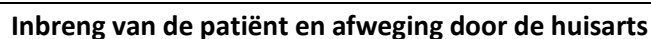


herziening (versie 28/06/2018)

In opdracht van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn van
EBPracticeNet

Gevalideerde versie: 30/6/2018



Richtlijnen voor de klinische praktijk bieden handvaten en zijn een ondersteuning 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 context van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

Inhoud

INLEIDING	4
DOEL VAN DE RICHTLIJN	6
EINDGEBRUIKERS	6
PATIËNTENPOPULATIE	6
SITUERING/ MOTIVATIE	6
EPIDEMIOLOGIE	6
BEGRIPPEN/DEFINITIES	7
KLINISCHE VRAGEN	12
KLINISCHE VRAAG 1: WAT ZIJN DE AANDACHTSPUNTEN VOOR DE HUISARTS IN DE DIAGNOSTIEK VAN SLAAPKLACHTEN EN INSOMNIE?	13
KLINISCHE VRAAG 2: WELKE NIET-MEDICAMENTEUZE INTERVENTIES KAN DE HUISARTS ZELF AANBIEDEN?	19
KLINISCHE VRAAG 3: WANNEER IS EEN MEDICAMENTEUZE BEHANDELING TE OVERWEGEN?	32
KLINISCHE VRAAG 4: WELKE MEDICAMENTEUZE BEHANDELING VERDIENT DE VOORKEUR?	36
KLINISCHE VRAAG 5: WAT IS HET OPVOLGBELEID VAN INSOMNIE IN DE EERSTE LIJN (NIET-MEDICAMENTEUS EN MEDICAMENTEUS)?	43
KLINISCHE VRAAG 6: WAT ZIJN DE AANDACHTSPUNTEN VOOR DE HUISARTS IN DE AANPAK VAN SLAAPKLACHTEN EN INSOMNIE BIJ OUDEREN?	45
KLINISCHE VRAAG 7: WANNEER EN NAAR WIE KAN DE HUISARTS VERWIJZEN?	54
SAMENVATTING VAN DE AANBEVELINGEN	60
AANDACHTSPUNTEN DIAGNOSTIEK	60
NIET-MEDICAMENTEUZE INTERVENTIES	60
MEDICAMENTEUZE BEHANDELING	60
OPVOLGBELEID	61
AANDACHTSPUNTEN OUDEREN	61
VERWIJZING	62
GRADEN VAN AANBEVELING	63
RANDVOORWAARDEN	64
TOETSELEMENTEN	65
RESEARCHAGENDA	65
TOTSTANDKOMING	66
AUTEURS	66
EXPERTS	66

BELANGENVERMENGING	67
METHODOLOGIE	67
<u>VALIDATIE.....</u>	<u>69</u>
<u>HERZIENING EN FINANCIERING.....</u>	<u>69</u>
<u>VERTALING EN REDACTIE.....</u>	<u>69</u>
<u>BIJLAGEN</u>	<u>70</u>
SLAAPDAGBOEK KEMPENHAEGHE.....	70
5G-SCHEMA	72
FLOWCHART	73
<u>REFERENTIES.....</u>	<u>74</u>

Inleiding

De eerste versie van de richtlijn slapeloosheid is inmiddels al meer dan tien jaar oud. In de voorbije jaren is er niet zoveel veranderd op vlak van diagnostiek. Onderzoek heeft wel duidelijk gemaakt dat het, zeker in de eerste lijn, belangrijk is om een onderscheid te maken tussen slaapklachten en slapeloosheid of insomnie, alleen al om medicalisering te vermijden. De titel van de richtlijn is dus bewust veranderd naar *'Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn'*, naar analogie met de Nederlandse NHG-Standaard¹.

De auteursgroep heeft voor de term insomnie gekozen, conform de diagnostische classificaties zoals DSM-5 en ICSD-3. Ook slaapmisperceptie of pseudo-insomnie maken deel uit van de aanpak beschreven in deze herziene richtlijn: de subjectieve component van wakker liggen kan als een last worden ervaren, ook al heeft het geen impact op het functioneren overdag. Het is de taak van de huisarts om ook hieraan aandacht te besteden.

In de differentiaaldiagnostiek hebben we, in overleg met alle auteurs, meer aandacht geschonken aan het uitsluiten van echte slaapaandoeningen, waaronder de in de eerste lijn soms minder goed gekende parasomnieën.

We voegden een apart hoofdstuk toe over ouderen, omdat de prevalentie van slaapklachten op oudere leeftijd toeneemt, er zowel qua diagnostiek als qua aanpak in de literatuur nieuwe klemtonen worden gelegd (of oude worden herbevestigd) en omdat de huisarts bij ouderen een niet te onderschatten verantwoordelijke en coördinerende rol heeft.

Wat de medicamenteuze aanpak betreft, is de literatuur de voorbije jaren karig met nieuwe inzichten. Men herbevestigt de (zeer) beperkte plaats van medicatie, benzodiazepines en z-drugs, maar onder andere ook van het frequent en off-label gebruikte antidepressivum trazodon. Er zijn enkele nieuwe, maar weinig overtuigende gegevens over het gebruik van melatonine, vooral bij ouderen.

De grootste verandering heeft betrekking op de niet-medicamenteuze aanpak. In Vlaanderen heeft er zich de voorbije jaren bij ouderen een langzame paradigmashift voltrokken. De (brede) verantwoordelijkheid voor de geestelijke gezondheidszorg voor geïnstitutionaliseerde ouderen in het algemeen, en voor slaapklachten in het bijzonder, ligt niet alleen en zelfs niet zozeer meer bij de huisarts, maar maakt deel uit van een bij voorkeur breed gedragen beleid rond psychomedicatie en kwaliteit van leven binnen het woonzorgcentrum (wzc) zelf. Binnen deze nieuwe context blijft de huisarts verantwoordelijk voor het al dan niet afleveren van een voorschrift voor slaapmedicatie, maar de niet-medicamenteuze aanpak, waaronder het slaap(on)vriendelijke karakter van het wzc, wordt idealiter ondersteund door een breed team en het beleid binnen het wzc zelf. We zetten in deze herziene richtlijn hieromtrent ook sterk in op de samenwerking met andere eerstelijnsactoren.

Voor volwassen personen (niet ouderen) met slaapklachten of insomnie beschrijft de literatuur de laatste jaren experimenten die vormen van niet-medicamenteuze aanpak toegankelijker maken. Zo werden de complexe gestructureerde programma's van de sterk werkzaam gebleken CBTi ('Cognitive Behavioural Therapy for insomnia' of cognitieve gedragstherapie voor insomnie) ook door niet-psychologen op een vereenvoudigde manier toegepast in de eerste lijn. Daarnaast kennen de op het eerste gezicht minder voor de hand liggende technieken zoals slaaprestrictie succes in de eerste lijn. Op basis van de literatuur koos de auteursgroep ervoor om niet één techniek als werkzaam en toepasbaar voor de huisarts uit te lichten. Deze richtlijn lijst dus, naast de gebruikelijke psycho-educatie en het geven van tips over slaaphygiëne, alle werkzame technieken op, en geeft aan wanneer patiënten met meer hardnekkige klachten van chronische insomnie moeten worden verwezen voor een gestructureerd CBTi-programma, individueel of in groep.

Uit recent onderzoek² blijkt dat het online aanbieden van CBTi haalbaar en werkzaam is om insomnie (o.a. bij studenten) te behandelen en dat dit ook preventief werkt op andere uitkomstmaten op vlak van geestelijke gezondheid (o.a. psychotische symptomen). Deze 'nieuwe' klemtonen vergen hoe dan ook een bijkomende inspanning qua organisatie van de gezondheidszorg in België, m.n. het laagdrempelig beschikbaar stellen van psychologische hulp, het ontwikkelen en voor huisartsen beschikbaar stellen van een online CBTi-module, enzovoort.

Het is op basis van de geraadpleegde literatuur onmogelijk om aan te bevelen welke niet-medicamenteuze techniek door welke gezondheidswerker moet gebeuren. Wel is het zo dat de meeste studies over niet-medicamenteuze technieken plaatsvonden in een specifieke context, waarbij ze zo goed als steeds werden verstrekt door specifiek daartoe opgeleide hulpverleners (psychologen, psycholoog-assistenten, verpleegkundigen en andere hulpverleners).

Om de implementatie van deze richtlijn te faciliteren, ontwikkelden de auteurs in consensus een flowchart, waarmee elke geïnteresseerde huisarts de aanpak van milde en matige insomnie kan opnemen, inclusief de brede exploratie, de dagboekopdracht, uitgebreide psycho-educatie en het verstrekken van tips rond slaap- en waakhygiëne. Meer ernstige vormen van chronische insomnie verdienen een meer gespecialiseerde aanpak, hetzij via samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut of (eerstelijns)psycholoog, hetzij via verwijzing voor een gespecialiseerde slaapcursus die stoelt op de principes van CBTi.

De randvoorwaarden vermeld in deze herziene richtlijn pleiten voor het lokaal laagdrempelig ter beschikking stellen van op CBTi gebaseerde slaapcursussen, bijvoorbeeld op niveau van de eerstelijnszones.

Ten slotte vraagt de voorgestelde aanpak een mentaliteitsverandering van zowel arts als patiënt: insomnie is en blijft in de eerste plaats niet-medicamenteus te behandelen; ze vraagt bovendien tijd en volgehouden inzet. Het voorzien van een multidisciplinair kader in de eerste lijn komt deze aanpak ten goede.

Doel van de richtlijn

De bedoeling van deze richtlijn is huisartsen te helpen:

- om d.m.v. een grondige anamnese slaapklachten uit te zetten in een breed diagnostisch landschap en de diagnose van slapeloosheid of insomnie te stellen;
- om de patiënt met slaapklachten gepersonaliseerde voorlichting te geven;
- om de niet-medicamenteuze aanpak van insomnie aan te moedigen en daarvoor eventueel gericht te verwijzen/met andere hulpverleners samen te werken;
- om het voorschrijven van slaapmiddelen, met name benzodiazepines en/of z-drugs, te beperken tot uitzonderlijke situaties.

Eindgebruikers

De beoogde eindgebruikers van deze richtlijn zijn huisartsen die actief zijn in de ambulante eerstelijnsgezondheidszorg.

Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn is van toepassing op volwassen personen (ouder dan 18 jaar) met slaapklachten en/of insomnie.

Situering/ motivatie

De eerste versie van de richtlijn slapeloosheid is inmiddels al meer dan tien jaar oud. Een herziening drong zich op.

Epidemiologie

Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2013³ blijkt dat niet minder dan 30% van de bevolking van 15 jaar en ouder met slaapproblemen kampt, hetzij 33% vrouwen en 26% mannen (significant verschil na correctie voor leeftijd). Slaapproblemen nemen toe met de leeftijd, met een prevalentie van 24% tussen 15-24 jaar en 37% bij ouderen. De hoogste prevalentie wordt waargenomen bij vrouwen van 75 jaar en ouder (41%). Men ziet de sterkste stijging van de prevalentie van slaapproblemen voor de leeftijd van 55 jaar.

Slaapproblemen komen minder vaak voor bij hoog opgeleiden (26%) dan bij lager geschoolde groepen (31% tot 43%). De verschillen zijn statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Sinds de gezondheidsenquête van 2008 is de prevalentie van slaapproblemen in België sterk gestegen, zowel nationaal als in elk gewest apart. In België slaapt bijna één persoon op de drie (30%) slecht, en dat varieert van 28% in het Vlaams Gewest tot 33% in het Brussels Gewest.

Over de impact van insomnie op bevolkingsniveau is weinig bekend. Men weet wel dat langdurende insomnie samenhangt met het vaker voorkomen van verkeersongevallen, arbeidsongevallen, valpartijen en allerlei psychiatrische problemen zoals depressie, angst en dementie, verslavingsproblemen (alcohol) en met een hogere mortaliteit.

Een ander aandachtspunt is het chronisch gebruik van benzodiazepines in België. Het verbruik van deze medicatie ligt in ons land, in vergelijking met de ons omringende landen, continu zeer hoog. Nochtans heeft er zich in sommige landsdelen de afgelopen jaren een trendbreuk voorgedaan: het aantal gebruikers van slaap- en kalmeermiddelen is tussen 2008 en 2013 opvallend gedaald. Deze daling wordt weliswaar uitsluitend vastgesteld in het Brussels en het Waals Gewest, en niet in het Vlaams Gewest. Desondanks blijft het gebruik, vooral bij ouderen, nog hoog: 20% van de 75-plussers heeft in de laatste 24 uur een slaap- en kalmeermiddel gebruikt. De laatste jaren leveren zowel beroepsgroepen als overheid heel wat inspanningen om het gebruik van deze geneesmiddelen te beperken. Toch blijft verdere sensibilisering nodig. Een juist medicatiegebruik moet mee mogelijk gemaakt worden door het laagdrempelig beschikbaar stellen van niet-medicamenteuze alternatieven.

Begrippen/definities

Slaapproblemen (of slaapkachten): klachten die betrekking hebben op het slaap-waakpatroon, zoals slecht slapen, slaperigheid overdag¹.

Slapeloosheid of insomnie (insomnia, insomnia disorder): slaapstoornis waarbij men minstens driemaal per week slecht slaapt, en daardoor slechter functioneert overdag, met moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en verminderde prestatie¹.

Ernstige slapeloosheid of insomnie: vorm van slapeloosheid met grote impact op het functioneren overdag. De inschatting van de ernst van de slapeloosheid is per definitie een subjectief gebeuren, waarbij inschatting door de patiënt zelf en door de arts, met behulp van polysomnografie of ernstschaal (bv. de 'Insomnia Severity Index' of ISI-schaal) een plaats kunnen hebben. In de eerste lijn zal de subjectieve ernstinschatting hoofdzakelijk gebeuren door de patiënt zelf, eventueel aan de hand van een eenvoudig slaapdagboek.

In de literatuur is er geen eensgezindheid over de duur van **acute of chronische slapeloosheid of insomnie**. In deze richtlijn spreken we van acute insomnie (tot 4 weken), subacute insomnie (tussen 4 en 12 weken) en chronische insomnie (vanaf 12 weken of 3 maanden). Zoals weergegeven in de bijbehorende flowchart bepalen in een systeem van getrapte zorg zowel de ernst als de duur van de insomnie de aanpak (Zie ook *klinische vraag 1*).

Men spreekt niet meer van primaire en secundaire insomnie, wel van **insomnie zonder of met comorbiditeit**. Insomnie gaat vaak gepaard met andere somatische of psychiatrische ziektebeelden, zoals pijn, depressie, psychose, en dergelijke. Over het algemeen beïnvloeden de insomnie en de comorbiditeit elkaar in beide richtingen. Dat betekent dat de aanpak rekening moet houden met beide aandoeningen.

De termen **pseudo-insomnie**, '**sleep state misperception**' en **paradoxe insomnie** komen in de literatuur voor om een diagnose van insomnie aan te duiden die niet gepaard gaat met subjectieve klachten overdag, zoals moeheid of slaperigheid.

Slaperigheid ('daytime sleepiness') komt voor in verschillende gradaties zoals het bekende fysiologische verschijnsel van neiging tot in slaap vallen na de maaltijd ('postprandiale dip') tot het daadwerkelijk wegdommelen overdag. Slaperigheid overdag is niet per se een symptoom van insomnie, maar eerder het gevolg van een langdurig gebrek aan slaap. Slaperigheid overdag kan bovendien het symptoom zijn van hypersomnie, zoals die ervaren wordt bij narcolepsie. Slaperigheid overdag kan ten slotte ook een nevenwerking zijn van medicatie.

Moeheid ('fatigue') kan het gevolg zijn van insomnie en wordt gekenmerkt door een verminderde capaciteit om te werken en verminderde efficiëntie om adequaat te reageren op prikkels.

Hypersomnie of slaapzucht gaat gepaard met verhoogde slaapneiging/een overmatige behoefte aan slaap, bijvoorbeeld na trauma capitis. Hypersomnie kan tevens het gevolg zijn van een slaapaandoening, zoals obstructieve slaapapneu (OSA) of narcolepsie.

Slaapaandoening of slaapstoornis ('sleep disorder'): stoornis in het slaap-waakpatroon, zoals de diagnose van slapeloosheid of insomnie, het obstructief slaapapneusyndroom, het rustelozebenenensyndroom ('restless legs syndrome'), nachtelijke kuitkrampen, het vertraagde slaapfasesyndroom en narcolepsie. Men verdeelt slaapaandoeningen onder in verschillende categorieën: insomnie, slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen, slaapgerelateerde bewegingsstoornissen, slaap-waakstoornissen van het circadiaanse ritme, parasomnieën, hypersomnieën, geïsoleerde slaapklachten en overige slaapstoornissen.

Obstructieve slaapapneu (OSA): van alle slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen is obstructieve slaapapneu (OSA) de meest bekende. Een patiënt met OSA klaagt meestal niet van slapeloosheid, maar ondervindt een storende slaperigheid overdag. Ook komt ochtendhoofdpijn vaak voor. Typisch staat bij heteroanamnese het hevig snurken op de voorgrond en is de patiënt meestal bekend met overgewicht en hypertensie⁴.

OSA wordt gekenmerkt door meer dan vijf slaapapneus (ademstops) van tien seconden of langer per uur, met excessieve slaperigheid overdag of minimaal twee van de volgende klinische verschijnselen: vermoeidheid overdag, verminderde concentratie, stokkende ademhaling tijdens de slaap en niet-verkwikkende slaap. De

diagnostische criteria voor OSA zijn overgenomen uit de CBO-richtlijn Diagnostiek en behandeling van het obstructief slaapapneusyndroom bij volwassenen⁵. Naargelang het aantal apneus wordt OSA onderverdeeld in een milde, matige tot ernstige problematiek; elke vorm krijgt een aangepaste behandeling.

Narcolepsie is een zeldzame, maar invaliderende slaapaandoening die gepaard gaat met klachten van insomnie, slaperigheid overdag, aanvallen van kataplexie (kortstondige verlamming uitgelokt door bv. emotie), hypnagoge hallucinaties (levensechte droomervaringen bij het in slaap vallen) en slaapparalyse (kortdurend onvermogen te bewegen bij het in slaap vallen of wakker worden)⁴.

Slaap-waakstoornis van het circadiaanse ritme wordt gekenmerkt door onvoldoende synchronisatie tussen het endogene circadiaanse ritme en het slaap-waakritme vereist door de fysieke omgeving of het sociale of beroepsmatige rooster van de betrokkene. Daardoor slaapt de betrokkene op een ongewenst tijdstip, en niet op het moment dat de slaap gewenst, nodig of verwacht is. Zo kan er nachtelijke slapeloosheid of slaperigheid overdag optreden. Voor de meeste circadiaanse ritmestoornissen geldt dat, eenmaal men slaapt, de slaap meestal ongestoord en doorgaans van normale duur is. Een ontregelde slaap veroorzaakt excessieve slaperigheid of insomnie, of beide.

De meest voorkomende slaap-waakstoornissen van het circadiaanse ritme zijn:

- het type 'vertraagde slaapfase' ('delayed sleep phase syndrome' of DSPS): patroon van laat inslapen en laat wakker worden met een onvermogen om in te slapen en wakker te worden op een gewenst of sociaal aanvaard vroeger tijdstip. Tijdig opstaan 's morgens verloopt moeizaam, er zijn klachten van slaperigheid overdag;
- het type 'vervroegde slaapfase': patroon van vroeg inslapen en vroeg wakker worden met een onvermogen om wakker te blijven of door te slapen tot de gewenste of sociaal aanvaarde latere tijdstippen van inslapen en ontwaken;
- het type 'ploegendienst': insomnie tijdens de belangrijkste slaaperiode en/of overmatige slaperigheid tijdens de belangrijkste waakperiode, in samenhang met een ploegendienstschema^{6,7}.

Parasomnieën zijn vreemde, meestal ongewenste gedragingen, percepties of ervaringen die episodisch optreden tijdens de slaap. Vormen van parasomnieën van de non-remslaap zijn o.a. slaapwandelen, 'confusional arousal' en pavor nocturnus. Ze zijn het gevolg van het niet geheel ontwaken door een wekprikkel, waardoor bij verlaagd bewustzijn gedrag ontstaat dat zich onttrekt aan de normale, bewuste controle. De remslaapgedragsstoornis ('rem sleep behavior disorder' of RBD) doet zich voor tijdens de remslaap^{6,7}.

Rusteloze benensyndroom ('Restless legs syndrome') (RLS) en periodieke beenbewegingsyndroom ('periodic limb movement disorder') (PLMD): deze aandoeningen zijn twee voorbeelden van slaapgerelateerde

bewegingsstoornissen. Samen zijn ze verantwoordelijk voor ongeveer 10% van de gevallen van chronische insomnie met bekende oorzaak. De prevalentie neemt toe met de leeftijd. Deze stoornissen kunnen ook het gevolg zijn van medicatiegebruik (bijwerking van antidepressiva)⁴.

Het rustelozebenenensyndroom is een klinische diagnose die de huisarts kan stellen op basis van een specifiek klachtenpatroon. Er zijn vier essentiële diagnostische criteria:

- een onweerstaanbare drang om de benen te bewegen (rusteloze benen), meestal vergezeld van of veroorzaakt door onaangename sensaties in de benen;
- de drang om te bewegen of de onplezierige sensaties beginnen of worden heviger gedurende periodes van rust of inactiviteit zoals liggen of zitten;
- de drang om te bewegen of de onaangename sensaties worden geheel of gedeeltelijk verlicht door beweging zoals stappen;
- de drang om te bewegen of de onplezierige sensaties zijn 's avonds of 's nachts erger dan overdag of treden alleen 's avonds of 's nachts op⁶.

