankt….

Dr. Nathalie Janssens en andere collega's voor de medewerking en jullie luisterend oor.

Bedankt….

Adriaan voor de onvoorwaardelijke steun, zowel nu al tijdens mijn volledige studies.

Bedankt….

Jolyce voor de schrijfweekends aan zee. Zonder jou was het mij nooit gelukt!

INHOUDSTAFEL

INLEIDING **5**
1. Keuze van het onderwerp 5
2. De slaap 5
3. Slapeloosheid: definitie en epidemiologie 7
4. Slapeloosheid: diagnostiek 8
5. De aanpak van slapeloosheid 9

METHODE **13**
1. Literatuur 13
2. Setting 13
3. Voormeting 13
4. De interventie 14
5. Doel van het onderzoek 15

RESULTATEN **16**
1. Voormeting 16
2. De interventie 16
   2.1. Geïncludeerde patiënten 16
   2.2. Vragenlijst anamnese 16
      2.2.1. De klacht verduidelijken 16
      2.2.2. Exploratie van ideeën en verwachtingen 17
      2.2.3. Diagnostisch landschap 18
   2.3. Vragenlijst arts 20
      2.3.1. Anamnese 20
      2.3.2. Aanpak 21
      2.3.3. Ervaring 22
   2.4. Vragenlijst patiënttevredenheid 23
      2.4.1. De evolutie 23
      2.4.2. De behandeling 23
      2.4.3. Tevredenheid 24

DISCUSSIE **26**
1. Voormeting 26
2. De interventie 26
   2.1. Geïncludeerde patiënten 26
   2.2. Vragenlijst anamnese 26
      2.2.1. De klacht verduidelijken 26
      2.2.2. Exploratie van ideeën en verwachtingen 27
      2.2.3. Diagnostisch landschap 27
   2.3. Vragenlijst arts 27
      2.3.1. Anamnese 27
      2.3.2. Aanpak 28
      2.3.3. Ervaring 28
   2.4. Vragenlijst patiënttevredenheid 29
      2.4.1. De evolutie 29
      2.4.2. De behandeling 29
      2.4.3. Tevredenheid 30

BESLUIT **31**

REFERENTIES **32**

BIJLAGEN **35**

INLEIDING

1. Keuze van het onderwerp

Slapeloosheid is een frequente klacht in de huisartspraktijk. De huisarts speelt een sleutelrol in zowel diagnostiek als aanpak. Ondanks de bestaande richtlijnen met nadruk op een oorzakelijke en niet-medicamenteuze aanpak, wordt er nog vaak een slaapmiddel voorgeschreven.[1]

Na enkele maanden in de praktijk viel mij op hoeveel patiënten slaapmiddelen nemen. Ik stelde vast dat ze dit vaak al jaren namen zonder dat dit door arts of patiënt in vraag werd gesteld. Ook bij patiënten met een nieuwe klacht van slapeloosheid werd al gauw gekozen voor een medicamenteuze aanpak. De redenen bleken uiteenlopend: de verwachting van de patiënt, een snel resultaat, te weinig ervaring en/of tijd voor een niet-medicamenteuze aanpak, … Ik besloot via mijn manama-project na te gaan of het mogelijk is de bestaande Vlaamse richtlijn toe te passen in de praktijk.

2. De slaap

Voor een goed inzicht in de gestoorde slaap is kennis van de fysiologische slaap noodzakelijk.
De totale slaaptijd wisselt sterk van persoon tot persoon. De totale slaapduur bedraagt bij ongeveer 65% van de volwassenen 7 à 8 uur. Acht procent heeft voldoende met 5 uur slaap, terwijl 2% langer dan 10 uur slaapt. Een normale inslaaptijd is arbitrair vastgelegd op ongeveer een kwartier en het is normaal dat mensen 2 à 3 maal per nacht wakker worden. Als men 's nachts wakker wordt, gebeurt dit meestal heel kort en herinnert men het zich niet eens. Zo'n slaaponderbreking gebeurt doorgaans even na de overgang van REM-slaap naar de volgende slaapcyclus. Een wat langere inslaaptijd, frequentere slaaponderbrekingen en langere waakperiodes 's nachts kunnen een negatieve invloed op de slaapbeleving hebben, zonder dat dit gepaard hoeft te gaan met slaperigheid overdag. Algemeen overschatten mensen met slaapproblemen de duur van het wakker liggen 's nachts.[2,3]

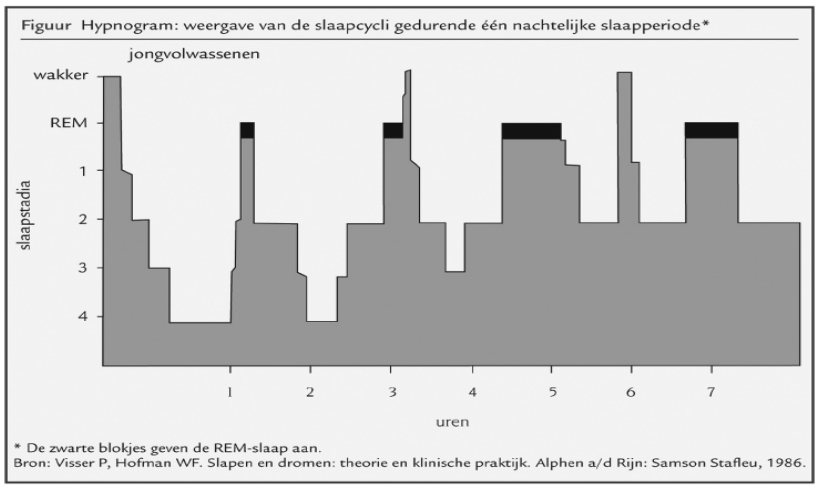
Op grond van de verschijnselen bij elektro-encefalografisch onderzoek (EEG) deelt men de slaap in verschillende stadia in: non-REM-slaap: stadia 1 tot en met 4 en REM-slaap. De non-REM-slaap bestaat uit lichte en diepe slaap. De slaap bestaat uit 4 à 5 cycli van ongeveer anderhalf uur, dit noemt men de slaaparchitectuur. Elke cyclus bestaat uit een aantal slaapstadia:

- Stadium 1 is een sluimerstadium: toestand van gedaald bewustzijn waarin één of enkele fysiologische schokkende bewegingen mogelijk zijn.
- Stadium 2 is kwantitatief het belangrijkste deel van de slaap: de ondiepe slaap.
- Stadium 3 en 4 vormen de diepe slaap. Ze worden onderverdeeld op basis van het percentage deltagolven. Om die reden wordt de diepe slaap ook deltaslaap of slow wave sleep genoemd. Bij toenemende slaapdiepte dalen spierspanning, bloeddruk, ademhalings- en hartfrequentie.

- De REM-slaap: hiermee wordt elke slaapcyclus per definitie afgesloten. De REM-slaap is genoemd naar de typerende snelle oogbewegingen die zich erin voordoen: Rapid Eye Movements. Het EEG hiervan lijkt op dit van een wakkere toestand, maar de skeletspieren zijn volledig verslapt. In dit stadium droomt men het meest.

De stadia 3 en 4 komen voornamelijk voor in het eerste gedeelte van de nacht, in tegenstelling tot de REM-slaap die vooral voorkomt op het einde van de nacht.[2]

De slaap kan op een objectieve manier gekwantificeerd worden door het uitvoeren van een slaaponderzoek, het zogenaamde polysomnografisch onderzoek. Bij dit onderzoek wordt gedurende één nacht electro-encefalografische signalen, oogbewegingen, spieractiviteit, beenbewegingen, ademhalingsbewegingen en saturatie gemeten. Op die manier kunnen de verschillende slaapstadia grafisch worden voorgesteld in een hypnogram.[2]



Figuur 1: hypnogram

Na slaaponthouding wordt vooral de diepe slaap ingehaald en niet stadium 2 en de REM-slaap.
De hoeveelheid diepe slaap lijkt het meest essentieel voor het herstel van het cerebrum. De diepe slaap is het meest geconcentreerd in de eerste twee cycli van de slaap. Om die reden wordt deze soms de ‘kernslaap’ genoemd. Het in tijdsduur wisselende tweede deel noemt men dan ‘optional sleep’: een facultatief soort slaap met onduidelijke functie. Kortslapers hebben een gelijke hoeveelheid diepe slaap in vergelijking met anderen en slapen dus efficiënter.[2]

Tijdens de slaap vinden er naast cerebrale verschijnselen ook lichamelijke veranderingen plaats.
De zogenaamde biologische klok, gelegen in de nucleus suprachiasmaticus, wordt beïnvloed door licht en donker en heeft invloed op vrijwel alle processen in het lichaam. De productie van groeihormoon en prolactine neemt toe tijdens de diepe slaap. De corticosteroïdspiegel en de lichaamstemperatuur dalen kort voor het inslapen en stijgen opnieuw voor het ontwaken.[2]

Het verschil tussen een ochtendmens en een avondmens schuilt in het feit dat er bij ochtendmensen ’s avonds een vroegere daling van bijnierschorshormonen en temperatuur is. Het circadiane ritme en daarmee het slaap-waakritme staat onder invloed van het melatonineritme. Melatonine wordt

geproduceerd door de epifyse. Het tijdstip waarop de melatonineproductie op gang komt, de melatonine-onset, is afhankelijk van de biologisch klok en van de informatie over licht en donker. Licht remt de melatoninesecretie. De overgang van licht naar donker en omgekeerd synchroniseert via de epifyse het melatonineritme en daarmee andere circadiane ritmes zoals slaap-waak-, temperatuurs- en cortisolritme tot een 24-uursritme. Zonder die prikkels van buitenaf zou het eigen slaap-waakritme van het lichaam langer zijn dan 24 uur.[2,3]

Het slaappatroon verandert met de leeftijd: ouderen worden vaker wakker tijdens de nacht, hebben een lichtere slaap en een lagere slaapefficiëntie dan jongere volwassenen. Over het algemeen kan gezegd worden dat wanneer ouderen vroeger gaan slapen, ze ook vroeger wakker worden dan jongeren.[2,3]

3. Slapeloosheid: definitie en epidemiologie

Slapeloosheid wordt gedefinieerd als klachten over slechte slaapkwaliteit of slaapkwantiteit waarbij het functioneren overdag negatief wordt beïnvloed. Slecht slapen betekent moeilijk inslapen (meer dan 30 minuten nodig om in te slapen) en/of slecht doorslapen (frequent 's nachts wakker worden) en/of 's ochtends zeer vroeg wakker worden. Slapeloosheid is een 24-uursprobleem. We spreken van pseudo-insomnia of vermeende slapeloosheid als er klachten zijn over de slaap die de patiënt overdag niet hinderen.

