

A A N P A K V A N S L A P E L O O S H E I D I N D E E E R S T E L I J N

Gevalideerd door CEBAM onder het nummer 2005/01

AUTEURS: TOM DECLERCQ, ROLAND ROGIERS, HILDE HABRAKEN, JAN MICHELS, MARC DE MEYERE, AN MARIMAN

Inbreng van de patiënt en afweging door de huisarts

Aanbevelingen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsengeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom moet door een heldere communicatie de vraag van de patiënt voor de huisarts duidelijk zijn en moet de huisarts de patiënt voldoende informeren over alle aspecten van de verschillende beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat de huisarts en de patiënt verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de aanbevelingen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

Inleiding

Deze aanbeveling beschrijft het beleid in de eerste lijn voor volwassen patiënten die hun huisarts raadplegen met klachten over hun slaap. De richtlijn beperkt zich tot klachten over een slaapttekort of een gebrekkige slaapkwaliteit, verder *slapeloosheid* of *insomnia* genoemd. Patiënten die reeds een medicamenteuze behandeling krijgen voor insomnia en bij wie afbouw wordt overwogen, vallen buiten het bestek van deze aanbeveling.

Doelstelling ¹

De bedoeling van deze aanbeveling is door middel van een grondige anamnese de klacht slapeloosheid uit te werken tot een breed diagnostisch landschap, op maat gesneden patiëntenvoorlichting te geven, stimuluscontrole te promoten en het voorschrijven van benzodiazepines te beperken tot uitzonderlijke situaties en onder strikte voorwaarden. Het toepassen van deze aanbeveling betekent voor de patiënt een betere voldoening van zijn slaap en functioneren overdag.

De klinische vragen waarop de aanbeveling een antwoord wil geven, zijn:

- 1 Wat zijn de stappen en vragen in de anamnese?
- 2 Wat behoort tot de binnenste en buitenste cirkel van het diagnostisch landschap?
- 3 Wat zijn de stappen in het beleid?
- 4 Welke niet-medicamenteuze interventies kan de huisarts zelf ondernemen?
- 5 Voor welke niet-medicamenteuze interventies kan de huisarts verwijzen en naar wie?
- 6 In welke situaties kan de huisarts een slaapmiddel voorschrijven?
- 7 Wat is het concrete voorschrijfadvis voor een slaapmiddel bij slapeloosheid?
- 8 Hoe verloopt de follow-up voor de niet-medicamenteuze en medicamenteuze aanpak?

Begrippen en definities

Slapeloosheid

Slapeloosheid wordt gedefinieerd als klachten over slechte slaapkwaliteit of slaapkwantiteit waarbij het functioneren overdag negatief wordt beïnvloed. Slecht slapen betekent ofwel moeilijk inslapen (meer dan 30 minuten nodig om in te slapen), ofwel slecht doorslapen (frequent 's nachts wakker worden), ofwel 's ochtends zeer vroeg wakker worden ².

1 Deze doelstellingen worden ook in andere aanbevelingen vooropgesteld, zoals in de Britse PRODIGY-richtlijn en in Clinical Evidence. De PRODIGY-richtlijn en de Nederlandse NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen dienen als basisreferentie voor deze aanbeveling.

- *Insomnia. Clin Evid* 2003;9:1896-9.
- www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (geraadpleegd op 11.07.2005)
- Knuistingh Neven A, De Graaff WJ, Lucassen PLBJ, et al. NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. *Huisarts Wet* 1992;35:212-9.

2 De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert slapeloosheid als de klacht over een subjectief slaapttekort, dat gepaard gaat met klachten over het functioneren overdag, zoals moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, draaierigheid, concentratiestoornissen en verminderde prestatie.

- *Insomnia in general practice*. Geneva: WHO, Division of Mental Health, 1993.

Slapeloosheid is steeds een 24-uursprobleem. We spreken van pseudo-insomnia of vermeende slapeloosheid als er klachten zijn over de slaap, die de patiënt overdag niet hinderen³.

We maken een onderscheid tussen kortdurende of acute slapeloosheid (korter dan drie weken) en langdurende of chronische slapeloosheid (langer dan drie weken)⁴. 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.

Primaire insomnia is een vorm van langdurende slapeloosheid zonder duidelijke onderliggende oorzaak.

Stimuluscontrole

Stimuluscontrole is een gedragstherapeutische techniek, die onder meer wordt toegepast in de behandeling van slaapklachten. De term refereert aan het principe van de klassieke conditionering. Uitgangspunt is dat een neutrale stimulus (het bed bijvoorbeeld) door de combinatie met een negatief gewaardeerde prikkel (wakker liggen) na een drietal weken een voorspeller wordt van een negatieve situatie. Het bed zien en erin gaan liggen worden voorspellers van wakker liggen. De bedoeling van stimuluscontrole is deze conditionering te doorbreken en aan de stimulus 'bed' zijn oorspronkelijke neutrale betekenis te geven. De patiënt wordt opgedragen niet langer dan 20 minuten in bed wakker te liggen. Is dat wel het geval, dan moet hij opstaan en de slaapkamer verlaten om zich bezig te houden met een ontspannende of saaie, maar nuttige taak⁵. Hij mag alleen naar bed terugkeren als hij zich slaperig voelt.

Slaaphygiëne

Slaaphygiëne is het geheel van adviezen die door de arts aan de patiënt wordt gegeven teneinde uitlokkende of onderhoudende factoren van slaapklachten te behandelen. In de literatuur en in de meeste aanbevelingen zijn de adviezen vrij eenvormig geformuleerd. De klassieke zijn: steeds opstaan en gaan slapen op hetzelfde uur, geen overmatige beweging vóór het slapengaan, bij voorkeur licha-

melijke activiteit overdag, het bed dient alleen om te slapen of te vrijen, geen nicotine, cafeïne, theïne of zware maaltijden vóór het slapengaan, een goed verluchte kamer en aangename temperatuur, geen dutjes overdag. Evidentie voor deze adviezen is er echter niet.

Patiëntenvoorlichting of psycho-educatie

Onder patiëntenvoorlichting of psycho-educatie verstaan we alle informatie die de arts aan de patiënt verstrekt over de aard van zijn aandoening (diagnose meedelen), over epidemiologie en etiologie, de verklaringen die arts en patiënt overwegen om te achterhalen waarom deze patiënt op dit moment met deze klacht te maken krijgt en ten slotte de informatie over de maatregelen die de patiënt kan nemen met betrekking tot de behandeling of preventie van herval.

Slaaprestrictie

Slaaprestrictie is een gedragstherapeutische techniek, waarbij de tijd die de patiënt in bed mag doorbrengen wordt ingekort. Het moment waarop de patiënt gewoonlijk naar bed gaat, wordt volgens een geijkte formule verlaat. Bij succesvolle slaapefficiëntie wordt het moment van naar bed gaan opnieuw vervroegd. Slaapefficiëntie kan worden berekend met de slaapefficiëntie-index (SEI): het aantal uren effectieve slaap wordt gedeeld door het aantal uren dat men in bed doorbrengt, en vermenigvuldigd met honderd.

De techniek van de slaaprestrictie komt erop neer dat het toegelaten aantal uren in bed in een eerste fase wordt gereduceerd tot de effectieve slaaptijd van de patiënt. In geval van voldoende slaapefficiëntie (een SEI van 80 tot 90) wordt het uur waarop de patiënt gaat slapen gradueel vervroegd met vijftien minuten.

Relaxatietechniek

Relaxatietechniek beoogt een toestand van mentale en fysieke ontspanning door middel van bepaalde instructies, gebaseerd op opspanning/ontspanning van spieren en/of zelfsuggestie. Tot op heden heeft onderzoek geen verschil

3 Steeds meer wordt de term 'vermeende insomnia' gebruikt in plaats van pseudo-insomnia. Wij hebben ervoor geopteerd om deze nieuwe term in de aanbeveling te introduceren.

4 *Classificatie van slaapstoornissen*: zowel de ICSD-R (International Classification of Sleep Disorders – Revised), de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als de ICD-10 (International Classification of Diseases) zijn voor de diagnostiek in de praktijk minder bruikbaar omdat ze vooral etiologische en beschrijvende diagnoses hanteren. De indeling volgens duur van de klachten werd in 1983 voorgesteld op de 'Consensusconferentie over Slapeloosheid' van het National Institute of Health (V.S.) en is tot op heden de meest praktische gebleken.

• Knuistingh Neven A, de Jongh TOH, Schimsheimer RJ. Slaapklachten. In: de Vries H, de Jongh TOH, Grundmeijer HGLM. Diagnostiek van alledaagse klachten II. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003.

5 Over de aard van de activiteiten is de literatuur niet eenduidig. Bij activiteiten die ontspannen mag de patiënt niet ergens anders in slaap vallen. Ook is het belangrijk te bewaken dat de ontspanning geen vorm van beloning wordt voor het wakker liggen.

in efficiëntie kunnen aantonen tussen de verschillende relaxatietechnieken.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

CGT of CBT zijn de afkortingen van ‘cognitieve gedrags-therapie’ of ‘cognitive behaviour therapy’. CGT is een psychotherapeutisch model met klachtenhantering als belangrijkste aanknopingspunt van de behandeling. In de behandeling van insomnia impliceert dit vooral aandacht voor de ideeën van de patiënt over slaap, zijn slaapstoornis en over de aanpak ervan. Daarnaast wordt onderzocht hoe de patiënt op een andere manier met zijn slaapstoornis kan omgaan, door bijvoorbeeld het bed na 20 minuten te verlaten als hij niet kan inslapen en iets anders te doen (zie ‘stimuluscontrole’) of door relaxatieoefeningen. Cognitieve gedragstherapie probeert de verkeerde opvattingen en gewoonten die bijdragen tot de aanhoudende emotionele instabiliteit en slaapstoornissen te wijzigen.

Consultvoering

Op dit moment is er een door onderzoek onderbouwde consensus over het voeren van een gestructureerd medisch consult. Het meest courante model is dat van Silverman, Kurtz en Draper⁶.

WASO (‘Wake time After Sleep Onset’)

Dit is de totale tijd dat de patiënt wakker ligt, tussen het moment dat hij in slaap valt en de laatste keer dat hij wakker wordt. Een patiënt die na 20 minuten inslaapt, maar tijdens de nacht regelmatig wakker wordt en bijvoorbeeld 80 minuten wakker ligt, heeft een WASO van 80 minuten.

Epidemiologie

In de Belgische Gezondheidsenquête van 2001 meldt één persoon op vijf (20 %) van vijftien jaar of ouder recente slaapproblemen⁷.

Slecht slapen komt vooral voor bij ouderen. Slaapproblemen nemen toe met de leeftijd en komen vaker voor bij vrouwen, lagere sociaal-economische klassen en patiënten met chronische somatische of psychiatrische aandoeningen. Gescheiden personen, weduwen of weduwnaars en alleenstaanden klagen meer over slapeloosheid dan gehuwden. Ook tijdens periodes van stress komt slapeloosheid meer voor⁸.

Slechts 10 tot 20 % van de personen met slaapproblemen consulteert de huisarts⁹.

Over de impact van slapeloosheid op bevolkingsniveau is weinig gekend. Wel weet men dat langdurende slapeloosheid samenhangt met het vaker voorkomen van verkeersongevallen, arbeidsongevallen, valpartijen en allerlei psychiatrische problemen zoals depressie, angst en dementie, verslavingsproblemen (alcohol), en aanleiding geeft tot een verhoogde mortaliteit¹⁰.

Een ander aandachtspunt is het chronische gebruik van benzodiazepines in België¹¹. Ons land kent een zeer hoog verbruik van deze medicatie in vergelijking met de ons omringende landen. Het is tevens verontrustend dat bij ons vooral bejaarden, die juist zo gevoelig zijn voor eventuele ongewenste bijwerkingen, benzodiazepines gebruiken. Van alle volwassenen die benzodiazepines gebruiken blijkt de helft ze (bijna) dagelijks en langdurig (langer dan zes weken) te nemen¹².

6 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence-based benadering. Utrecht: Lemma, 2000.

7 Gezondheidsenquête door middel van interview, België 2001. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid IPH/EPI Reports, 2002:25. www.iph.gov.be/sasweb/his/nl/index.htm (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

8 Insomnia in general practice. Geneva: WHO, Division of Mental Health, 1993.

9 Swinkels H. Huisarts en patiënt in cijfers. Enkele gegevens uit de gezondheidsenquête van het CBS. *Huisarts Wet* 1990;33:504-10.

10 • Lamberg L. Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. *JAMA* 1997;278:1647-9.

• Shapiro CM, Dement WC. ABC of sleep disorders. Impact and epidemiology of sleep disorders. *BMJ* 1993;306:1604-7.

• Metlaine A, Leger D, Choudat D. Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Ind Health* 2005;43:11-9.

Volgens het ‘Oxford Companion handbook of general practice’ is 10 % van de verkeersongevallen met motorvoertuigen te wijten aan vermoeidheid.

• Simon C, Everitt H, Birtwistle J, et al. Oxford Companion handbook of general practice. Oxford: Oxford University Press, 2002.

11 Reeds in de jaren tachtig van vorige eeuw bleek dat per Belg vijfmaal meer benzodiazepines werden voorgeschreven dan in Groot-Brittannië en driemaal meer dan in Nederland. Alleen Frankrijk kende een toen nog groter gebruik. Recente verkoopcijfers tonen aan dat de benzodiazepineverkoop in België sindsdien nog gestegen is.

Voor meer informatie over de problematiek van chronisch gebruik van slaapmiddelen verwijzen we naar het themanummer van de *Folia Pharmacotherapeutica* over het verantwoord gebruik van benzodiazepines (oktober 2002) waarin onder andere een afbouwschema voor chronisch gebruik wordt besproken.

• Verantwoord gebruik van benzodiazepines. *Folia Pharmacotherapeutica* 2002;29:82-90.

• Balter MB, Manheimer DI, Mellinger GD, Uhlenhuth EH. A cross-national comparison of anti-anxiety / sedative drug use. *Curr Med Res Opin* 1984;8(Suppl 4):5.

12 Habraken H, Blondeel L, Soenen K. Determinants of chronic continuous use of benzodiazepines in the Belgian province of East-Flanders. *Arch Publ Health* 1995;53:373-84.

De huisarts speelt in de diagnostiek en de aanpak van slapeloosheid een sleutelrol. Hij moet beschikken over voldoende kennis over het fenomeen slaap en de slaapproblemen van zijn patiënt ernstig nemen¹³. Overigens kan hij tussen de verschillende zorgverleningsniveaus bemiddelen om de psychologische en sociale ondersteuning van zijn patiënt te verbeteren, om zo de nood aan het symptomatische gebruik van slaapmedicatie te beperken. Het is belangrijk dat de huisarts en de behandelende specialist intramuraal dezelfde aanpak respecteren¹⁴.

Diagnostiek

De diagnose van slapeloosheid wordt gesteld op basis van een anamnese en, zo nodig, op basis van een beperkt klinisch onderzoek¹⁵.

Anamnese

De anamnese verloopt in *drie* stappen. De huisarts zal in totaal *elf* vragen stellen.

STAP 1

De huisarts tracht de klacht *slapeloosheid* te verduidelijken en gaat na of er sprake is van slapeloosheid of eerder van *vermeende insomnia*.

Vraag 1: Hoe ziet het slaapwaakpatroon van de patiënt eruit?

De huisarts gaat na hoe lang het duurt vooraleer de patiënt inslaapt, of hij wakker wordt tijdens de nacht en zo ja hoe vaak, hoe lang een gemiddelde nacht duurt en zo verder. Ook de eigen opvattingen van de patiënt over zijn slaap kunnen hier aan bod komen.

Vraag 2: Heeft de slapeloosheid gevolgen voor het functioneren van de patiënt overdag?