Het periodiekebeenbewegingsyndroom is een slaapgerelateerde bewegingsstoornis waarbij de patiënt tijdens de slaap periodiek en onbewust ledematen beweegt. Deze stoornis vereist een heteroanamnese, omdat de patiënt vaak geen andere problemen dan slaperigheid overdag ervaart. De bewegingen zijn doorgaans zeer heftig en schokkerig waardoor ze een belangrijke invloed kunnen hebben op de slaapkwaliteit van de patiënt (en diens partner).

Polysomnografie (PSG) is een slaaponderzoek waarbij verschillende fysiologische parameters geregistreerd worden tijdens de slaap van de patiënt. Het resultaat hiervan is een polysomnogram.

Een **somnoloog** of slaapspecialist is een specialist in de **somnopathologie** oftewel de brede waaier aan aandoeningen die met de slaap te maken hebben. Het is de 'European Sleep Research Society' (ESRS) die deze beroepstitel verstrekt. Op het moment van verschijnen van deze richtlijn is deze beroepstitel in België nog niet erkend.

Een **actigrafie** is een onderzoek waarmee men het slaappatroon meet aan de hand van beweging. Wanneer men slaapt, ligt men meestal stil. Is men wakker, dan beweegt men wat meer. Zo wordt met behulp van de actigraaf (het 'horloge') een inschatting gemaakt van het aantal uren slaap.

Onder **CBTi** ('Cognitive Behavioural Therapy for insomnia' of cognitieve gedragstherapie bij insomnie) verstaan we gestructureerde en multimodale niet-medicamenteuze technieken onder de vorm van cognitieve gedragstherapeutische interventies, individueel of in groep, voor (chronische) insomnie en verstrekt door daartoe opgeleide gezondheidswerkers (bv. psychologen specifiek opgeleid in CBTi). CBTi-cursussen worden tegenwoordig vooral aangeboden in aan ziekenhuis verbonden slaapcentra, maar kunnen ook lokaal georganiseerd worden door een gemeentelijk dienstencentrum.

Slapeloosheid bij ouderen: in studies over de medicamenteuze en niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid is de definitie van slapeloosheid bij ouderen niet eenduidig. Men hanteert bv. wisselende afkappunten voor de leeftijd (55+, 60+, 65+) of de gemiddelde leeftijd varieert. Deze richtlijn hanteert de leeftijd van 65 jaar als afkappunt (dus ouderen zijn 65+). Men spreekt van oudere ouderen vanaf 80 jaar. Zie o.a. transparantiefiche 'Slapeloosheid' van BCFI - <http://www.bcfi.be/tf/NL/TN/Insomnie.pdf> (laatst geraadpleegd op 20/06/2018).

Klinische vragen

1. Wat zijn de aandachtspunten voor de huisarts in de diagnostiek van slaapklachten en insomnie?
2. Welke niet-medicamenteuze interventies kan de huisarts zelf aanbieden?
3. Wanneer is een medicamenteuze behandeling te overwegen?
4. Welke medicamenteuze behandeling verdient de voorkeur?
5. Wat is het opvolgbeleid van insomnie in de eerste lijn (niet-medicamenteus en medicamenteus)?
6. Wat zijn de aandachtspunten voor de huisarts in de aanpak van slaapklachten en insomnie bij ouderen?
7. Wanneer en naar wie kan de huisarts verwijzen?

Klinische vraag 1: Wat zijn de aandachtspunten voor de huisarts in de diagnostiek van slaapklachten en insomnie?

Aanbeveling

1. Peil naar de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt (ICE) (GRADE 1C).
2. Bevrraag de aard en de duur van de klachten, alsook de impact van de insomnie op het functioneren van de patiënt (GPP).
3. Overloop het diagnostisch landschap om een eventuele oorzaak van de insomnie te achterhalen (comorbide insomnie) (GPP).
4. Sluit, bij het overlopen van mogelijke oorzaken, eerst volgende diagnoses uit: psychose, hyperthyreoïdie en specifieke slaapstoornissen zoals obstructieve slaapapneu (OSA), narcolepsie, parasomnieën, en vervolgens ook slaapwaakstoornissen van het circadiaanse ritme, het rustelozebenenensyndroom (RLS) en het periodiekebeenbewegingsyndroom (PLMD) (GPP).
5. Overweeg om de patiënt gedurende twee weken een slaapdagboek te laten bijhouden (GRADE 2C).

Toelichting

1. Ideeën, bezorgdheden en verwachtingen (Ideas, Concerns and Expectations ('ICE'))

Het is aan te raden om de ideeën en bezorgdheden van de patiënt rond de klacht van slapeloosheid te exploreren. 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. Een inventarisatie van de ideeën van de patiënt geeft de arts een indicatie over wat de patiënt al weet over slaapstoornissen in het algemeen en over zijn klacht in het bijzonder. Het geeft de arts ook inzicht in de mogelijke foutieve ideeën van de patiënt.

Peil naar de verwachtingen van de patiënt over de behandeling. De patiënt kan een verband leggen tussen zijn slaapklachten en ideeën/bezorgdheden; zo kan hij denken dat de slaapklachten een rechtstreeks gevolg zijn van die bezorgdheden. 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 misschien is het voor hem een uitgemaakte zaak dat hij een voorschrift voor slaapmedicatie wil.

2. Aard en duur van de klachten en hun impact op het functioneren

Bevraging van het slaap-waakpatroon is belangrijk: tijdstip van naar bed gaan? Hoe vaak wakker? Duur tot inslapen? Tijdstip van opstaan? Verschillen tussen week en weekend? Een slaapdagboek kan een hulpmiddel zijn (zie *hierboven, aanbeveling 5*).

Men maakt een onderscheid tussen kortdurende (of acute) en langdurende (of chronische) insomnie. De definities hiervan variëren echter. Deze richtlijn verkiest te spreken van acute insomnie (tot 4 weken), subacute insomnie (tussen 4 en 12 weken) en chronische insomnie (vanaf 12 weken of 3 maanden).

Om de klacht van slapeloosheid te verduidelijken, is het eveneens van belang om te bevragen welke impact die heeft op het functioneren overdag. Wat is de impact op het besturen van een voertuig, op het werk, op stemming en relaties,...?

Ten slotte is het noodzakelijk om de lijdensdruk in te schatten. Gaan de slaapklachten gepaard met een ernstige lijdensdruk, dan moet dat aangepakt worden. Probeer in deze situatie de foute percepties van de patiënt m.b.t. een normale slaap bij te sturen via slaapeducatie.

3. en 4. Diagnostisch landschap

Na exploratie van de klachten en de 'ICE', alsook van de aard en duur van de klachten volgt het opstellen van een diagnostisch landschap (zie *figuur 1 op blz. 18*).

In de *binnencirkel* komen de ernstige, maar behandelbare aandoeningen terecht, zoals psychose (eventueel als eerste teken van een manisch beeld), hyperthyreoïdie en specifieke slaapstoornissen zoals obstructieve slaapapneu (OSA), narcolepsie en parasomnieën.

In de *buitencirkel* plaatst men de andere te overwegen oorzaken zoals de slaap-waakstoornis van het circadiaanse ritme, het rusteloze benensyndroom (RLS) en het periodieke beenbewegingsyndroom (PLMS), zonder de psychosociale problemen, stemmings- en angststoornissen (inclusief bipolaire stoornis), genotsmiddelen en medicatie, somatische aandoeningen en (chronische) insomnie te vergeten.

De arts tracht in dit diagnostisch landschap reliëf aan te brengen door eerst de diagnoses uit de binnencirkel zo goed mogelijk uit te sluiten en daarna de argumenten te verzamelen voor en tegen de werkhypotheses uit de buitencirkel. Hiervoor is een anamnese met aandacht voor lichamelijke en psychische klachten, en voor specifieke slaapstoornissen noodzakelijk.

Volgende vragen kunnen hierbij helpen:

- Heeft er zich in de voorbije weken een belangrijke verandering in je leven voorgedaan of zijn er gebeurtenissen waarover je piekert of die een invloed kunnen hebben op de slaap? *Hiermee wordt gepeild naar psychosociale problemen, die in de eerste lijn de meest frequente oorzaak zijn van*

slaapproblemen, maar ook naar significante levensgebeurtenissen zoals een geboorte.

- Heb je de laatste weken last van stemmingsveranderingen of angsten? *Psychiatrische diagnoses zoals angststoornissen en depressie gaan vaak gepaard met slaapstoornissen.*
- Heb je behalve slapeloosheid nog andere lichamelijke klachten?
- Hoe is het gesteld met je leef- en werkomstandigheden? *Verstoring van dag-nachtritme kan uitgelokt worden door ploegenwerk, een recente ziekenhuisopname, een lawaaierige slaapomgeving, ...*
- Gebruik je veel alcohol, koffie, tabak, drugs en/of medicatie? *Genotsmiddelen, drugs, psychofarmaca, bètablokkers, diuretica, schildklierhormonen,... kunnen een nadelig effect hebben op de slaap.*
- Zijn er klachten die kunnen wijzen op specifieke slaapaandoeningen? Hierbij kunnen de 5 vragen van Wilson helpen⁸:

- 'Ben je een luide snurker? Stop je volgens je partner soms met ademen 's nachts?' (obstructieve slaapapneu (OSA))
- 'Heb je last van rusteloze benen die je moeilijk kunt stilhouden in bed?' (rustelozebenenensyndroom of RLS) 'Word je soms wakker door schokkende beenbewegingen?' (periodiekebeenbewegingsyndroom of PLMD)
- 'Val je soms overdag plots in slaap? Heb je soms aanvallen van plotse spierzwakte, uitgelokt door emoties, bijvoorbeeld bij het lachen?' 'Heb je soms levensechte droomervaringen bij het in slaap vallen?' 'Is er soms een kortdurend onvermogen te bewegen bij het in slaap vallen of wakker worden?' (narcolepsie)
- 'Slaap je goed, maar op de foute momenten?' 'Zit er regelmaat in je slaap-waakritme?' (slaap-waakstoornis van het circadiaanse ritme)
- 'Stel je soms ongewoon gedrag of zijn er ongewone gebeurtenissen tijdens je slaap waarover je je zorgen maakt of die een gevaar inhouden?' (parasomnieën)

Specifieke slaapstoornissen worden zo goed mogelijk uitgesloten vooraleer een behandelplan wordt opgesteld. Bij minstens één positief antwoord op bovenstaande vragen van Wilson is verdere diagnostische uitwerking noodzakelijk. Dat valt echter buiten het bestek van deze richtlijn. Bij de definities vindt men wel een beschrijving van de verschillende slaapstoornissen.

5. Slaapdagboek

Een slaapdagboek kan een handig hulpmiddel zijn bij het exploreren van de slaapproblemen. De patiënt kan er 's morgens, een half uurtje na het opstaan, in noteren hoe de nachtrust verlopen is. Het is de bedoeling dat hij bijhoudt hoe laat hij naar bed is gegaan, hoe lang hij wakker heeft gelegen voor het inslapen, welke periode(s) van de nacht hij wakker lag en wanneer hij is opgestaan. Dit is een subjectieve registratie; het is niet nodig dat op de klok gekeken wordt. Ook sportactiviteiten en het gebruik van cafeïne en alcohol worden bij voorkeur in dit dagboek geregistreerd. Een slaapdagboek dat gedurende een tweetal weken wordt

bijgehouden, kan een aantal zaken aan het licht brengen zoals o.a. een te lange duur in bed, een onregelmatig slaappatroon of een stoornis in het circadiaanse ritme.

Zie bijlage 1 voor een voorbeeld van zo'n dagboek met instructieblad.

Onderbouwing

De aanbevelingen zijn gebaseerd op de vorige Domus Medica-richtlijn⁴, de Prodigy-richtlijn⁹ en op recent wetenschappelijk bewijs.

1. Ideeën, bezorgdheden en verwachtingen (Ideas, Concerns and Expectations ('ICE'))

De eerste aanbeveling werd overgenomen uit de vorige Domus Medica-richtlijn, en is ook conform de Prodigy-richtlijn. Het laatste opvolgrapport van de richtlijn van Domus Medica vermeldt als onderbouwing een cross-sectioneel onderzoek waaruit blijkt dat het bevragen van de ICE mogelijk tot minder medicatievoorschriften zou leiden¹⁰. Een Brits kwalitatief onderzoek dat de verwachtingen, ervaringen en uitkomsten van patiënten en eerstelijnsartsen exploreerde bij consultaties voor slaapproblemen, besluit dat artsen het best gepersonaliseerde therapeutische opties voorstellen na empathisch luisteren, bevragen van ideeën, opvattingen en verwachtingen en na grondige evaluatie van het slaapprobleem¹¹. Hoewel de kwaliteit van het bewijs zwak is (observationeel en kwalitatief onderzoek), wordt het bevragen van de ICE sterk aanbevolen omdat de potentiële voordelen ervan duidelijk doorwegen ten opzichte van de nadelen.

2. Aard en duur van de klachten en hun impact op het functioneren

Zowel de Prodigy-richtlijn als de vorige Domus Medica-richtlijn bevelen aan om de duur van de klachten te bevragen. De definities van kortdurende versus chronische insomnie verschillen van bron tot bron; zo hanteert Prodigy vier weken als grens, de vorige Domus Medica-richtlijn 3 weken, stelt DSM-5 een duur van drie maanden voorop als criterium voor de diagnose 'insomniastoonis', en wordt in studies over chronische insomnie meestal een minimumduur van zes maanden vooropgesteld voor inclusie. Voorts stelt DSM-5 dat acute insomnie gewoonlijk slechts een paar dagen of een paar weken aanhoudt. Acute insomnie hangt vaak samen met ingrijpende gebeurtenissen of veranderingen. Verdwijnt de uitlokkende factor verdwijnt, dan verdwijnen meestal ook de klachten.

Deze richtlijn spreekt van acute insomnie (tot 4 weken), subacute insomnie (tussen 4 en 12 weken) en chronische insomnie (vanaf 12 weken of 3 maanden). Een belangrijk argument voor deze indeling is dat ze implicaties heeft voor de aanpak. Zo is het bij acute insomnie belangrijk om te normaliseren, niet te medicaliseren. Een stresserende gebeurtenis verwerken vraagt immers tijd. Belangrijk is om een onderscheid te maken tussen uitlokkende en instandhoudende factoren. Slaapproblemen kunnen aanhouden ondanks het feit dat de uitlokkende factoren verdwenen zijn of veel minder op de voorgrond staan. Dit proces treedt gedeeltelijk op omdat mensen een verkeerde slaaphygiëne en -gewoonten kweken. Er kan ook conditionering optreden,

waarbij het bed een voorspellende factor wordt voor het wakker liggen. Dit treedt vaak al na een viertal weken op. Na drie maanden is insomnie chronisch en kan het zinvol zijn om patiënten te verwijzen voor meer specialistische interventies (zie flowchart en 'niet-medicamenteuze aanpak').

Er is geen onderbouwing voor het bevragen van de impact van de insomnie op het functioneren overdag. Deze aanbeveling is dus gebaseerd op consensus. Ook slaapklachten zonder invloed op het functioneren overdag zijn een probleem als de patiënt eronder lijdt (klinisch significante lijdensdruk volgens DSM-5 en ICD). De klacht van slapeloosheid staat aldus centraal¹².

3. en 4. Diagnostisch landschap

De aanbeveling om het diagnostisch landschap te overlopen met het oog op het achterhalen van een eventuele oorzaak, is licht aangepast ten opzichte van de vorige versie van de richtlijn. Het woord 'eventuele' werd toegevoegd alsook de term 'comorbide insomnie'. Insomnie komt vaak geassocieerd met andere aandoeningen voor, maar het verband tussen oorzaak en gevolg is niet altijd even duidelijk. Er is dus niet altijd een oorzaak, maar er zijn wel vaak comorbide diagnoses. Ook de 'National Institutes of Health State-of-the-Science Conference on insomnia : Statement'¹³ adviseert de term 'comorbide insomnie'. Inhoudelijk is deze aanbeveling ook conform de Prodigy-richtlijn, hoewel daar nog sprake is van 'secondary causes'. Men baseert zich op een expertopinie van een review van Falloon¹⁴. Tot 80% van de gevallen van insomnie zou geassocieerd zijn met comorbide diagnoses.

Het diagnostisch landschap uit de oorspronkelijke richtlijn werd in grote lijnen behouden, aangezien de Prodigy-richtlijn en andere recente bronnen dezelfde oorzakelijke of comorbide diagnoses vermelden^{8,12,14-16}. Het is evident dat eerst de ernstige behandelbare oorzaken uit de binnencirkel moeten worden uitgesloten, en pas daarna de andere oorzaken uit de buitencirkel. In consensus werd beslist om het aantal diagnoses in de binnencirkel te beperken om de implementatie te bevorderen. *Over de volledigheid van het diagnostisch landschap was er tijdens de stakeholdersmeeting weinig discussie, over de plaats (binnen- of buitencirkel) daarentegen wel. Het concept 'diagnostisch landschap' was de meeste aanwezigen niet bekend, wat de discussie bemoeilijkte.*

De vijf vragen van Wilson kunnen helpen om tijdens de anamnese specifieke slaapaandoeningen uit te sluiten. Sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde van deze vragenset werden helaas niet teruggevonden. Wel is er enige onderbouwing voor een aantal afzonderlijke symptomen en tekenen. Zo is bekend dat 'snurken' een hoge sensitiviteit en een eerder lage specificiteit heeft voor een significant OSA, en dat het vaststellen van ademhalingsstops (door bijvoorbeeld de partner) een hoge specificiteit en een lage sensitiviteit heeft¹⁷.

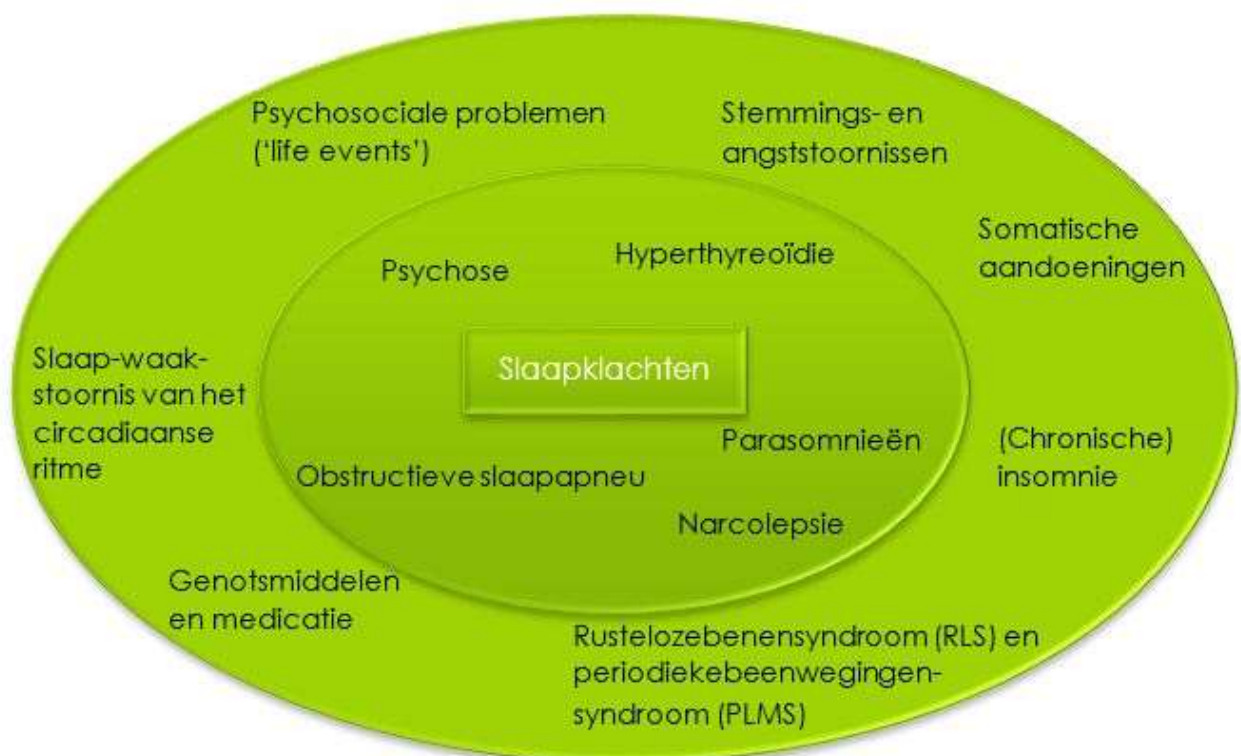
De termen 'primaire' en 'secundaire' zijn in onbruik geraakt. Zo werd 'primaire' insomnie vervangen door insomnie. Reden is dat oorzaak en gevolg niet altijd even

duidelijk zijn, zoals reeds hoger aangehaald. DSM-5 kent de diagnose insomnie niet alleen toe als ze optreedt als een op zichzelf staande aandoening, maar ook als comorbiditeit bij een andere psychische/psychiatrische aandoening, een somatische aandoening of andere slaapprobleem. In dat opzicht moeten beide aandoeningen (insomnie en bv. comorbide depressie) behandeld worden.

5. Slaapdagboek

De aanbeveling m.b.t. het slaapdagboek werd behouden uit de vorige versie van de Domus Medica-richtlijn, en strookt met de adviezen in de Prodigy-richtlijn. De Prodigy-richtlijn baseert zich op expertopinie uit 2 reviewartikels^{14,18}. Ook recenter onderzoek stelt dat een slaapdagboek een nuttig instrument kan zijn bij insomnie¹⁹. In dit onderzoek werd retrospectief een aantal parameters van slaapdagboeken geanalyseerd van 295 insomnietpatiënten en 536 normale slapers: tijd in bed, tijd tot inslapen, totale slaapduur, wakker tijd na het inslapen, slaapefficiëntie, aantal keer ontwaken per nacht, definitief ontwaken en subjectief uitgerust ontwaken. De slaapdagboeken van insomnietpatiënten verschillen op alle slaapparameters significant van die van normale slapers.