We maken een onderscheid tussen kortdurende of acute slapeloosheid (korter dan drie weken) en langdurige of chronische slapeloosheid (langer dan drie weken). Er bestaan ook andere classificaties op basis van oorzaak of ernst van de slapeloosheid. Het vaak gehanteerde verschil tussen inslaap- en doorslaapstoornissen is echter niet relevant voor de diagnostiek en de aanpak van slaapproblemen.[1-4]

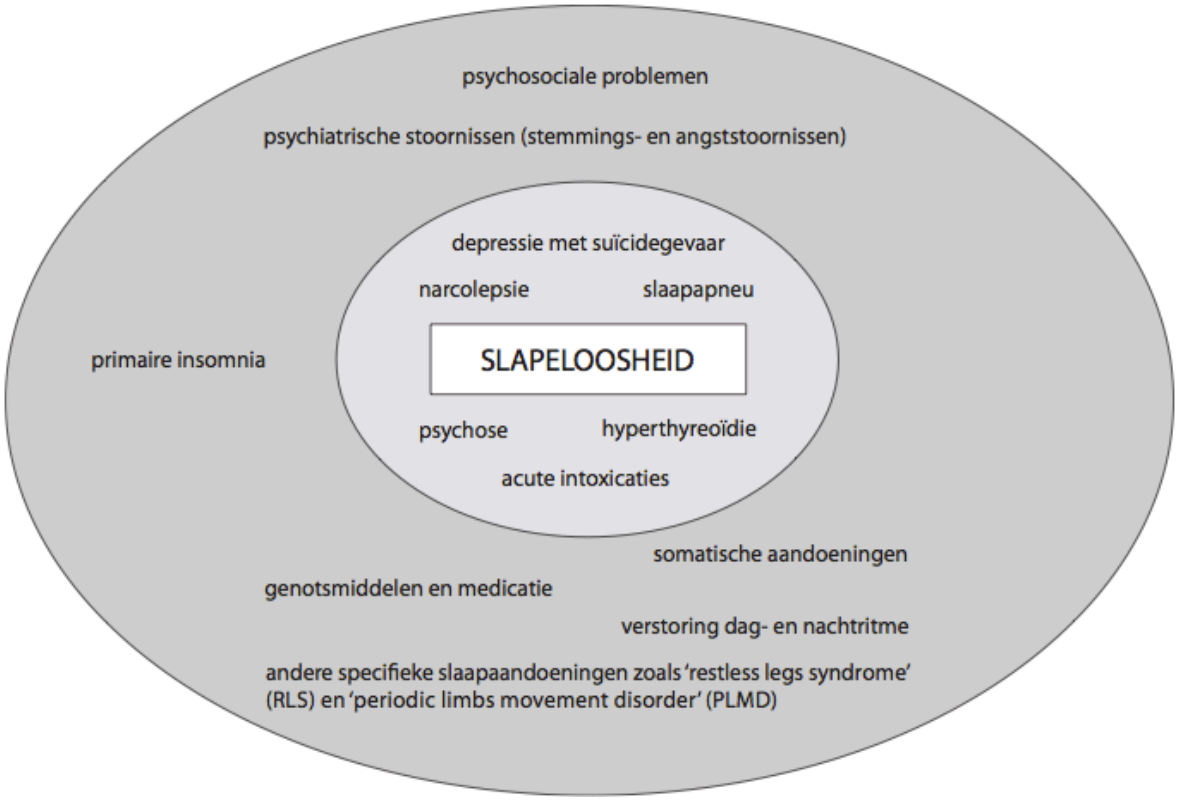
In de Belgische gezondheidsenquête van 2008 meldt 21% van de ondervraagden van 15 jaar en ouder slaapproblemen te hebben. Bij vrouwen is dit 24%, bij mannen 18%. Slaapproblemen nemen toe met de leeftijd: bij de 15- tot 24-jarigen slaapt 15% niet goed in tegenstelling tot 29% van de 75-plussers. Bij vrouwen treedt een belangrijke stijging op vanaf ongeveer 45 jaar, bij mannen is dit vanaf de leeftijd van 55 jaar. Verder komen slaapproblemen vaker voor bij laaggeschoolden.[5]

Slechts 10 tot 20% van de personen met slaapproblemen consulteert hiervoor de huisarts. Er is weinig gekend over de impact van slapeloosheid op bevolkingsniveau. Wel weet men dat langdurige slapeloosheid samenhangt met het vaker voorkomen van verkeersongevallen, arbeidsongevallen, valpartijen en allerlei psychiatrische problemen zoals depressie, angst, dementie, alcoholmisbruik en aanleiding geeft tot een verhoogde mortaliteit.[1,5-7]

4. Slapeloosheid: diagnostiek

De huisarts speelt een sleutelrol in de diagnostiek en aanpak van slapeloosheid. In de meeste gevallen volstaat een systematische en goed gestructureerde anamnese voor een correcte diagnostiek. Hiervoor dient de arts te beschikken over voldoende kennis over het fenomeen slaap en is het belangrijk de slaapproblemen van de patiënt ernstig te nemen. Ten eerste dient nagegaan te worden of er echt een slaapstoornis aanwezig is. Hiervoor is het belangrijk de ICE (ideas, concerns, expectations) van de patiënt rond zijn of haar slaappatroon na te gaan.[1-3] Belgisch onderzoek in de eerste lijn toonde aan dat het bevragen van de ICE in het algemeen ook invloed kan hebben op het voorschrijfgedrag van artsen in die zin dat er minder vaak nieuwe medicatie wordt opgestart.[8]

De differentiaal diagnose van slapeloosheid bevat somatisch en psychiatrische aandoeningen, psychosociale problemen, intoxicaties en iatrogene oorzaken, verstoring van dag- en nachtritme en de meer specifieke slaapstoornissen. Al deze oorzaken kunnen worden voorgesteld in een diagnostisch landschap waarbij in de binnenste cirkel de ernstige of levensbedreigende maar behandelbare aandoeningen staan en in de buitenste cirkel de andere te overwegen aandoeningen. Psychosociale problemen vertegenwoordigen in onze maatschappij de grootste oorzaak van slapeloosheid.
Als slapeloosheid gepaard gaat met een onderliggende aandoening, noemen we dit secundaire slapeloosheid. Als op basis van de anamnese en eventueel een beperkt klinisch onderzoek geen duidelijke oorzaak kan worden vastgesteld, noemen we dit primaire slapeloosheid of insomnia.[1-3]



Figuur 2: diagnostisch landschap[1]

5. De aanpak van slapeloosheid

Het onderzoek rond de aanpak van slapeloosheid is talrijk, meestal wordt een vergelijking gemaakt tussen de medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanpak of tussen specifieke behandelingen onderling. Dergelijke studies worden echter zelden in de huisartssetting uitgevoerd, meestal gaat het om gespecialiseerde psychologische of psychiatrische instellingen.

Domus Medica stelt dat de huisarts in de aanpak van slapeloosheid een driestappenplan dient te volgen. Ten eerste dienen de oorzakelijke factoren aangepakt te worden. Wanneer geen onderliggende aandoening gevonden wordt of de oorzakelijke aanpak faalt, is niet-medicamenteuze aanpak zoals relaxatie, verbeteren van de slaaphygiëne of eventueel gedragstherapie te verkiezen. Indien toch een hypnoticum voorgeschreven wordt, gebruikt men het waar mogelijk slechts gedurende enkele dagen. Gezien hun ongunstige risico-batenverhouding worden benzodiazepines en verwanten afgeraden in de aanpak van slapeloosheid bij ouderen.[1,4,9-13]

Uit onderzoek naar de reden waarom huisartsen een slaapmiddel opstarten bleek dat ze dit vaak doen omdat ze overweldigd werden door de psychosociale problemen van hun patiënt. Het voorschrijven dient hierbij als teken van empathie. Opmerkelijk was dat de verwachting van de patiënt niet vermeld werd als element bij het voorschrijven, in tegenstelling tot de bestaande literatuur over chronisch gebruik. Huisartsen beseffen dat medicatie niet de ideale oplossing is, maar zien geen pasklaar alternatief. Dit zou mee verklaard kunnen worden door het feit dat ze onvoldoende vertrouwd zijn met het niet-medicamenteuze alternatief of problemen hebben met de doorverwijzing naar gespecialiseerde eerstelijnsdiensten voor psychotherapie.[14]

- Oorzakelijke aanpak

Indien er een onderliggende aandoening aanwezig is, dient deze aangepakt te worden. Voorbeelden hiervan zijn het slaapapneusyndroom, restless leggs, … De concrete aanpak hiervan wordt niet beschreven in de richtlijn van Domus Medica.[1]

- Niet-medicamenteuze aanpak

Domus Medica opteert dat er bij de niet-medicamenteuze aanpak allereerst gerichte patiëntenvoorlichting wordt gegeven, gebaseerd op informatie uit de anamnese. Het nut van patiëntenvoorlichting in monotherapie werd niet eenduidig bewezen, maar algemeen wordt aangenomen dat patiënten baat hebben bij voorlichting en recht hebben op informatie. Het is hierbij de bedoeling eventuele foutieve ideeën over slaap, slaapstoornis en de aanpak ervan te corrigeren. Om die reden is het belangrijk de opvattingen van de patiënt na te vragen in de anamnese.[1-3,6,9,11,12,15-17]

Vervolgens wordt gericht slaapadvies gegeven onder de vorm van slaaphygiëne met stimuluscontrole. Het geven van adviezen rond slaaphygiëne is courant, hoewel de evidentie hierover eerder gering is.[1-3,9, 6,11,18] Sommige adviezen (zoals het afraden van dutjes) worden tegengesproken, over andere

adviezen (zoals een vast uur om naar bed te gaan) bestaan tegenstrijdige meningen. In combinatie met stimuluscontrole blijkt het echter een van de meest efficiënte strategieën. Stimuluscontrole houdt in dat men de patiënt aanraadt op te staan als men na 10 à 20 minuten niet inslaapt. De patiënt dient de slaapkamer te verlaten, iets ontspannends te doen en pas terug te gaan slapen als men zich slaperig voelt.[1-3,6,9,11,15] Het geheel van dergelijke en andere gestructureerde psychologische interventies wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) genoemd. De basis hiervan is de veronderstelling dat disfunctioneel gedrag wordt veroorzaakt door irrationele ideeën. Er bestaat veel onderzoek rond de effectiviteit van CGT bij slapeloosheid waaruit algemeen besloten kan worden dat deze aanpak werkt.[12,16-24]