Met deze vraag kan de huisarts achterhalen of het om echte slapeloosheid gaat of om vermeende insomnia. Hij peilt hiermee voor het eerst naar de ernst van het slaapprobleem.

In hoeverre ervaart de patiënt zijn slapeloosheid als invaliderend voor zijn functioneren overdag?

STAP 2

Als eenmaal is vastgesteld dat het om slapeloosheid gaat, exploreert de huisarts de ideeën en verwachtingen van de patiënt over zijn slapeloosheid. Hij neemt een slaapanamnese af met de bedoeling de klacht van de patiënt verder te verduidelijken (vraagverheldering).

Vraag 3: Heeft de patiënt zelf een idee over de oorzaak van zijn slapeloosheid?

Het antwoord op de vraag "*Heb je zelf enig idee wat maakt dat je slecht slaapt?*" levert belangrijke informatie op, in de eerste plaats over de mogelijke stressoren die de patiënt zelf kan aangeven. De aanpak van de oorzakelijke stressinducerende problematiek kan belangrijk zijn om tot spanningsreductie te komen. Arts en patiënt werken klachtgericht en richten zich op de aanpak van de onderhoudende factoren (bijvoorbeeld conditionering). Een inventarisatie van de ideeën van de patiënt geeft de arts een indicatie over wat de patiënt al weet over slaapproblemen in het algemeen en zijn klacht in het bijzonder. Het geeft de arts ook inzicht in de mogelijke foutieve ideeën die hij op een later moment in de consultatie zal moeten corrigeren.

Vraag 4: Wat zijn de verwachtingen van de patiënt over de aanpak van de slapeloosheid?

Hiermee peilt de huisarts naar een al dan niet verborgen verwachting van de patiënt over de behandeling. De patiënt kan een verband leggen tussen zijn slaapklachten en bekommernissen; zo kan hij bijvoorbeeld denken dat de slaapklachten een onvermijdelijk gevolg zijn van die bekommernissen. Hij vraagt dan vooral aandacht voor het probleem dat hem op dat moment het meest bezighoudt. De patiënt kan interesse hebben in een of andere alternatieve therapie (kalmerende thee, bachbloesems of yoga) waarover hij graag de mening van de arts wil kennen. Of mis-

13 Het basistakenpakket voor de huisartsenpraktijk. Berchem: WVVH, Afdeling Kwaliteitsbevordering, Taakgroep Taak en Functie, 2001.

14 Petrovic M. Use and discontinuation of hypnotic medications in geriatric inpatients. [proefschrift] Universiteit Gent, 2002:135.

15 Omwille van het belang voor de behandeling stellen we voor om ruime aandacht te besteden aan de diagnostiek van slapeloosheid. De bedoeling blijft evenwel om zowel diagnostiek als beleid in één consultatie aan bod te laten komen, maar soms zal hiervoor meer tijd nodig zijn. Een slaapwaakdagboek kan in tweede instantie behulpzaam zijn om de klacht van slapeloosheid verder te concretiseren (bijvoorbeeld om aan de subjectieve ervaring van slecht slapen ook objectieve waarnemingen te koppelen zoals het aantal keren wakker worden). In *bijlage 1* hebben we een voorbeeld van zo'n slaapwaakdagboek opgenomen.

Een alternatief is de 'Pittsburgh Sleep Quality Index'-vragenlijst, die ook mogelijkheden tot heteroanamnese biedt. De vragenlijst is vertaald in het Nederlands en wordt in de derde lijn regelmatig gebruikt. Probleem is wel dat deze vragenlijst moet worden gecoörd en dus extra werk vraagt van de huisarts.

• Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.

schien is het voor hem een uitgemaakte zaak dat hij een voorschrift voor slaapmiddelen wil.

Vraag 5: Hoe lang bestaat de slapeloosheid al en wat heeft de patiënt reeds zelf geprobeerd om ervan af te raken?

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen kortdurende (minder dan drie weken) en langdurende (meer dan drie weken) slapeloosheid¹⁶.

DIAGNOSTISCH LANDSCHAP

Rekening houdende met de ideeën van de patiënt over de oorzaak van zijn slapeloosheid, tekent de huisarts een *diagnostisch* landschap uit (zie figuur hiernaast)¹⁷. Dit landschap bevat somatische en psychiatrische aandoeningen, psychosociale problemen, intoxicaties en iatrogene oorzaken, verstoring van dag- en nachtritme en de meer specifieke slaapstoornissen¹⁸. Als geen duidelijke oorzaak kan worden vastgesteld, dan spreken we van primaire slapeloosheid.

De oorzaken worden uitgezet in een binnenste en buitenste cirkel. In de binnenste cirkel komen de ernstige of levensbedreigende, maar behandelbare aandoeningen te staan, zoals het slaapapneusyndroom, narcolepsie, depressie met suicidegevaar, psychose (eventueel als eerste teken van een manisch beeld), ernstige acute intoxicatie

(iatrogeen, tengevolge van ethyl of door illegale drugs) en hyperthyreoidie¹⁹. In de buitenste cirkel worden de andere te overwegen aandoeningen geplaatst. Ook primaire insomnia behoort hiertoe²⁰.

STAP 3

De hypothesen uit het diagnostisch landschap worden getoetst (zie figuur hiernaast). Op basis van een voldoende breed diagnostisch landschap zal de huisarts door gerichte anamnese – en waar nodig door gericht klinisch onderzoek – de behandelbare en mogelijk levensbedreigende oorzaken (binnenste cirkel) uitsluiten, ook al komen ze minder vaak voor. Als dat gebeurd is, worden werkhypothesen uit de buitenste cirkel – met inbegrip van primaire insomnia – gecontroleerd, in dalende volgorde van voorkomen in de huisartsenpraktijk. Deze controle gebeurt aan de hand van volgende zes vragen.

Vraag 6: Heeft zich in de voorbije weken een belangrijke verandering in het leven van de patiënt voorgedaan of zijn er gebeurtenissen waarover de patiënt piekert?

Hiermee peilt de huisarts naar psychosociale problemen zoals rouw, relatieconflicten, stress enzovoort. Deze kunnen leiden tot piekeren, zich niet kunnen ontspannen en daardoor moeilijk inslapen²¹. Deze psychosociale proble-

16 De indeling waarbij men een onderscheid maakt tussen kortdurende of acute slapeloosheid (minder dan drie weken) en langdurende of chronische slapeloosheid (meer dan drie weken) is als werkinstrument goed bruikbaar in de huisartsenpraktijk.
• Eijkelenboom PR, Springer MP, Dekker FN. Het Leidse slaapprotocol. De bruikbaarheid in de huisartspraktijk van een protocol voor de diagnostiek en behandeling van slaapklachten. *Huisarts Wet* 1992;35:465-9.

De grens van drie weken wordt om meerdere redenen gehanteerd. Conditionering – het proces waarbij het bed een voorspeller wordt voor wakker liggen – treedt op na ongeveer drie weken. Conditionering onderhoudt het slaapprobleem, ook al is het oorspronkelijke probleem opgelost. Wanneer langdurige slapeloosheid daarenboven gepaard gaat met slaapmiddelengebruik, is er naast de conditionering dikwijls ook sprake van fysieke en/of psychische afhankelijkheid van het gebruikte geneesmiddel, hetgeen op zich de aanpak bemoeilijkt.

Binnen de recente modellen van consultvoering wordt aangenomen dat in de eerste fase van het consult vooral gepeild wordt naar de redenen waarom de patiënt contact zoekt met de huisarts en waarbij ten aanzien van de klachten voornamelijk de ideeën, verwachtingen en bekommernissen van de patiënt in kaart worden gebracht.

• Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence-based benadering. Utrecht: Lemma, 2000.

17 Het uittekenen van een diagnostisch landschap belet het tunneldenken en voorkomt dat ernstige, maar mogelijk zeldzame oorzaken (die deel uitmaken van de binnenste cirkel), over het hoofd worden gezien.

18 De Britse psychiater Ashton die wereldwijd bekend is voor haar kennis over benzodiazepines, benoemt in haar 'Guidelines for the rational use of benzodiazepines' vijf P's als mogelijke oorzaak van slapeloosheid: fysisch, psychiatrisch, psychosociaal, fysiologisch en farmacologisch.

• Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use? *Drugs* 1994;48:25-40.

• Zie ook www.benzo.org.uk (geraadpleegd op 11.07.2005).

19 Van alle slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen is het slaapapneusyndroom (SAS) het meest gekende. Een patiënt met SAS klaagt meestal niet van slapeloosheid, maar ondervindt een storende slaperigheid overdag. Ook ochtendhoofdpijn komt vaak voor. Typisch staat bij heteroanamnese het hevig snurken op de voorgrond en is de patiënt meestal gekend met overgewicht en hypertensie.

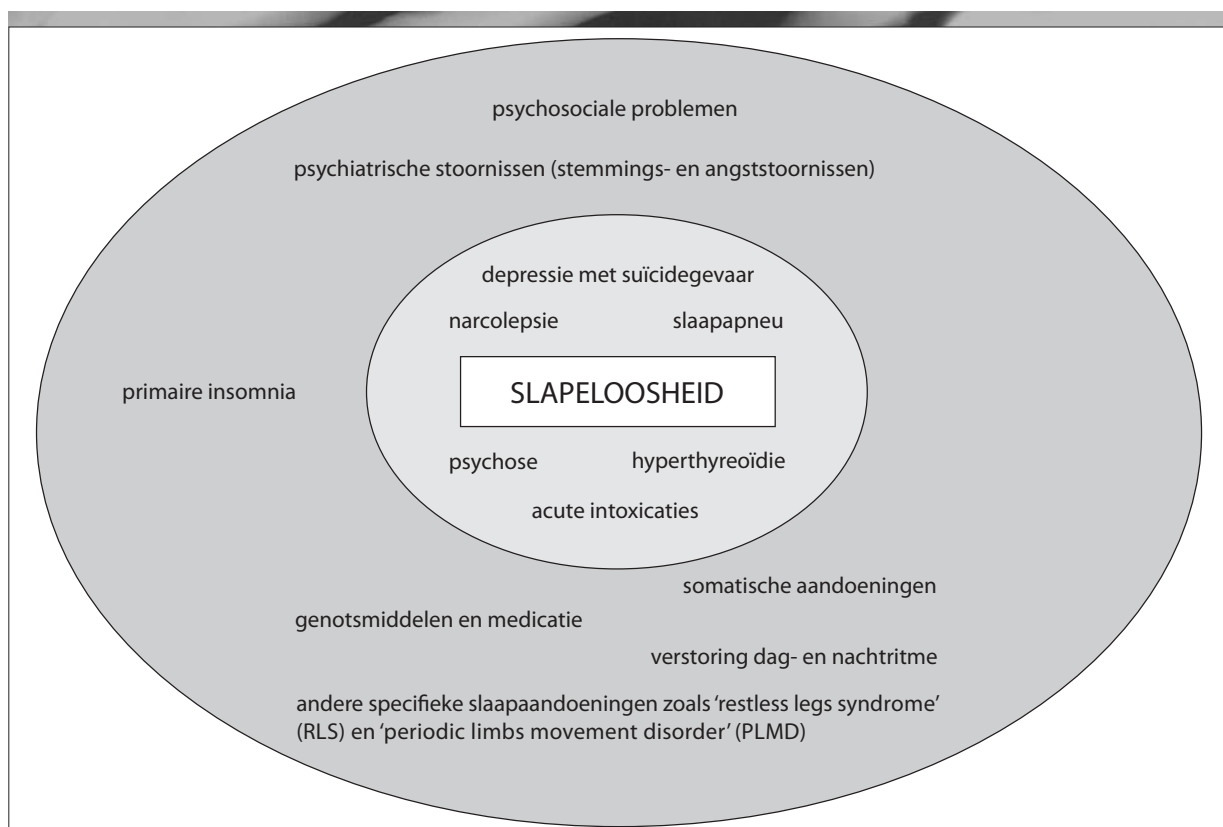
• Hensley M, Ray C. Sleep apnoea. *Clin Evid* 2005;13:2184-96.

Narcolepsie is een zeldzame, maar invaliderende slaapaandoening die gepaard gaat met klachten van insomnia, slaperigheid overdag, aanvallen van katalplexie (kortstondige verlamming uitgelokt door bijvoorbeeld emotie), hypnagoge hallucinaties en slaaparalyse.

20 Oorzaken opgenomen in de binnenste cirkel moeten ernstig en behandelbaar zijn; ze maken deel uit van de binnenste cirkel ongeacht hun frequentie van voorkomen; ze moeten binnen een verantwoord tijdsbestek kunnen worden uitgesloten en het betreft ziektes op zich, niet hun mogelijke verwickelingen. In de buitenste cirkel wordt wel rekening gehouden met frequentie van optreden.

• Van Puymbroeck H, De Wachter J, Blancaert F, Boeckx J, et al. Klinische logica (deel 1): van aanmelding(sklacht) tot diagnostisch landschap. *Huisarts Nu* 2004;33:126.

21 Als de psychosociale problematiek al langere tijd bestaat, zoals bijvoorbeeld bij langdurige relatieproblematiek, dan dient de huisarts te zoeken naar wat er de laatste tijd ingrijpend is veranderd. Soms zijn de psychosociale problemen alweer opgelost, maar is door conditionering de slaapklacht een eigen leven gaan leiden.



Figuur: Werkhypothesen van het diagnostisch landschap 'slapeloosheid'.

men zijn de meest frequente oorzaken van slapeloosheid in de eerste lijn ²².

sen op. Met name depressie is een belangrijke psychiatrische oorzaak die gepaard kan gaan met slecht slapen ²⁴.

Vraag 7: Hebben zich stemmingsveranderingen of angsten voorgedaan gedurende de laatste weken ²³?

Vraag 8: Zijn er naast de slapeloosheid andere lichamelijke klachten?

Met deze vraag spoort de huisarts in de groep van psychiatrische aandoeningen stemmings- en angststoornis-

Hiermee gaat de huisarts na of er lichamelijke symptomen of chronisch somatische aandoeningen zijn ²⁵.

22 Voor al deze oorzaken geldt dat hoe langer het probleem van slapeloosheid bestaat, hoe groter de kans is dat conditionering mee de oorzaak wordt van het slaapprobleem. Bovendien kunnen bij langdurende slapeloosheid meerdere oorzaken een rol spelen, zodat bij het vinden van één slaapprobleemende factor soms verder moet worden gezocht naar andere (probleem van multicausaliteit).

23 De groep van psychiatrische aandoeningen is voor iets minder dan de helft verantwoordelijk voor langdurende slapeloosheid. Slapeloosheid kan zowel medeoorzaak, resultante als symptoom zijn van een psychiatrische aandoening.

- Insomnia in general practice. Geneva: WHO, Division of Mental Health, 1993.
- Lamberg L. Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. *JAMA* 1997;278:1647-9.
- Kupfer DJ, Reynolds CF. Management of insomnia. *NEJM* 1997;336:341-6.

24 Slapeloosheid kan een prodroom zijn van depressie. Slaapstoornissen bij depressie kenmerken zich specifiek door te vroeg wakker worden. Ook inslaapstoornissen, veelvuldig wakker worden, (angst)dromen en hypersomnolentie kunnen voorkomen bij patiënten met depressie. Vaak ziet men bij depressie meer REM-slaap en vervroegde REM-slaap, en patiënten klagen soms meer van dromen of zelfs nachtmerries. In tegenstelling tot de meeste andere situaties waarbij slapeloosheid zich voordoet, neemt de resulterende moeheid bij de patiënt met depressie niet toe, maar af in de loop van de dag. Ten slotte moet bij het samengaan van slapeloosheid met andere vage klachten ook gedacht worden aan gemaskeerde depressie. De diagnose van depressie valt buiten het bestek van deze aanbeveling. Gezien slaapproblemen een risicofactor vormen voor suïcide bij depressie, moet de arts bij comorbiditeit van insomnia met depressie actief navragen of er sprake is van suïcidale gedachten. "Denkt u weleens dat u liever niet meer zou wakker worden?" Zo ja: "Denkt u er weleens aan om zelf een einde te maken aan uw leven?" Voor de samenhang tussen insomnia en verhoogd suïcidegevaar verwijzen wij naar:

- van den Hoofdakker RH, Albersnagel FA, van Tilburg W. Huisarts en depressie. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1993.