Er bestaan verschillende vormen en soorten slaapdagboeken. Een standaardformulier is vooral van belang voor studiedoeleinden²⁰. In consensus werd beslist om een gebruiksvriendelijk en eenvoudig voorbeeld, type Kempenhaeghe¹⁴¹, naar voor te schuiven (zie bijlage 1). Ook de meeste experts en stakeholders waren hiermee akkoord.



Figuur 1: Diagnostisch landschap

Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze interventies kan de huisarts zelf aanbieden?

Aanbeveling

1. Kies voor een getrapte aanpak en zet een zinvolle combinatie van niet-medicamenteuze interventies in, waarbij de aard van de problematiek, de voorkeur van de patiënt en je deskundigheid bepalend zijn voor de keuze van de in te zetten methoden (GPP).
2. We bevelen hierin als eerste stap het gebruik van een slaapdagboek, het geven van degelijke patiëntenvoorlichting en van slaaphygiëneadviezen aan (GPP).
3. Volstaan deze maatregelen niet, dan kan een combinatie van de volgende niet-medicamenteuze interventies worden ingezet: spanningsverlagende technieken, cognitieve technieken, stimuluscontrole, slaaprestrictie en beweging (GRADE 1B). Hiervoor kan desgewenst verwezen worden.

Toelichting

1. Getrapte aanpak

Een getrapte niet-medicamenteuze aanpak betekent dat de huisarts eerst kiest voor het inzetten van een slaapdagboek en het geven van patiëntenvoorlichting en slaaphygiëneadviezen (aanbeveling 2). Nadien kan hij, indien nodig, een combinatie van technieken voorstellen (aanbeveling 3) die aansluiten bij de diagnostiek en exploratie van het slaapprobleem én die door de patiënt als zinvol worden gepercipieerd.

Enige voorafgaande motivationele aanpak is wellicht zinvol. De genoemde technieken vergen immers tijd en inzet van de patiënt, waardoor ze waarschijnlijk enkel consequent uitgevoerd zullen worden als ze in de perceptie van de patiënt goed aansluiten bij de problematiek.

Hogergenoemde technieken worden toegepast hetzij via een samenwerking tussen de huisarts en een (eerstelijns)psycholoog of kinesitherapeut die speciaal opgeleid is in de aanpak van slapeloosheid (CBTi), hetzij na verwijzing in een gespecialiseerde slaapcursus die stoelt op de principes van CBTi.

2. Slaapdagboek, voorlichting, slaaphygiëne

a. Slaapdagboek

Zie klinische vraag 5 voor meer uitleg.

Het gebruik van een slaapdagboek is een essentieel element in de behandeling van slaapproblemen. Een slaapdagboek verzamelt informatie over het dagelijks slaappatroon, en is nuttig om een beeld te krijgen van de slaap zoals deze ervaren

wordt door de patiënt (de frequentie en duur van wakkere periodes evenals van de slaapefficiëntie). De slaapefficiëntie is de procentuele verhouding van de totale tijd die geslapen wordt in verhouding tot de tijd die in bed wordt doorgebracht. De slaapefficiëntie kan men als volgt berekenen:

$\text{TST/TIB} \times 100, \text{ waarbij TST staat voor 'totale slaaptijd' en TIB voor 'tijd in bed'.$
--

Een slaapdagboek weerspiegelt de subjectieve ervaring. De slaapefficiëntie kunnen we berekenen volgens deze subjectieve ervaring van de patiënt en bij een slaaponderzoek ook volgens de objectieve bevindingen.

Dergelijk dagboek geeft ook zicht op het effect van de ondernomen interventies op het slaappatroon. *Zie bijlage 1 voor een voorbeeld van een slaapdagboek.*

b. Patiëntenvoorlichting

Om de patiënt een beter inzicht te geven in hoe een slaapprobleem kan ontstaan en bestendig wordt, is het van belang om zonder het probleem te minimaliseren, volgende punten toe te lichten:

- Er is geen precieze norm over het aantal uren dat iemand moet slapen. De meeste volwassenen slapen zes à acht uur. Sommigen hebben met 5 uur genoeg, anderen hebben 10 tot 12 uur nodig.
- De 'ingebouwde' circadiaanse klok bepaalt de schommelingen in lichaamstemperatuur en het slaap-waakritme, en kan door omstandigheden uit balans geraken, zoals bij onregelmatige slaap-waaktijden of bij een jetlag.
- De tijd die nodig is om in te slapen kan individueel sterk variëren zonder dat dit abnormaal hoeft te zijn.
- Met het vorderen van de nacht wordt de slaap steeds minder diep en is kortdurend wakker worden normaal.
- Ouderen slapen minder diep, vaak ook korter en meer verspreid over 24 uur. Ze worden bovendien vaker wakker 's nachts. Dat hoeft niet noodzakelijk tot slaapstoornissen te leiden, maar kan die perceptie wel versterken.
- Slaap inhalen overdag (met dutjes voor de geplande bedtijd, bv. voor tv in slaap vallen) bestendigt het slaapprobleem. Een verlengde nachtrust levert qua slaapkwaliteit weinig tot niets op. De beste manier om slaap in te halen is een paar nachten je slaap-waakritme aanhouden.
- De nadelen van een incidenteel slaapte kort op het lichamelijk en geestelijk functioneren zijn beperkt. Na een slapeloze nacht kan men, ondanks wat concentratieproblemen en prikkelbaarheid, de meeste dagelijkse taken de baas en slaapt men daarna langer en vaster.
- Als men niet kan slapen, kunnen denkprocessen een vicieuze cirkel doen ontstaan.
- Sommige activiteiten in de avonduren kunnen een negatief effect hebben op de slaap: piekeren, complexe activiteiten, koffie, energiedrankjes, cola, alcohol, roken, zware maaltijden, intensief sporten, overmatige blootstelling aan licht van de smartphone, tablet of computer.

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

c. Slaap-waakadviezen

Door adviezen rond slaaphygiëne worden mensen zich meer bewust van de omgevings- en gedragsfactoren die een impact hebben op de slaap en die ze kunnen leren beïnvloeden.

Vooraleer advies te geven, gaat de huisarts na wat de patiënt al van anderen gehoord en zelf geprobeerd heeft. Zaken suggereren die de patiënt al eerder vruchteloos heeft ondernomen, versterkt het negatief denken en ondergraaft de adviezen.

Bespreking van volgende adviezen is nuttig:

- Hanteer vaste uren om op te staan, ga naar bed als je je slaperig voelt en blijf niet langer in bed na een slaaparme nacht.
- Probeer een manier te vinden om je te ontspannen vooraleer te gaan slapen.
- Zorg dat je slaapomgeving vrij donker, stil en niet te warm is.
- Vermijd dutjes overdag en vooral indommelen na het avondeten.
- Beperk het gebruik van cafeïne overdag en vermijd cafeïne in de avonduren, vermijd of verminder nicotine, alcohol of andere genotsmiddelen.
- Actief zijn en bewegen zijn bevorderlijk voor de slaapbehoefte en dus aanbevolen; zware inspanningen te kort bij bedtijd kunnen het inslapen daarentegen bemoeilijken.
- Vermijd 'zware' avondmaaltijden.
- Probeer 's nachts niet te eten; neem desnoods voor het slapengaan een lichte 'slaapsnack'.
- Vermijd te veel drinken 's avonds; elke nachtelijke plas betekent weer eens wakker worden.
- Kijk 's nachts niet op de klok om te zien hoe laat het is. Het kan handig zijn om de klok te bannen of uit het zicht te onttrekken.
- Gebruik het bed alleen om te slapen en voor seksuele activiteiten.

3. Spanningsverlagende technieken, cognitieve technieken, stimuluscontrole, slaaprestrictie, beweging en laagintensieve interventies

Er zijn enkele technieken die de huisarts kan voorstellen in kader van de niet-medicamenteuze aanpak bij slaapproblemen, zoals spanningsverlagende technieken, cognitieve technieken, stimuluscontrole, slaaprestrictie, beweging en laagintensieve interventies.

a. Spanningsverlagende technieken

Verschillende spanningsverlagende technieken zijn zinvol en bruikbaar:

1. DE 'BUFFERZONE'

Deze techniek bestaat uit het creëren van een 'decompressie-uur' ('unwinding') voor het slapengaan. Er wordt dan 'gelummeld' en afgezien van duidelijk doelgerichte activiteiten. Slaapinterfererende activatie neemt hiermee af waardoor slaperigheid kan optreden. Iemand die zegt hiervoor geen tijd te hebben, heeft dat in ieder geval nodig. Bespreek met de patiënt wanneer de bufferzone 's avonds moet ingaan en welke spanningsverlagende activiteit hij kan doen. Lezen en tv-kijken zijn voor de hand liggende mogelijkheden (zolang ze niet te 'opwindend' zijn), maar er zijn andere mogelijkheden, zoals het nemen van een niet te warm bad, het beluisteren van muziek,...).

2. GESTRUCTUREERDE INFORMATIEVERWERKING VOOR HET SLAPENGAAN

Het principe achter deze techniek is dat, wanneer iemand de kans niet heeft om overdag informatie te verwerken, hij de neiging heeft om dat bij het slapengaan te doen of daarvoor wakker wordt 's nachts. Deze opdringerige gedachten ('intrusive thoughts') bemoeilijken de slaap en kunnen met volgende technieken bestreden worden:

- het constructieve piekermoment in de vooravond: de patiënt vult op een vast moment en een vaste plek elke vooravond gedurende 20-30 minuten een blad in met twee kolommen (een voor de bezorgdheden, een voor de stappen naar oplossingen). Wat nog geen volledige oplossing heeft, neemt men mee naar het volgende piekermoment.
- 'to do'-lijstje voor morgen: de meeste mensen slagen er op een dag niet in om alles te realiseren wat ze van plan waren; ook dat kan tot intrusieve nachtelijke gedachten leiden. Een geschreven planning voor de komende dag vermindert die intrusieve gedachten en leert tegelijk ook meer realistisch en haalbaar te plannen.

3. RELAXATIE

Er bestaan verschillende relaxatiemethoden die zinvol zijn in het kader van 'tot rust komen'. De keuze hangt af van mogelijke succes- of faalervaringen in het verleden en dus van de voorkeur van de patiënt.

Relaxatietechnieken worden best beoefend en geoefend tijdens de dag en tijdens de 'decompressieperiode'. Ze worden dus het best niet gebruikt als 'pil' als men al in bed ligt, want ze verhogen de activatie: 'slaap ik nu al bijna?'. Tijdens de relaxatie wordt gewerkt naar een verlaging van de 'algemene-door-de-dag-activatie'. Alleen als hier echt geen tijd voor is overdag, kan dit ook in bed worden toegepast.

Ook aandachtsgesrichte therapie, zoals mindfulness, kan helpen om gedachten los te laten, zich op de ademhaling of lichamelijke gewaarwordingen te focussen en op die manier rustiger te worden.

Het beluisteren van rustgevende muziek kan ook ontspanning induceren.

b. Cognitieve technieken

Cognitieve therapie vertrekt van de gedachten over de slaap en het slaapprobleem die het slaapprobleem mogelijk bestendigen of onderhouden. Die gedachten kunnen uitvoerig besproken, in vraag gesteld en gecorrigeerd worden.

Typische gedachten zijn:

- Onrealistische slaapverwachtingen (ik moet 8 uur slaap hebben),
- Verkeerde opvattingen over de oorzaak van het slaapprobleem,
- De consequenties van slapeloosheid dramatiseren,
- Het rechtstreeks en doelbewust onder controle krijgen van het inslapen, zolang je maar hard genoeg probeert,
- Het moeten slaap inhalen en vermijden van sommige activiteiten na een slechte nacht.

Huisartsen die bekend zijn met de 5G-schema's kunnen die gebruiken en bespreken om aan de patiënt duidelijk te maken hoe gedachten emoties beïnvloeden en in dit geval insomnie (slapeloosheid) in de hand werken. Het geeft inspiratie helpende gedachten te formuleren en te leren hanteren. De arts kan de 5G-schema's maken tijdens de consultatie en/of meegeven met de patiënt om in te vullen en te bespreken tijdens de volgende consultatie. Zie bijlage 2 voor een 5G-schema-formulier.

5 G's: Gebeurtenis, Gedachten, Gevoel, Gedrag, Gevolgen



5 G's: ingevuld voorbeeld

	Wie? Wat? Waar?				
Dag en datum	 gebeurtenis	 gedachte	 gevoelens	 gedrag	 gevolg
Maandag, 12 april	In bed, 01u45, wakker, moet morgen vroeg op.	Ik zal morgen weer geen mens zijn, ik moet verdorie slapen	Angst, onrust, spanning	Woelen, piekeren	Verder wakker liggen, Krampachtig proberen

Projectgroep Benzodiazepines - UGent

Men kan 5G-schema's ook aanwenden om andere gedachten die niet meteen over slapen en het slaapprobleem gaan, maar wel het slaapprobleem in stand houden, te expliciteren en te onderzoeken. Het piekeren over levensgebeurtenissen, eigenwaarde, verwachtingen van de omgeving e.d. kunnen op die manier ter sprake komen.

Paradoxe intentie is ook een cognitieve techniek die gebruikt kan worden bij inslaapproblemen. De patiënt krijgt de opdracht om zijn gedachten te richten op wakker blijven in plaats van in slaap proberen te vallen. De bedoeling is om de overdreven focus op slapen, en de angstige gedachten en krampachtigheid die daarmee gepaard gaan, weg te nemen en de voorwaarden om de slaap te kunnen vatten, te verbeteren.

c. Stimuluscontrole

De techniek van stimuluscontrole is goed onderzocht, maar wordt meestal aangeboden in een 'behandelpakket'.

Bij insomnie worden het bed en de slaapkamer vrij snel geassocieerd met 'wakker liggen, piekeren' of met meestal aangenaam slaapincompatibel gedrag zoals 'tv-kijken, gamen, surfen, lezen, sms'en en bellen...'; dit veroorzaakt een (geconditioneerde) activatie die de insomnie in de hand werkt^{21,22}. Dit kan bijvoorbeeld duidelijk worden als de patiënt bij de verkenning van de problematiek aangeeft in andere situaties (op de divan bijvoorbeeld) wel te kunnen slapen en niet in bed. Stimuluscontrole speelt in op het herstellen van de balans tussen de slaapbehoefte, de circadiaanse klok en het activatiesysteem, waardoor vermoeidheid zich opnieuw kan uiten in slaperigheid. Stimuluscontrole doorbreekt die

zichzelf onderhoudende associatie door het bed opnieuw te leren associëren met slaperigheid.

Gebruik het slaapdagboek, en pas het desnoods aan, om de toepassing en het effect van onderstaande interventie op te volgen.

De methode van stimuluscontrole wordt aangebracht met de volgende instructies:

- **Ga enkel naar bed wanneer je je slaperig (te onderscheiden van vermoeidheid) voelt (en niet eerder!).** Indien de patiënt beweert nooit slaperig te zijn, is de slaperigheid wellicht gemaskeerd door een te hoge activatie, en moet men hier eerst aandacht aan besteden (zie hoger: *spanningsverlagende strategieën*). Bij een posttraumatische stressstoornis (PTSS) met comorbide insomnie moet men overwegen om eerst de PTSS te behandelen. Wordt daarna ook stimuluscontrole ingeschakeld, dan is het zinvol om toch een vast moment van naar bed gaan af te spreken. Men kan immers de neiging hebben om ondanks de slaperigheid het naar bed gaan toch te willen uitstellen.
- **Sta weer op als je niet kunt slapen, doe in een matig verlichte omgeving een rustige en ontspannende activiteit en ga opnieuw naar bed als de slaperigheid terugkomt. Herhaal indien nodig.** De boodschap is dat men de slaperigheid rustig afwacht. Door deze regel wordt het 'proberen slapen' doorbroken. Leg uit dat het meestal meer dan een week duurt voor er een effect is. Laat de beslissing om op te staan niet afhangen van een klok, maar van het beleefde alertheids- of frustratiegevoel. Voorrang wordt gegeven aan niet al te activerende activiteiten (bijvoorbeeld 'lichte' tv of lectuur, breien). Wijs je patiënt erop dat 'elders' in slaap vallen en er blijven slapen ongewenst is, want dit versterkt de bed-activatieassociatie.
- **Gebruik het bed en de slaapkamer alleen om te slapen (en, indien ontspannend, voor seks).** Een korte periode van lezen of tv-kijken kan eventueel wel, als blijkt dat dit spanningsverlagend is, het de patiënt afleidt van het 'proberen slapen' en dus de slaperigheid kan opwekken.
- **Laat je elke ochtend op hetzelfde uur wakker, ongeacht hoe goed of hoeveel je geslapen hebt, en sta binnen de 10 à 15 minuten op.** De tijd van slapen en opstaan laten afhangen van hoe goed of hoe slecht men slaapt, brengt de biologische klok in de war. Opstaan op een vast uur kan er bovendien toe leiden dat de avondlijke slaperigheid (instructie één) meer rond dezelfde tijd opduikt. Men kan dit bevorderen door avonddinsen of mensen die omwille van bv. een depressieve stemming of CVS moeizaam wakker worden, iedere ochtend op hetzelfde moment gedurende 10 minuten bloot te stellen aan helder licht (bij voorkeur buitenlicht) en door op voorhand geplande activiteiten te laten uitvoeren.
- **Doe overdag geen dutjes.** Dutten (te onderscheiden van rusten) verstoort de natuurlijke nachtelijke slaapbehoefte en is dus te vermijden. 'Veiligheidsdutjes' bij duidelijke slaperigheid overdag zijn uiteraard wel toegestaan, maar duren bij voorkeur niet langer dan 20 minuten en gebeuren best in vroege namiddag, en dus niet naar de avond toe.

d. 'Tijd-in-bed'-restrictie

Net als stimuluscontrole is slaaprestrictie werkzaam als monotherapie, maar wordt ze meestal aangeboden als onderdeel van een 'behandelpakket'.

Het principe achter deze techniek is dat de slaapbehoefte toeneemt door de tijd in bed te beperken tot de werkelijke slaaptijd. Een toename van de slaapbehoefte kan de overactivatie overwinnen en weer tot een kwaliteitsvolle slaap leiden.

Om deze techniek te kunnen toepassen, is het noodzakelijk om een slaapdagboek bij te houden en het slaap-waakritme gedurende minstens twee weken te registreren. De gemiddelde slaaptijd per nacht wordt berekend aan de hand van volgende formule:

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

Voor een normale inslaaptijd wordt de start-bedtijd eventueel met een half uur verhoogd.

Vervolgens wordt het gewenste tijdstip van opstaan bepaald samen met de patiënt. Tel hiervoor terug aan de hand van de start-bedtijd en bepaal zo het 'vroegst mogelijke bedtijdstip'. De slaapefficiëntie kan berekend worden door de tijd in bed te delen door de geslapen tijd en dit met 100 te vermenigvuldigen (zie hoger). Wees aandachtig voor de mogelijke veiligheidsrisico's, en sta eventueel veiligheidsdutjes overdag toe.

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

Bij stoornissen die gevoelig kunnen reageren op slaapdeprivatie (paniekaanvallen, epilepsie, maniforme stoornissen) moet men vooraf evalueren of het onderdeel 'slaaprestrictie' wel aangewezen is.

e. Beweging

Er is wetenschappelijk bewijs dat beweging een positief effect heeft op de slaapkwaliteit. Dit effect zou echter onvoldoende zijn om de slaapstoornis op zich aan te pakken. Beweging hoeft niet noodzakelijk erg doorgedreven te zijn; ook wandelen, handenarbeid en tuinieren komen in aanmerking...

f. Laag-intensieve interventies

- Bibliotherapie: zelfhulpboeken met methoden om beter te slapen blijken een positief effect te hebben op het slaappatroon. Dit effect is echter groter als het gecombineerd wordt met een individuele opvolging.
- Groepen 'leren slapen': ook groepsbenaderingen zijn geschikt om stil te staan bij voorgenoemde onderdelen en daarrond oefeningen (mee) te geven om insomnie aan te pakken. Ziekenfondsen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, slaapklinieken en plaatselijke initiatieven bieden dit in een aantal regio's aan.
- Apps: er bestaan verschillende apps die een schatting maken van de slaap, maar ze blijken te onbetrouwbaar om in de klinische praktijk te gebruiken. Sommige apps verzamelen gegevens met behulp van een 'accelerometer'. De smartphone met de app wordt op het bed gelegd en registreert het woelen. Ook deze toepassing is niet betrouwbaar en dus af te raden. Actigrafie daarentegen is wel betrouwbaar en zinvol om het slaappatroon in kaart te brengen. Apps met op CBTi gestoelde slaapdagboeken, psycho-educatie, tips, motivationele interventies en alarmen met de bedoeling de slaapgewoontes te veranderen, blijken beloftevol, maar zijn in ons taalgebied nog in een onderzoeksfase.
- Telefonische interventies: ook telefonische interventies zijn te overwegen als vorm van laag-intensieve interventie.
- Internet: CBTi in een interactieve webtoepassing lijkt belofte- en zinvol, hoewel de uitval vrij groot is. In ons taalgebied zijn enkele initiatieven in ontwikkeling. Het advies is om bij het aanbevelen van een webtoepassing deze te kaderen in 'getrapte zorg'. Op die manier weet de patiënt dat er, in geval van falen, andere mogelijkheden voorhanden zijn.