Tien jaar geleden stelden Harvey en Tang dat er ondanks de hoge prevalentie van slaapproblemen, de beperkingen van de medicamenteuze aanpak en het bewezen succes van CGT nood was aan extra onderzoek. Hierbij moest vooral gefocust worden op de kwaliteit van de onderzoeken, maar ook op de toepassing van de cognitieve gedragstherapie in de praktijk. De effectiviteit ervan blijkt namelijk bij slapeloosheid lager te liggen dan bij andere psychologische problemen.[25] In een review door Wang et al. werd geconcludeerd dat cognitieve gedragstherapie superieur is aan de toepassing van één enkele techniek zoals relaxatie, patiëntvoorlichting, … Zij stelden dat er nood is aan onderzoek rond de toepassing van CGT door eerstelijnsartsen.[26] Mitchell et al. stelden dat huisartsen onvoldoende op de hoogte zijn van het bestaan van of de verwijzing naar CGT. Zij stellen als mogelijke oplossingen hiervoor het beschikbaar (en betaalbaar) zijn van een toenemend aantal gespecialiseerde zorgverleners, een samenwerkingsverband tussen huisartsen met lokale (eerstelijns)psychologen of de toepassing van CGT in de praktijk zelf door daartoe opgeleide verpleegkundigen. Ondanks deze opties blijft de verwijzing naar CGT een grote uitdaging in vergelijking met een eenvoudig voorschrift voor een slaapmiddel.[27]

Een Belgisch onderzoek naar de barrières die huisartsen ondervinden in de toepassing van een niet-medicamenteuze aanpak kon de artsen in drie groepen indelen. Ten eerste was er de groep van (vooral oudere) huisartsen die zich onvoldoende bewust is van de risico's van slaapmiddelen. Ten tweede de groep die zich hier wel van bewust was maar een niet-medicamenteuze aanpak niet ziet als een deel van hun taak als huisarts en tenslotte de groep die openstaat voor de niet-medicamenteuze aanpak maar moeilijkheden ondervindt in het uitvoeren ervan.[28]

Voor zowel patiëntenvoorlichting als slaaphygiëne met stimuluscontrole wordt idealiter opvolging voorzien. Bij persisterende klachten kan verwezen worden naar gespecialiseerde hulpverlening. De niet-medicamenteuze aanpak vraagt van zowel arts als patiënt inspanning en geduld. Het is belangrijk de patiënt hierover in te lichten.[1-3]

Voor lichttherapie en acupunctuur is de werkzaamheid onvoldoende aangetoond in onderzoek van goede methodologische kwaliteit. Zelfhulpinterventies met behulp van boeken, audiotapes of internet zouden werkzamer zijn dan geen behandeling maar minder werkzaam dan face-to-face contact met

een hulpverlener. Deze bevindingen dienen met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd omwille van de lage methodologische kwaliteit van de beschikbare studies.[1,4,29]

- Medicamenteuze aanpak

De Domus Medica-richtlijn stelt dat er slechts in uitzonderlijke gevallen dient geopteerd te worden voor een medicamenteuze aanpak. Indien de ernst van de slapeloosheid door arts of patiënt als zodanig handicaperend wordt beschouwd, kan overgegaan worden tot het voorschrijven van een slaapmiddel. In deze gevallen ondervindt de patiënt een extreme lijdensdruk ten gevolge van de slapeloosheid.[1]

Bij studies rond kortdurend gebruik van benzodiazepines rapporteren patiënten dat hun inslaaptijd verminderde met gemiddeld 15 minuten en de totale slaapduur toenam met 39 à 49 minuten. Op polysomnografisch onderzoek werd hierbij geen verschil in inslaaptijd gezien en een gemiddelde slaapduur die 62 minuten hoger ligt dan bij placebo. De meest gerapporteerde bijwerkingen van benzodiazepines zijn: overdreven sedatie, slaperigheid, duizeligheid, hoofdpijn, geheugenstoornissen, residueel effect overdag (hangover), verwardheid, … Het probleem van conditionering en het risico op gewenning en afhankelijkheid van slaapmiddelen moeten de arts aanzetten om bij chronische slapeloosheid geen medicatie voor te schrijven. Benzodiazepines worden vaak in verband gebracht met verkeersongevallen en een verhoogd risico op vallen met fracturen tot gevolg.[1,4,7,28,30-33]

Indien een slaapmiddel wordt voorgeschreven, kiest men bij voorkeur een benzodiazepine met halflange werking -type lormetazepam, lorazepam of temazepam- aan een zo laag mogelijke dosering en gedurende maximum één week. Het is belangrijk al deze informatie ook aan de patiënt mee te delen om geen verkeerde verwachtingen te creëren. Informeer de patiënt ook over de voor- en nadelen van de medicatie, het optreden van afhankelijkheid, … Het is wenselijk de patiënt na één week terug te zien, mede om te voorkomen dat er chronisch gebruik ontstaat. Zodra mogelijk wordt gecombineerd met en vervolgens overgegaan naar een niet-medicamenteuze aanpak.[1,4,31]

De nieuwe niet-benzodiazepine hypnotica, zogenaamde z-drugs zoals zopiclon en zolpidem hebben geen meerwaarde tegenover de klassieke benzodiazepines. Ze blijven tweede keuze omwille van de hogere kostprijs, gelijkaardige bijwerkingen en de minder lange gebruikservaring tegenover de benzodiazepines.[1,3,33,34] Een grootschalig Brits onderzoek bij huisartsen toonde ondanks hun negatief beeld rond slaapmiddelen en de wil om minder medicamenteus te behandelen, dat artsen in de praktijk toch vaak kozen voor een medicamenteuze aanpak en bij voorkeur een z-drug uit de veronderstelling dat ze efficiënter zijn en minder bijwerkingen hebben dan de benzodiazepines.[35,36]

Klassieke antidepressiva met sederende werking zoals amitriptyline, mirtazapine of trazodon worden vaak gebruikt voor de langdurige medicamenteuze behandeling van slapeloosheid. Het gebruik ervan is echter in de eerste lijn weinig of niet onderzocht bij patiënten zonder psychiatrische comorbiditeit. Het gebruik van andere middelen zoals barbituraten, sederende antipsychotica of sederende

antihistaminica wordt onder andere omwille van potentieel ernstige ongewenste effecten afgeraden.[1,4,8,37]

Er is beperkte wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van melatonine bij slapeloosheid. Bij jetlag kan het mogelijks wel een positief effect hebben op de klachten overdag.

Over de rol van fytotherapie is weinig gekend, valeriaan werd best bestudeerd. Valeriaan zou mogelijks een bescheiden effect hebben, maar de bevindingen uit onderzoek zijn niet eenduidig.[1,4] Het nut van homeopathie in de behandeling kon tot op heden niet aangetoond worden.[38]

METHODE

1. Literatuur

Om te beginnen werd in de ICHO-databank gezocht naar masterproeven rond dit onderwerp. Hierbij werd gewerkt met de kernwoorden ‘insomnia’, ‘slapeloosheid’ en ‘slaapproblemen’. Vanuit deze thesissen kon op basis van de sneeuwbalmethode al wat literatuur gevonden worden.

Bij het verkennen van de medische literatuur werd gebruik gemaakt van de digitale bibliotheek Cebam. Om te beginnen werd gezocht in quaternaire bronnen: de huidige Domus Medica-aanbeveling vormt immers de basis voor dit onderzoek. Deze aanbeveling gebruikt als voornaamste referentie de Britse PRODIGY-richtlijn en de Nederlandse NHG-standaard. Daarnaast werden ook Farmaka en de transparantiefiche van Bcfi geraadpleegd. Vervolgens werden zogenaamde tertiaire bronnen geraadpleegd: Folia pharmacotherapeutica en Minerva-ebm. Via de Cochrane library werd gezocht naar systematische reviews. Indien nodig werden oorspronkelijke artikels gezocht via Pubmed.

Tenslotte gebeurde een Pubmedsearch aan de hand van de geselecteerde termen insomnia/sleep disorder/psychological therapy/cognitive therapy/family physician/general practitioner. In al deze bronnen werd specifiek gezocht naar de haalbaarheid van een niet-medicamenteuze aanpak voor slapeloosheid in de eerste lijn. Eerst werden artikels geselecteerd op titel, vervolgens op basis van hun abstract.

2. Setting

Dit onderzoek werd uitgevoerd in een groepspraktijk te Lede. De praktijk bestaat uit 1 mannelijke arts, 2 vrouwelijke artsen en 1 huisarts-in-opleiding (haio). Alle artsen recruteerden patiënten, maar enkel de haio heeft de consultaties in kader van het onderzoek uitgevoerd.

3. Voormeting

Bij de start van het onderzoek werd gedurende 1 maand een voormeting gedaan. Hierbij werd nagegaan wat voor de interventie de aanpak van slapeloosheid was. Dit gebeurde bij alle 20- tot 50-jarige patiënten die zich aanmeldden met een nieuwe klacht van slapeloosheid. Hierbij werd consultatie gedaan zoals dit gewoonlijk gebeurt, dus zonder bewust rekening te houden met richtlijnen. Het consult werd elektronisch geregistreerd volgens het SOEP-model: subjectief, objectief, evaluatie, planning.

4. De interventie

Voor aanvang werd een verzoek tot advies van het Ethisch Comité verbonden aan het UZ Gent ingediend. Er werd een positief advies gegeven over dit protocol op 02/04/2013. Dit werd bij elk consult aan de patiënt voorgelegd. (Zie bijlage 1: 'Patiëntenbrief en informed consent')

Na de voormeting werd gedurende 3 maanden een prospectief observationeel onderzoek uitgevoerd met toepassing van de huidige Domus Medica-aanbeveling. Concreet werden alle patiënten tussen 20 en 50 jaar met een spontane, nieuwe klacht van slapeloosheid uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek. Inclusie gebeurde na mondelinge en schriftelijke toestemming van de patiënt. Patiënten die reeds een slaapmiddel gebruikten en patiënten met gekende actieve psychiatrische comorbiditeit werden geëxcludeerd.