25 Lichamelijke symptomen zoals pijn, jeuk, dorst, pyrosis, hoest, nycturie, dyspneu, verstopte neus, nachtelijk zweten en hartkloppingen. Chronische somatische aandoeningen zoals hyperthyreoïdie, COPD en astma, congestief hartfalen, angina pectoris, perifeer arterieel vaatlijden, prostaathypertrofie, gastrooesofageale refluxziekte (GERD) en osteoarthritis. Ook perimenopauzale symptomen zoals opvliegers kunnen de slaap verstoren. Een aantal somatische aandoeningen verslechteren 's nachts tengevolge van de invloed van het slapen op zich, de circadiaanse invloed (zoals bij astma) of het neerliggen (zoals bij GERD).

Vraag 9: Hoe is het gesteld met de algemene leef- en werkomstandigheden van de patiënt?

Met deze vraag gaat de huisarts na of er sprake is van verstoring van het dag- en nachtritme. Oorzaken hiervan zijn ploegendienst, jetlag, ziekenhuisopname en slechte slaaphygiëne (lawaaierige omgeving)²⁶.

Vraag 10: Wat is het gebruik van genotsmiddelen (alcohol, koffie, tabak...) en/of medicatie door de patiënt?

Hiermee probeert de huisarts het gebruik van genotsmiddelen en medicatie op het spoor te komen²⁷. Alcohol verstoort de slaapstructuur reeds vanaf de consumptie van meer dan één eenheid en is een vaak voorkomende oorzaak van te vroeg wakker worden. Cafeïne en nicotine werken als centrale stimulantia en belemmeren vooral het inslapen. Zowel activerende als sederende psychofarmaca en illegale drugs kunnen een nefaste invloed hebben op de slaap. Lipofiele β -blokkers passeren de bloedhersenbarrière en kunnen nachtmerries veroorzaken. Eetlustremmers, schildklierhormonen, β -mimetica, diuretica en corticosteroiden beïnvloeden eveneens de slaap.

Vraag 11: Zijn er specifieke klachten die kunnen wijzen op typische slaapaandoeningen?

Met deze vraag kan de huisarts achterhalen of de patiënt lijdt aan het 'restless legs syndrome' (RLS) of het 'periodic limb movement disorder' (PLMD). Dit zijn echte slaapaandoeningen die wegens hun invaliderende karakter en hun typische behandelingsbehoeften moeten worden herkend²⁸.

De huisarts stelt de tentatieve diagnose van primaire slapeloosheid als de oorzaken uit de binnenste cirkel van het

diagnostisch landschap zijn uitgesloten en hij geen andere oorzaken vindt uit de buitenste cirkel.

Aanvullend onderzoek

Enkel als er in de anamnese aanknopingspunten zijn, gaat de huisarts over tot een lichamelijk onderzoek²⁹. Naargelang de vermoedelijke oorzaak houdt dit bloeddrukmeting, pols- meting of schildklierpalpatie in.

Af en toe geven de anamnestiche en/of klinische bevindingen aanleiding tot verder technisch onderzoek, zoals bloedafname met TSH-bepaling bij vermoeden van schildklierlijden.

Bij vermoeden van slaapapneu, narcolepsie of RLS en PLMS is verwijzing noodzakelijk. Aan de hand van een polysomnografisch onderzoek kan men het vermoeden van een slaapaandoening objectiveren.

Besluit

Dankzij elf anamnestiche vragen kan de huisarts achterhalen of de klachten van de patiënt wel degelijk wijzen op slapeloosheid en niet op vermeende insomnia (pseudo-insomnia). Op die manier weet de huisarts ook of het slaapprobleem al dan niet langer dan drie weken duurt, wat de patiënt zelf al heeft gedaan om ervan af te geraken en wat zijn ideeën en verwachtingen zijn over de aanpak van het probleem. Door de binnenste en buitenste cirkel van het diagnostisch landschap te overlopen, heeft de huisarts getracht een oorzaak te vinden van de slapeloosheid. Meestal is dat een psychosociaal probleem. In ongeveer één op vier gevallen van langdurende slapeloosheid is primaire insomnia de oorzaak. Een gericht klinisch onderzoek en beperkt technisch onderzoek dragen bij tot de uiteindelijke diagnose.

26 Het effect van verstoring van het circadiaanse ritme blijft niet beperkt tot het moment van verstoren, maar kan nog vele jaren aanhouden. Het is bijvoorbeeld gekend dat bij mensen die in ploegen werken het slaappatroon tien jaar later meer verstoord is dan bij mensen die nooit in ploegen hebben gewerkt.

• Shapiro CM, Dement WC. ABC of sleep disorders. Impact and epidemiology of sleep disorders. *BMJ* 1993;306:1604-7.

Elf procent van de gevallen van langdurende slapeloosheid met gekende oorzaak is te wijten aan een fysiologische oorzaak.

• Lamberg L. Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. *JAMA* 1997;278:1647-9.

27 Kupfer DJ, Reynolds CF. Management of insomnia. *NEJM* 1997;336:341-6.

28 'Periodic limb movement disorder' (PLMD) bij ouderen en 'restless legs syndrome' (RLS) zijn twee voorbeelden van slaapgerelateerde bewegingsstoornissen. Samen zijn ze verantwoordelijk voor ongeveer 10 % van de gevallen van chronische slapeloosheid met gekende oorzaak. De prevalentie ervan neemt toe met de leeftijd. Deze stoornissen kunnen ook het gevolg zijn van medicatiegebruik (bijwerking van antidepressiva).

De huisarts kan de diagnose van RLS stellen op basis van de volgende vier kenmerken: onaangename sensaties in de onderbenen, toename van de bewegingsstoornissen in rust, afname bij beweging en aanwezigheid van een circadiaans ritme (meer optreden 's avonds). Voor de diagnose van PLMD is een heteroanamnese noodzakelijk, omdat de patiënt dikwijls overdag alleen een slaperigheid ervaart.

• Van Bommel AL, Beersma DGM, de Groen JHM, et al. Handboek slaap en slaapstoornissen. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001:109.

• Walters A. Toward a better definition of the restless legs syndrome. The international restless legs syndrome study group. *Mov Disorder* 1995;10:634-42.

• Lamberg L. Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. *JAMA* 1997;278:1647-9.

29 www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn

In de aanpak van slapeloosheid zal de huisarts een *drie-stappenplan* volgen (zie *stroomdiagram*, blz. 365)³⁰.

- Stap 1: De arts probeert steeds een oorzakelijke aanpak. De aanpak van de onderliggende (oorzakelijke) aandoening valt buiten het bestek van deze aanbeveling.
- Stap 2: Als de arts geen duidelijke oorzakelijk verband kan vinden (= primaire insomnia) of als de oorzakelijke aanpak faalt of niet (onmiddellijk) toepasbaar is, zal hij voor een *niet-medicamenteuze aanpak* opteren³¹.
- Stap 3: Slechts in uitzonderlijke omstandigheden overweegt de huisarts een *medicamenteuze aanpak*³².

Niet-medicamenteuze aanpak

In de niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid onderscheiden we drie interventies. *Gerichte patiëntvoor-*

lichting wordt, indien geïndiceerd, gevolgd door gericht *slaapadvies* (slaaphygiëne met stimuluscontrole). In beide gevallen wordt opvolging voorzien. Bij persisterende klachten wordt *verwezen* naar een gespecialiseerde hulpverlener of een slaaplabo.

PATIËNTENVOORLICHTING (OF PSYCHO-EDUCATIE)

Hoewel de effectiviteit van psycho-educatie bij insomnia door onderzoek nog niet eenduidig is gestaafd³³, wordt algemeen aangenomen dat patiënten baat hebben bij voorlichting én recht hebben op informatie, zeker als zij betrokken worden in het besluitvormingsproces ('shared decision making'). De bedoeling van patiëntenvoorlichting is het corrigeren van eventueel foutieve ideeën van de patiënt over slaap, slaapprobleem en de aanpak van het slaapprobleem³⁴. Als de arts een goed beeld heeft van de opvattingen van de patiënt, dan kan hij de informatie maximaal aanpassen aan

30 Het spreekt voor zich dat de problematiek van slapeloosheid als onderdeel moet worden gezien van een complexe medische en sociale toestand. Bij de therapeutische aanpak dienen bijgevolg de persoonlijkheidsstructuur, huidige en vroegere psychopathologie, patroon van vroeger benzodiazepinegebruik en sociaal-economische status in overweging te worden genomen.

- Tyrer P. Risk of dependence on benzodiazepine drugs: the importance of patients selection. *BMJ* 1989;298:102-4.
- Wittchen HU, Perkonig A, Reed V. Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. *Eur Addict Res* 1996;2:36-47.
- Petrovic M, Vandierendonck A, Mariman A, et al. Personality traits and socio-economical status of hospitalised elderly benzodiazepine users. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:733-8.

31 Cognitieve gedragstherapie heeft bij gemotiveerde patiënten met chronische insomnia volgens gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek minstens evenveel als en soms een duurzamer effect dan het gebruik van hypnotica. Ook bij oudere patiënten lijkt gedragstherapie een haalbaar alternatief. De beschikbare studieresultaten pleiten niet voor de combinatie van gedragstherapie met slaapprobleemmedicatie.

Een studie vergeleek bij dertig patiënten tussen 19 en 45 jaar met een inslaapprobleem gedragstherapie (relaxatie en stimuluscontrole) met dagelijkse toediening van triazolam gedurende zeven dagen, gevolgd door een afbouw over zeven dagen. Triazolam toonde een beter onmiddellijk effect op het inslapen, terwijl het effect van gedragstherapie slechts optrad vanaf de tweede week.

- McClusky HY, Milby JB, Switzer PK, Williams V, Wooten W. Efficacy of behavioural versus triazolam treatment in persistent sleep onset insomnia. *Am J Psychiatry* 1991;148:121-6.

Eén studie onderzocht het effect van cognitieve gedragstherapie (slaaprestrictie, stimuluscontrole, cognitieve therapie, educatie en slaaphygiëne) op lange termijn (twee jaar) bij 78 personen ouder dan 55 jaar. Zowel cognitieve gedragstherapie (CGT) als innamen van een benzodiazepine ten minste tweemaal per week brachten aanvankelijk een verbetering teweeg. Alleen met CGT bleef de verbetering ook op lange termijn behouden. De combinatie van CGT met een benzodiazepine gaf eerst betere resultaten dan beide therapieën apart, maar dit voordeel verdween op termijn.

- Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999;281:991-9.

Eén studie bij 26 patiënten stelde vast dat het effect van gedragstherapie (slaaphygiëne, relaxatie, eventueel ondersteunende therapie of cognitieve therapie) niet toenam met het occasioneel innemen van triazolam (maximaal éénmaal per week), op korte noch op lange termijn.

- Hauri PJ. Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomnia? *Sleep* 1997;20:1111-8.

Eén studie bij 63 patiënten met een inslaapprobleem vergeleek een behandeling met zolpidem van vier weken, gevolgd door geleidelijke afbouw over vier weken, met cognitieve gedragstherapie (cognitieve component, gedragscomponenten, relaxatie, educatie), met de combinatie van zolpidem en CGT en met placebomedicatie. Tijdens de behandeling bleef CGT zowel in monotherapie als in combinatie met zolpidem effectiever dan zolpidem of placebo alleen. Daarnaast scoorde CGT in monotherapie minstens even goed en voor sommige uitkomsten zelfs beter dan de combinatietherapie. Bij het stopzetten van de therapie met zolpidem verergerde de insomnia opnieuw tot op het niveau van vóór de behandeling. Met gedragstherapie werd het effect daarentegen behouden. Ook na het stopzetten van de combinatietherapie trad een achteruitgang op in de eerder geboekte winst.

- Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia. *Arch Intern Med* 2004;164:1888-96.

32 Slaapmiddelen worden in de behandeling van slapeloosheid als laatste keuze beschouwd, nadat alle mogelijke onderliggende oorzaken achterhaald en behandeld zijn.

- British National Formulary [44th edition]. London: British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2002.

33 De efficiëntie van patiënteducatie blijkt erg te variëren naargelang de klachten waarop de interventie werd onderzocht.

- Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000011.

- Valk GD, Kriegsman DM, Assendelft WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD001488.

- Mayou RA, Thompson DR, Clements A, Davies CH, Goodwin SJ, Normington K, et al. Guideline-based early rehabilitation after myocardial infarction. A pragmatic randomised controlled trial. *J Psychosom Res* 2002;52:89-95.

- Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD003688.

34 Teneinde erg gericht en functioneel advies te kunnen geven over de aanpak van slaapproblemen, is het nuttig om in deze materie samen met de patiënt zijn ideeën, bekommernissen en verwachtingen ten aanzien van zijn klachten te onderzoeken. Dit leidt tot een gemeenschappelijk standpunt van wat de slaapklachten zijn (en wat niet) en de behandeling ervan.

diens noden³⁵. Volgende punten kunnen tijdens de patiëntenvoorlichting aan bod komen:

- 1 structuur van de slaap³⁶;
- 2 belang van de vier eerste uren slaap, gezien de slaapar-chitectuur;
- 3 invloed van leeftijd op de slaapstructuur³⁷;
- 4 aantal uren benodigde slaap en de individuele verschillen daarin. Het fenomeen van kort- en langslapers is de meeste patiënten bekend. Toch heersen vaak misvattingen over het aantal uren slaap dat iemand nodig heeft. Vele patiënten vrezen (en dramatiseren) de gevolgen van een nacht weinig slapen, menen minimum acht à negen uren te moeten slapen en weten niet dat men met het ouder worden een ander slaappatroon heeft;
- 5 de slaap is een spiegel van de toestand overdag³⁸;
- 6 slapen is een normale overgang na ontspanning. Slaap is een diepere vorm van rust die spontaan volgt op ontspanning. Cruciaal hierbij is dat de patiënt weet dat hij

- niet opnieuw leert slapen, maar zich leert ontspannen; slapen volgt daar vanzelf op. Het komt er dus op neer om ontspanning (fysiologisch en psychologisch) te initiëren;
- 7 plaats van medicatie in de behandeling van slapeloosheid³⁹ en effect van medicatie of alcohol op de slaap⁴⁰;
- 8 prevalentie van slapeloosheid;
- 9 belang van de conditionering⁴¹;
- 10 denkprocessen die een vicieuze cirkel doen ontstaan⁴².

SLAAPHYGIËNE MET STIMULUSCONTROLE

Als de patiënt niet voldoende geholpen is met gezondheidsvoorlichting en -opvoeding alleen, dan kan de arts samen met hem beslissen om slaaphygiëne voor te schrijven gecombineerd met een stimuluscontroleprogramma⁴³.

Vooraleer advies te geven gaat de huisarts na wat de patiënt al van anderen gehoord en zelf uitgeprobeerd heeft. Dingen suggereren die de patiënt al eerder vruchteloos heeft ondernomen, versterkt het negatieve denken en on-

35 Uit onderzoek over patiëntenbrochures leren we dat informatie vaak een aantal lacunes vertoont. Verschillende richtlijnen voor de ontwikkeling van brochures kunnen waarschijnlijk zonder meer worden getransfereerd naar die van mondelinge voorlichting: gebruik de vragen van de patiënt als startpunt; geef aandacht aan misopvattingen; refereer aan alle relevante behandelingsopties; zorg voor eerlijke informatie over risico's en mogelijkheden; includeer kwantitatieve informatie waar mogelijk; geef aan waar patiënten meer informatie kunnen vinden; gebruik geen alarmerende en geen paternalistische taal en zet de patiënt aan tot meedenken en noteren van vragen tussen de sessies door.

• Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999;318:318-22.

36 *Informatie over de normale slaaparchitectuur*: de normale slaap kent een vier- à zestal cycli. Een cyclus bestaat uit vier fases:

- fase 1: inslaapfase of overgang van waken naar slapen. De slaper bereidt zich voor, slapen is eigenlijk een verdere voortzetting van ontspanning.
- fase 2: na ongeveer 15 minuten ontwikkelt zich een lichte slaap.
- fase 3 en 4: de slaap verdiept zich, na ongeveer 30 minuten volgt de fase van de diepe slaap. De slaper is moeilijk te wakken; functie is nodig voor lichamelijk herstel. Slaap wordt geleidelijk aan minder diep en gaat over in de REM-slaap, zo genoemd vanwege de karakteristieke 'rapid eye movements', ook wel droomslaap genoemd, die ongeveer tien minuten duurt. Tijdens deze periode is er een sterke activiteit van de hersenen. Dit is nodig voor het psychologisch herstel. In het begin van de nacht is er veel diepe slaap en eerder weinig REM-slaap. Later in de nacht, vanaf de derde fase, verandert dit patroon ten voordele van de REM-slaap.

37 Het slaappatroon verandert met de leeftijd. Baby's slapen het grootste deel van de dag.

38 Slaapproblemen zijn in wezen problemen van psychofysiologische overactiviteit.

39 "Patient education about the risks and benefits of drugs is effective in reducing their usage."

- Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, et al. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:5-8.

40 *Alcohol*: nogal wat mensen die aan inslaapstoornissen lijden, gebruiken alcohol om in te slapen. Alcohol vermindert inderdaad de inslaaptijd, maar zorgt ervoor dat de patiënt in het laatste deel van de nacht meer wakker wordt. Ook de REM-slaap wordt onderdrukt.

41 Het is belangrijk dat de patiënt zicht krijgt op de conditionering die zich na twee à drie weken heeft geïnstalleerd, zodat hij goed begrijpt wat hem te doen staat. Het is dit conditioneringsprincipe dat de kern van de rationale vormt voor gericht slaadvies.

42 Het steeds moeilijker inslapen zorgt ervoor dat de patiënt veel aandacht zal schenken aan allerlei signalen die er volgens hem op wijzen dat hij vannacht weer lang zal wakker liggen. Deze dynamiek leidt dan weer tot de anticipatie van de angst dat hij niet zal slapen. Beide mechanismen induceren een vicieuze cirkel van angstigmakende gedachten en spanning, met wakker liggen tot gevolg.

43 In onderzoek wordt slaaphygiëne meestal als adjuvans gebruikt, samen met andere interventies. Over het effect van slaaphygiëne als monotherapie is slechts beperkt onderzoek gebeurd.

Volgens één RCT vertoonden oudere patiënten (gemiddeld 60 jaar) die slaaphygiëne gekregen hadden een betere slaap dan patiënten die op de wachtlijst stonden (Engle-Friedman, 1992). Een andere RCT die slaaphygiëne vergeleek met placebomedicatie, vond echter geen significant verschil in effect tussen beide groepen (Martinez, 1997).

- Engle-Friedman M, Bootzin RR, Hazlewood L, Tsao C. An evaluation of behavioural treatments for insomnia in the older adult. *J Clin Psychol* 1992;48:77-90.
- Martinez-Manzano C, Levario-Carrillo M. Eficacia de las medidas de higiene del sueño en el tratamiento del insomnio. *Gac Méd Méx* 1997;133:3-6.

Enkele studies vergeleken slaaphygiëne in monotherapie met een combinatietherapie van slaaphygiëne en een andere techniek (stimuluscontrole, relaxatie of slaaprestrictie). De resultaten van deze studies tonen over het algemeen een beter effect met de combinatietherapie (Morin, 1999; Wang, 2005), hoewel

dergraaft de hieronder vermelde nuttige suggesties. De verschillende richtlijnen bevelen vooral slaaphygiëne aan. Nochtans is slaaphygiëne gecombineerd met stimuluscontrole beter ⁴⁴.

Afhankelijk van de door de patiënt aangebrachte informatie kunnen volgende adviezen rond slaaphygiëne worden verstrekt ⁴⁵:

- 1 steeds op hetzelfde tijdstip opstaan;
- 2 vermijden om lang wakker te liggen in bed;
- 3 het bed dient alleen om te slapen of te vrijen;
- 4 vermijden van dutjes overdag (hierover is de literatuur niet eenduidig);
- 5 beperkt gebruik van alcohol, cafeïneproducten, hypnotica;
- 6 geen zware maaltijden vóór het slapengaan;
- 7 aangename temperatuur in de slaapkamer, goede ventilatie, voldoende verduistering;
- 8 geen inspannende activiteiten enkele uren vóór het slapengaan;
- 9 lichte beweging in de vooravond kan wel;

10 lichamelijke activiteit overdag is gewenst;

11 pas gaan slapen als men zich slaperig voelt;

12 als men na ongeveer 10-20 minuten niet in slaap is: opstaan, naar een andere kamer gaan en iets ontspannends doen. Pas terug naar bed gaan als men zich slaperig voelt. Lukt het inslapen na 10-20 minuten nog niet, dan wordt de procedure herhaald.

De twee laatste adviezen komen uit de stimuluscontrole-techniek van Bootzin en Nicassio. De arts zal op voorhand met de patiënt bespreken wat het ontspannende gedrag kan omvatten; zo hoeft de patiënt dat niet op het slapeloze moment zelf te verzinnen ⁴⁶.

De niet-medicamenteuze aanpak vraagt van patiënt én huisarts inspanning en geduld. Dit moet de patiënt ook zeker weten.

OPVOLGING

Om de therapietrouw van de patiënt te verhogen stelt de huisarts hem voor om aan het huidige consult een follow-up consultatie te verbinden. De tussenliggende tijd (drie

(vervolg voetnoot 43)

één studie (Morin, 1999) voor de uitkomst slaapefficiëntie een beter resultaat vond voor de monotherapie dan voor de combinatie met slaaprestricte.

- Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.
- Wang MY, Wang SY, Tsai PS. Cognitive behavioural therapy for primaire insomnia: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005;50:553-64.

Volgens één RCT waarin slaaphygiëne werd vergeleken met stimuluscontrole, was de WASO (waaktijd na het inslapen) na de interventie in beide groepen gereduceerd; bij slaaphygiëne was het effect wel minder uitgesproken (22 min. versus 36 min. bij stimuluscontrole) en waren de patiënten minder tevreden over de behandeling.

- Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.

44 Het geven van richtlijnen over slaaphygiëne is een courante interventie, maar zo blijkt, eerder met geringe evidentie. Een aantal adviezen (geen dutjes overdag) wordt in de literatuur zelfs tegengesproken (Beullens, 1995; Fichten et al., 1995) of er is geen eenduidigheid in de adviezen (steeds op hetzelfde uur gaan slapen wordt wel geadviseerd, maar soms zegt men te gaan slapen als men moe is).

- Beullens J. Een middagslaapje tast de slaapkwaliteit van oudere mensen niet aan. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1995;26:104-8.
- Fichten CS, Creti L, Amsel R, Brender W, Weinstein N, Libman E. Poor sleepers who do not complain of insomnia: myths and realities about psychological and lifestyle characteristics of older good and poor sleepers. *J Behav Med* 1995;18:189-223.

45 Er is op dit ogenblik geen wetenschappelijke evidentie om aan het ene advies meer belang te hechten dan aan het andere.

46 Stimuluscontrole lijkt één van de meest efficiënte strategieën en is reeds onderzocht in de huisartsenpraktijk. Slaaphygiëne vertoont grote overeenkomsten met het stimuluscontroleprogramma van Bootzin et al., maar de techniek van stimuluscontrole tracht de opgebouwde conditionering beter te doorbreken. Hierbij geldt als uitgangspunt dat de slaapsituatie, met name het bed of de slaapkamer, een voorspeller is voor ander gedrag dan slapen. Het kan daarbij gaan om een aversieve betekenis zoals piekeren, maar evengoed om iets wat aangenaam is, maar incompatibel met slapen zoals tv-kijken of lezen. Ten minste negen RCT's onderzochten het effect van stimuluscontrole ten opzichte van placebo of van een controlegroep van patiënten op de wachtlijst. Alle konden een effect aantonen. De techniek werkt zowel bij inslaap- als bij doorslaapstoornissen, en is ook effectief gebleken bij ouderen.

- Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.
- Bootzin RR, Epstein D, Wood JM. Stimulus control instructions. In: Hauri P (ed). *Case studies in insomnia*. New York, NY: Plenum Publishing Corp, 1991:19-28.

De techniek wordt onder meer ook beschreven in: Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R. Stimulus-control: nonpharmacologic training for insomnia. *Can Fam Physician* 1998;44:73-9.

Er is één onderzoek gekend over het effect van stimuluscontrole in de huisartsenpraktijk. In dit onderzoek pasten huisartsen die een drie uur durende training hadden gekregen, deze techniek toe bij 24 personen tussen 25 en 65 jaar met een inslaapstoornis. De deelnemers werden gerekruteerd via media-advertenties en in de huisartsenpraktijk. Bij dertien van de vijftien personen die de behandeling voltooiden, nam de inslaaptijd af met gemiddeld 57 % gedurende de eerste vier weken. Patiënten die tegelijkertijd ook gebruik maakten van hypnotica, hadden dubbel zoveel sessies nodig (ongeveer tien) dan patiënten die er geen gebruikten. De patiënten die hypnotica gebruikten, reduceerden hun dagelijkse dosis met 84 % en hun nachtelijke dosis met 62 %. Deze trend versterkte nog na zes maanden follow-up. Het onderzoek vertoont wel methodologische zwakheden en werd uitgevoerd op een beperkte populatie van 24 patiënten. De negen patiënten die de behandeling niet voltooiden, verschilden van de patiënten die het onderzoek helemaal hadden afgewerkt, vooral inzake volgende kenmerken: acute persoonlijke problemen, partner overleden, gescheiden en/of werkloos. De deelnemende huisartsen rapporteerden dat de techniek gemakkelijk te gebruiken was, maar dat de interventie van de patiënten een hoge mate van motivatie vroeg.

- Baillargeon L. Traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie. Une alternative à la pharmacothérapie. *Can Fam Physician* 1997;43:290-6.
- Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R. Stimulus-control: nonpharmacologic treatment for insomnia. *Can Fam Physician* 1998;44:73-9.

weken) gebruikt de patiënt dan om de afgesproken interventie in de praktijk te brengen⁴⁷. Tijdens dit interval kan aan de patiënt worden gevraagd om zijn slaapwaakpatroon te registreren in een dagboek. Dit dagboek geeft de huisarts een enigszins representatief beeld van de bereikte vorderingen (of het gebrek daaraan)⁴⁸.

VERWIJZING

Wanneer en waarom verwijzen?

Als ondanks het correct opvolgen van de aanbevelingen door de patiënt na vijf à tien weken verandering uitblijft⁴⁹, kan een verwijzing ter sprake worden gebracht. Deze verwijzing kan gericht zijn op het verfijnen of herevalueren van de diagnostiek. Polysomnografisch onderzoek kan hier aangewezen zijn⁵⁰. Ook een verwijzing voor een meer ge-

specialiseerde, therapeutische aanpak behoort tot de mogelijkheden.

Naar wie verwijzen?

De huisarts kan verwijzen voor een algemene slaapklachtgerichte aanpak: relaxatietherapie, cognitieve gedragstherapie of groepsaanpak voor slaapklachten.

Voor relaxatie kan de patiënt terecht bij gespecialiseerde kinesisten, hypno- of gedragstherapeuten⁵¹.

Relaxatie is een aanpak met bewezen effectiviteit. Uit een uitgebreid literatuuroverzicht blijkt dat het effect van relaxatie goed onderbouwd is bij patiënten met inslaapstoornissen⁵².

Naast relaxatie is CGT effectief gebleken in de behandeling van persisterende slapeloosheid⁵³.

47 In de onderzoeken die de werkzaamheid van de stimuluscontrole onderzochten, werd meestal gebruik gemaakt van meerdere sessies. Hoewel stimuluscontrole via onderzoek sterk onderbouwd is, worden er nergens richtlijnen gegeven over hoe dikwijls men de patiënt moet zien. Het hoger vermelde onderzoek van Ballairgeon gaf aan dat patiënten die niet moesten ontwennen, gemiddeld 5,8 sessies nodig hadden, en patiënten die eerst moesten ontwennen, 10,5 sessies.

48 Hoewel dagboeken een vaak voorkomend onderdeel zijn van een gedragsmatige aanpak, zijn er geen degelijke onderzoeken bekend die peilen naar de invloed van een dagboek bijhouden als therapeutisch middel of op vlak van therapietrouw. De stellingen rond het gebruik van dagboeken hebben een consensusniveau (voorbeeld slaapwaakdagboek in *bijlage 1*).

49 Als de patiënt moet ontwennen van een eerder ingestelde behandeling met hypnotica, moet men na tien weken evalueren.

50 Een zinvol onderzoek in het slaaplabo kan pas plaatsvinden als de patiënt geen benzodiazepines meer neemt.

51 Voor patiënten met doorslaapstoornissen kon geen effect van relaxatie worden aangetoond. Er is bovendien geen gerandomiseerd onderzoek gevonden over het effect bij ouderen. Wel is er vergelijkend onderzoek naar het effect van relaxatie in combinatie met slaaphygiëne versus de combinatie stimuluscontrole-slaaphygiëne bij ouderen. Hieruit bleek een beter effect van stimuluscontrole. Vergelijkend onderzoek tussen relaxatie en stimuluscontrole bij patiënten met insomnia in het algemeen gaf tegenstrijdige resultaten: sommige studies konden geen verschil in effect aantonen, andere vonden een voordeel voor één van beide behandelingen.

• Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.

In principe kan iedereen die daarin geschoold is relaxatie geven. Het is ons niet bekend of de beroepsachtergrond van de hulpverlener invloed heeft op de doeltreffendheid van de interventie. Wij vonden evenmin onderzoek terug dat een uitspraak doet over de effectiviteit van relaxatie via audiomiddelen en zonder voorafgaande training onder begeleiding. In één RCT kon van relaxatie geen beter effect worden aangetoond dan van andere niet-medicamenteuze therapieën bij angstige patiënten. Bij sommige personen kan relaxatie zelfs een toename van de angst teweegbrengen.

• Baillargeon L. Traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie. Une alternative à la pharmacothérapie. *Can Fam Physician* 1997;43:290-6.

52 Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.

53 Enkele recente, goed uitgevoerde studies onderzochten het effect van cognitieve gedragstherapie met een combinatie van enkele hoger vermelde technieken. Uit een dubbelblinde studie bij 78 patiënten met chronische doorslaapstoornissen bleek de combinatie van slaapeducatie met stimuluscontrole en slaaprestrictie effectief in vergelijking met placebodesensitisatie. Zes maanden na de therapie was dit effect nog steeds aanwezig. Het effect was bovendien beter dan dat van relaxatietherapie. De klinische relevantie blijkt uit de minstens 50 % patiënten die een verbetering van hun WASO hadden: volgens de slaapdagboeken behaalde 64 % dit criterium met CGT, tegenover 12 % met relaxatietherapie en 8 % met placebo ($p=0,001$); voor de polysomnografische gegevens waren de percentages respectievelijk 40 %, 28 % en 12 % ($p=0,08$).