Onderbouwing

1. Getrapte aanpak

De keuze voor een *getrapte aanpak* stoelt niet op de oorspronkelijke richtlijn noch op de Prodigy-richtlijn⁹. Er werd geen onderzoek gevonden over een getrapte aanpak van insomnie. Studies beperken zich veelal tot patiënten met chronische insomnie en in zowat elk onderzoek zijn de deelnemers niet representatief voor de bredere groep van patiënten die zich met klachten van slapeloosheid bij hun huisarts aanmelden. Het is de NHG-Standaard¹ die impliciet een getrapte aanpak suggereert: *"Het beleid bij slapeloosheid omvat altijd eerst voorlichting. Bij 'vermeende slapeloosheid' is dit meestal voldoende. Bij kortdurende slapeloosheid richt de aanpak zich daarnaast op de eventuele oorzaak voor zover dit mogelijk is. Bij langdurige slapeloosheid is de oorspronkelijke oorzaak naar de achtergrond geraakt en spelen meerdere factoren (negatieve conditionering, verkeerd slaapgedrag) een rol bij het in stand houden van het probleem."* De ervaring van de auteursgroep leert dat eenvoudige interventies bij sommige patiënten kunnen volstaan om hen gerust te stellen en de klachten weg te nemen. Een getrapte aanpak past daarenboven in een beleid waarin de beschikbare tijd van de huisarts zo goed mogelijk wordt besteed en niet meteen de grote middelen worden ingezet bij elke nieuwe klacht van slapeloosheid.

Hoewel de voorkeur van de patiënt weinig aandacht krijgt in de wetenschappelijke literatuur, is deze wellicht van belang bij de uiteindelijke behandelkeuze. Een gemotiveerde patiënt zal immers een betere therapietrouw aan de dag leggen.

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. Toch is het onwaarschijnlijk dat om het even welke therapie effect zal hebben bij elke patiënt. Een werkzame behandeling van insomnie zal doorgaans bestaan uit een combinatie van technieken. Dergelijke gecombineerde behandeling moet zorgvuldig gepland worden; zo vermijdt men dat het effect van de interventie vermindert doordat minder doeltreffende adviezen en technieken een deel van de beschikbare tijd in beslag nemen²³.

De hier beschreven niet-medicamenteuze technieken en methoden zijn ontwikkeld binnen een psychologische/psychotherapeutische context, en vallen onder de noemer CBTi (Cognitive Behaviour Therapy for Insomnia). Ze worden dus in eerste instantie toegepast door psychotherapeuten en zijn in belangrijke mate ook alleen onderzocht en onderbouwd bij gebruik door die beroepsgroep. Het bewijs voor CBTi toegepast door opgeleide psychotherapeuten is groot, en CBTi wordt dan ook in recente richtlijnen sterk aanbevolen^{24,25}. Het is evident dat ook binnen de huisartspraktijk een niet-medicamenteuze aanpak van insomnie de voorkeur geniet. Er is onderzoek waarin getrainde artsen de methodieken zelf toepassen, maar ook waarin wordt verwezen voor bepaalde onderdelen²⁶. De deskundigheid van de huisarts m.b.t. (een deel van) de technieken bepaalt uiteraard of hij ze zelf kan opnemen en waarvoor hij het best verwijst. Het spreekt voor zich dat de huisarts bij een getrapte aanpak kan kiezen naargelang zijn deskundigheid om bepaalde facetten van de niet-medicamenteuze aanpak zelf op te nemen of hiervoor te verwijzen. Men moet er evenwel rekening mee houden dat de wetenschappelijke onderbouwing voor toepassing van CBTi-methoden door de huisarts vooralsnog beperkt is.

Voor de praktische toepassing van deze niet-medicamenteuze adviezen verwijzen we naar de inleiding van deze richtlijn en de bijbehorende flowchart: we kunnen grosso modo stellen dat elke geïnteresseerde huisarts de aanpak van milde en matige insomnie kan opnemen, inclusief de brede exploratie, de dagboekopdracht, uitgebreide psycho-educatie en het verstrekken van tips rond slaap- en waakhygiëne. Meer ernstige vormen van chronische insomnie verdienen een meer gespecialiseerde aanpak, hetzij via samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut of (eerstelijns)psycholoog, hetzij via verwijzing voor een gespecialiseerde slaapcursus die stoelt op de principes van CBTi.

2. Slaapdagboek, voorlichting, slaap-waakadviezen

a. Slaapdagboek

De aanbeveling m.b.t. het slaapdagboek werd behouden uit de vorige versie van de Domus Medica-richtlijn, en strookt met de adviezen in de Prodigy-richtlijn. De Prodigy-richtlijn baseert zich op expertopinie uit 2 reviewartikels^{14,18}. Ook recenter onderzoek stelt dat een slaapdagboek een nuttig instrument kan zijn bij insomnie¹⁹. In dit onderzoek werd retrospectief een aantal parameters van slaapdagboeken geanalyseerd van 295 insomniefpatiënten en 536 normale slapers: tijd in bed, tijd tot inslapen, totale slaapduur, wakkere tijd na het inslapen, slaapefficiëntie, aantal keer ontwaken per nacht, definitief ontwaken en subjectief uitgerust ontwaken. De slaapdagboeken van insomniefpatiënten verschillen op alle slaapparameters significant van die van normale slapers.

Er bestaan verschillende vormen en soorten slaapdagboeken. Een standaardformulier is vooral van belang voor studiedoeleinden²⁰. In consensus werd beslist om een gebruiksvriendelijk en eenvoudig voorbeeld naar voor te schuiven (zie *bijlage 1*). Ook de meeste experts en stakeholders waren hiermee akkoord.

b. Patiëntenvoorlichting en slaap-waakadviezen

De aanbevelingen hieromtrent zijn gebaseerd op de Prodigy-richtlijn, aangevuld met de recente richtlijnen van Carney en Posner²⁷ en adviezen van de betrokken experts en stakeholders. Uit de literatuur blijkt dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor elk van deze interventies op zich en dat duidelijk de kaart van de multimethodische aanpak wordt getrokken^{28,29}. Soms worden enkele adviezen tegengesproken (bv. geen dutjes overdag) of is er geen eenduidigheid in de adviezen (bv. steeds op hetzelfde uur gaan slapen ongeacht of men slaperig is of niet)^{30,31}. In een kleine placebogecontroleerde studie bij gezonde mannen die weinig cafeïne gebruikten, werd een nadelig effect gevonden van cafeïne (5 mg/kg/dag) op de totale slaapduur (43 minuten minder in vergelijking met placebo)³².

De aanbevelingen over getrapte aanpak, slaapdagboek, voorlichting en slaap-waakadviezen zijn 'good practice points'. Ondanks het beperkte wetenschappelijk bewijs, erkennen de auteurs, experts en stakeholders in consensus het belang ervan.

3. Spanningsverlagende technieken, cognitieve technieken, stimuluscontrole, slaaprestrictie beweging en laagintensieve interventies

Voor alle genoemde technieken is er enig wetenschappelijk bewijs, maar er zijn weliswaar drie opmerkingen te maken:

- Voor een aantal interventies is er onderbouwing voor het gecombineerd aanbieden met andere interventies, maar niet of minder voor de interventie op zich^{24,33-35}.
- De beschikbare onderbouwing is meestal gebaseerd op onderzoek bij hiertoe opgeleide en getrainde professionelen en niet bij huisartsen³⁵.

- In de literatuur zijn de protocollen voor eenzelfde interventie niet altijd identiek. De verschillen zijn bovendien niet op hun merites onderzocht. We gaven de voorkeur aan die variant die het makkelijkst kan worden toegepast in de huisartspraktijk.

Voor onderstaande interventies is er eerder zwak bewijs voor een klein tot matig effect op relevante uitkomstmaten (zoals inslaapduur). Auteurs én experts oordeelden dat de voordelen van deze niet-medicamenteuze interventies, zeker in vergelijking met een medicamenteuze behandeling, groter zijn dan de nadelen. Daarom kregen de aanbevelingen een GRADE 1B toegekend.

a. Spanningsverlagende technieken

- Het constructieve piekermoment: er is enig wetenschappelijk bewijs dat dit de doeltreffendheid van een behandeling verhoogt³⁶.
- Relaxatie alleen is minder doeltreffend dan een multimethodische aanpak (CBTi)^{13,37}.

b. Cognitieve technieken

Een RCT vergeleek cognitieve therapie, gedragstherapie en hun combinatie in CBTi en besloot tot de superioriteit van CBTi. Cognitieve therapie bleek in de follow-up na 6 maanden echter gelijkwaardig aan CBTi. Hieruit kan men concluderen dat cognitieve therapie, ondanks haar uitgestelde werking, toch een duidelijke bijdrage heeft aan de positieve langetermijneffecten³⁸.

Niet alleen slaapgebonden cognities vergen aandacht; de huisarts moet ook focussen op algemeen gepieker³⁹.

Paradoxe intentie is alleen onderzocht bij patiënten met inslaapproblemen. In de meeste studies blijkt de techniek werkzaam op de inslaapduur. Nochtans is het effect kleiner dan in de studies over stimuluscontrole en relaxatie⁹.

c. Stimuluscontrole/slaaprestrictie/beweging

- Stimuluscontrole is wetenschappelijk onderbouwd als solotherapie³⁴.
- Voor slaaprestrictie zijn er studies die aangeven dat een vereenvoudigde vorm van slaaprestrictie door de huisarts kan worden toegepast^{40,41}.
- Er is wetenschappelijk bewijs dat beweging de slaapkwaliteit verbetert, maar op zich is dat onvoldoende om de slaapstoornis te verhelpen⁴². Beweging kan andere technieken dus aanvullen.

d. Laag-intensieve interventies

- Ook voor telefonische ondersteuning is er enig wetenschappelijk bewijs⁴³.
- Internet kan een aanvaardbare manier zijn om insomnie aan te pakken binnen een aanpak van getrapte zorg⁴⁴. Nochtans is er veel uitval door de gebrekkige therapietrouw⁴⁵. De werkzaamheid ervan vergroot aanzienlijk wanneer dit gepaard gaat met ondersteuning van een forum⁴⁶.

- Zelfhulpboeken blijken doeltreffender dan slaaphygiëne alleen⁴⁷. Samen met een individuele begeleiding wordt het effect nog significant beter⁴⁸. Zelfhulpboeken kunnen ook zinvol zijn als een stap binnen aanpak van getrapte zorg⁴⁹.

Klinische vraag 3: Wanneer is een medicamenteuze behandeling te overwegen?

Aanbeveling

1. Overweeg bij patiënten met een acute presentatie van ernstige insomnie die gepaard gaat met een hoge lijdensdruk een kortdurende behandeling met een slaapmiddel (GRADE 2C).
2. Schrijf geen slaapmiddelen voor aan patiënten met acute of chronische insomnie die zich niet in een crisissituatie bevinden en in aanmerking komen voor een multimodale aanpak volgens de principes van cognitieve gedragstherapie (GRADE 1B).
3. Bespreek bij de opstart van slaapmedicatie ook onmiddellijk een stopstrategie (GRADE 1C).
4. Bied de patiënt terzelfder tijd ook informatie aan over de niet-medicamenteuze aanpak van zijn insomnie en/of onderliggende problematiek (zie ook *klinische vraag 2*) (GPP).

Toelichting

Bij een acute presentatie van ernstige insomnie met hoge lijdensdruk, kan men een kortdurende behandeling met een slaapmiddel overwegen. Het kan hierbij gaan zowel over een kortdurende (of acute) insomnie als over een acute opflakking van een chronische insomnie. Bij slapeloosheid in het kader van ploegenwerk is er geen plaats voor medicatie, wel voor een niet-medicamenteuze aanpak op maat. De specifieke aanpak bij ploegenwerk valt buiten het bestek van deze richtlijn.

Om misbruik en/of chronisch gebruik van slaapmiddelen te voorkomen, moet de patiënt concrete instructies krijgen rond dosis en behandelduur. Informeer de patiënt met insomnie over de reden waarom het gebruik van slaapmiddelen van korte duur moet zijn, en bespreek de beperkingen in werkzaamheid van het gebruikte slaapmiddel en de mogelijke nevenwerkingen.

Schrijf de laagst mogelijke werkzame dosis voor, en dit voor een zo kort mogelijke duur. De exacte duur van het gebruik hangt af van de onderliggende oorzaak van de acute presentatie van ernstige insomnie, maar bedraagt maximaal één week. Het kan soms nodig zijn om een benzodiazepine of z-drug langer te gebruiken, maar dat vereist een herevaluatie van de patiënt en van zijn insomnie, met soms nood aan afbouw van de slaapmedicatie achteraf.

Noteer in het globaal medisch dossier de start- en stopdatum voor elke nieuw opgestarte slaapmedicatie en voorkom zo de overgang van acuut (of nieuw) gebruik naar chronisch gebruik. Verstrek ook geen herhalingsvoorschriften zonder de patiënt opnieuw te zien.

Onderbouwing

1. Overweeg bij patiënten met een acute presentatie van ernstige insomnie die gepaard gaat met een hoge lijdensdruk een kortdurende behandeling met een slaapmiddel.

Deze aanbeveling is gebaseerd op de vorige Domus Medica-richtlijn⁴⁴ en het opvolgrapport van 2011, is conform de Prodigy-richtlijn⁹ en werd getoetst aan recent wetenschappelijk bewijs^{24,25}. We schraptten in deze aanbeveling de aanvulling om te starten met een slaapmiddel '*om disfunctioneren overdag te verbeteren*'. Er zijn immers tot op heden geen studies die een effect kunnen aantonen op de harde primaire uitkomstmaat '*functioneren overdag*'. De auteursgroep is van oordeel dat het ontbreken van dergelijk wetenschappelijk bewijs een absoluut gemis is en neemt dit mee op in de suggesties voor verder onderzoek.

Het wetenschappelijk bewijs over de werkzaamheid van het kortdurende gebruik van benzodiazepines en aan benzodiazepines verwante slaapmiddelen of zogenaamde z-drugs is gebaseerd op de meta-analyses van Buscemi⁵⁰, Holbrook⁵¹ en Nowell⁵², en de recentere review van Brasure⁵³. Voor de z-drugs wordt deze onderbouwing aangevuld met de systematische review van Huedo-Medina⁵⁴ en van Sateia⁵⁵.

Deze studies zijn over het algemeen van korte duur (van 1 dag tot 6 weken, met een gemiddelde van 12 dagen in de studie van Holbrook, 4 weken tot 8 maanden in de studie van Brasure en 2 weken tot 6 maanden in de studie van Huedo Medina) en tonen o.a. een beperkte winst op de inslaapduur (naargelang de studie en de uitkomst tussen de 4 en 19,6 minuten). De vraag of deze winst zich ook vertaalt in een beter functioneren overdag, wordt in deze studies niet onderzocht.

Ondanks het feit dat benzodiazepines in de praktijk vaak gebruikt worden voor langere periodes, werd geen enkel goed uitgevoerd onderzoek teruggevonden dat een langdurig effect (langer dan enkele weken) aantoont. Voor de z-drugs en meer bepaald zolpidem zijn er twee RCT's^{56,57} die het effect wel over een langere termijn bestuderen (respectievelijk 12 weken en 8 maanden). Op enkele objectieve eindpunten lijkt zolpidem ook na 8 maanden nog werkzaam te zijn, maar op de subjectieve, zelfgerapporteerde uitkomsten kan geen verschil worden aangetoond. Bovendien hebben deze studies enkele tekortkomingen (zie ook *klinische vraag 5*).

De keuze voor een terughoudend beleid m.b.t. benzodiazepines en z-drugs, met strikte indicaties, zo laag mogelijke werkzame dosis en kortdurend gebruik, heeft niet alleen te maken met het gebrek aan wetenschappelijk bewijs over de werkzaamheid ervan op korte en zeker op langere termijn, maar houdt ook verband met de vele (potentieel ernstige) ongewenste effecten die het gebruik met zich meebrengt (zie ook *klinische vraag 5*).

Over slapeloosheid in het kader van ploegenarbeid is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs om een bepaalde medicamenteuze aanpak aan te bevelen⁵⁸.

Samenvattend is er bewijs van lage tot matige kwaliteit dat slaapmiddelen een statistisch klein maar positief effect hebben op een aantal relevante uitkomstmaten op korte termijn. Er is daarnaast bewijs van lage tot matige kwaliteit dat nevenwerkingen significant vaker voorkomen dan bij placebo. De eerder lage kwaliteit van bewijs is het gevolg van heterogeniteit, imprecisie en indirectheid van de studies opgenomen in de systematische reviews.

2. Schrijf geen slaapmiddelen voor aan patiënten met acute of chronische insomnie die zich niet in een crisissituatie bevinden en in aanmerking komen voor een multimodale aanpak volgens de principes van cognitieve gedragstherapie.

De aanbeveling om geen slaapmiddel op te starten bij een patiënt die in aanmerking komt voor een multimodale aanpak volgens de principes van cognitieve gedragstherapie (CGT) is gebaseerd op onderzoek dat de eventuele meerwaarde van combinatietherapie heeft bestudeerd. De voordelen van het toevoegen van slaapmedicatie bij patiënten die zich niet in een crisistoestand bevinden, wegen niet op tegen de nadelen van dergelijke combinatietherapie. Gerandomiseerde studies konden op korte termijn geen duidelijke meerwaarde aantonen van slaapmedicatie bij personen die gelijktijdig CGT kregen: in slechts 1 van de 4 studies werd een significant beter resultaat gevonden voor sommige, maar niet voor alle uitkomsten (verbetering in totale slaapduur en slaapkwaliteit, maar niet in inslaapduur, duur van wakker liggen na het inslapen, slaapefficiëntie en slaperigheid overdag). Op langere termijn (6 tot 12 maanden) stelden alle studies vast dat het effect beter behouden bleef in de groep die alleen CGT kreeg dan in de combinatiegroep⁵⁹⁻⁶². Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de patiënten uit de combinatiegroep de verbetering toeschrijven aan de medicatie en niet aan de CGT. Het ter beschikking hebben van slaapmedicatie kan de inspanningen en motivatie voor gedragsverandering van de patiënt ondermijnen⁶². De studies vertonen een aantal tekortkomingen, met name de overwegend kleine patiëntenaantallen, het gebrek aan blinding en het ontbreken van een intention-to-treatanalyse. Er is dus bewijs van matige kwaliteit dat het toevoegen van slaapmedicatie aan CGT op lange termijn geen significant positief effect heeft op relevante uitkomstmaten.

3. Bespreek bij de opstart van slaapmedicatie ook onmiddellijk een stopstrategie

De aanbeveling om systematisch ook een stopstrategie voor te stellen vertrekt vanuit het idee van 'good clinical practice'. Ze wordt verder onderbouwd door kwalitatief onderzoek⁶³, met volgende conclusie: *"Patiënten leggen de verantwoordelijkheid voor het oplossen van hun problemen bij de huisarts. Psychische afhankelijkheid tegenover benzodiazepine treedt snel op. Artsen moeten de voor- en nadelen ervan duidelijk uitleggen en het gebruik ervan van bij de opstart afbakenen, om chronisch gebruik te vermijden."* Ook in de conclusie van een recente systematische review van Sirdifield⁶⁴ wordt het belang onderstreept van uitgebreide psycho-educatie bij een eerste voorschrift van slaapmiddelen. Er is dus wetenschappelijk bewijs van lage kwaliteit dat deze interventie een effect heeft op het vermijden van chronisch gebruik

van slaapmiddelen. De voordelen van deze interventie wegen zwaarder door dan de nadelen. Om die reden werd GRADE 1C toegekend.

4. Bied de patiënt terzelfder tijd ook informatie aan over de niet-medicamenteuze aanpak van zijn insomnie en/of onderliggende problematiek

Het (kort) bespreken van (de mogelijkheid van) een niet-medicamenteuze aanpak bij het eerste consult wordt beschouwd als 'good clinical practice' en is een manier om de patiënt voor te bereiden op een niet-medicamenteus vervolg na een korte medicamenteuze aanpak.

Klinische vraag 4: Welke medicamenteuze behandeling verdient de voorkeur?

Aanbeveling

Overweeg als slaapmiddel een benzodiazepine met halflange werkingsduur of een z-drug, aan een zo laag mogelijke dosis en voor een zo kort mogelijke duur (maximaal één week) (GRADE 2C).

Toelichting

1. Te overwegen producten: benzodiazepines of z-drugs

Op basis van de literatuur is er geen duidelijke voorkeur voor de klassieke benzodiazepines of de recentere z-drugs. Er wordt het best gekozen voor een benzodiazepine met halflange halfwaardetijd, type lormetazepam, gezien de verminderde kans op 'hangover'. Producten met lange halfwaardetijd, zoals diazepam of nitrazepam, zijn te vermijden voor de indicatie van insomnie.

Binnen de groep benzodiazepines of z-drugs wordt geen voorkeursproduct naar voren geschoven. Wel wordt lorazepam, in tegenstelling tot de meeste andere benzodiazepines, niet gemetaboliseerd naar een actieve metaboliet, maar in de lever geglucuronideerd tot een inactief product. Hierdoor kan dit product ook gebruikt worden bij patiënten met leverproblemen.

a. Benzodiazepines

Er zijn belangrijke individuele verschillen qua gevoeligheid aan de gewenste en ongewenste effecten van benzodiazepines. Het is daarom aan te raden altijd te beginnen met lage doses. Voor ouderen en personen met lever- en nieraandoeningen wordt vaak de helft van de gebruikelijke posologie aanbevolen (zie klinische vraag 6).

De meest gerapporteerde *ongewenste effecten* zijn slaperigheid overdag ('hangover'), hoofdpijn, duizeligheid, nausea en vermoeidheid. Hangover is een ongewenst effect dat kan optreden los van de halfwaardetijd van het gebruikte slaapmiddel. Benzodiazepines hebben een nadelig effect op het geheugen en de concentratie. Deze ongewenste effecten op de cognitie blijken ook aanwezig te zijn bij langdurig gebruik. Andere mogelijke ongewenste effecten zijn anterograde amnesie, verwardheid, paradoxale reacties (met verergering van slapeloosheid, angst, agitatie, agressiviteit) en ontweningsverschijnselen bij stopzetten van de behandeling. Benzodiazepines zijn meermalen in verband gebracht met een verhoogd valrisico (zie ook klinische vraag 6). Acute intoxicaties leiden zelden tot

ademhalingsdepressie. Er is gewoonlijk geen dodelijke afloop, tenzij bij gelijktijdig gebruik van alcohol of andere centraal deprimerende farmaca (zoals centraal werkende pijnstillers) of bij belangrijke comorbiditeit. Gebruik van benzodiazepines geeft een verhoogd risico op verkeersongevallen, vooral in de eerste weken van het gebruik.