Tijdens de consultatie werd door de arts een vragenlijst ingevuld om de klacht in kaart te brengen. De vragenlijst bestond uit 11 open vragen zoals letterlijk beschreven in de richtlijn van Domus Medica. Er werd gepeild naar het slaappatroon op dat moment, de ICE (ideas, concerns, expectations) van de patiënt en mogelijke, onderliggende oorzaken van het slaapprobleem. Tenslotte werd aan de patiënt gevraagd om zijn/haar slaapkwaliteit te scoren op een schaal tussen 0 en 10. (Zie bijlage 2: 'Vragenlijst anamnese') Op basis van deze vragenlijst kon de arts achterhalen of er wel degelijk sprake was van insomnia of het ging om pseudo-insomnia. In geval van insomnia werd nagegaan of er een onderliggende oorzaak was. Indien nodig werd een bijkomend lichamelijk of technisch onderzoek verricht of werd de patiënt verwezen.

Zoals eerder beschreven stelt de Domus Medica-richtlijn een oorzakelijke en/of niet-medicamenteuze aanpak voorop. Slechts in uitzonderlijke omstandigheden dient gekozen te worden voor een medicamenteuze aanpak.

De niet-medicamenteuze aanpak in deze studie bestond uit patiëntenvoorlichting en slaaphygiëne. Beide dienen te gebeuren op maat van de patiënt. Bij de patiëntenvoorlichting koppelt men terug naar eventuele foute ideeën rond slaap, slaapproblemen en de aanpak ervan zoals beschreven door de patiënt in de anamnese. Vervolgens zal de arts adviezen rond slaaphygiëne verstrekken, aangepast aan deze patiënt. Hierbij hoort ook de strategie van stimuluscontrole. Dit alles is gebaseerd op de patiëntenbrochure van Domus Medica. Bij de studie werd, indien de patiënt dit wenste, de brochure ook meegegeven aan de patiënt.

Na afloop van de consultatie diende de arts zelf een korte vragenlijst in te vullen. Deze bestond uit 3 stappen en bevatte opnieuw 11 vragen, zowel open als gesloten vragen. Ten eerste werd nagegaan wat werd bevraagd in de anamnese, vervolgens voor welke aanpak werd gekozen en tenslotte hoe de arts dit zelf heeft ervaren. (Zie bijlage 3: 'Vragenlijst arts')

Een drietal weken na de consultatie werd de patiënt telefonisch gecontacteerd om te peilen naar diens tevredenheid. Dit gebeurde op basis van 9 open vragen. Er werd gepeild naar de evolutie van de klacht, welke behandeling werd toegepast en hun mening over het nut ervan. Tenslotte werd opnieuw gevraagd de slaapkwaliteit te scoren op een schaal tussen 0 en 10 en ook een score te geven aan de globale aanpak. (Zie bijlage 4: 'Vragenlijst patiënttevredenheid')

5. Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek was het optimaliseren van de aanpak van slapeloosheid in de huisartspraktijk. De huidige Domus Medica-aanbeveling rond de aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn werd gebruikt als basis van het onderzoek.

Achteraf werd vergeleken:

1. Op welke manier verschilt de aanpak van de Domus Medica-aanbeveling met de aanpak uit de voormeting?
2. Is de Domus Medica-aanbeveling over de aanpak van slapeloosheid haalbaar voor de huisarts?
3. Wat is de patiënttevredenheid over deze aanpak?

RESULTATEN

1. VOORMETING

Tijdens de voormeting van 1 maand hebben 3 patiënten met een nieuwe klacht van slapeloosheid zich aangemeld. Deze consultaties werden geregistreerd volgens het SOEP-model. (Zie bijlage 5: 'Resultaten voormeting')

Samengevat kregen alle drie de patiënten een medicamenteuze behandeling. Eén patiënt kreeg trazodone, één patiënt een z-drug en één een plantaardig middel. Er werd wel telkens aangeraden dit slechts kortdurend te gebruiken. Eén patiënte kreeg bovendien slaaptips aan de hand van de Domus Medica-brochure rond slapeloosheid, een andere patiënte werd verwezen voor psychotherapie.

Er werd geen controle-afspraak vastgelegd, maar afgesproken terug te komen als er geen beterschap van de klachten was na 2 à 3 weken. De patiënte die trazodone kreeg, werd niet teruggezien. De patiënten die de z-drug en het plantaardig middel kregen, gaven in een volgend consult aan hiermee goed geholpen te zijn geweest. De patiënte van de z-drug had het product gedurende een vijftal opeenvolgende dagen gebruikt. De patiënte die werd doorverwezen voor psychotherapie heeft dit advies niet gevolgd. Ze werd nadien gedurende langere tijd in de praktijk medicamenteus en niet-medicamenteus behandeld voor depressieve klachten.

2. DE INTERVENTIE

2.1. Geïncludeerde patiënten

Er werden in de periode van 3 maanden in totaal 10 patiënten geregistreerd volgens de beschreven procedure. Het betrof 5 mannen en 5 vrouwen tussen 28 en 50 jaar oud. Er zijn geen data over het totaal aantal personen dat in die periode consulteerde met slapeloosheid als aanmeldingsklacht.

2.2. Vragenlijst anamnese

2.2.1. De klacht verduidelijken

Als eerste werd het slaapwaakpatroon van de patiënt bevraagd: de inslaaptijd, wakker worden tijdens de nacht en hoe lang en de duur van een gemiddelde nacht. De resultaten hiervan staan weergegeven in volgende tabel:

	Inslaaptijd	Wakker worden + duur	Te vroeg wakker	Gemiddelde nacht
1	>60min	Neen	Ja	5,5u
2	30min	Ja 3x30min	Neen	5u
3	>60min	Neen	Neen	3u
4	<15min	Ja 5x5min	Neen	7u
5	>60min	Ja 2x15-60min	Neen	6u
6	>60min	Ja 1x5min	Neen	6u
7	<15min	Ja 1x120min	Neen	6u
8	<15min	Ja 2x15min	Neen	7u
9	30min	Neen	Ja	6u
10	<15min	Ja 1x120min	Neen	5u

Tabel 1: De klacht slapeloosheid verduidelijkt

De patiënten die een eigen opvatting hadden over hun slaapwaakpatroon vermeldden zaken als “acht uur slaap is ideaal”, “zes uur kan toch niet voldoende zijn”, “tijdens een slechte nacht slaap ik minder dan een uur”.

Drie patiënten gaven aan geen hinder te ondervinden overdag en hadden dus pseudo-insomnia. De 7 patiënten die wel hinder ondervonden benoemden dit als vermoeidheid. Drie hiervan spraken bovendien over een negatief effect op hun humeur.

Eén patiënt deed dagelijks overdag een dutje, 4 patiënten soms en 5 patiënten nooit.

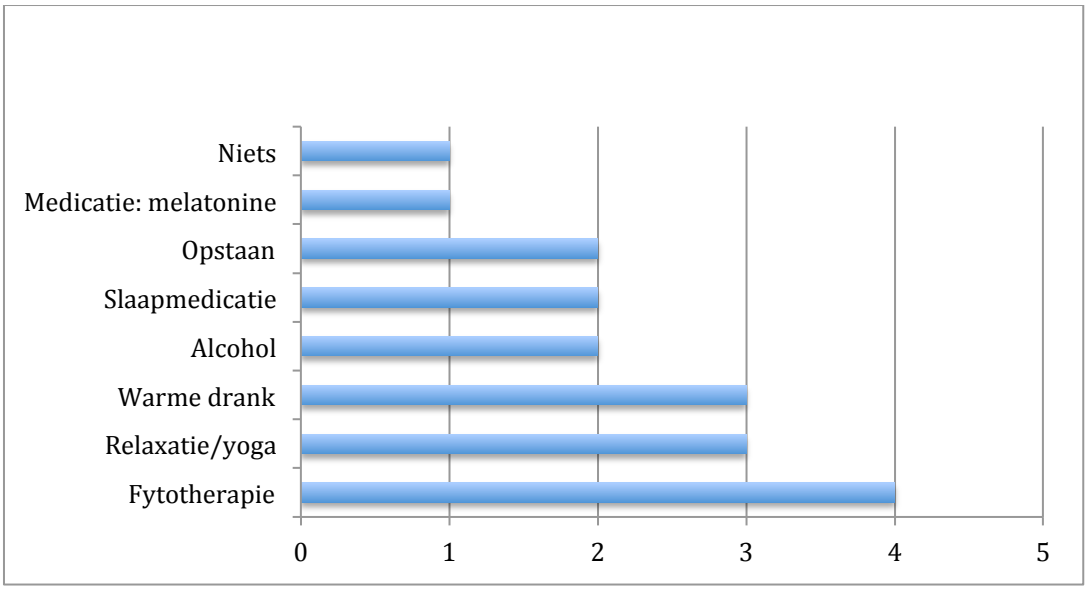
2.2.2. Exploratie van ideeën en verwachtingen

Acht van de 10 patiënten hadden zelf een idee waarom ze slecht sliepen. Bij 6 van de 8 ging het om piekeren, zorgen over hun relatie of gezin, ... en bij 1 hiervan bovendien het snurken van de partner. Eén patiënt gaf werkgerelateerde stress aan als oorzaak. Eén patiënte schreef haar slapeloosheid deels toe aan nachtelijke opvliegers.

Bij de vraag naar de verwachting van de patiënt kwamen antwoorden als “tips om te slapen”, “een betere nachtrust”, “de helft van de oplossing”, “eindelijk een aanpak van het probleem”, “een goed gesprek”, “geen wonderen” en “het proberen waard” naar voor. Drie patiënten gaven duidelijk aan geen medicatie te wensen, 1 patiënt verwachtte “een middel om door te slapen of rustiger te worden”.

De duur van de slaapproblemen was zeer uiteenlopend: van 3 weken tot 15 jaar.

Negen van de 10 patiënten hadden al iets geprobeerd. Vijf van die 9 patiënten hadden al meerdere dingen uitgeprobeerd. Wat de patiënten zelf al hadden geprobeerd staat aangegeven in onderstaande figuur:



Figuur 3: Wat hebben de patiënten zelf al geprobeerd?