• Edinger JD, Wohlgenuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive Behavioral Therapy for treatment of chronic primary insomnia. *JAMA* 2001;285:1856-64.

Een andere studie onderzocht het effect van de combinatie van cognitieve therapie + stimuluscontrole + slaaprestrictie + slaaphygiëne (ten opzichte van placebomedicatie) bij 78 patiënten met chronische in- of doorslaapstoornissen en vond een verbetering die aanhield tot minstens twee jaar na de therapie. Onder meer het percentage patiënten die niet langer voldeden aan de diagnostische criteria voor insomnia werd als criterium gebruikt voor een klinisch relevant succes. De percentages na behandeling bedroegen 78 % voor CGT en 14 % voor placebo. Voor de follow-up periode werden geen succespercentages vermeld.

• Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999;281:991-9.

Eén studie bij 63 patiënten met een inslaapstoornis vergeleek een behandeling met zolpidem van vier weken, gevolgd door geleidelijke afbouw over vier weken, met cognitieve gedragstherapie (cognitieve component, gedragscomponenten, relaxatie, educatie), met de combinatie van zolpidem en CGT en met placebomedicatie. Tijdens de behandeling bleek CGT zowel in monotherapie als in combinatie met zolpidem effectiever dan zolpidem of placebo alleen. Daarnaast scoorde CGT in monotherapie minstens even goed en voor sommige uitkomsten zelfs beter dan de combinatietherapie. Bij het stopzetten van de therapie met zolpidem verergerde de insomnia opnieuw tot op het niveau van vóór de behandeling. Met gedragstherapie werd het effect daarentegen behouden. Ook na het stopzetten van de combinatietherapie trad een achteruitgang op in de eerder geboekte winst.

• Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia. *Arch Intern Med* 2004;164:1888-96.

Ten slotte kan worden verwezen voor een initiatief rond groepsaankpak van slaapkachten⁵⁴. Dit betekent dat een beperkte groep patiënten met slapeloosheid verschillende sessies aangeboden krijgen onder de vorm van een slaapcurcus (mix van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, stimuluscontrole, relaxatie en CGT)⁵⁵.

In de praktijk zullen het vooral pragmatische overwegingen zijn die het verwijsbeleid van de huisarts bepalen: is de patiënt bereid tot een verwijzing naar een cognitieve gedragstherapeut? Zijn er gedragstherapeuten beschikbaar in de regio? Bestaan er wachtlijsten? Wij vinden het verdedigbaar dat bijvoorbeeld eerst wordt verwezen naar een kinesist voor relaxatie, in afwachting dat CGT bij een gespecialiseerde therapeut kan worden opgestart.

Klacht- en patiëntkenmerken bij verwijzing

Met betrekking tot de aard van de interventie, kan de huisarts in zijn beslissing rekening houden met volgende bevindingen uit onderzoek:

- Het *functioneren overdag* kan richtingaangevend zijn voor de therapiekeuze. Bij patiënten die slecht functioneren overdag kunnen technieken worden gebruikt die de slaap verlengen (relaxatie); patiënten die weinig hinder on-

dervinden overdag kunnen meer baat hebben bij technieken die de slaap consolideren (zoals slaaprestrictie)⁵⁶.

- Hoewel de *voorkeur van de patiënt* weinig aandacht krijgt in de wetenschappelijke literatuur, is deze vermoedelijk van belang bij de uiteindelijke therapiekeuze. Een gemotiveerde patiënt zal immers een betere therapietrouw vertonen⁵⁷.
- Over de *aanvaardbaarheid* van de onderzochte interventies zijn enkele gegevens bekend. Over het algemeen was die beter dan met placebotherapie⁵⁸, en hoger dan met benzodiazepines⁵⁹. Eén studie die slaaphygiëne vergeleek met stimuluscontrole rapporteert dat de patiënten die slaaphygiëne kregen minder tevreden waren⁶⁰.
- Er is tot dusver geen bewijs voor de winst van een therapie op maat van de patiënt, zoals progressieve relaxatie bij gespannen patiënten of stimuluscontrole bij patiënten met activiteiten die niet verenigbaar zijn met slapen. Anderzijds is het onwaarschijnlijk dat gelijk welke therapie effect zal hebben bij alle patiënten. Een effectieve behandeling van insomnia zal vaak bestaan uit een combinatie van technieken. Dergelijke *gecombineerde therapie* moet zorgvuldig worden gepland; zo vermijdt men dat het effect van de interventie vermindert doordat minder effectieve advie-

(vervolg voetnoot 53)

De enige gerandomiseerde studie die het effect in de huisartsenpraktijk vergeleek van CGT met geen behandeling, vertoont een aantal methodologische tekortkomingen, waardoor de resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. In deze studie resulteerde CGT, gegeven door goed getrainde 'primary care nurses', in een beter effect dan zelfmonitoring bij 139 patiënten met in- of doorslaapstoornissen. Zo verminderde de inslaaptijd van 61 naar 28 minuten na CGT, in vergelijking met een vermindering van 74 naar 70 minuten in de controlegroep. Follow-up gegevens na één jaar toonden een blijvend effect, maar in deze fase was er geen sprake meer van een gecontroleerde onderzoeksopzet.

- Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther* 2001;39:45-60.

Een andere gerandomiseerde studie in de huisartsenpraktijk vergeleek een verkorte vorm van CGT (twee sessies) met slaaphygiëneadviezen bij twintig patiënten met chronische primaire insomnia en vond een significant beter resultaat met CGT dan met slaaphygiëne bij een follow-up van drie maanden na behandeling. Ruim de helft van de patiënten die de CGT gekregen hadden, rapporteerde ten minste 50% vermindering van de WASO-tijd.

- Edinger JD, Sampson WS. A primary care friendly cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep* 2003;26:177-82.

54 Momenteel is er onvoldoende evidentie om concrete aanbevelingen te doen over het beste behandelingsprogramma in termen van 'format' (individueel of in groep), frequentie, duur of behandelaar. De huisarts dient zich te oriënteren op verschillende voorzieningen in zijn regio (ziekenfonds, volkshogeschool).

55 Het is mogelijk dat uit het gesprek of dagboek blijkt dat de patiënt vooral kampt met de interferentie van piekeren over zijn psychosociale problematiek met zijn slaapedrag. In dat geval kan een oorzakelijke aanpak aangewezen zijn en kan men verwijzen voor psychotherapie, relatietherapie of welke specialistische aanpak dan ook, afhankelijk van het probleem.

56 Uit een post-hoc analyse van de studie van Lichstein et al. bij ouderen blijkt dat patiënten die slecht functioneren overdag het best reageren op relaxatetherapie, terwijl patiënten met weinig problemen overdag het best reageren op slaaprestrictie.

- Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:227-39.

57 Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.

58 • Edinger JD, Wohlgenuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive Behavioral Therapy for treatment of chronic primary insomnia. *JAMA* 2001;285:1856-64.

- Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:227-39.
- Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.

59 Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.

60 Friedman L, Benson K, Noda A, et al. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000;13:17-27.

zen en technieken een deel van de beschikbare tijd in beslag nemen ⁶¹.

- **Leeftijd:** verschillende recente studies tonen aan dat ouderen met insomnia – niet veroorzaakt door somatische aandoeningen of specifieke slaapproornissen zoals slaapapneu en RLS – op niet-medicamenteuze therapie een respons vertonen die gelijkaardig is aan die van jongeren ⁶².
- Er is geen bewijs dat het *geslacht* van de patiënt met insomnia een invloed heeft op het welslagen van de therapie ⁶³.
- Over de invloed van *hypnoticagebruik* op het effect van niet-medicamenteuze therapieën zijn de meningen ver-

deeld ⁶⁴. Er is meer onderzoek nodig om een gefundeerde uitspraak te doen.

Medicamenteuze aanpak van slapeloosheid

De beslissing van de huisarts om de slapeloosheid medicamenteus aan te pakken, is afhankelijk van de ernst en de duur van de slapeloosheid.

Als de slapeloosheid in uitzonderlijke omstandigheden door patiënt en/of huisarts als zeer ernstig of handicaperend wordt beschouwd of als de patiënt door zijn slapeloosheid onder extreme druk ('distress') komt te staan ⁶⁵, kan de huisarts

61 Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.

62 In één RCT in de huisartsenpraktijk werd na cognitieve gedragstherapie zelfs een grotere reductie bereikt van de WASO-tijd bij 60-plussers dan bij personen tussen 18 en 44 jaar (Espie, 2001). Deze studie heeft wel een aantal methodologische tekortkomingen.

- Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther* 2001;39:45-60.
- Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999;281:991-9.
- Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.
- Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:227-39.

63 • Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther* 2001;39:45-60.

- Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999;281:991-9.

64 In een aantal studies werden alle personen die slaapmedicatie gebruikten uitgesloten of werd de medicatie eerst afgebouwd vooraleer met de niet-medicamenteuze therapie werd gestart. Dit moet in het achterhoofd worden gehouden bij het interpreteren van de resultaten.

- Friedman L, Benson K, Noda A, et al. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000;13:17-27.
- Edinger JD, Wohlgenuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive Behavioral Therapy for treatment of chronic primary insomnia. *JAMA* 2001;285:1856-64.
- Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:227-39.

In andere studies werd hypnoticagebruik wel toegelaten, met tegenstrijdige resultaten. Zo stelden enkele RCT's in een post-hoc analyse vast dat gedragstherapie minder effectief was bij hypnoticagebruikers dan bij niet-gebruikers.

- Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.

Andere RCT's vonden geen verband tussen hypnoticagebruik en therapie-effect.

- Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther* 2001;39:45-60.
- Mimeault V, Morin CM. Self-help treatment for insomnia: bibliotherapy with and without professional guidance. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:511-9.

Een RCT die werd opgezet om te onderzoeken of gedragstherapie kan worden gecombineerd met occasioneel hypnoticagebruik, vond geen duidelijk voordeel van mono- of combinatietherapie bij patiënten met chronische insomnia. Belangrijk is wel dat twintig van de 26 patiënten bij aanvang van de studie slaapmedicatie namen, en deze eerst moesten afbouwen vooraleer zij konden deelnemen. Dit betekent dat de studie plaatsvond bij sterk gemotiveerde patiënten, zodat de generaliseerbaarheid van de bevindingen in vraag kan worden gesteld.

- Hauri PJ. Can we mix behavioural therapy with hypnotics when treating insomniacs? *Sleep* 1997;20:1111-8.

Een RCT bij ouderen vond een trend tot een beter effect met de combinatie van gedragstherapie en benzodiazepines dan met beide therapieën afzonderlijk, maar dit voordeel werd niet behouden op lange termijn. Een mogelijke verklaring is dat personen die slaapmedicatie krijgen (alleen of in combinatie met niet-medicamenteuze therapie) hun geboekte winsten uitsluitend aan de medicatie toeschrijven, en bijgevolg meer vatbaar zijn voor herval als de medicatie wordt stopgezet.

- Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomised controlled trial. *JAMA* 1999;281:991-9.

65 "When the insomnia is severe, disabling or subjecting the individual to extreme distress" is het subjectieve criterium dat de PRODIGY-richtlijn hanteert om toch slaapmedicatie voor te schrijven. Dit criterium wordt onder andere overgenomen door het 'Oxford Companion handbook of general practice' en de 'British National Formulary' en is mede geïnspireerd door het standaardwerk van Ashton over het rationele gebruik van benzodiazepines. Het criterium 'ernst en lijdensdruk' bepaalt tevens het beleid bij een depressieve stoornis zoals in de herziene NHG-Standaard Depressieve stoornis is aanbevolen. Het blijft voor elke huisarts een uitdaging om via zorgvuldige anamnese de ernst van de gepresenteerde slapeloosheid bij de patiënt in te schatten en zijn beleid daaraan aan te passen.

- www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (laatst geraadpleegd op 11.07.2005).
- Simon C, Everitt H, Birtwistle J, et al. Oxford Companion handbook of general practice. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- British National Formulary [44th edition] London: British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2002.
- Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use? *Drugs* 1994;48:25-40.
- Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). *Huisarts Wet* 2003;46:614-23.

beslissen om een slaapmiddel voor te schrijven⁶⁶. Ook de duur van de slapeloosheid (acuut – minder dan drie weken – of chronisch – meer dan drie weken) is bepalend in de beslissing om al dan niet slaapmedicatie voor te schrijven⁶⁷. Enkel in acute situaties, bijvoorbeeld bij een plots overlijden⁶⁸, kan de huisarts overwegen de slapeloosheid medicamenteus te behandelen, met de bedoeling de acute symptomen zoals ernstig disfunctioneren overdag te verlichten, en complicaties zoals ‘acting out’ te voorkomen⁶⁹. Ook in deze uitzonderlijke situaties mag de medicatie niet als genezend worden beschouwd.

Het probleem van conditionering en het risico op gewenning en afhankelijkheid van slaapmiddelen moet de arts aanzetten om bij chronische slapeloosheid geen slaapmedicatie voor te schrijven.

Het gebruik van slaapmiddelen gebeurt *onder strikte voorwaarden*: het wordt beperkt in de tijd én er wordt voor een minimaal effectieve dosis gekozen⁷⁰. Deze boodschap wordt van meet af aan megedeeld aan de patiënt. Zo creëert men

geen verkeerde verwachtingen omtrent slaapmedicatie en wordt de patiënt aangespoord om het gebruik ervan in de tijd te beperken.

Van zodra mogelijk zal ook in deze crisissituaties de medicamenteuze aanpak worden gecombineerd met en daarna vervangen worden door niet-medicamenteuze maatregelen, zoals slaapadvies⁷¹.

WELKE MEDICATIE?

Van alle bestaande klassen van slaapmiddelen beantwoorden de *benzodiazepines* het best aan de criteria van ‘minst slechte slaapmiddel’⁷²:

- ze zouden een snel intredende werking hebben⁷³;
- met de halflangwerkende moleculen wordt een voldoende lange werking bekomen;
- er is een relatieve veiligheid bij overdosering, zeker ten opzichte van de oudere barbituraten.

Benzodiazepines werken na (‘hang-over’) overdag; ze hebben een negatieve invloed op het rijvermogen⁷⁴ en zijn daar-

66 Tijdens de onderhandelingsfase van het consult bepaalt de patiënt mee het beleid. Een goede *psycho-educatie van de patiënt* over het gebruik van slaapmiddelen in het algemeen en benzodiazepines in het bijzonder moet ertoe leiden het gebruik van deze medicatie te beperken.

• Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, et al. Patient education about the risks and benefits of drugs is effective in reducing their usage. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:5-8.

67 Conditionering versterkt, zoals reeds vermeld, het oorspronkelijke probleem van slapeloosheid wanneer deze drie weken of langer aanhoudt en zal op niet-medicamenteuze wijze moeten worden behandeld. Bovendien neemt het risico op gewenning en afhankelijkheid van slaapmiddelen toe vanaf meer dan twee weken gebruik, zodat het voorschrijven van slaapmiddelen bij chronische slapeloosheid sowieso vermeden moet worden.

68 Er is slechts één RCT gevonden die het effect van benzodiazepines op rouw nagaat. Deze studie kon een eventueel negatief effect van benzodiazepines op rouw niet aantonen. Deze studie includeerde echter een zeer beperkt aantal patiënten die een zeer lage dosering van diazepam kregen. Wij vinden het hoe dan ook belangrijk dat de patiënt ingelicht wordt over het eventuele nadeel van uitstel van rouw tot op een moment waarop vanuit de omgeving mogelijk minder steun te verwachten valt.

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

69 Chronische slapeloosheid kan leiden tot psychiatrische problemen zoals depressie en paniekstoornissen, alsook tot alcoholmisbruik.

• Lamberg L. Sleep specialists weigh hypnotics, behavioral therapies for insomnia. *JAMA* 1997;278:1647-9.