Alle hypnotica worden in verband gebracht met bepaalde vormen van fysieke of psychische *afhankelijkheid* en hebben een risico van misbruik en dosisescalatie bij ten minste een deel van de patiënten. Afhankelijkheid kan zich manifesteren als chronisch gebruik, niet-geslaagde pogingen tot verminderen of staken van het gebruik en ontwenningssymptomen bij staken van de behandeling. Na abrupt staken van slaapmedicatie kan rebound-slapeloosheid optreden, vooral bij kortwerkende middelen. Rebound-slapeloosheid kan in sommige gevallen ernstiger zijn dan de oorspronkelijke klacht. Ontwenningsverschijnselen treden op bij minder dan de helft van de patiënten die langdurig benzodiazepines aan therapeutische dosis gebruiken. Dat kunnen zijn: acute angstsymptomen, waarnemingsstoornissen, hallucinaties, depressie en, hoewel ongebruikelijk, convulsies en delirium.

Iemand die regelmatig benzodiazepines gebruikt, ontwikkelt binnen enkele weken *tolerantie*, d.w.z. dat hij om eenzelfde (hypnotisch) effect te bekomen een hogere dosis van het gebruikte middel (benzodiazepine) moet nemen. Het effect van tolerantie heeft bij een minderheid van de patiënten tot gevolg dat ze de dosis van hun slaapmiddel op eigen houtje verhogen.

b. Z-drugs

Met zolpidem zijn gevallen gemeld van hallucinaties, amnesie en parasomnieën. Parasomnieën (o.a. slaapwandelen) zijn zeldzaam, maar kunnen tot gevaarlijke situaties leiden voor de gebruiker en diens omgeving. Z-drugs verhogen ook het risico op auto-ongevallen.

Informatie over de veiligheid van 'z-drugs' op lange termijn is schaars (zolpidem) of onbestaande (zopiclon), net zoals bij langdurig gebruik van benzodiazepines. Afhankelijkheid en misbruik, met ontwenningssverschijnselen na stoppen, zijn gemeld. De ontwenningssverschijnselen die het vaakst optreden bij stopzetten van een hoge dosis zijn angst, tachycardie, beven en zweten. Ook rebound-slapeloosheid komt voor.

c. Tegenindicaties

Benzodiazepines en z-drugs zijn tegenaangewezen bij myasthenia gravis, ernstige respiratoire insufficiëntie, (onbehandeld) obstructief slaapapneusyndroom (OSA), leverinsufficiëntie en cognitieve stoornis.

Benzodiazepines en z-drugs zijn af te raden tijdens de zwangerschap. Er is een vermoeden van teratogeen effect van benzodiazepines, met craniofaciale afwijkingen (bv. hazenlip, gespleten gehemelte), groeivertraging en afwijkingen ter hoogte van het centrale zenuwstelsel. Er is tevens een risico op respiratoire depressie, hypotonie, hyporeflexie, hypothermie en ontweningsverschijnselen bij de pasgeborene bij gebruik van benzodiazepines of z-drugs net voor of tijdens de bevalling.

d. Interacties

Bij gebruik van benzodiazepines en z-drugs zijn alcohol en andere geneesmiddelen met sederend effect, zoals sommige andere psychofarmaca en pijnstillers die kunnen leiden tot overdreven sedatie, te vermijden.

2. Te vermijden producten

Trazodon is een sterk sederend antidepressivum dat buiten indicatie voorgeschreven wordt bij insomnie ('off-labelgebruik'). De perceptie van artsen en patiënten is dat het middel laag gedoseerd, bv. 25 tot 50 mg, een 'veiliger' slaapmiddel zou zijn dan de klassieke benzodiazepines of z-drugs. Nochtans kent trazodon heel wat bewezen ongewenste effecten op het kortetermijngeheugen, het leerproces, de spiertonus en het evenwicht, en geeft het vaker aanleiding tot nachtmerries. Daarom wordt trazodon niet aanbevolen als voorkeursproduct.

In de behandeling van insomnie in de eerste lijn is er, wegens gebrek aan wetenschappelijk bewijs, geen plaats voor *andere antidepressiva met sederende werking* (type amitriptyline, lage dosis, bv. 10 mg 's avonds, of mianserine). De langere halfwaardetijd van deze producten maakt dat men ook bijzondere aandacht moet besteden aan het mogelijke optreden van hangover.

Dezelfde opmerking geldt voor het gebruik van *sederende antihistaminica* in de indicatie van insomnie.

Het gebruik van *barbituraten of afgeleiden* als slaapmiddel wordt in de eerste lijn als obsoleet beschouwd. Er is evenmin plaats voor de oudere sederende *antihistaminica*, type promethazine, noch voor *antipsychotica*, type quetiapine, in de indicatie van slapeloosheid wegens de potentieel ernstige ongewenste effecten.

Verder ontraden we het gebruik van *fytotherapie*, bv. valeriaan, passiflora en dergelijke, door onduidelijkheid over de werkzaamheid en onzekerheid over mogelijke ongewenste effecten en lange termijneffecten. Van valeriaan zijn maag- en darmstoornissen (zoals diarree) beschreven en bij hoge doses ook hangover. Deze middelen worden het best vermeden tijdens de zwangerschap wegens onduidelijkheid over mogelijke teratogeniciteit. Combinatie van deze middelen met andere geneesmiddelen met sederend effect of met alcohol kunnen overdreven

sedatie veroorzaken; bij combinatie met bv. orale anticonceptiva of vitamine K-antagonisten kunnen interacties niet worden uitgesloten.

Aangezien de meeste studies over *melatonine* voor de indicatie van insomnie betrekking hadden op patiënten ouder dan 55, verwijzen we voor de plaats van melatonine in de medicamenteuze aanpak van insomnie naar klinische vraag 6.

Onderbouwing

1. Te overwegen producten: benzodiazepines en z-drugs

Deze aanbeveling is gebaseerd op de vorige Domus Medica-richtlijn⁴⁴, de opvolgrapporten hiervan en op de Prodigy-richtlijn⁹, en werd getoetst aan recent wetenschappelijk bewijs en de Europese en Duitstalige richtlijnen van Riemann et al.²⁵ en de Amerikaanse richtlijn²⁴.

Meerdere meta-analyses tonen een gunstig effect aan van benzodiazepines en z-drugs op een aantal uitkomstmaten^{50,51,53-55} (zie ook *klinische vraag 3*). Een Health Technology Assessment van NICE uit 2004⁶⁵ kon geen significante verschillen in werkzaamheid aantonen tussen benzodiazepines en z-drugs.

Zowel voor benzodiazepines als, in mindere mate, voor z-drugs is er wetenschappelijk bewijs dat er meer ongewenste effecten zijn dan bij placebo op korte en iets minder op lange termijn. De meta-analyse van 105 RCT's van Buscemi⁵⁰ gaf voor alle bestudeerde slaapmiddelen (benzodiazepines, z-drugs en antidepressiva) een statistisch significant hoger risico aan op 'harms' ten opzichte van placebo (risk difference 0,15). In de meta-analyse van Holbrook⁵¹ vermeldten de patiënten uit de benzodiazepine-groep meer klachten van draaierigheid en duizeligheid (OR 1,8 en 95% BI 1,4 tot 2,4) ten opzichte van placebo, maar de 'drop-out' was in beide groepen gelijk. In de 'comparative effectiveness review' van Brasure⁵² bleek uit 6 RCT's die zolpidem 10-15 mg vergeleken met placebo, dat de 'drop-out' wegens nevenwerkingen significant groter was in de zolpidemgroep (RR=2,80 (1,22 tot 6,41), ARR=0,04 (0,02 tot 0,07), NNH=25). De Health Technology Assessment van NICE uit 2004⁶⁵ kon geen significante verschillen in het voorkomen van nevenwerkingen aantonen tussen benzodiazepines en z-drugs.

Samenvattend kunnen we stellen dat er bewijs is van lage tot matige kwaliteit dat slaapmiddelen een statistisch significant, maar klein positief effect hebben op een aantal relevante uitkomstmaten op korte termijn. Er is evenwel bewijs van lage tot matige kwaliteit dat ongewenste effecten significant vaker voorkomen dan bij placebo. Daarom de voorzichtige formulering van de aanbeveling om benzodiazepines en z-drugs 'te overwegen'. De eerder lage kwaliteit van bewijs is het gevolg van heterogeniteit, imprecisie en indirectheid van de studies in de beschreven systematische reviews. Daarom kreeg de aanbeveling GRADE 2C toegekend.

De in de toelichting beschreven ongewenste effecten van benzodiazepines en z-drugs zijn gebaseerd op de transparantiefiches van BCFI en de NHG-Standaard¹:

- Zowel benzodiazepines als z-drugs zijn geassocieerd met een verhoogd valrisico en fracturen⁶⁶⁻⁷².
- Er worden meer verkeersongevallen gerapporteerd met benzodiazepines⁷³.
- Er is meer kans op geheugenstoornissen in de vorm van anterograde amnesie bij gebruik van slaapmiddelen⁷⁴.
- Er is een verband (niet noodzakelijk causaal) tussen benzodiazepinegebruik en geheugenstoornissen of dementie⁷⁵⁻⁸⁰.
- Er is een verband tussen z-drugs en amnesie en parasomnieën⁸¹.
- Er is een risico op afhankelijkheid^{51,82,83}.
- Tolerantie voor het hypnotisch effect is beschreven voor vrijwel alle benzodiazepines⁸⁴.
- Lichte ontweningsverschijnselen zoals rebound-slapeloosheid komen vaak voor bij benzodiazepines en z-drugs⁸⁵.

2. Te vermijden producten

Onderbouwing over de te vermijden producten is gebaseerd op de vorige Domus Medica-richtlijn⁴, de opvolgrapporten hiervan, de Prodigy-richtlijn⁹ en recenter wetenschappelijk bewijs uit de transparantiefiches en aanvullende zoektochten in de literatuur. Ook de evidence tables van de recente Europese (en Duitstalige) richtlijnen^{25,86} werden geraadpleegd.

Sederende antidepressiva

De vorige versie van de Domus Medica-richtlijn ontraadt het gebruik van sederende antidepressiva. Insomnie staat niet als indicatie vermeld in de Samenvatting van de Kenmerken van het Product (SKP) van de antidepressiva. Ook de Prodigy-richtlijn ontraadt het gebruik van deze middelen, en baseert zich hiervoor op de publicaties van Budur⁸⁷ en Schutte-Rodin⁸⁸. De transparantiefiche van 2010 bespreekt enkele korte studies (opvolgingsduur van maximaal 5 weken) met o.a. doxepine en trazodon die een (zeer) beperkte winst aantonen op inslaapduur (van 6,7 tot 12,2 minuten). Een systematische review over trazodon bij insomnie geeft aan dat trazodon niet alleen gepaard kan gaan met overdreven sedatie overdag (ook bij een dosis van 50 mg), maar ook met ernstige ongewenste effecten zoals cardiovasculaire events en priapisme. Bij ouderen is extra voorzichtigheid geboden omdat ongewenste effecten zoals duizeligheid en orthostatische hypotensie het valrisico kunnen verhogen⁸⁹. Ook op basis van recentere publicaties van Sateia⁵⁵ en Generali⁹⁰ is er geen reden om de originele aanbeveling te wijzigen. Er is een bewezen klein effect van trazodon op de subjectieve inslaapduur (SSL) en subjectieve slaapduur (SSD), maar enkel in de eerste week van gebruik⁹⁰. Sateia⁵⁵ toont geen verbetering in slaapkwaliteit, noch in aantal keren wakker worden, en geeft aan dat er significant vaker nevenwerkingen voorkomen dan bij placebo.

De aanbeveling hieromtrent wijkt af van wat de Europese richtlijn²⁵ en Duitstalige richtlijn⁸⁶ zeggen, nl. dat er wel plaats kan zijn voor sederende antidepressiva in de kortdurende medicamenteuze aanpak van insomnie (matige kwaliteit van bewijs, GRADE 1B=1 RCT van goede kwaliteit), maar de auteurs behouden hun stelling na analyse van de evidence tables en de oorspronkelijke studies.

Antipsychotica

De transparantiefiches ontraden antipsychotica voor de behandeling van insomnie vanwege het ontbreken van studies en door hun ongunstige risicoprofiel. In de update van 2015 bespreken de transparantiefiches een systematische review over de werkzaamheid van quetiapine bij insomnie zonder comorbiditeit⁹¹. Deze review concludeert op basis van 2 kleine placebogecontroleerde RCT's (n=31) dat de werkzaamheid voor deze indicatie niet bewezen is. De systematische review vindt ook een verhoogd risico van plots cardiaal overlijden bij gebruik van atypische antipsychotica, ook in lage dosis (RR=1,59, 95% BI 1,03 tot 2,46). Specifiek voor quetiapine vindt men een verhoogd risico wanneer alle doseringen in de analyse samengevoegd worden (RR=1,88, 95% BI 1,30 tot 2,71). Sensitiviteitsanalyses volgens dosis tonen enkel een verhoogd risico bij gebruik van een middelmatige tot hoge dosis. De ongewenste effecten van een lage dosis zijn onvoldoende bekend^{91,92}. Op basis van deze gegevens besliste de auteursgroep om het gebruik van antipsychotica af te raden voor de behandeling van insomnie.

Sederende antihistaminica

Sederende antihistaminica worden soms als slaapmiddel gebruikt. Alleen difenhydramine heeft als indicatie insomnie in de Belgische bijsluiter. Volgens de transparantiefiches is er beperkt bewijs voor de werkzaamheid van difenhydramine en doxylamine bij kortdurend gebruik. Over hydroxyzine werden geen studies gevonden. Een nadeel van sederende antihistaminica zijn hun anticholinerge effecten en het optreden van slaperigheid en sufheid overdag (hangover). Ouderen (zie klinische vraag 6) zijn nog gevoeliger aan deze ongewenste effecten, terwijl duizeligheid en sedatie het valrisico kunnen verhogen. Rebound-slapeloosheid kan optreden na langdurig gebruik van sederende antihistaminica.

Fytotherapie

De Prodigy-richtlijn⁹ en de oorspronkelijke Domus Medica-richtlijn⁴ ontraden valeriaan en alternatieve therapieën, en baseren zich hiervoor op een systematisch review van Stevinson uit 2000⁹³ en een overzichtsartikel over fytotherapie in La Revue Prescrire van 2005⁹⁴. Ook de opvolgrapporten van de Domus Medica-richtlijn komen tot dezelfde conclusie op basis van publicaties van Sarris⁹⁵, Salter⁹⁶ en Fernandez-San-Martin⁹⁷. Naargelang de review heeft valeriaan geen⁹⁸ of een mogelijk beperkt effect^{96,99} op de (subjectieve) slaapkwaliteit. Vele studies met valeriaan en alternatieve therapieën

hebben echter grote methodologische tekortkomingen waardoor er geen duidelijke besluiten getrokken kunnen worden.

Voor de andere geneesmiddelen op basis van planten, zoals hop⁹⁶, bestaan eveneens onvoldoende gegevens over doeltreffendheid.

De weinig beschikbare studies in Cooper¹⁰⁰ tonen geen significante werkzaamheid van homeopathie aan.

De auteursgroep besluit het gebruik van fytotherapie niet aan te raden wegens het gebrekkige wetenschappelijk bewijs van effect en neveneffecten.

Klinische vraag 5: Wat is het opvolgbeleid van insomnie in de eerste lijn (niet-medicamenteus en medicamenteus)?

Aanbeveling

1. Plan een opvolgconsult na 1 week bij patiënten met een acute presentatie van ernstige insomnie bij wie je een slaapmiddel voorgeschreven hebt. Herhaal de reeds gemaakte stopafspraken en pas de aanbevelingen toe m.b.t. de niet-medicamenteuze aanpak (GPP).
2. Plan een opvolgconsult na 2 à 3 weken bij patiënten zonder acute presentatie van ernstige insomnie bij wie je geen slaapmiddel voorgeschreven hebt (GPP).
3. Volgt de patiënt de aanbevelingen goed op, maar blijft verandering na vijf tot tien weken uit, dan kan een verwijzing ter sprake worden gebracht (GPP).

Toelichting

Niet-medicamenteus

Om de therapietrouw van de patiënt te bevorderen, stelt de huisarts steeds voor om aan het eerste consult een opvolgconsult te verbinden. De tussenliggende tijd (één tot drie weken) gebruikt de patiënt om de afgesproken niet-medicamenteuze interventie in de praktijk te brengen. Tijdens dit interval kan de patiënt gevraagd worden om zijn slaap-waakpatroon te registreren in een dagboek. Dit dagboek geeft de huisarts een vrij representatief beeld van de bereikte vorderingen (of het gebrek daaraan).

Volgt de patiënt de aanbevelingen goed op, maar blijft na vijf tot tien weken verandering uit, dan kan de arts een verwijzing ter sprake brengen. Deze verwijzing kan gericht zijn op het verfijnen of herevalueren van de diagnostiek. Ook een verwijzing voor een meer gespecialiseerde, therapeutische aanpak behoort tot de mogelijkheden. *Voor meer details, zie klinische vraag 7.*

De hier vermelde opvolgtermijnen zijn richtinggevend, en zullen in de praktijk afhankelijk zijn van het type patiënt en het type therapie.

Medicamenteus

Schrijft de huisarts toch een slaapmiddel voor, dan dient hij deze medicamenteuze aanpak in de tijd te bewaken om overgang naar chronisch gebruik te vermijden. We stellen voor om na elk eerste voorschrift van een slaapmiddel de patiënt zo snel mogelijk terug te zien, bij voorkeur na één week.

Heeft de patiënt goed gereageerd op zijn medicatie – dit wil zeggen dat het acute slaapprobleem achter de rug is en/of de lijdensdruk beheersbaar –, dan pakt de huisarts de eventuele oorzaak van de insomnie opnieuw aan volgens de richtlijnen

voor niet-medicamenteuze aanpak. Terzelfder tijd geeft hij de patiënt instructies om zijn slaapmiddel te stoppen of af te bouwen.

Reageert de patiënt na één week niet of onvoldoende op de medicamenteuze behandeling, dan evalueert de huisarts de aanpak van de klacht van slapeloosheid opnieuw en verwijst hij de patiënt eventueel door voor verdere diagnostiek of behandeling.

Onderbouwing

Niet-medicamenteus

Er zijn geen richtlijnen gevonden die vermelden hoe vaak men de patiënt moet zien of hoe lang men moet wachten om te verwijzen; de termijn van 5 tot 10 weken is gebaseerd op consensus onder auteurs, experts en stakeholders. De studies die het effect onderzochten van een kortdurende niet-medicamenteuze aanpak door de huisarts stelden een verbetering vast na 4 tot 9 weken^{26,40,41}.

Medicamenteus

Hoewel er in de oorspronkelijke Domus Medica-aanbeveling⁴ geen termijn voor het opvolgconsult werd bepaald en de Prodigy-richtlijn⁹ een opvolgconsult adviseert na 2 weken bij kortdurende insomnie, bevelen we een vervolgconsult na 1 week aan bij patiënten met een acute presentatie van ernstige insomnie bij wie een slaapmiddel werd voorgeschreven, en dat om de volgende redenen:

- Het concretiseren van de opvolgtermijn bij het voorschrijven van een slaapmiddel uit bezorgdheid voor afhankelijkheid, gewenning en ongewenste effecten;
- Bij patiënten met een acute presentatie van ernstige insomnie is het niet verantwoord om de patiënt langer dan 1 week te laten wachten voor een nieuwe afspraak.

Bij andere patiënten is een opvolgconsult na 2 tot 3 weken meer aangewezen als de patiënt hiermee akkoord gaat. Twee weken is het minimum om de niet-medicamenteuze technieken voldoende te kunnen toepassen en hun effect te beoordelen en 3 weken is het maximum om de therapietrouw te bewaken en de aanpak tijdig te kunnen bijsturen.

Klinische vraag 6: Wat zijn de aandachtspunten voor de huisarts in de aanpak van slaapklachten en insomnie bij ouderen?

Aanbeveling

Anamnese en diagnostiek

1. Neem bij ouderen een volledige systeemanamnese af om onderliggende somatische en/of psychiatrische comorbiditeit uit te sluiten (GPP).
2. De diagnose van rusteloze benensyndroom kan gesteld worden aan de hand van een gerichte anamnese. Indien de diagnose bevestigd wordt, en in afwezigheid van onderliggend lijden, behandel de aandoening lege artis (GPP).

Medicamenteuze aanpak

Er is geen plaats voor medicatie in de eerstelijnsaanpak van insomnie bij ouderen (GRADE 1C).

Niet-medicamenteuze aanpak

1. De aanbevolen niet-medicamenteuze aanpak van insomnie bij ouderen is grotendeels dezelfde als die bij volwassenen (zie *klinische vragen 2, 5 en 7*).
2. Specifieke aandachtspunten bij ouderen:
 - Houd bij de keuze van niet-medicamenteuze behandeling rekening met de cognitieve en fysieke capaciteiten van de oudere (GPP);
 - Bekijk in samenspraak met de CRA bij ouderen in een woonzorgcentrum (wzc) hoe de verpleegkundigen en/of het paramedisch personeel en/of externe hulpverleners kunnen worden ingezet om de niet-medicamenteuze aanpak individueel toe te passen op niveau van het wzc ('collaborative care') (GRADE 1C).