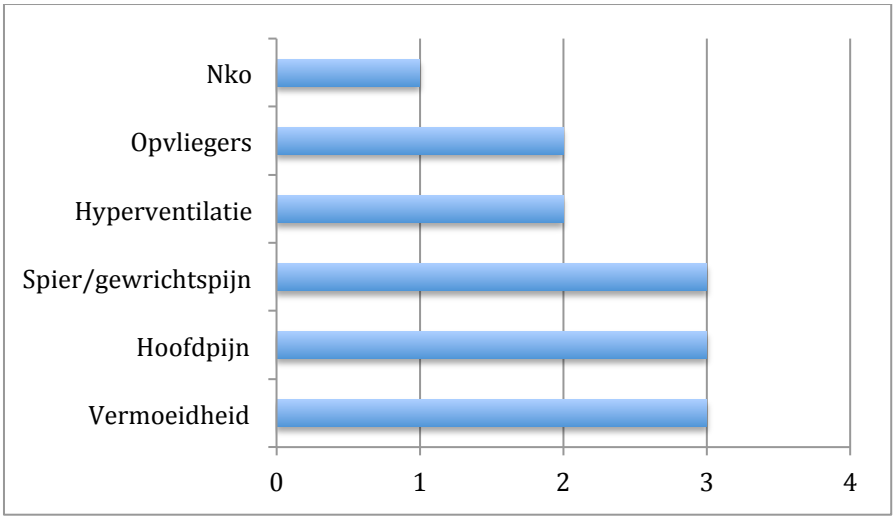
De producten die door patiënten benoemd werden als “homeopathie” of “iets plantaardigs” staan in de tabel onder de meer correcte naam ‘fytotherapie’. Het ging onder meer over valeriaan en combinatiepreparaten met valeriaan, passiflora, … Bij de warme dranken ging het om thee en warme chocolademelk.

2.2.3. Diagnostisch landschap

Bij het zoeken naar een mogelijke oorzaak van slapeloosheid werd als eerste bevraagd of er zich de voorbije weken belangrijke gebeurtenissen hadden voorgedaan of er gebeurtenissen waren waarover de patiënt piekerde. Twee patiënten gaven een concrete gebeurtenis aan: een homejacking en een burn-out. Twee patiënten verwezen hierbij rechtstreeks naar de eerder vermelde ideeën waarom ze slecht sliepen en 4 patiënten onrechtstreeks naar de zorgen die ze eerder hadden vermeld. De overige 2 patiënten gaven niets aan.

Vijf van de 10 patiënten gaven aan last te hebben van een veranderde stemming die ze benoemden als somberheid, prikkelbaarheid, minder plezier beleven, … Eén patiënt vertelde meer angstig te zijn en soms paniekaanvallen te hebben. Vier patiënten ervoeren geen veranderde stemming of angst. Eén daarvan voegde hieraan toe “vreemd genoeg niet, want ik had in het verleden al last van angstaanvallen”.

Naast slapeloosheid hadden 9 van de 10 patiënten ook last van andere lichamelijke klachten. Ze staan weergegeven in onderstaande figuur:



Figuur 4: Lichamelijke klachten

Bij de bespreking van leef- en werkomstandigheden bleek geen enkele patiënt last te hebben van een recente ziekenhuisopname, jetlag,… Eén patiënt werkte wel in ploegen met vroege en late shiften, maar had niet het idee dat dit invloed had op het slaappatroon.

De meerderheid van de patiënten gaf aan een aangename slaapomgeving te hebben zonder last van licht of geluid. Eén patiënt gebruikte oordoppen tegen omgevingsgeluid en 1 patiënt had last van een snurkende partner. Eén patiënt gaf aan in bed televisie te kijken en te eten. Twee patiënten vermeldden beter te slapen op de dagen dat ze aan sport hadden gedaan.

Het dagelijks gebruik van genotsmiddelen met weergave van het aantal eenheden staat aangegeven in onderstaande tabel:

	Koffie	**Alcohol**	**Tabak**
1	0	0	5
2	0	1	0
3	4	2	0
4	1	2	0
5	2	0	1
6	3	0	1
7	5	0	0
8	10	0	0
9	1	0	0
10	3	0	0

Tabel 2: Dagelijks gebruik van genotsmiddelen

Eén patiënt vertelde bovendien dagelijks valeriaan te gebruiken voor het slapengaan.

De resultaten van de vraag rond specifieke nachtelijke klachten staat weergegeven in onderstaande tabel:

	JA	NEE
Opstaan om te plassen	6	4
Opvliegers	1	9
Neusverstopping/snurken	4	6
Rusteloze benen	1	9

Tabel 3: Nachtelijke klachten

Tenslotte werd door iedere patiënt een score tussen 0 en 10 gegeven op zijn of haar slaapkwaliteit. Onderstaande tabel toont de resultaten:

Patiënt	Slaapscore
1	4
2	4
3	2,5
4	6
5	3,5
6	6,5
7	4
8	5
9	4
10	3

Tabel 4: Slaapscore voor interventie

De slaapkwaliteit varieerde tussen 2,5 tot 6,5 op 10 waarbij 4 op 10 de meest voorkomende score was.

2.3. Vragenlijst arts

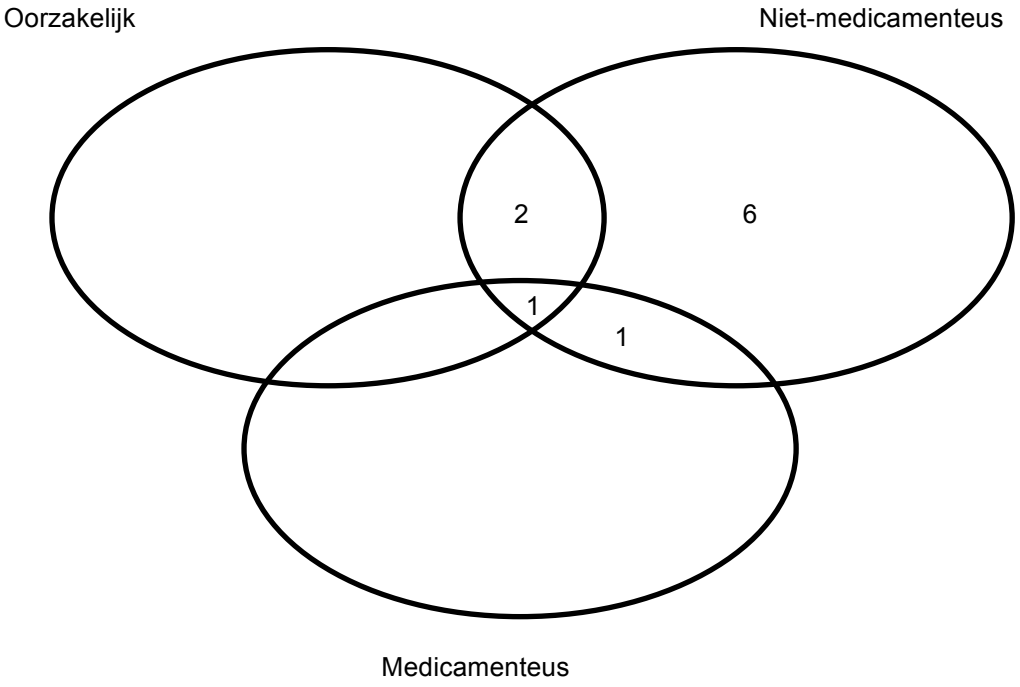
2.3.1. Anamnese

Bij alle 10 patiënten werd de vragenlijst volledig ingevuld. Bij 9 daarvan waren de ICE van de patiënt duidelijk voor de arts.

Algemeen werd de vragenlijst nuttig bevonden. De vragen die de klacht van slapeloosheid verduidelijken en peilen naar het effect ervan op het functioneren overdag, de bevraging van de ICE en het scoren van de slaapkwaliteit werden als meest nuttige vragen beschouwd. Het bevragen van algemene lichamelijke klachten werd als minst nuttige vraag beoordeeld.

2.3.2. Aanpak

Alle patiënten kregen een niet-medicamenteuze aanpak, bij 2 ervan in combinatie met een oorzakelijke behandeling, bij 1 ervan in combinatie met medicatie en bij 1 patiënt werd een combinatie van de 3 therapieën toegepast.



Figuur 5: Toegepaste aanpak

Bij de oorzakelijke aanpak ging het 1 maal over gewrichtsklachten, 1 maal over snurken met vermoedelijk apneu en 1 maal over depressieve klachten. Deze laatste patiënt kreeg in overleg met de behandelend arts uit de praktijk een antidepressivum opgestart. Er werd geen slaapmedicatie gestart, wel bij 1 patiënt fytotherapie omdat de patiënt hiermee in het verleden een subjectieve verbetering van de klachten ondervond.

Elke patiënt kreeg zoals vermeld een niet-medicamenteuze aanpak met voorlichting en slaaptips op maat van de patiënt. Bij 5 patiënten werd stimuluscontrole aangeraden. Bij 9 patiënten werd de brochure van Domus Medica na afloop van het consult meegegeven nadat was gevraagd of ze dit wensten. Er werd geen slaapwaakdagboek meegegeven aangezien de patiënten in feite al na hun aanmeldingsconsult werden uitgenodigd voor dit consult en hierna niet standaard een opvolgconsult was gepland.

Er werden 3 patiënten doorverwezen. Eén patiënt werd verwezen voor diagnostische oppuntstelling door middel van polysomnografie. Twee patiënten werden verwezen voor behandeling: de ene naar een privé-psycholoog in de buurt, de andere naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Bij alle patiënten was er een telefonische follow-up gepland na 3 weken. Bij de patiënt waarbij het vermoeden van een depressieve stoornis bestond, werd besloten verdere opvolging in de praktijk te voorzien. Aan alle patiënten werd meegedeeld dat ze ook los van deze interventie op een later tijdstip in de praktijk terecht kunnen voor slaapproblemen.

2.3.3. Ervaring

Bij 8 van de 10 patiënten had de arts het gevoel dat de patiënt tevreden was over de aanpak, bij de overige 2 patiënten was dit niet duidelijk.

De duur van het consult varieerde tussen 40 en 60 minuten. De haalbaarheid van het consult kon worden benoemd als ja, twijfelachtig of nee. Drie consulten werden als haalbaar beschouwd, 5 consulten als twijfelachtig en 2 consulten als niet haalbaar. Bij 1 van die 2 consulten die als niet haalbaar werden benoemd, werd dit door de arts toegeschreven aan het feit dat “de patiënt een spraakwaterval was”.