70 www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

71 Als ze als dusdanig wordt gebruikt, zou medicatie een tijdelijk hulpmiddel moeten zijn bij de niet-medicamenteuze aanpak. Uit het geringe aantal studies voorhanden blijkt dat de gecombineerde aanpak (medicamenteus en niet-medicamenteus) enkel op korte termijn enig voordeel boekt. Op langere termijn biedt deze combinatie geen voordelen boven de niet-medicamenteuze aanpak.

• www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

72 Alle geraadpleegde literatuur beschouwt de klasse van de benzodiazepines als eerste keuze. Zowel de Britse als Nederlandse richtlijn oordelen dat de klasse van de niet-benzodiazepinehypnotica, de zogenaamde z-drugs, slechts tweede keus zijn. Deze richtlijnen volgen hierbij de internationale auteurs zoals Ashton en Wagner.

• Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use? *Drugs* 1994;48:25-40.

• Wagner J, Wagner ML, Hening W. Beyond benzodiazepines: alternative pharmacological agents for the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother* 1998;32:680-91.

73 In een review vindt Holbrook dat benzodiazepines effectief zijn in de toename van slaapduur volgens het subjectieve oordeel van de patiënt, alsook volgens de objectieve ‘sleep records’; de slaaptijd daarentegen verkort wel volgens de rapportering door de patiënt, maar niet volgens de objectieve metingen in het labo.

• Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 2000;162:225-33.

74 Gebruikers van benzodiazepines hebben een toegenomen risico op verkeersongevallen van 28-60 % versus niet-gebruikers. Praktisch betekent dit dat patiënten duidelijk moeten worden geïnformeerd over de risico's van het nemen van dit soort geneesmiddelen voor de rijvaardigheid en dat er medico-legaal rijverbod is. Conform de geldende wetgeving stellen wij voor de bespreking van dat rijverbod ook in het globaal medisch dossier van de patiënt te noteren. In ieder geval moet het besturen van een auto worden vermeden bij het begin van de behandeling en bij een eventuele dosisverhoging.

• Barbone F, Mc Mahon AD, Davey PG, et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998;352:1331-6.

• Hemmelgarn B, Suissa S, Huang A, et al. Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly. *JAMA* 1997;278:27-31.

om mee verantwoordelijk voor verkeersongevallen. Na twee weken treedt er tolerantie of gewenning op en genereren ze fysische én psychische afhankelijkheid of verslaving⁷⁵. Bij plots stoppen geven ze aanleiding tot dervings- of onttrekkingsverschijnselen⁷⁶.

Met benzodiazepines gaan daarenboven een hele reeks bijwerkingen gepaard, zoals vallen⁷⁷ en cognitief verlies⁷⁸. De bevolkingsgroep die het meest gevoelig is voor deze bijwerkingen, met name ouderen, is tevens de grootste gebruiker. Er zijn klinisch relevante interacties beschreven met sommige andere medicaties⁷⁹ en alcohol⁸⁰.

Van de benzodiazepines weten we dat ze slechts gedurende één week effectiever zijn dan placebo⁸¹. Na één week is er geen significant effect meer ten opzichte van placebo en treden er bij plots stoppen al dervingsverschijnselen op. Het gebruik van *barbituraten en hun afgeleiden* (zoals me-

probamaat) in de aanpak van slapeloosheid op de eerste lijn is obsoleet omwille van het bijwerkingenprofiel en hun gevaar op intoxicatie⁸². Ook het oneigenlijke aanwenden van sederende antipsychotica (clotiapine) of sederende anti-histaminica (promethazine) in de eerste lijn is om dezelfde redenen niet verdedigbaar⁸³.

Van de *nieuwere niet-benzodiazepine hypnotica* (de zogenaamde z-drugs zopiclon, zolpidem en zaleplon) is er geen duidelijke meerwaarde beschreven ten opzichte van de klassieke benzodiazepines. Deze producten blijven tweede keuze wegens hun (veel) hogere kostprijs, hun gelijkwaardige bijwerkingenprofiel en een beduidend minder lange gebruikservaring tegenover de benzodiazepines⁸⁴.

Over de plaats van de klassieke *tricyclische antidepressiva met sederende werking*, type amitriptyline of trazodon, bij de niet-depressieve patiënt met slapeloosheid is weinig ge-

75 Volgens Ashton zijn benzodiazepines potentieel verslavende middelen. Zij maakt een onderscheid tussen verschillende types afhankelijkheid: afhankelijkheid van therapeutische dosissen, afhankelijkheid van voorgeschreven hoge dosissen en recreationeel gebruik van benzodiazepines.

• Ashton CH. Benzodiazepines: how they work and how to withdraw? The Ashton Manual. Revised August 2002. www.benzo.org.uk/manual (geraadpleegd op 11.07.2005)

Volgens andere auteurs impliceert het feit dat veel mensen chronisch benzodiazepines gebruiken op zichzelf niet dat ze er ook werkelijk aan verslaafd zijn. Slechts een minderheid (10 %) van de patiënten die starten met een benzodiazepine aan een lage dosis op voorschrift, zou na verloop van tijd ook nood hebben aan hogere dosissen.

76 • Committee on Safety of medicines. Benzodiazepines, dependence and withdrawal symptoms. *Current Problems* 1988;21:1-2.

• Ashton CH. Benzodiazepines: how they work and how to withdraw? The Ashton Manual. Revised August 2002. www.benzo.org.uk/manual (geraadpleegd op 11.07.2005)

77 Het gebruik van benzodiazepines verhoogt het risico op vallen. De meeste studies stellen een verband vast tussen de inname van benzodiazepines en een verhoogd risico op femurfractuur.

• Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people : a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *AGS* 1999;47:30-9.
• Passaro A, Volpato S, Romagnoni F, et al. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalised population : the GIFA study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1222-9.
• Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, et al. Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly : effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry* 2001;158:892-8.
• Hering RM. Geneesmiddelen als determinant van ongevallen. [dissertatie] Universiteit Utrecht, 1994.
• Psychotropes chez les sujets âgés: le risque de chute et de fracture augmente. *Rev Prescrire* 1998;18:776-9.
• Pierfitte C, Macouillard G, Thicoipe M, et al. Benzodiazepines and hip fractures in elderly people : case-control study. *BMJ* 2001;322:704-8.

78 Petrovic M. Use and discontinuation of hypnosedative medications in geriatric inpatients. [proefschrift] Universiteit Gent, 2002:20-2.

79 Volgende medicijnen kunnen, wanneer ze samen met benzodiazepines worden toegediend, de werking van deze laatste versterken: alcohol en psychotrope stoffen (waaronder SSRI's); erytromycine en andere macroliden, azool-antimycotica; orale anticonceptiva; cimetidine, isoniazide en propranolol.

80 Ashton CH. Guidelines for the rational use of benzodiazepines : when and what to use. *Drugs* 1994;48:25-40.

81 Uit twee meta-analyses blijkt dat een kortdurende behandeling met benzodiazepines de effectieve slaaptijd kan verlengen.

• Nowell PD, Mazumdar S, Buysse D, et al. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia : a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA* 1997; 278:2170-7.
• Holbrook AM, Crowther R, Lotter A. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 2000;162:225-33.

82 Wagner J, Wagner ML, Hening WA. Beyond benzodiazepines : alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother* 1998; 32:680-91.

83 www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

84 • Wagner J, Wagner ML, Hening WA. Beyond benzodiazepines : alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother* 1998;32:680-91.

• Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term treatment of insomnia. www.nice.org.uk/TA077guidance (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

kend⁸⁵. Bij een langdurige medicamenteuze aanpak van slapeloosheid worden deze producten in de eerste lijn frequent gebruikt voor hun hypnotisch effect. Nochtans worden ze omwille van hun potentiële toxiciteit bij voorkeur voorbehouden voor de specifieke indicatie waarvoor ze zijn bedoeld, namelijk depressie⁸⁶.

Er is enige wetenschappelijke evidentie die staft dat het gebruik van het hormoon *melatonine* nuttig kan zijn in de aanpak van jetlag⁸⁷.

Ook over *fytotherapie* (valeriaan en andere) is weinig gekend en blijven de vragen over veiligheid en effecten bij gebruik op lange termijn onbeantwoord⁸⁸.

Als productkeuze bevelen we een benzodiazepine aan met intermediaire werkingsduur⁸⁹. Tussen de benzodiazepines met intermediaire werkingsduur onderling bestaat geen bewezen verschil in werking; er is dus geen duidelijke voorkeur voor één van deze producten⁹⁰.

De sedatieve werking van benzodiazepine wordt meer be-

85 • Wagner J, Wagner ML, Hening WA. Beyond benzodiazepines : alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother* 1998;32:680-91.

• Insomniacs with co-existing psychiatric disorders. In: *Insomnia in general practice*. Geneva: WHO, Division of Mental Health, 1993.

86 • www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=insomnia (laatst geraadpleegd op 11.07.2005).

Uit de LOK-toetsing bij huisartsen in Vlaanderen bleek hoe ingeburgerd het gebruik van dergelijke producten is in de medicamenteuze aanpak van slapeloosheid. Voor amitriptyline noch voor mianserine (Lerivon®) zijn studies beschikbaar bij niet-depressieve patiënten. Voor trazodone (Trazolan®) besluit een review dat er erg weinig gegevens zijn die het gebruik ervan bij niet-depressieve patiënten ondersteunen. Het bijwerkingenprofiel van trazodone (cardiovasculaire bijwerkingen, priapisme) is bovendien veel belangrijker dan van de andere conventionele hypnotica.

• James SP, Mendelson WB. The use of trazodone as a hypnotic: a critical review. *J Clin Psychiatry* 2004;65:752-5.

87 In België is melatonine niet gecommmercialiseerd als geneesmiddel en wordt het gebruik ervan enkel toegelaten in trials.

• Herxheimer A, Petrie KJ. Melatonin for the prevention and treatment of jet-lag (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

Het 'Agency for Healthcare Research and Quality' vat in een recente 'Technology Assessment' de literatuur samen over melatonine en komt tot de conclusie dat melatonine niet zozeer als een hypnoticum, maar wel als 'phase re-setter' werkt. Het rapport stelt tevens vragen over de veiligheid van melatonine-supplementen als ze over langere termijn worden gebruikt.

• www.ahrq.gov/clinic/evrtpdfs.htm#melatonin (laatst geraadpleegd op 08.06.2005)

88 • Stevinson C, Ernst E. Valerian for insomnia : a systematic review of randomized clinical trials. *Sleep Med* 2000;1:91-9.

www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band81/b81-7.html (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

Van valeriaan vermeldt de Britse PRODIGY-richtlijn dat er enige wetenschappelijke evidentie is dat dit product een klein voordeel zou bieden in de behandeling van slapeloosheid, maar dat er een gebrek is aan beschikbare studies. Bovendien worden van valeriaan bijwerkingen gerapporteerd en is het gebruik tegenaangewezen tijdens de zwangerschap, bij borstvoeding of bij mensen met een slechte leverfunctie.

Het 'Revue Prescrire' stelt in een overzichtsartikel van februari 2005 dat van de meeste in Frankrijk gebruikte plantenextracten bij slapeloosheid elk bewijs van werkzaamheid ontbreekt en er bovendien twijfels rijzen over hun veiligheid. Alleen van valeriaan wordt een bescheiden effect op de slaapkwaliteit erkend. Het tijdschrift vermoedt een afwezigheid van (ernstige) bijwerkingen wanneer een zuiver preparaat (afwezigheid van valepotriaten) wordt gebruikt.

• Stratégies. Plainte d'insomnie. Une place pour la phytothérapie traditionnelle. *Rev Prescrire* 2005;25:110-4.

89 Omwille van de residuele sedatie en 'hang-over' overdag worden de langwerkende benzodiazepines, type diazepam of flunitrazepam, niet verkozen.

Flunitrazepam (Rohypnol®) is een langwerkende benzodiazepine. Uit talrijke publicaties blijkt dat flunitrazepam wereldwijd wordt gebruikt door drugverslaafden. Als bijwerkingen worden amnesie, irritatie, agressiviteit en zelfs gewelddadig gedrag gemeld. Flunitrazepam geeft aanleiding tot amnesie en ontremming en wordt misbruikt als sedativum bij verkrachtingen (de zogenaamde 'rape-drug'). De combinatie van flunitrazepam met alcohol kan leiden tot een vrijwel totale amnesie voor wat men onder invloed van deze combinatie heeft aangericht of wat men heeft ondergaan.

• Utilisation abusive du flunitrazepam par les toxicomanes. *Rev Prescrire* 1996;16:376-7.

• Toxicomanes au Rohypnol. *Rev Prescrire* 2001;21:140.

Ook de (zeer) kortwerkende benzodiazepines, type triazolam, zijn omwille van de beschreven ernstige paradoxale verschijnselen en dervingsverschijnselen te vermijden. Daarom werd triazolam onder andere in Denemarken en het Verenigd Koninkrijk van de markt gehaald. Volgens sommige auteurs is dit risico nog hoger bij benzodiazepines die niet alleen een relatief korte halfwaardetijd hebben, maar ook sterk potente middelen zijn, zoals bijvoorbeeld alprazolam en lorazepam. De combinatie van kracht en snelle eliminatie zorgen ervoor dat gevoelens van 'craving' en neerslachtigheid reeds kunnen optreden tussen twee therapeutische dosissen in. Maar wij vinden onvoldoende bewijskracht om alprazolam en lorazepam af te raden.

• Ashton CH. A problem with lorazepam. *The Ashton Manual*. University of Newcastle, 1988. www.benzo.org.uk

• Ashton CH. Doctors turn to more addictive short-acting benzodiazepines. *The Ashton Manual*. University of Newcastle, 1988. www.benzo.org.uk

• Ashton CH. Risk of dependence on benzodiazepine drugs : a major problem of long term treatment. *BMJ* 1989;198:103-4.

• Chen Y, Lader M. Long term benzodiazepine treatment : is it ever justified? *Hum Psychopharmacol* 1990;5:301-12.

• Hallfors DD, Saxe L. The dependence potential of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. *Am J Public Health* 1993;83:1300-4.

• Busto U, Sellers EM. Pharmacokinetic determinants of drug abuse and dependence : a conceptual perspective. *Clin Pharmacokinet* 1986;11:144-53.

• Lader M. Benzodiazepine dependence. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1984;8:85-95.

90 Wat de productkeuze betreft, stelt de internationale literatuur zowel temazepam, loprazolam als lormetazepam voor. Deze middelen worden, in tegenstelling tot de meeste benzodiazepines, direct geconjugeerd in de lever en hebben dus geen actieve metabolieten. Lorazepam en andere worden daarentegen wel gemetaboliseerd in de lever, waardoor hun werkingsduur afhankelijk is van leverfunctiestoornissen en interactie met andere geneesmiddelen. Voor middelen die in de lever worden gemetaboliseerd geldt dat de halveringstijd bij bejaarden ongeveer het dubbele bedraagt dan bij jongvolwassenen. Ook de publicaties van Ashton pleiten tegen lorazepam (en alprazolam) als eerstekeuze-product. Omdat er heel wat onduidelijkheid bestaat over het veel gebruikte lorazepam in België maken wij in deze aanbeveling geen productkeuze. We wijzen er wel op dat in België vooral de grootte van de verpakking de keuze mee bepaalt.

paald door de dosis dan door het soort molecule. De individuele gevoeligheid voor een benzodiazepine is echter onvoorspelbaar. Daarom zal een zo laag mogelijke dosis worden voorgeschreven. Voor bejaarden en mensen met lever- en/of nieraandoeningen zullen de dosisbehoeften nog lager zijn. Tijdens zwangerschap en borstvoeding worden hypnotica het best vermeden⁹¹.