Verwijzing

De aanbevolen aanpak van insomnie bij ouderen is dezelfde als bij volwassenen (zie *klinische vraag 7*).

Toelichting

Anamnese en diagnostiek

Pijn, nycturie, orthopnea e.d. zijn veel voorkomende somatische oorzaken van verstoorde nachtrust bij ouderen. Men peilt bovendien best naar onderliggende depressie en naar angst.

Chronische insomnie is bij ouderen een ernstig en multifactorieel syndroom met verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Het onderscheid met normale leeftijdsspecifieke

veranderingen in de slaaparchitectuur is niet altijd gemakkelijk. Ouderen met chronische insomnie hebben meer kans op somatische en psychiatrische comorbiditeit. Ook komen in deze leeftijdscategorie meer specifieke slaapaandoeningen voor, zoals OSA en rusteloze benensyndroom. Medicatiegebruik kan bovendien de kans op iatrogene verstoring van het dag-nachtritme verhogen. Niet anders dan bij jongere volwassenen kunnen bij ouderen psychosociale, gedragsmatige en omgevingsfactoren een rol spelen in het ontstaan of instandhouden van insomnie. Specifieke omgevingsfactoren in het wzc zijn bv. te vroeg naar bed gaan, onvoldoende activatie/stimulatie overdag, te weinig licht overdag, lawaaiëring slaapomgeving, enzovoort. Ook cognitieve factoren zoals misvattingen over de normale slaap en slaaparchitectuur op oudere leeftijd, kunnen bepalend zijn.

Een gerichte bevraging van de oudere patiënt, eventueel met observatie van de dag/nacht door de verpleegkundigen en een goede communicatie tussen verpleegkundigen onderling (dag/nacht) zijn onontbeerlijk als basis voor een goede specifieke en gedetailleerde rapportering naar de huisarts. Zo kan het slaapprobleem bij de oudere patiënt in het wzc in een juister perspectief worden geplaatst en kan de vraag naar (het voorschrijven van) slaapmedicatie ook worden beperkt. Deze specifieke niet-medicamenteuze aanpak heeft meer kans op slagen wanneer ze ingebed is een integrale zorgcultuur voor de (niet-medicamenteuze aanpak van) geestelijke gezondheid(sproblemen) bij ouderen binnen het wzc.

Medicamenteuze aanpak

a. Benzodiazepines en z-drugs

Het bescheiden effect van slaapmedicatie op de slaap bij ouderen weegt over het algemeen niet op tegen het risico van ongewenste effecten. Bovendien is er bewijs dat een niet-medicamenteuze aanpak ook in deze leeftijdsgroep werkt.

Wanneer bij ouderen toch slaapmedicatie wordt ingezet, dient de dosis gehalveerd te worden. Voor de algemene principes rond werking, ongewenste effecten, interacties en contra-indicaties, verwijzen we naar de medicamenteuze aanpak van insomnie bij volwassenen (zie *klinische vragen 3 en 4*).

Toch blijft het (chronisch) gebruik van slaapmedicatie bij (geïstitutionaliseerde) ouderen in België zeer hoog. Alleen door het laagdrempelig en multidisciplinair aanbieden van gestructureerde niet-medicamenteuze interventies – en binnen een wzc liefst met steun van het beleid én met focus op een breed gedragen cultuuromslag naar de aanpak van problemen van geestelijke gezondheid – kan een kentering in slaapmiddelengebruik plaatsvinden.

b. Melatonine

De plaats van melatonine in de aanpak van insomnie bij ouderen, en vooral bij 55-plussers, is niet goed bestudeerd. Op basis van de bestaande wetenschappelijke gegevens is het onmogelijk om duidelijke besluiten te trekken over werkzaamheid en

ongewenste effecten van de preparaten die op de markt zijn. Over de effecten op lange termijn is niets bekend. Daarom wordt veiligheidshalve het gebruik van melatonine bij ouderen ontraden.

Niet-medicamenteuze aanpak

De algemene principes van de niet-medicamenteuze aanpak staan vermeld onder *klinische vraag 2*. Hieronder worden de specifieke aandachtspunten bij ouderen opgesomd.

a. Slaapeducatie

Leg uit dat hoe ouder men wordt, hoe minder slaap men nodig heeft, en dat ook de slaaparchitectuur verandert op oudere leeftijd (langer wakker liggen, vroeger in de ochtend ontwaken, minder droomslaap en minder vaste slaap).

b. Slaapdagboek

Voor de meeste ouderen, vooral ouderen in een wzc, is het moeilijk om zelf een slaapdagboek in te vullen. Nochtans kan het ook bij deze doelgroep nuttig en leerrijk zijn. Verpleegkundigen en paramedici in het wzc kunnen het als werkinstrument gebruiken om slaapproblemen van een bewoner te registreren en om het resultaat van de interventies op te volgen.

c. Slaaphygiëne

Soms kan de oudere moeilijk zelf iets veranderen aan zijn slaapgewoonten door zijn leeftijdsgebonden beperkingen of door de omgeving waarin hij verblijft. In dat geval is het van belang om samen met de mensen uit de directe omgeving (familie, thuiszorg, wzc-personeel,...) na te gaan waar aanpassingen mogelijk zijn teneinde de slaapomstandigheden te verbeteren. Met enige creativiteit zijn ondanks de voornoemde beperkingen heel wat slaaphygiënetips te verwezenlijken.

d. Stimuluscontrole

Opstaan en de kamer verlaten kan voor geïstitutionaliseerde ouderen of ouderen met een beperkte mobiliteit niet uitvoerbaar zijn of bepaalde risico's inhouden (bv. valrisico). In deze gevallen is het aangewezen om hen te leren genieten van het in bed liggen en te ontspannen.

e. Spanningsverlagende technieken

Bij de keuze van een bepaalde techniek wordt niet alleen rekening gehouden met de voorkeur van de oudere, maar ook met diens fysieke en mentale mogelijkheden en beperkingen. Progressieve relaxatie is ook bij ouderen toepasbaar: er hoeft weinig kracht gezet te worden, er is enkel een spanningsverschil nodig. Bovendien is progressieve relaxatie een erg concrete en dus gemakkelijk aan te leren manier van ontspannen. Men kan de pijnlijke spiergroepen overslaan. Bij kwetsbare ouderen kan men 'passieve' ontspanning overwegen, zoals bepaalde ademhalingsoefeningen, autogene training, imaginatie of mindfulness-based technieken. Met uitzondering van

ademhalingsoefeningen vragen deze technieken wel specifieke cognitieve vaardigheden, aangezien ze gebruikmaken van visualisatie en abstractie.

f. 'Tijd-in-bed'-restrictie

Met 'tijd-in-bed'-restrictie (of slaaprestrictie) tracht men de slaap te consolideren en een regelmatig slaap-waakpatroon te bekomen. De methode is vooral succesvol bij ouderen. Zowel de techniek van restrictie (voor een beschrijving van deze methode: zie klinische vraag 2) als slaapcompressie zijn toepasbaar bij ouderen. Bij slaapcompressie wordt de tijd in bed geleidelijk verminderd over een bepaalde periode om de daadwerkelijke slaapduur zo dicht mogelijk te benaderen in plaats van de tijd in bed aan te passen op basis van de berekende slaapefficiëntie. Er wordt nooit minder dan vijf uur tijd in bed voorgeschreven^{33,101}. Bij patiënten met een bipolaire stoornis is 'tijd-in-bed'-restrictie tegenaangewezen omdat ze een manische episode kan uitlokken¹⁰².

g. Cognitieve technieken

Cognitieve technieken hebben als voordeel dat ze gebruikt kunnen worden in geval van fysieke beperkingen; anderzijds zijn ze enkel toepasbaar bij ouderen met voldoende cognitieve capaciteiten. Voorbeelden van voor ouderen geschikte cognitieve technieken zijn het piekerkwartier (vast moment en vaste plaats), piekerstop (zelfinstructiezinnetje 'stop'), autosuggestie en imaginaire training (gedachten afleiden via ontspannende denkbeelden).

Het is voor huisartsen vaak moeilijk om bovenstaande technieken toe te passen bij ouderen in een wzc door beperkingen qua organisatie en tijd. In een wzc met psychologen in dienst kan een niet-medicamenteuze aanpak toegepast worden. In andere gevallen bekijkt de huisarts samen met de CRA hoe het wzc-team kan worden ingeschakeld om individuele bewoners met slaapklachten te ondersteunen. Het wzc zelf kan aan de hand van een checklist de randvoorwaarden voor een niet-medicamenteuze aanpak binnen de wzc-setting in kaart brengen en waar mogelijk bijsturen. Bij ouderen met ernstigere problemen en/of psychiatrische comorbiditeit kan men een beroep doen op de 'outreach' interventies aangeboden door ouderenteams van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Voor de invulling van acties die ondernomen kunnen worden binnen de wzc, verwijzen we naar de proefprojecten die momenteel lopen met steun van de Vlaamse overheid.

Onderbouwing

Anamnese en diagnostiek

De aanbevelingen m.b.t. anamnese en diagnostiek komen uit het overzichtsartikel van Bloom et al.²¹ en werden door de experts en stakeholders bevestigd. Dit artikel werd ook besproken in het laatste opvolgrapport van de vorige Domus Medica-richtlijn⁴.

Medicamenteuze aanpak

a. Benzodiazepines en z-drugs

De aanbeveling over het gebruik van medicatie voor insomnie bij ouderen is conform het laatste opvolgrapport van de vorige Domus Medica-richtlijn⁴ en de Prodigy-richtlijn⁹. Ze wordt onderbouwd door de meta-analyse van Glass uit 2005⁷⁴, met een NNT van 13 (95% BI 6,7 tot 62,9) en een NNH van 6 (95% BI 4,7 tot 7,1), en dus met een negatieve kosten-batenverhouding voor slaapmiddelen bij ouderen. Ze is ook conform het Formularium Ouderenzorg dat het gebruik van slaapmedicatie ontraadt, en conform de adviezen in publicatie nr. 8571 van de Hoge Gezondheidsraad van 2011¹⁰³.

Glass et al.⁷⁴ stellen dat het bescheiden gewenste effect bij ouderen (gemiddelde winst voor de totale slaapduur van 34,2 minuten) kan wijzen op het feit dat sedatieve medicatie, en vooral benzodiazepines, minder effect heeft in deze populatie. De bevinding dat de z-drugs niet verschillen van de benzodiazepines bevestigt de resultaten van eerder onderzoek hieromtrent bij volwassenen.

Ook de systematische review van Montgomery uit 2007¹⁰⁴ (die de systematische review van Glass includeert) komt tot gelijkaardige bevindingen:

- Benzodiazepines zijn werkzamer dan placebo op dag 5 in het verbeteren van de slaapkwaliteit, de totale slaapduur en het aantal keer ontwaken (hoge kwaliteit van bewijs);
- Benzodiazepines zijn niet werkzamer dan z-drugs in het verbeteren van de slaapkwaliteit (matige kwaliteit van bewijs);
- Benzodiazepines en z-drugs lijken gelijkaardige ongewenste effecten te vertonen (lage kwaliteit van bewijs);
- Ouderen die slaapmedicatie nemen, hebben tweemaal meer kans op neveneffecten van de medicatie dan op een positief effect ervan op hun slaapkwaliteit;
- De effecten op lange termijn van benzodiazepines en z-drugs zijn niet bekend.

Bij ouderen stelt zich vooral het probleem van het verhoogde risico op vallen en heupfracturen bij gebruik van benzodiazepines¹⁰⁵ en z-drugs⁶⁹⁻⁷².

Samenvattend kunnen we stellen dat er hoge kwaliteit van bewijs m.b.t. het ontraden van *benzodiazepines* bij ouderen, maar dat er wel een bescheiden effect is op een aantal relevante uitkomstmaten, waaronder slaapkwaliteit. De kwaliteit van bewijs m.b.t. ongewenste effecten is laag. Voor *z-drugs* is de kwaliteit van bewijs van werkzaamheid matig tot laag, en de kwaliteit van bewijs van ongewenste effecten laag tot onvoldoende. Het niet voorschrijven van benzodiazepines of z-drugs bij ouderen heeft meer voordelen dan nadelen. Daarom wordt aan de aanbeveling een GRADE 1C toegekend.

b. Melatonine

Er is onvoldoende onderbouwing voor het gebruik van melatonine als slaapmiddel voor de indicatie van insomnie bij ouderen. De aanbeveling over melatonine sluit aan bij de vorige versie van de Domus Medica-richtlijn⁴ en bij het Formularium Ouderenzorg. Ze strookt niet met het standpunt van de Prodigy-richtlijn⁹ die wel ruimte laat voor het gebruik van melatonine in de aanpak van insomnie bij ouderen (55+) tot maximaal 13 weken. Na analyse van de onderbouwing van Prodigy blijkt dat de aanbevelingen niet aansluiten bij de interpretatie van het als onderbouwing gebruikte wetenschappelijk bewijs. Daarom beslisten de auteurs om een nieuwe literatuurzoektocht te ondernemen. De recente systematische review van Sateia⁵⁵ includeert 10 studies met melatonine 2 mg, waarvan er 3 adequaat zijn voor een meta-analyse. De meta-analyse kon enkel worden uitgevoerd voor de uitkomstmaat 'slaapkwaliteit'. Het effect bleek klein en niet statistisch significant (SMD van +0,21 (95% BI -0,36 tot +0,77)). De kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs is zeer laag door heterogeniteit, imprecisie en risico op publicatiebias. Een meta-analyse van ongewenste effecten was niet mogelijk. Hieruit besluiten de auteurs dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de werkzaamheid van melatonine in deze indicatie, dat er blijvende onduidelijkheid is over mogelijke ongewenste effecten en langetermijneffecten, en bevelen ze melatonine dus niet aan in de behandeling van insomnie bij ouderen. Deze aanbeveling sluit aan bij de Europese richtlijn van Riemann et al⁶⁸.

Niet-medicamenteuze aanpak

In de wetenschappelijke literatuur worden *slaapdagboek* en *patiëntenvoorlichting* steeds gebruikt als aanvulling op andere niet-medicamenteuze technieken. Er is geen bewijs van effect bij ouderen wanneer ze gebruikt worden in monotherapie. Deze interventies hebben meer voordelen dan nadelen, op voorwaarde dat men rekening houdt met de individuele patiënt. Zeker bij ouderen kunnen er misverstanden bestaan over het benodigde aantal uren slaap en de kwaliteit van de slaap. Goede voorlichting kan bij de oudere de bezorgdheid over zijn slaappatroon voor een deel wegnemen.

In de bronrichtlijnen van Domus Medica⁴ en Prodigy⁹ wordt niet expliciet gesproken over het nut van *slaaphygiëne* bij ouderen. Onderzoek over het nut van slaaphygiëne in monotherapie is nagenoeg onbestaande. Volgens 1 kleine RCT vertoonden ouderen die slaaphygiëne als interventie kregen geen betere slaap dan ouderen op de wachtlijst. De kwaliteit van deze RCT kon niet beoordeeld worden omdat de originele publicatie niet beschikbaar is¹⁰⁶. Studies die slaaphygiëne-instructies vergelijken met andere technieken geven tegenstrijdige resultaten: sommige kunnen geen verschil aantonen, andere vinden een slechter resultaat met slaaphygiëne¹⁰⁷⁻¹¹⁰. Probleem is dat deze studies alle ouderen includeren met een diagnose van slapeloosheid die voldeed aan de DSM-criteria. De bevindingen over beperkte werkzaamheid kunnen we dus niet noodzakelijk veralgemenen naar alle ouderen die de huisarts raadplegen met slaapklachten. Patiënteducatie in de vorm van

slaaphygiëne bij ouderen heeft meer voordelen dan nadelen, op voorwaarde dat men rekening houdt met de individuele patiënt.

a. Stimuluscontrole

Als we het wetenschappelijk bewijs uit de twee bronrichtlijnen^{4,9} samenvoegen met gegevens uit recentere studies, kunnen we besluiten dat stimuluscontrole in monotherapie de slaap bij ouderen positief kan beïnvloeden. De RCT's zijn echter klein en/of van lage kwaliteit^{53,111,112}. Het effect is vooral aangetoond op de totale slaapduur (winst van 40 minuten). Over het effect op het functioneren overdag en het behoud van het effect op langere termijn kan men op basis van de beschikbare studies geen uitspraak doen. Informatie over ongewenste effecten ontbreekt. Stimuluscontrole bij ouderen heeft meer voordelen dan nadelen, op voorwaarde dat men rekening houdt met de individuele patiënt.

b. Spanningsverlagende technieken

Er zijn verschillende RCT's over relaxatie bij ouderen, maar ze zijn klein en overwegend van lage kwaliteit^{106,111,113-117}. Diverse vormen van relaxatie werden onderzocht en in de meeste studies kon een bescheiden winst aangetoond worden op de slaap. Informatie over ongewenste effecten ontbreekt. Een studie van goede kwaliteit vond een groot effect van mindfulness-based stressreductie op de slaap en een matig groot effect op het dagelijks functioneren. Interessant aan deze studie is dat ze bij ouderen op hoge leeftijd (>75 jaar) uitgevoerd werd en dat erg weinig patiënten afhaakten¹¹². De resultaten zijn veelbelovend, maar gezien de kleine populatie dienen ze bevestigd te worden in extra onderzoek. Spanningsverlagende technieken bij ouderen hebben meer voordelen dan nadelen, op voorwaarde dat men rekening houdt met de individuele patiënt.

c. 'Tijd-in-bed'-restrictie

De bronrichtlijnen^{4,9} geven geen informatie over 'tijd-in-bed'-restrictie als mogelijke techniek bij ouderen. Overwegend kleine studies over deze techniek in de beschikbare systematische reviews draagt meer wetenschappelijk bewijs aan dat een effect suggereert dan wetenschappelijk bewijs dat dit effect tegenspreekt^{107,114,118}. Informatie over ongewenste effecten ontbreekt. 'Tijd-in-bed'-restrictie bij ouderen heeft meer voordelen dan nadelen, op voorwaarde dat men rekening houdt met de individuele patiënt.

d. Cognitieve technieken

Alle hoger vermelde technieken bevatten in meer of mindere mate cognitieve elementen. De enige gevonden studie die zuiver op de cognitie werkt¹¹⁰, stelt een significant beter effect vast op de slaap (maar niet op de vermoeidheid overdag) met zelfhulp onder de vorm van een wekelijkse voorlichtingsbrochure over cognitieve strategieën en vrijblijvende telefonische ondersteuning, dan met slaaphygiëne onder de vorm van een folder. De winst bleef behouden op langere termijn. De studie was echter van lage kwaliteit en er was sprake van veel uitval, hetgeen vragen doet rijzen

over de haalbaarheid bij ouderen. Zeer weinig ouderen deden een beroep op de telefonische ondersteuning. Mogelijk geeft het face-to-face aanbieden van cognitieve technieken een beter resultaat, maar dit is niet onderzocht.

De aanbeveling van Prodigy⁹ om *fysieke oefeningen* te adviseren, werd niet behouden vanwege onvoldoende bewijs van werkzaamheid en het probleem dat de onderzochte oefeningen niet geschikt zijn voor een groot deel van de ouderen^{119,120}. Beweging kan wel worden aanbevolen in het kader van de slaaphygiëneadviezen (lichamelijke activiteit overdag, geen inspannende activiteiten in de uren voor het slapengaan, lichte beweging in de vooravond mag wel).

De aanbeveling over het inzetten van *cognitieve gedragstherapie voor insomnia* (CBTi) is gebaseerd op recente systematische reviews. Hieruit blijkt dat deze behandeling, wanneer ze gegeven wordt door een hulpverlener met expertise hierin, werkzaam is bij ouderen die hiertoe te motiveren zijn. CBTi heeft een gunstig effect op de inslaapduur, het doorslapen en de slaapefficiëntie, maar niet op de totale slaapduur. Methodologische beperkingen van de RCT's zijn: gebrek aan blindering en beperkte informatie over globale uitkomsten zoals respons en remissie. Of CBTi een effect heeft op het functioneren overdag, is onvoldoende onderzocht. Eén RCT vond een significante afname van de zelfgerapporteerde vermoeidheid en slaperigheid overdag¹²¹. Het effect op lange termijn is onduidelijk vanwege het gebrek aan wetenschappelijk bewijs³⁴. CBTi heeft meer voordelen dan nadelen, op voorwaarde dat men rekening houdt met de individuele patiënt. Hoewel informatie over de ongewenste effecten schaars is, zijn er ook geen aanwijzingen dat deze behandelingsvorm nadelen voor bepaalde patiënten inhoudt.

Het beschikbare wetenschappelijk bewijs laat geen uitspraak toe over de beste strategie (individueel, in groep, face-to-face, online, bibliotherapie of telefonisch). Studies over *zelfhulp* bij ouderen (gemiddelde leeftijd 67 jaar) duiden op een klinisch relevante verbetering in de slaap, maar zijn van lage kwaliteit; daarom dient men voorzichtig te zijn bij het veralgemenen van de resultaten^{110,115}. In een meta-analyse over CBTi met behulp van de computer zijn er geen studies gevonden specifiek bij ouderen. Een praktische beperking van therapie via de computer is dat ze voldoende digitale vaardigheden en toegang tot een computer en internet vereist⁴⁴.

Hoewel CBTi in de meeste studies verstrekt werd door een psycholoog met een achtergrond in de cognitieve gedragstherapie, zijn er ook enkele studies die het effect van deze aanpak bij ouderen onderzoeken wanneer ze gegeven wordt door *andere hulpverleners*. Een kortdurende gedragsmatige aanpak door een verpleegkundige in de huisartspraktijk die bestond uit een combinatie van stimuluscontrole en slaaprestrictie, leidde tot een klinisch relevante verbetering van de slaap (67% patiënten met respons en 55% in remissie vs. resp. 25% en 13% na schriftelijke slaaphygiënetips), een hoge therapietrouw, en geen ongewenste effecten¹²². Volgens een andere RCT had het trainen van niet-medisch geschoolde

zorgverleners in kortdurende CBTi een gunstig effect op de inslaapduur en de slaapefficiëntie¹²³.