De resultaten staan weergegeven in onderstaande tabel:

Patiënt	Duur (min.)	Ja	Twijfelachtig	Neen
1	40		x	
2	45		x	
3	50		x	
4	50			x
5	50			x
6	60		x	
7	45	x		
8	45	x		
9	55		x	
10	40	x		

Tabel 5: Duur en aanvaardbaarheid van de consulten

2.4. Vragenlijst patiënttevredenheid

2.4.1. De evolutie

Zoals aangegeven in onderstaande tabel is bij 7 van de 10 patiënten het slaapprobleem verbeterd en bij de overige 3 patiënten hetzelfde gebleven. Geen enkele patiënt gaf aan dat het slechter ging.
Een overzicht van hun slaappatroon gedurende de laatste week voor de telefonische follow-up wordt weergegeven in onderstaande tabel:

	Evolutie	Inslaaptijd	Wakker worden + duur
1	+	<15min	Ja 2x 60min
2	+	<15min	Ja 1x 30min
3	+	>60min	Ja 3x 60min
4	+	<15min	Neen
5	+	<15min	Ja 2x 5min
6	=	>60min	Ja 1x 5min
7	=	<15min	Ja 2x 30min
8	=	<15min	Ja 2x 5min
9	+	<15min	Neen
10	+	<15min	Ja 1x 5min

Tabel 6: Evolutie en huidig slaappatroon

2.4.2. De behandeling

Zoals eerder aangegeven werd bij alle patiënten een niet-medicamenteuze therapie gegeven. Bij 2 patiënten werd gecombineerd met een oorzakelijke behandeling, bij 1 patiënt met een medicamenteuze behandeling en bij 1 patiënt werden de 3 aanpakken gecombineerd.

Vijf patiënten vonden het nuttig een avondritueel te ontwikkelen waarbij ze zich volgens een bepaalde routine het laatste (half)uur voor het slapengaan ontspannen. Vier van de 5 patiënten waarbij stimuluscontrole werd aangeraden, vonden dit nuttig. Twee hiervan combineerden dit met een vorm van relaxatie. Twee patiënten gaven aan een beter ritme te hebben ontwikkeld door op een vast uur op te staan of geen dutjes te doen overdag. Twee patiënten hadden verbeteringen aangebracht in hun slaapomgeving en 1 patiënt vond de algemene voorlichting rond slaap nuttig. Eén patiënt schreef een gunstig effect toe aan het open gesprek met de arts. De patiënt die fytotherapie kreeg, vond dit een goed hulpmiddel om ’s avonds tot rust te komen. De meeste patiënten vermeldden een combinatie van de genoemde tips.

Twee patiënten gaven aan raad te hebben gekregen die ze niet nuttig vonden. Zo had de patiënt met een televisie in de slaapkamer deze nog niet verwijderd. De patiënt die werd doorverwezen voor polysomnografie gaf aan dit nog even te willen uitstellen.

Vijf patiënten hadden sinds de consultatie al iets anders geprobeerd dan aangeraden. Dit ging vaak over tips uit de brochure van Domus Medica: een comfortabele slaapkamer zonder licht of geluid, thee als avondritueel en een meer actieve levensstijl overdag.

Alle patiënten antwoordden positief op de vraag of aan hun verwachting werd voldaan. Vooral de tijd die werd genomen en het uitgebreid gesprek kwamen naar voor als argumenten.

2.4.3. Tevredenheid

Er werd opnieuw aan de patiënten gevraagd hun slaap te scoren op een schaal tussen 0 en 10. De score van elke patiënt 3 weken na de consultatie staat aangegeven in onderstaande tabel:

Patiënt	Slaapscore
1	6
2	7
3	5
4	7
5	8
6	7
7	4
8	7
9	7
10	7,5

Tabel 7: slaapscore na interventie

Tenslotte werd gevraagd een score toe te kennen aan de globale aanpak van het onderzoek. De scores staan aangegeven in onderstaande tabel:

Patiënt	Slaapscore
1	7
2	8
3	7,5
4	8
5	8
6	7,5
7	6
8	8
9	8
10	9

Tabel 8: beoordeling onderzoek

Bovendien formuleerden patiënten feedback op de volgende manier: “mijn verhaal kwijt kunnen, was al een verlossing”, “ik had eindelijk het gevoel au sérieux te worden genomen”, “tijd vormde de grootste troef”, “ik ben blij dat er geen medicatie werd voorgesteld”, … Eén patiënt gaf aan dat het een voordeel was dat de huisarts meer laagdrempelig is dan de hulp van een psycholoog. Een andere patiënt voegde eraan toe dat de persoonlijke aanpak van de arts een grote rol had gespeeld in de beleving van het consult.

DISCUSSIE

1. VOORMETING

De resultaten van de beperkte voormeting in deze studie tonen dat er vaak gekozen werd voor een medicamenteuze aanpak, namelijk bij alle 3 geïncludeerde patiënten. Eenmaal gebeurde dit op vraag van de patiënt, bij de andere patiënten was het de keuze van de arts. Dit komt overeen met de gegevens uit de literatuur waaruit blijkt dat de verwachting van de patiënt vaak wordt vermeld als reden waarom slaapmedicatie chronisch wordt voortgezet, maar vaak niet bevraagd wordt bij de opstart van medicatie. Bij een eerste consult blijkt de arts vaak medicatie te starten als redmiddel.[14] Er werd vrij willekeurig voor verschillende middelen gekozen. Positief hierbij is dat telkens werd vermeld de middelen kortdurend te gebruiken.

Deze resultaten kunnen bewijzen dat de aanpak voor de interventie alvast in die enkele aanmeldingen niet overeenkwam met de richtlijnen. Om die reden kan dit onderzoek bijdragen tot praktijkverbetering wat betreft de aanpak van slapeloosheid.

2. DE INTERVENTIE

2.1. Geïncludeerde patiënten

Elke patiënt tussen 20 en 50 jaar die consulteerde met een nieuwe klacht van slapeloosheid kwam in aanmerking voor de studie. De verantwoordelijkheid om deze patiënten uit te nodigen lag bij alle artsen in de praktijk. Er zijn echter geen gegevens over het totaal aantal patiënten met de klacht slapeloosheid die consulteerden en over het aantal patiënten dat werd uitgenodigd om deel te nemen. Het is dus mogelijk dat er patiënten niet werden geïncludeerd, wat een oorzaak van bias kan vormen.

2.2. Vragenlijst anamnese

2.2.1. De klacht verduidelijken

Het bevragen van het slaapwaakpatroon diende enerzijds om de klacht in beeld te brengen en anderzijds om te vergelijken met het slaapwaakpatroon na de interventie. Bij de meeste patiënten ging het om chronische insomnia waarbij ze zelf al allerhande zaken hadden geprobeerd om hun probleem aan te pakken. Dit is normaal, aangezien uit de literatuur blijkt dat patiënten vaak geen of laattijdig hulp zoeken voor slaapproblemen.[1,5,6]

Drie van de 10 patiënten ondervonden overdag geen hinder en hadden dus pseudo-insomnia, wat ook aan de patiënten werd meegedeeld.

2.2.2. Exploratie van ideeën en verwachtingen

De ICE van de patiënt, informatie over hun slaapgewoontes en het gebruik van genotsmiddelen waren nuttig om na afloop gerichte voorlichting te kunnen geven. Slechts 1 van de 10 patiënten verwachtte een medicamenteuze aanpak. Vaak gaven patiënten een vage verwachting zoals beterschap, de helft van de oplossing of tips om beter te slapen.

2.2.3. Diagnostisch landschap

Psychosociale problemen bleken de meest voorkomende oorzaak. Dit komt overeen met de gegevens uit de literatuur.[1-3] Zo koppelden patiënten bij het zoeken naar een mogelijke oorzaak vaak spontaan terug naar hun eerder vermelde ideeën en bezorgdheden. Het concreet bevragen van een veranderde stemming of angst bleek erg nuttig te zijn: de helft van de patiënten bevestigde last te hebben van een veranderde stemming. Eén hiervan werd nadien terug gezien voor diagnose en behandeling van een depressieve stoornis. Twee patiënten hadden geen idee van een mogelijke oorzaak: bij hen ging het dus naar alle waarschijnlijkheid om primaire insomnia.

Tenslotte werd aan iedere patiënt gevraagd de slaapkwaliteit te scoren tussen 0 en 10. Dit vooral om kwantitatieve gegevens te hebben om te vergelijken met de scores na de interventie.

2.3. Vragenlijst arts

2.3.1. Anamnese

De vragenlijst werd bij elke patiënt consequent volledig ingevuld. Dit wordt mogelijks verklaard door het feit dat enkel de HAIO de consultaties uitvoerde en er voldoende tijd voor was voorzien.

De vragenlijst werd algemeen als nuttig beschouwd. Vooral het verduidelijken van de klacht, de bevraging van de ICE en de slaapscore werden vaak genoemd als nuttige vragen. Bij het bevragen van een mogelijke oorzaak werd erg vaak teruggekoppeld naar de eerder bevraagde ICE, waardoor patiënten hier in herhaling vielen. Ter aanvulling van de slaapgewoontes en de slaaphygiëne bleek sportbeoefening iets dat -ten onrechte- niet expliciet in de vragenlijst was opgenomen.

De minst nuttige vraag bleek het peilen naar algemene lichamelijke klachten. Om te voorkomen dat hierop te veel niet-relevante informatie wordt gegeven, kan eventueel gepeild worden naar specifieke lichamelijke klachten. Dit onder de vorm van gesloten vragen zoals dit ook gebeurt bij het bevragen van de nachtelijke lichamelijke klachten.

2.3.2. Aanpak

De resultaten van deze kleinschalige interventie tonen dat in de meeste gevallen een niet-medicamenteuze aanpak in monotherapie kan worden toegepast. Alle patiënten wensten bovendien na afloop de brochure mee te krijgen naar huis.