Gezien het ontstaan van gewenning en afhankelijkheid wordt een benzodiazepine liefst niet langer dan één week gebruikt⁹². Over intermitterende toediening van benzodiazepines, bijvoorbeeld elke derde dag gedurende één tot twee weken, is de literatuur niet eenduidig. Soms wordt intermitterende toediening aangeraden om het risico van gewenning te verminderen, maar langdurig intermitterend gebruik zou op zich het medicatiegebruik kunnen versterken⁹³.

HET EENMALIGE VOORSCHRIFT

De huisarts opteert bij voorkeur voor een benzodiazepine met halflange werkingsduur – type lormetazepam, loprazolam of temazepam – aan een zo laag mogelijke dosis en die gedurende maximum één week wordt gebruikt⁹⁴. Deze boodschap wordt van meet af aan expliciet meegedeeld aan de patiënt. Zo creëert men geen verkeerde verwachtingen omtrent slaapmedicatie en beperkt men het gebruik ervan in de tijd.

Van zodra mogelijk wordt de medicamenteuze aanpak in een eerste fase gecombineerd met en daarna vervangen door niet-medicamenteuze maatregelen, zoals slaapadvies⁹⁵.

Enkele richtlijnen bij het voorschrijven van een slaapmiddel:

- enkel in acute situaties, als tijdelijke ondersteuning;
- bij voorkeur een halflangwerkend benzodiazepine;
- in de laagst effectieve dosis, in de kleinste verpakking;
- volgens de principes van het ‘informed consent’ spreekt de arts met de patiënt af hoe lang de medicatie wordt genomen, bespreekt hij de voor- en nadelen van de medicatie en wijst hij de patiënt op de mogelijkheid van afhankelijkheid en andere ongewenste effecten, zoals vallen;
- bij het eerste voorschrift wordt met de patiënt afgesproken wanneer en hoe de medicatie zal worden gestopt. Zo beperkt men de kans dat de patiënt bij tevredenheid over het behaalde resultaat met medicatie, om verdere prescriptie vraagt;
- dagelijks gebruik wordt vermeden. Stel voor om de medicatie enkel te nemen wanneer nodig of onderbroken.
- besteed tijd aan het veilige gebruik van benzodiazepines. Vanuit medico-legaal oogpunt is het rijden onder psychofarmaca verboden. Gelijktijdig gebruik met alcohol moet worden vermeden; hou rekening met interacties met andere medicatie. Verwittig de patiënt dat benzodiazepines niet aan anderen mogen worden doorgegeven en dat ze buiten het bereik van kinderen worden gehouden.

OPVOLGING VAN DE MEDICAMENTEUSE AANPAK

Als de huisarts toch een benzodiazepine voorschrijft, is het zijn taak om deze medicamenteuze aanpak in de tijd te bewaken, om overgang naar chronisch gebruik te vermijden⁹⁶. We stellen voor om na elk eerste voorschrift van benzodiazepines de patiënt na één week terug te zien.

Heeft de patiënt goed gereageerd op zijn medicatie – dit wil zeggen dat het acute van de oorspronkelijke situatie ach-

91 Benzodiazepines zijn af te raden tijdens de zwangerschap. Bij regelmatig gebruik kan de pasgeborene ontwenningsverschijnselen vertonen. Bij gebruik kort vóór of tijdens de bevalling kan het zogenaamde ‘floppy infant syndrome’ optreden, met hypotonie en ademhalingsstoornissen van de baby tot gevolg. Er is nog geen wetenschappelijke zekerheid over het teratogene risico van benzodiazepines.

92 Er wordt in België al vele jaren gewezen op de nood aan kleine verpakkingen van benzodiazepines. Op die manier is de arts in de mogelijkheid om een correcte hoeveelheid aan medicatie voor te schrijven.

93 In de Britse richtlijn wordt onder medicamenteuze aanpak voorgesteld om ‘waar mogelijk het gebruik van benzodiazepines intermitterend te geven’, bijvoorbeeld elke derde nacht, om zo het risico op tolerantie te beperken. www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

94 • www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

• Knuistingh Neven A, De Graaff WJ, Lucassen PLBJ, et al. NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. *Huisarts Wet* 1992;35:212-9.

• Verantwoord gebruik van benzodiazepines. *Folia Pharmacotherapeutica* 2002;10:82-90.

• Wagner J, Wagner ML, Hening W. Beyond benzodiazepines : alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother* 1998; 32:680-91.

95 Als ze als dusdanig wordt gebruikt, zou medicatie een tijdelijk hulpmiddel moeten zijn bij de niet-medicamenteuze aanpak.

• www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Insomnia (laatst geraadpleegd op 11.07.2005)

96 Het gebruik van vervolgrecepten voor benzodiazepines bij een nieuwe gebruiker moet zoveel mogelijk worden vermeden.

• Gorgels WJ, Oude Voshaar, Mol AJ, et al. Het langdurig gebruik van benzodiazepines. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1342-6.

• Ubbels THCM, Visser FHJA, Beusmans GMHI, et al. Benzodiazepinegebruik in de huisartspraktijk : waarom laten wij het (niet) zo? *Huisarts Wet* 1999;42:107-11.

• Visser FHJA, Jongbloet AJ, Knottnerus JA, et al. Benzodiazepinen : de gebruiker en zijn huisarts. Bijwerkingen, satisfactie, afhankelijkheid en stoppen gezien door de bril van de huisarts en zijn gebruiker. *Huisarts Wet* 1998;41:329-34.

ter de rug en/of de lijdensdruk beheersbaar is –, dan neemt de huisarts de oorzaak van de slapeloosheid opnieuw op en pakt hij het aan volgens de richtlijnen voor niet-medicamenteuze aanpak. Tezelfdertijd instrueert hij de patiënt zijn slaapmiddel te stoppen of af te bouwen.

Heeft de patiënt na één week niet of onvoldoende gereageerd op de medicamenteuze behandeling, dan evalueert de huisarts de aanpak van de klacht slapeloosheid opnieuw en verwijst hij de patiënt om diagnostische of therapeutische redenen eventueel door.

Randvoorwaarden

- Elke huisarts moet kunnen beschikken over vlotte (en gratis) evidence-based informatie om het beleid van slapeloosheid objectief te kunnen voeren.
- Elke huisarts dient het medisch dossier episodegericht uit te bouwen om de meerdere consulten rond slapeloosheid te noteren.
- Elke huisarts moet de mogelijkheid krijgen om te worden getraind in de toepassing van niet-medicamenteuze opties om slapeloosheid aan te pakken, zelfs als de patiënt op consultatie komt met de verwachting een slaappil te krijgen.
- Elke huisartsenpraktijk moet beschikken over een pakket slaapwaakdagboeken en patiëntenfolders over slaap (lieft elektronisch) (zie bijlagen 1 en 2).
- Elke huisarts moet beschikken over een lokale of regionale medisch-sociale kaart met namen en adressen van kinesisten, psychotherapeuten, psychologen enzovoort, die gespecialiseerd zijn in de algemene slaapklachtgerichte aanpak (relaxatie, CGT, groepsinitiatieven) en naar wie hij vlot kan verwijzen. Dit geldt ook voor de verwijzing in geval van specifieke slaapstoornissen.
- De farmaceutische industrie moet een goedkoop benzodiazepine op de markt brengen met halflange werkingsduur aan een zo laag mogelijke dosis voor één week behandeling.
- Voor dit soort consultaties moet een apart nomenclatuurnummer of forfaitaire vergoeding worden voorzien. De vergoeding moet toereikend zijn en rekening houden met de extra geïnvesteerde tijd om de patiënt voor te lichten (procedure uitleggen, folders en dagboek voor de patiënt toelichten).
- De overheid moet het beleid rond slapeloosheid mee ondersteunen via voorlichtings- en aanmoedigingscampagnes die de niet-medicamenteuze aanpak promoten.
- De overheid moet overigens investeren in de toegankelijkheid van eerstelijnsvoorzieningen waar initiatieven

voor slaapproblemen (zoals een slaapcursus in groepsverband) voorhanden zijn.

Researchagenda

- Hoe kan de bevolking worden gewezen op het belang van goede slaap en op het vroegtijdige melden van slaapkachten aan de huisarts? Wij stellen voor om van goede slaap voor iedereen in Vlaanderen een aparte gezondheidsdoelstelling te maken.
- Implementatieonderzoek met als vraagstelling: wat is de exacte winst van de toepassing van deze aanbevelingen in de praktijk op het gericht voorschrijven van benzodiazepines en de tevredenheid van patiënten over de aanpak van hun slaapprobleem?
- Wat zijn de weerstanden bij huisarts en patiënt om deze aanbevelingen te implementeren? Waarom? En hoe kunnen we hieraan remediëren?
- Wat is het effect van de verschillende vormen van feedback aan de huisarts bij de beleids- en behandlungsstadia?
- Wat is de winst van een kortstondige gecombineerde medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling van slapeloosheid in de eerste lijn?
- Wat is de toepasbaarheid van de niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid in de huisartsenpraktijk?
- Belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd:
 - bij slapeloosheid wordt gevraagd of er klachten zijn overdag; er wordt gepeild naar de verwachtingen van de patiënt en gezocht naar de oorzaak van de klacht aan de hand van een diagnostisch landschap;
 - bij de aanpak van slapeloosheid moet in de eerste plaats op maat gesneden patiëntenvoorlichting en slaaphygiëne met stimuluscontrole worden gegeven;
 - slaapmedicatie mag enkel worden gegeven bij acuut disfunctioneren overdag;
 - als slaapmiddel mag enkel een benzodiazepine worden voorgeschreven met halflange werkingsduur, aan een zo laag mogelijke dosis en voor maximum één week.

Totstandkoming

Een auteursgroep werd samengesteld met dr. Tom Declercq, dhr. Roland Rogiers, mevr. Hilde Habraken, dr. Jan Michels, prof. dr. Marc De Meyere en dr. An Mariman. Zij stelden de aanbeveling op volgens de vastgelegde procedure van de stuurgroep Aanbevelingen van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVWH). De gevolgde methodologie bestond uit een stapsgewijze zoekstrate-

gie, met bestaande buitenlandse richtlijnen als vertrekpunt. Deze richtlijnen werden getoetst aan Clinical Evidence en literatuurgegevens uit de Cochrane Library. Het literatuuronderzoek werd vervolledigd met relevante artikels uit tijdschriften aangesloten bij de 'International Society of Drug Bulletins' (ISDB) en recente studies uit de zes toptijdschriften (*BMJ*, *Lancet*, *JAMA*, *N Eng J Med*, *Arch Intern Med*, *Ann Intern Med*) bijgehouden door Projekt Farmaka. Ten slotte verrichtte Projekt Farmaka een zoekopdracht in Medline met de termen "Sleep disorder" en "Benzodiazepines".

De ontwerptekst werd voor commentaar naar experts gestuurd, met name prof. G. Laekeman (geneesmiddelenkennis en voorlichting), dr. H. Stuer (huisarts), dr. J. Van Assche (huisarts, commissie Psychosociale Problematiek, WVVH), dr. M. Martens (huisarts, interesse voor het probleem van gezondheidseffecten tengevolge van flexibele werktijden), dr. M. Bouma (huisarts, wetenschappelijk medewerker Nederlands HuisartsenGenootschap), prof. dr. M. Petrovic (internist-geriater, algemene inwendige ziekten, Universiteit Gent), prof. dr. D. Pevernagie (pneumoloog, Centrum voor Stoornissen van Slapen en Waken, Universiteit Gent) en dr. I. Verbeek (Centrum voor Slaap- en Waakproblemen Kempenhaege, Nederland). Vermelding als expert betekent niet dat iedere expert de aanbeveling op elk detail onderschrijft.

Indien voldoende onderbouwd en bij consensus werd de aanbevelingstekst aangepast aan de expertcommentaren. De herwerkte tekst werd getoetst op praktische haalbaar-

heid en toepasbaarheid in vier Vlaamse LOK-groepen (Overmere, Het Circuit Gent, Leuven en de Koepoort Antwerpen). De aanbeveling werd bovendien vertaald in het Frans en getoetst in drie Waalse GLEM's (Ronse, Sint-Pieters-Leeuw en Flobecq).

De opmerkingen uit de LOK's en de GLEM's werden in de tekst verwerkt. De resultaten van de toetsingen kunnen als volgt worden samengevat:

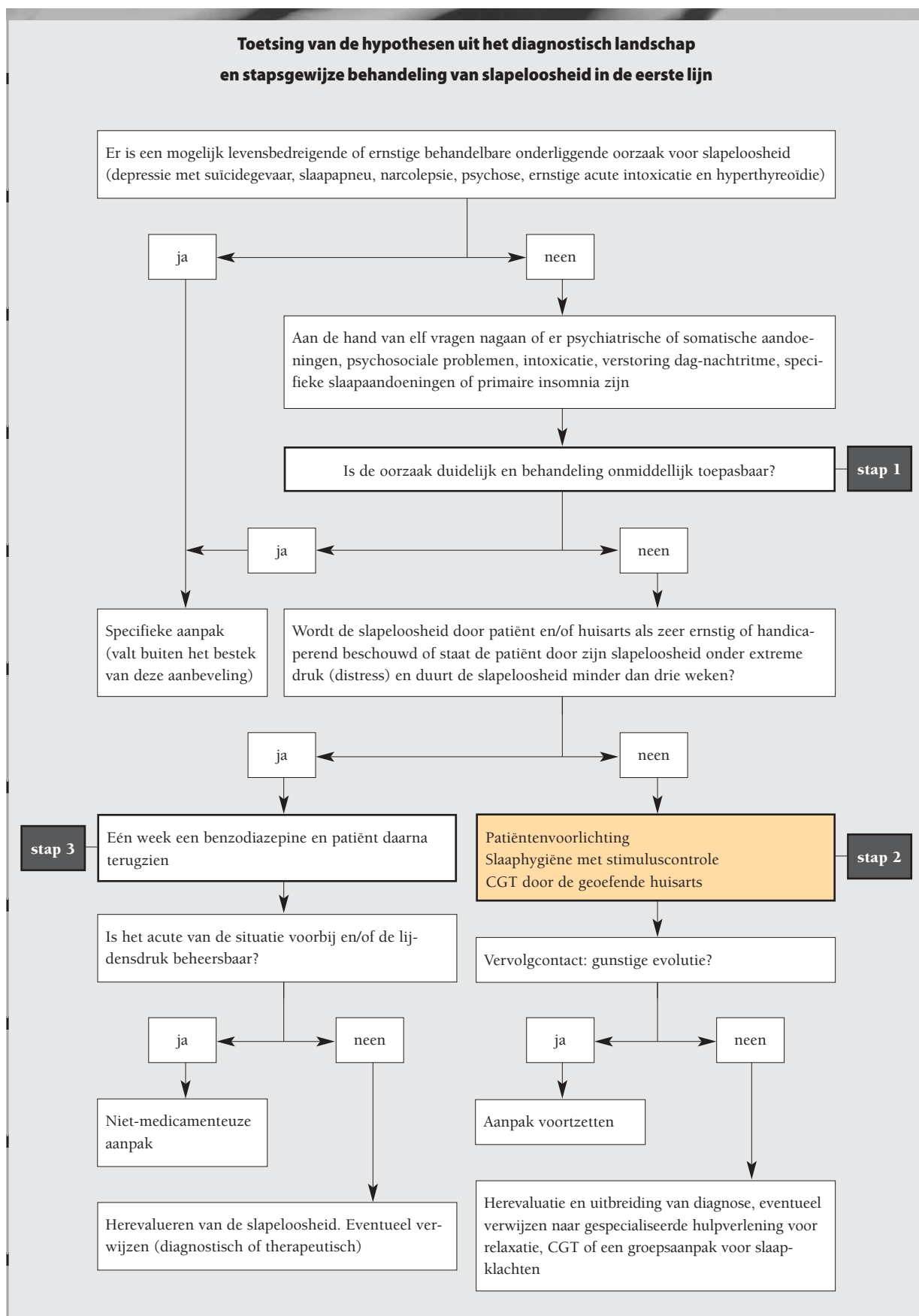
- met een diagnostisch landschap werken is niet evident, maar wel nuttig om niet gefixeerd te geraken op één diagnose;
- vaak maken huisartsen gebruik van een eigen mengvorm van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en slaaphygiëne;
- meerdere consulten zijn nodig, maar dit is niet altijd haalbaar;
- het is niet gemakkelijk om enkel en alleen de niet-medicamenteuze strategie toe te passen;
- soms worden in de plaats van benzodiazepines antidepressiva voorgeschreven.