De aanbevelingen over de *niet-medicamenteuze aanpak bij ouderen in een wzc* zijn nieuw. Ze zijn gebaseerd op enkele observationele studies in Vlaanderen die aangetoond hebben dat dergelijke aanpak haalbaar en aanvaardbaar is^{124,125}. Deze aanpak heeft meer voordelen dan nadelen, op voorwaarde dat men rekening houdt met de aanwezige randvoorwaarden in het wzc. We zijn hoopvol dat de Vlaamse overheid op basis van bovenstaande gunstige resultaten de bestaande draaiboeken over niet-medicamenteuze aanpak ook in andere wzc's zal uitrollen.

Klinische vraag 7: Wanneer en naar wie kan de huisarts verwijzen?

Aanbeveling

Slaapcentrum

Overweeg een verwijzing naar een slaapcentrum bij (GPP):

- vermoeden van een slaapstoornis zoals obstructieve slaapapneu (OSA), narcolepsie, ...;
- ongewenste ervaringen en/of gedrag tijdens de slaap die een slaapstoornis suggereren zoals bv. slaapwandelen (parasomnieën);
- problemen met de biologische klok/het slaap-waakritme zoals bv. vertraagdeslaapfasesyndroom ('Delayed Sleep Phase Syndrome') (DSPS);
- ernstige vermoeidheid en/of slaperigheid overdag (hypersomnolentie) die mogelijk te wijten is aan een slaapstoornis zoals bv. narcolepsie (al dan niet gepaard met kataplexie);
- twijfel over de oorspronkelijke diagnose, bv. wanneer een eerstelijnsaanpak niet werkt;
- chronische insomnie die onvoldoende reageert op een eerstelijnsaanpak.

Psychiater

Overweeg verwijzing naar een psychiater bij ernstige psychiatrische comorbiditeit (GPP).

Gespecialiseerde psychotherapie

Verwijs de patiënt door voor een gestructureerde multimodale aanpak volgens de principes van cognitieve gedragstherapie (CBTi) indien de niet-medicamenteuze aanpak door de huisarts niet volstaat of de nodige deskundigheid hiervoor ontbreekt, of bij chronische insomnie met ernstige weerslag op het functioneren (GRADE 1B).

Kinesitherapeut

Overweeg een verwijzing naar de kinesitherapeut gespecialiseerd in relaxatieoefeningen indien deze aangewezen zijn, wanneer de deskundigheid om dit zelf toe te passen ontbreekt en zelfhulpmateriaal onvoldoende blijkt (GPP).

Toelichting

Slaapcentrum

Overweeg evaluatie en behandeling in een slaapcentrum als de patiënt symptomen vertoont die kunnen passen bij een slaapaandoening. Het kan gaan om volgende symptomen: ernstige moeheid of slaperigheid overdag (narcolepsie, obstructief slaapapneusyndroom), luid snurken of ademhalingspauzes ('sleep related breathing

disorders'), uitgesproken verschuiving van het dag-nachtritme (slaap-waakstoornis van het circadiaanse ritme) of ongewone gedragingen in de slaap (parasomnieën). Aan de hand van een polysomnografisch (PSG) onderzoek kan men het vermoeden van een slaapaandoening objectiveren.

Slaap-waakstoornissen van het circadiaanse ritme worden gekenmerkt door onvoldoende synchronisatie tussen het endogene circadiaanse ritme en het slaap-waakritme vereist door de fysieke omgeving of het sociale of beroepsmatige rooster van de betrokkene. Hierdoor slaapt men niet op het moment dat slaap gewenst, nodig of verwacht is, maar slaapt men op een ongewenst tijdstip. Zo kan nachtelijke slapeloosheid optreden, maar ook slaperigheid overdag. Voor de meeste circadiaanse slaap-waakritmestoornissen geldt dat eenmaal men slaapt, de slaap meestal ongestoord en over het algemeen van normale duur is. De ontregeling van het slaap-waakritme veroorzaakt excessieve slaperigheid of insomnie, of beide. Bij *vertraagdeslaapfasestoornissen* ('*delayed sleep-wake phase disorder*') is er een patroon van laat inslapen en laat wakker worden met een onvermogen om in te slapen en wakker te worden op een gewenst of sociaal aanvaard vroeger tijdstip. Zodoende kunnen er klachten zijn van slapeloosheid door het niet-tijdig inslapen en/of van niet-tijdig kunnen ontwaken/slaperigheid overdag. Bij *vervroegdeslaapfasestoornissen* ('*advanced sleep-wake phase disorder*') is er een patroon van vroeg inslapen en vroeg wakker worden met een onvermogen om wakker te blijven of door te slapen tot de gewenste of sociaal aanvaarde latere tijdstippen van inslapen en ontwaken. Deze patiënten kunnen klachten hebben van slaperigheid door het vroegtijdig inslapen en/of van slapeloosheid door het vroegtijdig ontwaken.

Ook bij patiënten met chronische insomnie bij wie een behandeling werd opgestart, is het nodig om waakzaam te blijven en alsnog door te verwijzen wanneer de patiënt last blijft hebben van ernstige vermoeidheid of overmatige slaperigheid overdag (zie ook bij de klinische vraag 5). Ook als er twijfel blijft bestaan over de diagnose, is een verwijzing aangewezen.

Veel slaapcentra focussen op slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen. Informeer u als huisarts dus goed vooraleer te kiezen naar wie of waar u het best verwijst. Aangezien accreditering van slaapcentra ontbreekt – met uitzondering van de Riziv-accreditatie onder vorm van de CPAP-conventie – en de Europese beroepstitel van somnoloog in België niet erkend wordt, zijn er op dit moment voor de huisarts in Vlaanderen (België) weinig harde kwaliteitscriteria die mee kunnen bepalen welke patiënt met welke slaapaandoening naar welk slaapcentrum verwezen dient te worden.

Psychiater

Overweeg verwijzing naar een psychiater bij ernstige psychiatrische comorbiditeit, bv. bij aanhoudende insomnie in het kader van een depressieve stoornis, die onvoldoende reageert op een eerstelijnsaanpak.

Psychotherapie

Voor een beschrijving van CBTi: zie klinische vraag 2.

Elke daartoe opgeleide hulpverlener (psycholoog, ...) in de eerste lijn of in een slaapcentrum dat CBTi aanbiedt, kan deze aanpak uitvoeren. Sommige ziekenfondsen bieden groepscursussen aan. Voorts bestaan er ook online programma's zoals via NHS. Hou er bij verwijzing rekening mee dat niet elke psychotherapeut of cognitieve gedragstherapeut gespecialiseerd is in CBTi.

Kinesithérapie

Binnen de opleiding tot kinesitherapeut wordt aandacht besteed aan psychomotore therapeutische technieken waarvan relaxatietherapie er één is. Het verwijzen naar een kinesitherapeut met bijzondere interesse in relaxatietherapie gebeurt op basis van de lokale sociale kaart. Verwijs bij voorkeur naar een kinesitherapeut met ervaring in de aanpak van slaapproblemen, en die affiniteit heeft met psychische en psychiatrische aandoeningen en enige kennis heeft van gedragstherapie.

Onderbouwing

Slaapcentrum/psychiater

De aanbevelingen werden overgenomen uit de Prodigy-richtlijn⁹, die zich baseert op expertopinie uit twee reviews^{14,18}, met enkele aanvullingen van Belgische experts. De richtlijn van het American College of Physicians beveelt aan om patiënten bij wie men slaapapneu vermoedt (zwakke aanbeveling, 'moderate quality evidence') en patiënten met onverklaarbare slaperigheid overdag (zwakke aanbeveling, 'low quality evidence') te verwijzen voor slaaponderzoek¹²⁶.

Uit de resultaten van een RCT blijkt dat een gedragsmatige aanpak ook bij patiënten met slaapapneu de inslaapduur en het wakker worden na het inslapen kan verbeteren. De vermoeidheid overdag verbetert meer wanneer ook de apneu wordt behandeld dan wanneer enkel een gedragsaanpak wordt toegepast¹⁰⁸.

Psychotherapie

CBTi

Deze aanbeveling stond niet in de oorspronkelijke Domus Medica-richtlijn⁴ en wordt evenmin vermeld in de Prodigy-richtlijn⁹. In de oorspronkelijke Domus Medica-richtlijn stond dat de huisarts kan verwijzen voor een algemene slaapklachtgerichte aanpak. De Prodigy-richtlijn verwijst naar 'psychological services', standaard aanbevolen bij insomnie die langer dan 4 weken aanhoudt. Er werd geen onderzoek gevonden over

de getrapte aanpak van insomnie. De studies die CBTi onderzochten, includeerden patiënten die voldeden aan strikte diagnostische criteria. We kunnen er dus van uitgaan dat het om gevallen van hardnekkige insomnie gaat. Insomnie is bij uitstek geschikt voor toepassing van een getrapte aanpak: het is een frequent probleem, terwijl de gezondheidszorgmiddelen schaars zijn en er niet voldoende hulpverleners zijn met expertise in CBTi om alle patiënten te helpen. Insomnie varieert in ernst en complexiteit, gaande van kortdurende symptomen over een persisterende aandoening tot slapeloosheid met comorbiditeit¹²⁷.

De aanbeveling om patiënten te verwijzen voor cognitieve gedragstherapie voor insomnia (CBTi) is gebaseerd op recente systematische reviews en op de recente richtlijnen van Qaseem²⁴ en Riemann²⁵. Uit de reviews blijkt dat deze behandeling, indien ze gegeven wordt door een hulpverlener met expertise in CBTi, werkzaam is bij patiënten die hiertoe te motiveren zijn, ongeacht het format waarin de therapie wordt aangeboden (individueel, groep, zelfhulp). De sessies vonden gewoonlijk wekelijks plaats over een periode van 4 tot 6 weken^{34,128}. Ook bij patiënten met fysieke of psychische comorbiditeit is CBTi werkzaam: er is niet alleen een verbetering in de slaap, maar ook in de fysieke of psychische klachten die ermee gepaard gaan¹²⁹.

CBTi heeft een gunstig effect op de subjectieve inslaapduur, het doorslapen en de slaapefficiëntie, maar niet op de totale slaapduur. Hierbij dient opgemerkt dat bij CBTi vaak slaaprestrictie toegepast wordt, waarbij de tijd die een patiënt in bed mag doorbrengen bepaald wordt op basis van de gemiddelde totale ervaren slaapduur per nacht in de voorbije twee weken. Als gevolg hiervan is de slaapduur niet noodzakelijk toegenomen, maar vertonen patiënten wel een verbetering op andere slaapuitkomsten¹³⁰.

Methodologische beperkingen van de RCT's zijn: gebrek aan blindering en beperkte informatie over globale uitkomsten zoals respons en remissie. Volgens een meta-analyse vertoonde 36% van de patiënten geen insomnie meer op het einde van de behandeling, in vergelijking met 17% van de patiënten die geen behandeling kregen¹²⁹.

Of CBTi een effect heeft op het functioneren overdag is onvoldoende onderzocht. Ook of de verbetering behouden blijft op langere termijn is onduidelijk. De systematische reviews spreken elkaar tegen.

Een systematische review van RCT's die CBTi vergeleken met slaapmedicatie bij insomnie zonder comorbiditeit, vond dat cognitieve gedragstherapie op lange termijn minstens even werkzaam is als z-drugs ('moderate grade evidence') en werkzamer dan benzodiazepines ('low grade evidence'). Benzodiazepines, maar niet z-drugs, zijn werkzamer dan CBTi op korte termijn ('very low grade evidence'). Over ongewenste effecten is geen uitspraak mogelijk wegens te weinig gegevens¹³⁰.

CBTi heeft meer voordelen dan nadelen, op voorwaarde dat men rekening houdt met de individuele patiënt. Hoewel informatie over ongewenste effecten schaars is, zijn er ook geen aanwijzingen dat deze behandelingsvorm ernstige nadelen inhoudt

voor patiënten. In de eerste behandelingsweken kan er wel enige slaapdeprivatie optreden die kan leiden tot een toegenomen slaperigheid overdag¹³⁰. Bij stoornissen die gevoelig kunnen reageren op slaapdeprivatie (paniekaanvallen, epilepsie, maniforme stoornissen) moet men vooraf evalueren of het onderdeel 'slaaprestrictie' wel aangewezen is.

Hoewel CBTi in de meeste studies werd gegeven door een psycholoog met een achtergrond in de cognitieve gedragstherapie, zijn er ook studies die het effect van deze aanpak onderzoeken wanneer ze gegeven wordt door een eerstelijns counselor of getrainde verpleegkundige¹³¹⁻¹³³. De belangrijkste tekortkoming van deze studies is het gebrek aan blindering. Het effect lijkt kleiner dan in studies waarbij de interventie aangeboden wordt door een psycholoog. Positief is wel dat in deze studies ook een effect op het functioneren overdag kan worden aangetoond.

Relaxatietherapie

In de oorspronkelijke Domus Medica-richtlijn⁴ werd *relaxatietherapie* expliciet vermeld als verwijzingsmogelijkheid. De methode vraagt de nodige training en regelmatige oefening. Studies over relaxatie zijn klein en overwegend van lage kwaliteit, met name door gebrek aan blindering. Progressieve relaxatie toont tegenstrijdige resultaten, is niet werkzamer dan placebobehandeling en heeft minder effect dan CBTi^{37,134,135}. Bij andere relaxatievormen (hypnotherapie, autogene training, imaginatietechnieken) kan alleen een verbetering van de inslaaptijd aangetoond worden en dit enkel ten opzichte van een wachtlijst, maar niet ten opzichte van placebobehandeling¹³⁶. Uit het voorgaande besluiten we dat verwijzing voor relaxatietherapie bij ernstigere slaapproblematiek slechts zinvol is als ze deel uitmaakt van een multimodale aanpak.

Mindfulness-based aanpak

Een *mindfulness-based aanpak* die zijn nut bewezen heeft bij andere psychische aandoeningen zoals depressie is ook onderzocht bij patiënten met insomnie. In een meta-analyse vond men een gunstig effect van mindfulness-based therapie op de inslaaptijd, slaapkwaliteit en slaapefficiëntie, (niet op de totale slaapduur) in vergelijking met een controlegroep die geen behandeling kreeg¹³⁷. Er ontbreekt echter placebogecontroleerd onderzoek, en de beschikbare studies hebben kleine patiëntaantallen. Een studie bij kankerpatiënten vergeleek mindfulness-based therapie met CBTi, maar laat voor onze doelgroep van patiënten geen conclusies toe; bovendien tekende men een grote uitval op in de mindfulness-groep¹³⁸. Volgens de resultaten van een kleine studie bij patiënten met insomnie (slapeloosheid) zonder comorbiditeit was mindfulness-based therapie niet minder werkzaam dan eszopiclone¹³⁹. Het wetenschappelijk bewijs is dus vooralsnog beperkt, maar de techniek kan een laagdrempelig alternatief zijn voor patiënten die niet bereid zijn om een cursus cognitieve gedragstherapie te volgen.

Zoals reeds vermeld (*zie inleiding en klinische vraag 2*), is het op basis van de geraadpleegde literatuur onmogelijk om aan te bevelen welke niet-medicamenteuze techniek door welke gezondheidswerker moet gebeuren. Om het

gebruik van deze richtlijn te bevorderen, werd een flowchart ontwikkeld, waarmee elke geïnteresseerde huisarts de aanpak van milde en matige insomnie kan opnemen, inclusief de brede exploratie, de dagboekopdracht, uitgebreide psycho-educatie en het verstrekken van tips rond slaap- en waakhygiëne. Meer ernstige vormen van chronische insomnie verdienen een meer gespecialiseerde aanpak, hetzij via samenwerking tussen huisarts en kinesitherapeut of (eerstelijns)psycholoog, hetzij via verwijzing voor een gespecialiseerde slaapcursus die stoelt op de principes van CBTi.

Kinesithérapie

De aanbeveling m.b.t. kinesithérapie werd als 'good practice point' toegevoegd. In de huidige Belgische context, waarin momenteel slechts een beperkt aantal in CBTi gespecialiseerde psychologen werkzaam zijn, kunnen huisartsen ook verwijzen naar kinesitherapeuten voor een aantal niet-medicamenteuze interventies zoals spanningsverlagende technieken.

Samenvatting van de aanbevelingen

Aandachtspunten diagnostiek

- Peil naar de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt (ICE) (GRADE 1C).
- Bevraag de aard en de duur van de klachten, alsook de impact van de insomnie op het functioneren van de patiënt (GPP).
- Overloop het diagnostisch landschap om een eventuele oorzaak van de insomnie te achterhalen (comorbide insomnie) (GPP).
- Sluit, bij het overlopen van mogelijke oorzaken, eerst volgende diagnoses uit: psychose, hyperthyreoïdie en specifieke slaapstoornissen zoals obstructieve slaapapneu (OSA), narcolepsie, parasomnieën, en vervolgens ook slaapwaakstoornissen van het circadiaanse ritme, het rustelozebenenensyndroom (RLS) en het periodiekebeenbewegingsyndroom (PLMD) (GPP).
- Overweeg om de patiënt gedurende twee weken een slaapdagboek te laten bijhouden (GRADE 2C).

Niet-medicamenteuze interventies

- Kies voor een getrapte aanpak en zet een zinvolle combinatie van niet-medicamenteuze interventies in, waarbij de aard van de problematiek, de voorkeur van de patiënt en je deskundigheid bepalend zijn voor de keuze van de in te zetten methoden (GPP).
- We bevelen hierin als eerste stap het gebruik van een slaapdagboek, het geven van degelijke patiëntenvoorlichting en van slaaphygiëneadviezen aan (GPP).
- Volstaan deze maatregelen niet, dan kan een combinatie van de volgende niet-medicamenteuze interventies worden ingezet: spanningsverlagende technieken, cognitieve technieken, stimuluscontrole, slaaprestrictie en beweging (GRADE 1B). Hiervoor kan desgewenst verwezen worden.

Medicamenteuze behandeling

- Overweeg bij patiënten met een acute presentatie van ernstige insomnie die gepaard gaat met een hoge lijdensdruk een kortdurende behandeling met een slaapmiddel (GRADE 2C).
- Schrijf geen slaapmiddelen voor aan patiënten met acute of chronische insomnie die zich niet in een crisissituatie bevinden en in aanmerking komen voor een multimodale aanpak volgens de principes van cognitieve gedragstherapie (GRADE 1B).
- Bespreek bij de opstart van slaapmedicatie ook onmiddellijk een stopstrategie (GRADE 1C).
- Bied de patiënt terzelfder tijd ook informatie aan over de niet-medicamenteuze aanpak van zijn insomnie en/of onderliggende problematiek (zie ook *Niet-medicamenteuze interventies*) (GPP).

Voorkeurmedicatie: overweeg als slaapmiddel een benzodiazepine met halflange werkingsduur of een z-drug, aan een zo laag mogelijke dosis en voor een zo'n kort mogelijke duur (maximaal één week) (GRADE 2C).

Opvolgbeleid

- Plan een opvolgconsult na 1 week bij patiënten met een acute presentatie van ernstige insomnie bij wie je een slaapmiddel voorgeschreven hebt. Herhaal de reeds gemaakte stopafspraken en pas de aanbevelingen toe m.b.t. de niet-medicamenteuze aanpak (GPP).
- Plan een opvolgconsult na 2 à 3 weken bij patiënten zonder acute presentatie van ernstige insomnie bij wie je geen slaapmiddel voorgeschreven hebt (GPP).
- Volgt de patiënt de aanbevelingen goed op, maar blijft verandering na vijf tot tien weken uit, dan kan een verwijzing ter sprake worden gebracht (GPP).

Aandachtspunten ouderen

Anamnese en diagnostiek

- Neem bij ouderen een volledige systeemanamnese af om onderliggende somatische en/of psychiatrische comorbiditeit uit te sluiten (GPP).
- De diagnose van rusteloze benensyndroom kan gesteld worden aan de hand van een gerichte anamnese. Indien de diagnose bevestigd wordt, en in afwezigheid van onderliggend lijden, behandel de aandoening lege artis (GPP).

Medicamenteuze aanpak

Er is geen plaats voor medicatie in de eerstelijnsaanpak van insomnie bij ouderen (GRADE 1C).

Niet-medicamenteuze aanpak

- De aanbevolen niet-medicamenteuze aanpak van insomnie bij ouderen is grotendeels dezelfde als die bij volwassenen (zie klinische vragen 2, 5 en 7).
- Specifieke aandachtspunten bij ouderen:
 - ✓ Houd bij de keuze van niet-medicamenteuze behandeling rekening met de cognitieve en fysieke capaciteiten van de oudere (GPP);
 - ✓ Bekijk in samenspraak met de CRA bij ouderen in een woonzorgcentrum (wzc) hoe de verpleegkundigen en/of het paramedisch personeel en/of externe hulpverleners kunnen worden ingezet om de niet-medicamenteuze aanpak individueel toe te passen of op niveau van het wzc ('collaborative care') (GRADE 1C).

Verwijzing

De aanbevolen aanpak van insomnie bij ouderen is dezelfde als bij volwassenen (zie Verwijzing).

Verwijzing

Naar een slaapcentrum

Overweeg een verwijzing naar een slaapcentrum bij (GPP):

- vermoeden van een slaapstoornis zoals obstructieve slaapapneu (OSA), narcolepsie, ...;
- ongewenste ervaringen en/of gedrag tijdens de slaap die een slaapstoornis suggereren zoals bv. slaapwandelen (parasomnieën);
- problemen met de biologische klok/het slaap-waakritme zoals bv. vertraagdeslaapfasesyndroom ('Delayed Sleep Phase Syndrome') (DSPS);
- ernstige vermoeidheid en/of slaperigheid overdag (hypersomnolentie) die mogelijk te wijten is aan een slaapstoornis zoals bv. narcolepsie (al dan niet gepaard met kataplexie);
- twijfel over de oorspronkelijke diagnose, bv. wanneer een eerstelijnsaanpak niet werkt;
- chronische insomnie die onvoldoende reageert op een eerstelijnsaanpak.