Slechts 2 patiënten kregen medicatie: de ene fytotherapie, de andere een antidepressivum. Dit gebeurde telkens in combinatie met een niet-medicamenteuze behandeling. Het voornaamste argument voor de fytotherapie was dat de patiënt hiermee in het verleden een subjectieve verbetering van de klachten ondervond. Het feit dat er weinig medicamenteus werd behandeld, ligt in de lijn van de verwachting van de patiënt. Dit strookt bovendien met de resultaten van een Belgisch onderzoek waaruit blijkt dat het bevragen van de ICE ervoor zorgt dat artsen minder vaak nieuwe medicatie gaan opstarten.[8]
Er werd bij geen enkele patiënt een slaapmiddel opgestart omwille van een acute situatie. Het blijft echter mogelijk dat dit in de praktijk wel gebeurde zonder inclusie in de studie. Dit zou verklaard kunnen worden doordat patiënten na aanmelding werden uitgenodigd voor een tweede consult op een later tijdstip en dus niet onmiddellijk werden geholpen.

Eén patiënt werd verwezen voor diagnostische oppuntstelling door middel van polysomnografie.
Dit valt onder de noemer oorzakelijke behandeling en gebeurde in combinatie met een niet-medicamenteuze aanpak. In principe dient eerst de oorzakelijke aanpak toegepast te worden en wordt pas in tweede tijd overgegaan naar een niet-medicamenteuze behandeling.[1-4]
Twee patiënten werden doorverwezen voor behandeling: de ene naar een privé-psycholoog in de buurt, de andere naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Voor de eerste doorverwijzing werd een lijst meegegeven met alle psychologen uit de buurt. De tweede patiënt had eerder contact gehad met het centrum en opteerde om die reden daarvoor. Zoals beschreven in de literatuur is doorverwijzing vaak een knelpunt.[14,25-27] Ook in onze praktijk is het vaak onduidelijk naar wie we best doorverwijzen. Onder privé-psychologen is het onduidelijk wie opgeleid is voor CGT en is er de hoge kostprijs. In het centrum voor geestelijke gezondheidszorg zijn de wachttijden vaak erg lang.

Aangezien het hier telkens reeds om een tweede consult ging en niet standaard een opvolgconsult was voorzien, werd niet gewerkt met een slaapwaakdagboek. Een mogelijke optie was geweest dit bij het eerste consult aan de patiënt mee te geven en zo na één week het volgende consult te plannen. Dit kan mogelijks door de patiënt positief ervaren worden doordat de tijd tot het volgend consult al wordt benut.

2.3.3. Ervaring

Bij de meeste consulten had de arts het gevoel dat de patiënt tevreden was over de aanpak. De haalbaarheid bleek in deze studie daarentegen minder eenduidig positief. De duur van het consult varieerde tussen 40 en 60 minuten, wat vermoedelijk voor de doorsnee huisarts niet haalbaar is

tussen de dagdagelijkse afspraken. Aangezien het vaak om een langer bestaand probleem gaat, is het uitstellen van dit consult naar een later tijdstip voor de meeste patiënt mogelijks een aanvaardbare optie. Zoals eerder aangegeven, kan deze tijd benut worden door de patiënt te vragen in tussentijd een slaapwaakdagboek bij te houden.

2.4. Vragenlijst patiënttevredenheid

2.4.1. De evolutie

Alle patiënten werden 3 weken na het consult opgebeld om te peilen naar de evolutie van hun slaapprobleem en hun tevredenheid. Bij 7 van de 10 patiënten bleek het slaapprobleem verbeterd, bij de 3 anderen was het hetzelfde gebleven. Dit blijkt ook wanneer we de tabellen over hun slaappatroon van voor en na de studie vergelijken.

2.4.2. De behandeling

Algemeen kan gesteld worden dat de patiënten de adviezen hadden proberen toe te passen en er tevreden over waren. Eén patiënt vond specifiek de algemene voorlichting rond slaap nuttig. De overige patiënten hadden vaak meerdere adviezen rond slaaphygiëne toegepast. Vooral het invoeren van een avondritueel werd positief geëvalueerd.

De helft van de patiënten had in tussentijd iets anders geprobeerd. Hier ging het meestal om zaken die ze hadden gelezen in de brochure van Domus Medica. Dit suggereert dat een patiëntenbrief een meerwaarde kan bieden bij een dergelijk consult.

Eén patiënt had het advies gekregen de televisie te verwijderen uit de slaapkamer, maar had deze raad niet gevolgd. De patiënt die werd verwezen voor polysomnografie gaf aan dit nog even te willen uitstellen.

Alle patiënten erkenden dat aan hun verwachting werd voldaan. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er sprake is van selectiebias doordat enkel patiënten deelnamen die openstonden voor een niet-medicamenteuze aanpak. Een andere verklaring is dat hun oorspronkelijke verwachting vertekend was doordat ze beterschap ondervonden. De patiënten zelf gaven aan dat dit vooral te danken was aan de tijd die werd genomen en het uitgebreid gesprek.

2.4.3. Tevredenheid

In onderstaande tabel staan de slaapscores van elke patiënt voor en na interventie naast elkaar. Hieruit kan besloten worden dat 9 van de 10 patiënten hun slaap beter scoort na de interventie dan ervoor. Dit komt niet volledig overeen met de resultaten uit de eerste vraag van de tevredenheidsenquête. Hierbij gaven 3 patiënten aan geen verbetering te ervaren. De meest voorkomende score voor de interventie is 4 op 10, na de interventie is dit 7 op 10.

Patiënt	Slaapscore voor	Slaapscore na
1	4	6
2	4	7
3	2,5	5
4	6	7
5	3,5	8
6	6,5	7
7	4	4
8	5	7
9	4	7
10	3	7,5

Tabel 9: slaapscores voor en na interventie

Tenslotte werd aan de patiënten gevraagd de globale aanpak van de studie te scoren. Alle patiënten bleken tevreden tot zeer tevreden. De meest voorkomende score bedraagt hier 8 op 10. Vooral de tijd die werd genomen, kwam naar voor als grootste troef.

BESLUIT

1. Op welke manier verschilt de aanpak van de Domus Medica-aanbeveling met de aanpak uit de voormeting?

In de beperkte voormeting werd er vaak gekozen voor een medicamenteuze aanpak, al dan niet in monotherapie. Dit staat haaks op de aanpak van Domus Medica die het belang van een oorzakelijke en niet-medicamenteuze aanpak benadrukt en waarbij slechts in uitzonderlijke gevallen wordt gekozen voor een medicamenteuze aanpak. Bovendien werd in de voormeting vaak behandeld met andere middelen dan aanbevolen in de richtlijn.

2. Is de Domus Medica-aanbeveling over de aanpak van slapeloosheid haalbaar voor de huisarts?

Een consult waarbij de richtlijn wordt gevolgd, vraagt tijd en geduld die de doorsnee huisarts niet altijd heeft tijdens de dagdagelijkse raadplegingen. Een mogelijke oplossing is de patiënt op een later tijdstip te laten terugkeren en dan extra tijd te voorzien. In tussentijd kan eventueel aan de patiënt gevraagd worden een slaapwaakdagboek bij te houden.

De richtlijn vormt een mooie basis, maar extra training voor huisartsen kan zeker nuttig zijn. De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen blijkt een knelpunt: zowel wat betreft kostprijs als wachttijd. De ter beschikking stelling van een online module zou zowel voor de huisarts als voor de patiënt met slapeloosheid een niet-medicamenteuze behandeling meer toegankelijk kunnen maken. Bij toereikende doorverwijsmogelijkheden kunnen huisartsen bovendien zelf bepalen in welke mate zij instaan voor psychosociale zorg. Domus Medica pleit voor een apart nomenclatuurnummer en bijhorende vergoeding voor zulke complexe consultaties.

3. Wat is de patiënttevredenheid over deze aanpak?

In deze studie waren de patiënten na afloop unaniem tevreden tot zeer tevreden. Hierbij dient vermeld te worden dat het ging om een kleinschalige interventie, dat er geen data zijn over de tevredenheid van een andere aanpak en dat er mogelijks sprake is van selectiebias doordat enkel patiënten deelnamen die openstonden voor een niet-medicamenteuze aanpak.

Algemeen dient gezegd te worden dat het patiëntenaantal in deze studie te klein is om harde besluiten te trekken.

REFERENTIES

1. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, Michels J, De Meyere M, Mariman A. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Huisarts Nu 2005; 34: 346-371.
2. Knuistingh Neven A, Lucasen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG-standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet 2005; 48: 402-415.
3. NHS Clinical Knowledge Summaries. Insomnia. Beschikbaar via: http://cks.nice.org.uk/insomnia. Geraadpleegd 2014 januari 26.
4. BCFI. Aanpak van slapeloosheid. Transparantiefiche oktober 2010. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/pdf/tft/TN_Insomnie.pdf. Geraadpleegd 2014 januari 26.
5. Lydia Gisle. Mentale gezondheid. Belgische gezondheidsenquête 2008. Beschikbaar via: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/WB_NL_2008.pdf. Geraadpleegd 2014 januari 26.
6. Ishak WW, Bagot K, Thomas S, Magakian N, Bedwani D, Larson D, Brownstein A, Zaky C. Quality of life in patients suffering from insomnia. Innovations in clinical neuroscience 2012; 9: 13-26.
7. Hoge Gezondheidsraad. Advies van de Hoge Gezondheidsraad betreffende kalmerende en hypnotische middelen uitgebracht door de bijzondere werkgroep en schriftelijk goedgekeurd op datum van 18.04.2002. Beschikbaar via: http://www.gezondheid.belgie.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/4432389.pdf. Geraadpleegd 2014 januari 26.
8. Matthys J, Elwyn G, Nuland M van, Maele G van, Sutter A de, Meyere M de, Deveugele M. Patients' ideas, concerns and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. British Journal of General Practice 2009; 58: 29-36.
9. Farmaka. De aanpak van slapeloosheid februari 2011. Beschikbaar via: http://www.farmaka.be/nl/artsenbezoekers/2011_02_insomnia.pdf. Geraadpleegd 2014 januari 26.
10. BCFI. Hypnotica, sedativa, anxiolytica. Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium januari 2014. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/GGR/Index.cfm?ggrWelk=/GGR/MPG/MPG_J.cfm. Geraadpleegd 2014 januari 26.
11. Falloon K, Arroll B, Elley CR, Fernand A 3rd. The assessment and management of insomnia in primary care. BMJ 2011; 342: d2899.
12. BCFI. Verantwoord gebruik van benzodiazepines. Folia pharmacotherapeutica 2002; 29: 82-90.
13. BCFI. Rationeel gebruik van benzodiazepines. Folia pharmacotherapeutica 2010; 37: 82-106.
14. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2007; 25: 214-219.
15. Roland R. Cognitieve gedragstherapie bij slaapstoornissen. Minerva 2002; 31: 262-264.