De tekst werd daarna opnieuw aangeboden aan de stuurgroep Aanbevelingen, aan de redactie van Huisarts Nu en aan CEBAM, en werd uiteindelijk voor publicatie aanvaard. De tekst zal om de vijf jaar volledig worden geactualiseerd. De sleutelboodschappen worden jaarlijks bijgewerkt volgens de door de auteurs gemaakte afspraken.

De auteurs en de leden van de stuurgroep Aanbevelingen hebben geen relaties met de farmaceutische industrie.

De auteursgroep werkte in alle onafhankelijkheid.

DE AANBEVELING KWAM TOT STAND MET DE STEUN VAN DE FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU.



Kernboodschappen *

- 1 De huisarts tracht via anamnese pseudo-insomnia of vermeende slapeloosheid uit te sluiten en peilt naar de ideeën en verwachtingen van de patiënt. Daarna tekent hij een diagnostisch landschap uit om de oorzaak van de slapeloosheid te achterhalen.
- 2 Bij het overlopen van de mogelijke oorzaken, probeert de huisarts eerst depressie met gevaar voor suïcide, psychose, acute intoxicatie, hyperthyreoïdie, slaapapneusyndroom en narcolepsie uit te sluiten.
- 3 Er is een onderscheid tussen acute en chronische slapeloosheid. Dit onderscheid is vooral van belang voor de behandeling.
- 4 Het beleid van slapeloosheid in de eerste lijn bestaat uit drie stappen. Eerst behandelt de huisarts de oorzaak van de slapeloosheid. Als er geen duidelijke oorzaak is, als er niet meteen oorzakelijk kan worden behandeld of als de oorzakelijke behandeling faalt, gaat de huisarts over tot een niet-medicamenteuze aanpak. Enkel in zeer uitzonderlijke situaties zal de huisarts een slaapmiddel voorschrijven (*niveau 1 van bewijskracht*).
- 5 Op maat gesneden patiëntenvoorlichting en stimuluscontrole zijn de aanbevolen niet-medicamenteuze interventies (*niveau 1 van bewijskracht*). Ze zijn toepasbaar en efficiënt in de huisartsenpraktijk (*niveau 3 van bewijskracht*).
- 6 De huisarts overweegt een slaapmiddel om symptomen van disfunctioneren overdag te verlichten bij de patiënt met acute, ernstige slapeloosheid die leidt tot extreme 'distress' (*niveau 3 van bewijskracht*).
- 7 Als slaapmiddel kiest de huisarts voor een benzodiazepine met halflange werkingsduur, aan een zo laag mogelijke dosis en voor maximum één week (*niveau 1 van bewijskracht*).
- 8 Opvolging wordt voorzien voor zowel een niet-medicamenteuze als een medicamenteuze behandeling.

* Tijdens de bespreking van deze aanbeveling hebben we meermaals moeten vaststellen dat het toekennen van de niveaus van bewijskracht aan de sleutelboodschappen niet voor de hand ligt, vooral niet bij informatie afkomstig uit richtlijnen.

Niveaus van bewijskracht

Niveau 1

Voor niveau 1 is de voorwaarde dat er ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken met gelijklopende resultaten zijn van één van de volgende types:

- een RCT van goede kwaliteit,
- een onafhankelijk blinde vergelijking van een diagnostische test met de referentietest van goede kwaliteit (dit wil zeggen bij een doelgroep van opeenvolgende patiënten die zowel de diagnostische als referentietest hebben ondergaan),
- een prospectief cohortonderzoek van goede kwaliteit met een follow-up van 80 % of meer.

Ook een systematische review of meta-analyse van dit soort artikels met een hoge mate van consistentie, is voldoende voor dit niveau van bewijskracht.

Als besluit van dergelijke studies stellen we *'dat het aangetoond is dat...'*

Niveau 2

Voor niveau 2 is de voorwaarde dat er ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken met gelijklopende resultaten bestaan die behoren tot één van volgende types:

- een RCT van matige kwaliteit,
- een onafhankelijk blinde vergelijking van een diagnostische test met de referentietest van matige kwaliteit (dit wil zeggen bij een beperkt deel van de doelgroep of wanneer de referentietest niet bij iedereen werd uitgevoerd),
- een (retrospectief) cohortonderzoek van matige kwaliteit of patiëntcontroleonderzoek.

Voor dit niveau van bewijskracht is een systematische review of meta-analyse van dit soort artikels met een hoge consistentiegraad voldoende.

Indien er één onderzoek van onder niveau 1 vermelde types beschikbaar is, spreken we van niveau 2.

Als besluit van zulke studie stellen we *'dat het aannemelijk is dat...'*

Niveau 3

Ontbreekt er vergelijkend onderzoek van goede kwaliteit, dan spreken we van het derde niveau van bewijskracht. Dit betekent dat:

- er geen RCT's van goede kwaliteit zijn,
- er slechts één onderzoek van matige kwaliteit bestaat en er geen meta-analyses van onderzoeken met matige kwaliteit voorhanden zijn,
- de uitkomsten van RCT's of meta-analyses tegenstrijdig zijn.

Tot dit niveau behoren ook de consistente mening van ten minste twee deskundigen, een aanbeveling of conclusie bekomen na het bekijken van alle beschikbaar materiaal en een consensus binnen de auteursgroep. In al deze gevallen spreken we enkel van *'een aanwijzing dat...'* of *'dat de werkgroep van mening is dat...'*

B i j l a g e 1

Slaapwaakdagboek *

Naam:

Startdag, datum:

Slaappatroon

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
Om welk uur stond je vanmorgen op?							
Om welk uur ging je gisteravond naar bed?							
Hoeveel minuten duurde het vooraleer je in slaap viel?							
Hoe vaak werd je wakker gedurende de nacht?							
Hoe lang was je in totaal wakker gedurende de nacht?							
Hoeveel uren/minuten sliep je in totaal?							
Alcoholgebruik vorige nacht? (wat en hoeveel?)							
Hoeveel slaappillen nam je om in slaap te geraken?							

Slaapkwaliteit

Duid aan op een schaal van 0 tot 4.

Hoe goed voelde je je deze morgen?	0 helemaal niet goed	1	2 middelmatig	3	4 zeer goed
In welke mate heb je deugd gehad van je slaap vorige nacht?	0 helemaal niet goed	1	2 middelmatig	3	4 zeer goed
In welke mate was je geestelijk actief in bed, vorige nacht?	0 helemaal niet	1	2 middelmatig	3	4 zeer sterk
In welke mate was je fysiek gespannen in bed, vorige nacht?	0 helemaal niet	1	2 middelmatig	3	4 zeer goed

* Sleep diary. In: National Medical Advisory Committee. The management of anxiety and insomnia. Edinburgh: HMSO, 1994. Vertaald door R. Rogiers.

B i j l a g e 1

Slaapwaakdagboeken

De arts kan gebruik maken van bestaande dagboekformulieren (*zie hiernaast*). Hij kan samen met de patiënt ook een dagboek creëren, met minstens volgende gegevens:

Over de slaap:

- tijd in bed doorgebracht (tijdstip van slapengaan en opstaan, aantal uren in bed),
- effectief geslapen tijd,
- slaapkwaliteit (eventueel gescoord op een visueel analoge schaal),
- wakker worden tijdens de nacht: aantal keren wakker geworden? Hoe lang? Is de oorzaak van het wakker worden bekend?
- moment van definitief wakker worden,
- tijdstip van opstaan,
- dutjes overdag, aantal keren? Hoe lang?

Over de slaaphygiëne van de patiënt:

- drankgebruik na 18 uur,
- sigaretten na 18 uur,
- tijdstip van het avondmaal (inclusief zwaarte van het maal),
- drank- en sigarettengebruik tijdens de nacht,
- stemming en inhoud van piekergedachten,
- terugkomende gedachten met betrekking tot slaap en slaapstoornis,
- medicatie (slaapmedicatie en andere).

Het gemakkelijkst is de patiënt te vragen hoe hij zijn functioneren overdag inschat op een schaal van 0 tot 100. Als de patiënt bijvoorbeeld 60 antwoordt, dan kan de huisarts vervolgens vragen wat de patiënt nu op 60 nog kan, wat hij niet kan op 55, op 50, op 45 enzovoort. De huisarts kan ook exploreren wat de patiënt zou doen of kunnen moest hij zichzelf een score 65 of 70 geven en aan wat hij zou merken dat hij verbetert? Op dezelfde manier kan de kwaliteit van de slaap met een score worden ingeschaald.

Door met schalen te werken krijgt de patiënt de kans om meer genuanceerd te kijken naar zijn klacht. Let wel: het is een gesprekstechniek en geen schaal die voor onderzoek wordt gebruikt.

B i j l a g e 2

Patiëntenbrochure: slaapproblemen

Goed om weten

- We hebben onze slaap nodig om te herstellen. Door te slapen slaan we zowel lichamelijk als geestelijk nieuwe energie op.
- Slapen is het natuurlijke vervolg van een toestand van ontspanning. Probeer jezelf dus niet tot slapen te dwingen, want dat heeft een averechts effect. Probeer jezelf wel te ontspannen.
- Onze slaap is een weerspiegeling van ons leven overdag. Kijk dus ook eens naar hoe je je leven overdag organiseert. Wie tot 's avonds 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.
- Je kunt pas spreken van een slaapttekort als je overdag merkt dat je daar last van hebt. Je wordt bijvoorbeeld snel kwaad, je kunt de aandacht niet bij je werk houden of je wil steeds maar slapen overdag. Ook de slaapbehoefte verschilt van persoon tot persoon. Je hebt nu eenmaal kort- en langslapers. Het is een fabeltje dat iedereen acht uur slaap nodig heeft.

Bijlage 2

- Ons slaappatroon verandert met de leeftijd. Een baby slaapt het grootste deel van de dag.
- We spreken van een slaapstoornis als iemand gedurende één maand regelmatig slecht slaapt en daar overdag veel last van heeft, zonder dat dit te wijten is aan de inname van een genees- of genotsmiddel of aan een lichamelijke of psychiatrische aandoening.
- Slaapproblemen komen veel voor. Ongeveer één derde van de westerse bevolking heeft weleens een slaapprobleem. Tussen de 10 en 20 % van de bevolking heeft last van een langdurig slaapprobleem.

Verschillende slaapstoornissen

Er zijn verschillende soorten slaapstoornissen. Soms slapen mensen slecht omdat ze lijden aan één of andere ziekte of omdat ze bepaalde middelen of medicijnen hebben genomen. Er zijn nog andere meer specifieke slaapstoornissen die te maken hebben met de ademhaling, onrust in de benen of omdat mensen in een steeds wisselend dag- en nachtritme zitten (ploegenwerk, lange vliegtuigreis). Deze slaapklachten behandelen we hier niet. We beperken ons tot die slaapstoornissen waarbij mensen last hebben van in- of doorslaapstoornissen of vroegtijdig wakker worden. Enkel je arts kan uitmaken of/en welke slaapstoornis je hebt en/of wat hierna volgt voor jou van toepassing is.

Goede slaapgewoonten

- Ga pas 's avonds slapen als je moe wordt, maar sta zoveel mogelijk op hetzelfde uur op.
- 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.
- Als je last hebt van slaapstoornissen, kun je beter niet lezen of tv-kijken in je slaapkamer.
- 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.

Eten, drinken, actief zijn

- Probeer een uur vóór het slapengaan rustgevende activiteiten te verrichten; luister bijvoorbeeld naar muziek of maak een praatje met je partner.
- Vermijd 's avonds een zware maaltijd of lichamelijke inspanningen. Seksuele activiteit is geen probleem omdat de meeste mensen zich na het vrijen ontspannen voelen.
- Vermijd roken, alcohol en koolzuur- en cafeïnehoudende dranken (koffie, cola, limonade) net vóór 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.
- Tracht overdag zo actief mogelijk te zijn. Regelmatig lichaamsbeweging verbetert de slaap.

Comfortabele slaapomgeving

- Zorg voor een comfortabele temperatuur en een stille, wat verduisterde slaapkamer.

Stresshantering

- 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 muzenissen 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.
- Relaxatiemethodes zoals yoga, meditatie, zelfhypnose en andere ontspanningsoefeningen zijn een goede manier om je te leren ontspannen.

Medicatie

- Als je langer dan één à twee weken slaappillen neemt, dan maken die het probleem dikwijls alleen maar erger. Slaapmedicatie zorgt ervoor dat je niet wakker bent, maar is niet bij machte de natuurlijke slaap na te bootsen.
- De kans is groot dat je aan die pillen gewend geraakt en je er zo een probleem bij krijgt.

Bijlage 2

- Neem nooit slaappillen zonder je arts te raadplegen. Hij kan met jou methodes bespreken die je zonder medicatie in staat stellen iets te doen aan je slapeloosheid.

Langdurige slaapklachten

- Slaapklachten ontstaan meestal omdat mensen in een stressvolle periode zitten. Zelfs als de problemen opgelost zijn, kunnen de slaapklachten blijven bestaan.
- Na ongeveer drie weken van slecht slapen ontstaat een mechanisme waarbij het bed steeds meer de betekenis krijgt van 'de plaats waar ik wakker lig'. Dat maakt je gespannen, waardoor de kans kleiner wordt dat je snel inslaapt.
- Als je slaapklachten al maanden of jaren aanhouden en je zelf al van alles hebt geprobeerd, dan kan het nodig zijn om je manier van denken en leven ter sprake te brengen. Misschien kun je samen met je huisarts nadenken over een andere manier om naar de dingen te kijken, over hoe je je leven anders kunt organiseren of hoe je de problemen anders kunt aanpakken. Ook slaapklachten die al jarenlang bestaan, kunnen nog met goed gevolg behandeld worden.
- Onderzoek toont aan dat je je slaapprobleem het best oplost zonder naar medicatie te grijpen. Dat geeft het beste resultaat. De vorderingen die je daarmee behaalt, behoud je ook op langere termijn!
- Geef jezelf de tijd. Jouw slaapprobleem heeft de nodige tijd gehad om zich te ontwikkelen tot wat het nu is. Mensen denken dat er wonderoplossingen bestaan die het probleem in één nacht oplossen. Het is erg begrijpelijk dat je hoopt op een mirakel, maar dat is niet haalbaar. Geef jezelf de tijd om je slaapprobleem terug af te leren en het gewone slaappatroon opnieuw aan te leren.
- Eén van de meest voorkomende fouten die mensen maken, is niet lang genoeg volhouden. Je hebt ongeveer twee à drie weken nodig om opnieuw een gewoon slaappatroon te hebben. Zolang moet je de adviezen van de arts zeker volgen.
- Soms is doorverwijzing naar een slaaplabo nodig. In zo'n slaaplabo wordt je slaap en de kwaliteit van je slaap heel nauwkeurig gemeten. Je overnacht dan in de slaapkliniek.
- Een slaapwaakdagboek kan je soms heel wat leren over wat een rol speelt in je slaapproblemen. Bespreek met je arts of zo'n dagboek voor jou een zinvol hulpmiddel kan zijn en hoe je dat het best invult.