16. Edingen JD et al. : Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 2001; 285 (14): 1856-1864.
17. Jansson-Fröjmark M, Linton SJ. The role of sleep-related beliefs to improvement in early cognitive behavioral therapy for insomnia. Cognitive Behaviour Therapy 2008; 37: 5-13.
18. Dautovich ND, McNamara J, Williams JM, Cross NJ, McCrae CS. Tackling sleeplessness: Psychological treatment options for insomnia. Nature and Science of Sleep 2010; 2: 23-37.
19. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Non-pharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. American Journal of Psychiatry 1994; 151: 1172-1180.
20. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995; 63: 79-89.
21. Chesson AL Jr, Anderson WM, Littner M, Davila D, Hartse K, Johnson S, Wise M, Rafecas J. Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. Sleep 1999; 22: 1128-1133.
22. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacological treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine Review. Sleep 1999; 22: 1134-1156.
23. Pech M, O'Kearney R. A randomized controlled trial of problem-solving therapy compared to cognitive therapy for the treatment of insomnia in adults. Sleep 2013; 36: 739-749.
24. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edingen JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). Sleep 2006; 29: 1398-1414.
25. Harvey AG, Tang NKY. Cognitive behaviour therapy for primary insomnia: Can we rest yet? Sleep Medicine Reviews 2003; 7: 237-262.
26. Wang MY, Wang SY, Tsai PS. Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: a systematic review. Journal of Advanced Nursing 2005; 50: 553-564.
27. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparactive effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. BMC Family Practice 2012; 13: 40.
28. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacological treatments for stress, anxiety, and insomnia: family physician's attitudes toward benzodiazepine prescribing. Canadian Family Physician 2010; 56: e396-406.
29. Cheuk DKL, Yeung WF, Chung KF, Wong V. Accupuncture for insomnia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012. 9:
30. Habraken H, Declercq T. Sedativa bij bejaarden met insomnia. Minerva 2006; 5: 114-116.
31. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners's experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. BMC Family Practice 2013; 14: 191-203.
32. Declercq T. Benzodiazepines in het verkeer. Minerva 2000; 29: 164-165.

33. Declercq T. Verband tussen niet-benzodiazepine slaapmedicatie en heupfracturen bij ouderen in woon- en zorgcentra. Minerva Online 2013. Online beschikbaar via: http://www.minerva-ebm.be/nl/review.asp?id=382. Geraadpleegd 2014 januari 26.
34. Chevalier P. Handeltje in slapeloosheid. Minerva 2012; 11: 66.
35. Siriwardena AN, Apekey T, Tilling M, Dyas JV, Middleton H, Omer R. General practitioners' preferences for managing insomnia and opprtunities for reducing hypnotic prescribing. Journal of Evaluation of Clinical Practice 2010; 16: 731-737.
36. Siriwardena AN, Qureshi Z, Gibson S, Collier S, Latham M. GP's attitudes to benzodiazepine and 'Z-drug' prescribing: a barrier to implementation of evidence and guidance on hypnotics. British Journal of General practice 2006; 56: 964-967.
37. RIZIV. Het doelmatig gebruik van antidepressiva in de behandeling van andere indicaties dan stemmingsstoornissen. Consensusvergadering 2007.
38. Cooper KL, Relton C. Homepathy for insomnia: A systematic review of research evidence. Sleep Medicine Reviews 2010; 14: 329-337.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Patiëntenbrief en informed consent

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : Wat is de haalbaarheid van de huidige Domus Medica-aanbeveling in de aanpak van patiënten met een nieuwe klacht van slapeloosheid in een huisartspraktijk te Lede?

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik, Dr Jana De Feyter, een onderzoek naar de aanpak van slapeloosheid in de huisartspraktijk. Dit onderzoek gebeurt in de periode van april 2013 tot en met juni 2013, onder toezicht van de Universiteit Gent.

Ik wil nagaan of het haalbaar is de huidige Belgische aanbevelingen over slapeloosheid toe te passen in de dagelijkse praktijk. De bedoeling is om bij een spontane consultatie voor een nieuwe klacht van slapeloosheid door middel van een aantal vragen Uw klacht uit te werken. Ik zal hierbij een vragenlijst invullen. Vervolgens zal ik U de meest aangewezen behandeling aanbieden.

Tevens wil ik nagaan wat de meerwaarde hiervan is voor de patiënt. Dit zal ik doen door telefonisch een drietal weken na de consultatie te peilen naar Uw tevredenheid. Dit gebeurt opnieuw door middel van enkele vragen.

De uiteindelijke bedoeling is om in de toekomst het praktijkbeleid in de aanpak van slapeloosheid te optimaliseren.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal ik U behandelen volgens de richtlijnen uit de Belgische aanbeveling voor de aanpak van slapeloosheid in de huisartspraktijk.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Jana De Feyter
In samenwerking met Dr. A. Decraene, Dr. N. Janssens Dr. K. Haems

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: ……

1. Ik bevestig dat Dr.....……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening…….
Informerende arts

Bijlage 2: Vragenlijst anamnese

Naam + telefoonnr:

Datum:

Stap 1: De klacht verduidelijken

1. Hoe ziet het slaapwaakpatroon eruit: inslaaptijd? Wakker worden tijdens nacht? Zo ja, hoe vaak en hoe lang? Hoe lang duurt een gemiddelde nacht? Eigen opvattingen?

2. Heeft de slapeloosheid gevolgen voor je functioneren overdag? Zo ja, leg uit. Doe je dutjes overdag?

Stap 2: Exploratie van ideeën en verwachtingen

3. Heb je zelf enig idee wat maakt dat je slecht slaapt?

4. Met welke verwachting(en) ben je naar de consultatie gekomen?

5. Sinds wanneer slaap je slecht? Wat heb je zelf al geprobeerd?

Stap 3: Diagnostisch landschap

6. Heeft er zich de voorbije weken een belangrijke gebeurtenis in je leven voorgedaan of zijn er gebeurtenissen waarover je piekert?

7. Heb je de laatste weken last gehad van een veranderde stemming of van angst?

8. Heb je naast slapeloosheid nog andere lichamelijke klachten?

9. Hoe zijn je algemene leef- en werkomstandigheden? (ploegenarbeid, jetlag, ziekenhuisopname, slechte slaaphygiëne: licht/lawaai/…, …)

10. Gebruik je genotsmiddelen (koffie, alcohol, tabak,…) en/of medicatie?

11. Heb je last van lichamelijke klachten ’s nachts?
    a) Opstaan om te plassen
    b) Opvliegers
    c) Neusverstopping of snurken
    d) Rusteloze benen

12. Scoor uw slaapkwaliteit tussen 0 en 10 (0: zeer slecht, 10: zeer goed)

Bijlage 3: Vragenlijst arts

Naam + telefoonnr:

Datum:

Anamnese

1. Werd de vragenlijst volledig ingevuld? Ja/Nee

2. Waren de ICE van de patiënt duidelijk?

3. Welke vragen uit de lijst leverden een meerwaarde? Zijn er vragen die je overbodig vond?

Aanpak

4. Voor welke aanpak werd gekozen?
    - Oorzakelijke behandeling:
    - Niet-medicamenteuze behandeling:
    - Medicamenteuze behandeling:

5. Welke slaaptips werden gegeven?

6. Heb je de brochure meegegeven?

7. Heb je het slaapwaakdagboek meegegeven?

8. Heb je doorverwezen? Zo ja, naar wie?

9. Is er follow-up gepland?

Ervaring

10. Heb je het gevoel dat de patiënt tevreden was over je aanpak?

11. Hoe lang heeft de consultatie geduurd? Vind je dit haalbaar?

Bijlage 4: Vragenlijst patiënttevredenheid

Naam + telefoonnr:

Datum:

1. Hoe is de klacht geëvolueerd sinds de consultatie: beter/hetzelfde/slechter?

2. Gedurende de laatste week:

   a) Na hoeveel tijd sliep je gemiddeld in?

   b) Hoeveel keer werd je wakker ’s nachts en hoe lang?

3. Welke behandeling heb je gekregen: niet-medicamenteus of medicamenteus? Heb je het slaapwaakdagboek ingevuld?

4. Welke raad heb je opgevolgd en welke tips hebben je geholpen?

5. Welke raad heeft je niet geholpen? Waarom? Vond je deze adviezen haalbaar?

6. Heb je intussen al iets anders geprobeerd?

7. Je kwam naar de consultatie met een bepaalde verwachting, werd aan die verwachting voldaan?

8. Scoor uw slaapkwaliteit tussen 0 en 10 (0: zeer slecht, 10: zeer goed) nu 3 weken na de interventie van je huisarts.

9. Geef een beoordeling van tevredenheid rond de voorbije globale aanpak tussen 0 en 10 (0: zeer slecht, 10: zeer goed).

Bijlage 5: Resultaten voormeting

1. Vrouw, 48j

S. Sinds enkele weken slechter slapen, slaapt pas in na een tweetal uren. Veel zorgen rond recente heelkunde en revalidatie. Eerder Trazodone gebruikt om te slapen, zou dit nu graag opnieuw krijgen.
O. Normale hart- en longauscultatie
E. Inslaapstoornis
P. Medicatie: Trazodone 100mg 30co. Aangeraden slechts kortdurend te gebruiken.

2. Vrouw, 20j

S. Slaapt sinds 2 weken slecht, voelt zich overdag ook moe. Piekert veel over relatieproblemen, overloopt in bed de hele dag. Gaat op een vast uur slapen, maar slaapt regelmatig uit om te compenseren na kortere nacht.
O. -
E. Inslaapstoornis omwille van psychosociale problematiek.
P. Brochure slapeloosheid Domus Medica, kortdurend medicatie: Zolpidem 10mg 10co.

3. Vrouw, 26j

S. Langbestaand slaapprobleem: sinds jaren. Probleem met inslapen: piekert veel. Al veel psychotherapie in verleden wegens trauma uit kindertijd. Wenst iets plantaardig.
O. -
E. Chronisch slaapprobleem omwille van psychosociale problematiek.
P. Opnieuw psychotherapie aangeraden. Kortdurend medicatie: Sedinal.