Naar een psychiater

Overweeg verwijzing naar een psychiater bij ernstige psychiatrische comorbiditeit (GPP).

Naar gespecialiseerde psychotherapie

Verwijs de patiënt door voor een gestructureerde multimodale aanpak volgens de principes van cognitieve gedragstherapie (CBTi) indien de niet-medicamenteuze aanpak door de huisarts niet volstaat of de nodige deskundigheid hiervoor ontbreekt, of bij chronische insomnie met ernstige weerslag op het functioneren (GRADE 1B).

Naar de kinesitherapeut

Overweeg een verwijzing naar de kinesitherapeut gespecialiseerd in relaxatieoefeningen indien deze aangewezen zijn, wanneer de deskundigheid om dit zelf toe te passen ontbreekt en zelfhulpmateriaal onvoldoende blijkt (GPP).

Graden van aanbeveling

In deze tekst wordt de GRADE-classificatie gebruikt (zie tabel). Wanneer de voordelen van een aanbeveling ('recommendation') de nadelen of risico's duidelijk overtreffen, spreken we van een 'sterke' aanbeveling en wordt het cijfer 1 toegekend. Wanneer er daarentegen een (twijfelachtig) evenwicht is tussen voor- en nadelen of risico's van de aanbeveling, spreken we van een 'zwakke' aanbeveling en wordt het cijfer 2 toegekend. Afhankelijk van de kwaliteit van de onderbouwende studies krijgt de aanbeveling ook nog een letter A, B of C.

Aanbevelingen die niet steunen op wetenschappelijke bewijs en dus steunen op consensus worden aangeduid met GPP (Good Practice Point).

Tabel: Graden van aanbeveling, op basis van Van Royen (Van Royen 2008)¹⁴⁰

Graden van aanbeveling		Voordelen versus nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoge graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1B	Sterke aanbeveling, matige graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's met beperkingen of sterke evidentie van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1C	Sterke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	Observationele studies of casestudies	Sterke aanbeveling, maar dit kan nog veranderen als er sterkere evidentie beschikbaar komt
2A	Zwakke aanbeveling, hoge graad van evidentie	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden
2B	Zwakke aanbeveling, matige graad van evidentie	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's met beperkingen of sterke evidentie van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden
2C	Zwakke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	Observationele studies of casestudies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn
GPP	Good Practice Point	In afwezigheid van tastbaar bewijs kan een expertpanel aanleiding geven tot het formuleren van een GPP		Expertadvies

Randvoorwaarden

Als we naar de prevalentie van chronisch gebruik van slaapmiddelen kijken, zeker bij de risicogroep van gebruikers, nl. de (geïnstitutionaliseerde) ouderen, blijft de aanpak van insomnie ondanks alle inspanningen van overheidswege in de voorbije jaren een moeilijk verhaal. Uit onderzoek blijkt dat de opstap van acuut gebruik – bv. *wanneer een acute levensgebeurtenis ernstige insomnie uitlokt* – naar chronisch gebruik een absoluut risicomoment is. Huisartsen tonen empathie ten aanzien van de door de patiënt aangebrachte lijdenslast en die empathie vertaalt zich (soms) in een – bijna onmiddellijk soelaas brengend – voorschrift voor een slaapmiddel. In het kader van een onmiddellijke ‘oplossing’ voor een complex want multicausaal (en vaak hardnekkig) probleem, blijft het aanbieden van een niet-medicamenteuze aanpak voor insomnie door de huisarts en het aanvaarden ervan op korte en langere termijn door de patiënt een uitdaging.

Een nauwere samenwerking met (eerstelijns)psychologen en eventueel met daartoe opgeleide kinesitherapeuten en de noodzakelijke terugbetaling van psychologische hulp, moet de bereikbaarheid van een niet-medicamenteus aanbod zowel voor de huisarts als voor de patiënt vergemakkelijken. Idealiter kan de huisarts, in een getrapte organisatie van geestelijke gezondheidszorg, een beroep doen op een gelabelde e-module voor CBTi. Deze modules bestaan in sommige van onze buurlanden en werden daar binnen een eerstelijnssetting onderzoeksmatig op hun waarde getoetst. Het is wachten op een vertaling ervan naar de Belgische/Vlaamse context. De verwezenlijking van een dergelijke e-module op korte termijn kan een belangrijke en haalbare stap kan betekenen in de optimalisatie van niet-medicamenteuze zorg voor insomnie door huisartsen. Ook kan men verwachten dat elke huisarts binnen de lokale organisatie van geestelijke gezondheidszorg op basis van artikel 107 een beroep kan doen op laagdrempelige groepsinitiatieven rond psycho-educatie bij slaapproblemen, alsook op cursussen ‘*Slaapen kan je (niet) leren*’ waar CBTi op multimodale en gestructureerde wijze wordt aangeboden. Dat kan plaatselijk zijn, bv. in het lokaal dienstencentrum van het OCMW, of in de bredere context van de op te richten eerstelijnszones.

Slaapcentra kunnen, afhankelijk van de prioriteiten en/of de expertise van de artsen die er werkzaam zijn, accenten leggen op de behandeling van bepaalde aandoeningen. Sommige slaapcentra leggen zich vooral toe op de behandeling van nachtelijke respiratoire problematiek, terwijl andere zich eerder bezighouden met het bredere domein van de somnopathologie (insomnie, hypersomnie, parasomnie, circadiane ritmestoornissen, nachtelijke bewegingsstoornissen,...).

Het is voor de huisarts dus nuttig het aanbod van de slaapcentra in de buurt of regio te kennen om binnen de eigen sociale kaart de patiënt, afhankelijk van diens vraagstelling/problematiek, gericht te kunnen verwijzen. Hoewel de expertise in specifieke somnopathologie verschilt tussen slaapcentra, kunnen we tot op heden

geen algemene richtlijnen voor verwijzing geven. België voorziet immers niet in de accreditatie voor slaapcentra, noch in een erkenning van de (sub)specialisatie slaapgeneeskunde/somnologie. Op Europees niveau tracht men hieraan tegemoet te komen door de titel 'somnologist' te erkennen. Bepaalde arts-specialisten kunnen de titel van somnoloog krijgen als bewijs van expertise in het domein van de slaapgeneeskunde mits ze o.a. een brede voorafgaande opleiding in een slaapcentrum kunnen voorleggen en een examen, georganiseerd door de 'European Sleep Research Society' (ESRS), hebben afgelegd. De website van de 'Belgian Association for Sleep Research and Sleep Medicine' (BASS) (www.belsleep.org) lijst onder het item 'Somnology ESRS' de Belgische arts-specialisten op die de Europese titel van somnoloog reeds kregen. De erkenning van slaapgeneeskunde/somnologie als specialiteit in België zou alvast meer duidelijkheid verschaffen naar welk slaapcentrum/specialist de huisarts de patiënt het best kan verwijzen.

Ten slotte is er nood aan een paradigmashift in de perceptie van de zorg voor geestelijk welzijn in het algemeen, en bij ouderen in het bijzonder: de huisarts is niet alleen verantwoordelijk voor de slaapkwaliteit van de hem toegewezen patiënten. Zeker in geïnstitutionaliseerde settings, zoals wzc's, blijkt een breed gedragen en ondersteund (van poetsvrouw tot directie) slaapvriendelijk beleid een absolute voorwaarde voor een rationeel gebruik van slaap- en kalmeermiddelen. Meer samenwerking met andere hiertoe opgeleide en bekwame eerstelijns hulpverleners en het sensibiliseren van patiënten en hun familie dat de oplossing voor een slaapprobleem in de eerste plaats niet in een pil ligt, moet bijdragen aan het slagen van de promotie van een juiste niet-medicamenteuze aanpak van insomnie.

Toetselementen

De volgende elementen kunnen gebruikt worden om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd:

- aantal patiënten met insomnie dat slaapmiddelen voorgeschreven kreeg;
- duur van de voorgeschreven behandeling met slaapmiddelen (of hoeveel doosjes per jaar per patiënt);
- aantal patiënten met insomnie dat verwezen werd voor niet-medicamenteuze aanpak.
- ...

Researchagenda

- Wat is de voorspellende waarde van de vragen van Wilson in de diagnostiek van een slaapstoornis?
- Wat is het effect van therapie op levenskwaliteit, dagelijkse functioneren in plaats van alleen op slaapwinst?
- ...

Totstandkoming

Auteurs

De auteurs van deze herziening van de richtlijn uit 2005, met opvolgrapporten in 2006, 2007 en 2011, zijn:

- Jan Callens, psycholoog in Wevelgem en in het Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie Sint-Jozef in Pittem,
- Hanne Cloetens, huisarts in Brugge, en voorzitter van de Commissie Richtlijnen van Domus Medica,
- Tom Declercq, huisarts in Merelbeke, en praktijkassistent verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent,
- Hilde Habraken, wetenschappelijk medewerkster bij FARMAKA/BCFI,
- Ann Van Gastel, psychiater, Dienst Psychiatrie/Slaapcentrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), Antwerpen; Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen (UA).

Experts

De tekst werd half november 2017 voorgelegd aan volgende experts en stakeholders:

- Dr. Bruno Ariëns, huisarts,
- mevr. Aisha Cortoos, psycholoog,
- dr. Ilse De Volder, neuroloog,
- mevr. Jela Illegems, psycholoog,
- dhr. Olivier Mairesse, psycholoog,
- dr. An Mariman, psychiater,
- dhr. Philippe Moenens, kinesitherapeut,
- dr. Alain Volckaert, internist,
- dr. Joke Pauwelyn, huisarts,
- dr. Hans van den Ameele, psychiater.

Op 20 december 2017 werd de tekst mondeling besproken in aanwezigheid van:

- de auteurs,
- dr. Bruno Ariëns, huisarts,
- mevr. Aisha Cortoos, psycholoog,
- dr. An Mariman, psychiater,
- dr. Alain Volckaert, internist,
- dr. Joke Pauwelyn, huisarts,
- dr. Hans van den Ameele, psychiater.

Belangenvermenging

De auteursgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen. Deze richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van de financierende instantie, het Riziv, of van de organiserende instantie, de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn.

De auteurs en experts vulden bij aanvang van de herziening een gedetailleerde belangenverklaring in. Deze kunnen ter inzage worden opgevraagd bij de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn.

Methodologie

Dit document is een herziening van de richtlijn uit 2005 (met opvolgrapporten in 2006, 2007 en 2011). De gehanteerde methodologie wordt hier summier samengevat. Meer informatie is beschikbaar via de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn.

Deze richtlijn werd ontwikkeld volgens het stramien dat in 2007 werd vastgelegd in samenspraak met de FOD Volksgezondheid, SSMG, Domus Medica en CEBAM. Er werd meer bepaald gebruikgemaakt van de ADAPTE-methode, zoals die ook werd uitgeschreven in het handboek 'Herziening richtlijnen eerste lijn'. Adaptatie omvat een aantal specifieke stappen: het zoeken naar richtlijnen en het beoordelen van de kwaliteit ervan, nagaan of de inhoud (aanbevelingen) overeenstemt met de gestelde klinische vragen, beoordelen van de methodologische en klinische consistentie tussen de wetenschappelijke onderbouwing en de aanbevelingen, evalueren van de aanvaardbaarheid en toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische zorgsetting, en ten slotte het selectief adapteren van de relevante aanbevelingen. Andere stappen (formuleren van de klinische vragen, het updaten van de literatuur, het toetsen bij experts en gebruikers) verliepen conform de ontwikkeling van de-novo-richtlijnen.

Klinische vragen en geselecteerde richtlijnen

De auteursgroep stelde 8 klinische vragen op. Deze klinische vragen werden na feedback van Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn herwerkt tot de finale set van 7.

Aan de hand van de zoektermen 'insomn*' en 'sleep disorder*' werd op 23/02/2016 gezocht naar reeds bestaande richtlijnen in de volgende databanken: de richtlijnendatabank van het Guidelines International Network (G-I-N; www.g-in.net) en de TRIP-database.

Twee auteurs maakten onafhankelijk van elkaar een selectie van de gevonden richtlijnen op basis van titel en de vooraf vastgestelde exclusiecriteria (i.e. doelgroep kinderen, specifieke slaapaandoeningen, richtlijn verschenen voor het laatste updaterrapport van de Domus Medica-richtlijn of nog in ontwikkeling). Er werden twee richtlijnen geselecteerd (de NHG-Standaard en de Prodigy-richtlijn); hun methodologische kwaliteit werd beoordeeld met het AGREE II-instrument. De Prodigy-richtlijn Insomnia had een betere AGREE-score en werd behouden voor adaptatie.

Ook de originele Domus Medica-richtlijn (op de websites van zowel Domus Medica als Ebpracticenet) en de bijbehorende updatereporten werden meegenomen in het adaptatieproces.

Voor de farmacotherapeutische aspecten werden de publicaties van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) geraadpleegd.

Adaptatie en verdere onderbouwing van de richtlijntekst

Voor elke klinische vraag werden de aanbevelingen uit de vorige versie van de Domus Medica-richtlijn (inclusief de opvolgrapporten) en uit de Prodigy-richtlijn in een matrix opgelijst. Naast de aanbevelingen vermeldt de matrix per klinische vraag het opgegeven niveau van bewijskracht. Niet alle richtlijnontwikkelaars gebruiken hetzelfde systeem om de bewijskracht te bepalen. In deze tekst gebruiken we het GRADE-systeem zoals beschreven in het handboek 'Herziening richtlijnen eerste lijn' van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn, om het niveau van bewijskracht en de sterkte van de aanbeveling aan te geven.

Voor elke aanbeveling werd de 'courantheid' nagegaan. Tijdens deze stap controleerden de auteurs de 'versheidsdatum' van de onderbouwing van de aanbeveling. Er gebeurde aanvullend literatuuronderzoek naar wetenschappelijke publicaties verschenen na de zoekperiode vermeld in de bronrichtlijnen.

Er werd *in eerste instantie* gezocht naar systematische reviews in de databank van de Cochrane Library en Medline. Ook de Transparantiefiche 'Aanpak van slapeloosheid' van het BCFI met bijbehorende jaarlijkse updates werd geraadpleegd. Voor meer informatie over de gehanteerde zoekstrategie bij de Transparantiefiches zie www.bcfi.be. Bleek de aanbeveling up-to-date, dan kon ze behouden worden; de onderbouwing werd dan aangevuld met de wetenschappelijke publicaties uit de aanvullende zoektocht. Bleek de aanbeveling verouderd, dan ondernamen de auteurs een aanvullende zoektocht zodat een nieuwe aangepaste aanbeveling kon worden geformuleerd.

Leverde deze eerste stap onvoldoende materiaal op om de klinische vragen eenduidig te beantwoorden, dan werd gezocht in Pubmed en TRIP. De gebruikte zoektermen werden voor elke klinische vraag afzonderlijk vastgelegd. *Meer details over de zoekstrings zijn verkrijgbaar bij de auteurs.*

Vervolgens werden de aanbevelingen beoordeeld op hun 'samenhang'. Dat gebeurde in drie stappen:

- controle van de gevolgde zoekstrategie en van de focus van de klinische vraag,
- beoordeling van de samenhang of consistentie tussen de geselecteerde literatuur ter onderbouwing en de manier waarop auteurs die hebben samengevat en geïnterpreteerd,
- beoordeling van de samenhang of consistentie tussen de interpretatie van de onderbouwende literatuur en de geformuleerde aanbeveling.

Specifieke informatie over deze stappen is te vinden in het handboek 'Herziening richtlijnen eerste lijn', of op te vragen via de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn.

Tot slot werden de kernaanbevelingen ook beoordeeld op hun 'toepasbaarheid' in de Belgische zorgcontext. Er werd vooral nagegaan of de doelgroep en patiëntengroep van de richtlijn overeenkwam, of er tegemoet werd gekomen aan de verwachtingen en voorkeuren van patiënten, of de richtlijn toepasbaar is in de Belgische praktijk (organisatie van de praktijk, terugbetaling, ondersteuning) en of er culturele factoren zijn die de implementatie van de aanbevelingen kunnen bemoeilijken.

Consensusprocedure

Over een aantal aanbevelingen bestaat er momenteel weinig wetenschappelijk bewijs. Daarom werden alle aanbevelingen met het label 'GPP' of 'good practice point' tijdens een stakeholdersmeeting aan de stakeholders voorgelegd. Over bijna alle discussiepunten werd consensus bereikt. Over het gebruik van antidepressiva als medicamenteuze behandeling werd de beslissing uitgesteld tot de onderbouwing van de Europese richtlijn kon worden nagetrokken.

Validatie

De tekst werd voor validatie voorgelegd aan het Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine (CEBAM). Op basis van hun opmerkingen werd de tekst een laatste keer herwerkt en vervolgens afgewerkt. De richtlijn werd definitief gevalideerd in juni 2018.

Herziening en financiering

Een herziening van de richtlijn is gepland via de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) binnen 5 jaar, hetzij vroeger als nieuwe informatie een vroegere herziening verantwoordt.

Vertaling en redactie

Eindredactie en vertaling van deze richtlijn werden verzorgd door te: ma vertaling en eindredactie VOF (www.temavertalingen.be).

Bijlagen

Slaapdagboek Kempenhaeghe

uit: Verbeek I, van de Laar M, Verbeter je slaap, werkboek voor de cliënt.
Protocollen voor de GGZ. Houten: Bohn Stafleu van Lochum, 2015:12-3.

 Kempenhaeghe

SLAAPDAGBOEK

DAG 1 Datum: ____ Tijd naar bed: ____ Tijd uit bed: ____

20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

DAG 2 Datum: ____ Tijd naar bed: ____ Tijd uit bed: ____

20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

DAG 3 Datum: ____ Tijd naar bed: ____ Tijd uit bed: ____

20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

DAG 4 Datum: ____ Tijd naar bed: ____ Tijd uit bed: ____

20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

DAG 5 Datum: ____ Tijd naar bed: ____ Tijd uit bed: ____

20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

DAG 6 Datum: ____ Tijd naar bed: ____ Tijd uit bed: ____

20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

DAG 7 Datum: ____ Tijd naar bed: ____ Tijd uit bed: ____

20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

© Kempenhaeghe

Informatie over het slaapdagboek

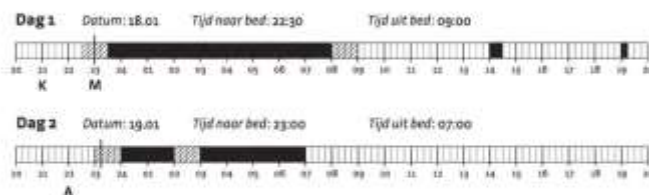
Het slaapdagboek (uit: *Slapeloosheid*, Verbeek & Klip, 2013; © Kempenhaeghe) maakt duidelijk hoe u zelf uw slaap-waakpatroon ervaart. Het weekschema in het slaapdagboek loopt van dag 1 tot en met dag 7. De hele uren zijn aangegeven met een verticale streep en onderverdeeld in vier hokjes van elk een kwartier (zie figuur 3). De balk loopt van 's avonds 20.00 uur tot de volgende dag 20.00 uur. Belangrijk is dat u het slaapdagboek pas 's ochtends invult. Kijk 's nachts niet op de wekker; het gaat om een schatting!

Het slaapdagboek vult u als volgt in.

- De tijd die u slapend in bed hebt doorgebracht, kleurt u geheel in.
- De tijd die u in bed hebt doorgebracht zonder te slapen, geeft u aan door die hokjes te arceren (schuine streepjes).
- Het tijdstip waarop u het licht uitdeed, geeft u aan met een verticale streep.
- Als u vijftien minuten of korter hebt geslapen, kleurt u één hokje in.
- Als u vijftien minuten of korter wakker in bed hebt gelegen, arceert u eveneens één hokje.
- De tijden waarop u naar bed ging, in slaap viel, wakker werd en in bed lag, of bleef liggen, rondt u af op kwartieren.
- U begint met het invullen op de aangegeven dag.
- Bijzonderheden zoals medicatie, koffie of alcohol kunt u in het slaapdagboek aangeven met respectievelijk M, K en A.
- Op de achterkant hebt u ruimte om per dag een toelichting te geven. Bijvoorbeeld welk slaapmiddel u gebruikt of wat de slaap verstoorde (waar u wakker van werd of waar u aan dacht als u wakker was).

Ter verduidelijking een voorbeeld van dag 1 en dag 2 uit een slaapdagboek (figuur 3). Op dag 1 (18 januari) hebt u om 21.00 uur koffie gedronken en bent u om 22.30 uur naar bed gegaan. Om 23.00 uur hebt u het licht uitgedaan, na inname van een slaapmiddel, waarna u vervolgens voor uw gevoel om 23.30 uur in slaap bent gevallen. Op dag 2 (19 januari) werd u om 08.00 uur wakker, maar u bent nog een uurtje blijven liggen en om 09.00 uur opgestaan. Van 14.00 tot 14.30 uur bent u in slaap gevallen. Hetzelfde gebeurde om 19.00 uur. Deze laatste keer duurde de slaap echter maar tien minuten. 's Avonds hebt u om 22.00 uur een glas alcohol gedronken en bent u om 23.00 uur naar bed gegaan. Het licht deed u uit om 23.15 uur. U hebt 45 minuten wakker gelegen en om middernacht bent u voor uw gevoel in slaap gevallen. Om 02.00 uur werd u wakker en tot 03.00 uur hebt u wakker gelegen. Daarna bent u weer ingeslapen tot 07.00 uur, waarna u meteen bent opgestaan.

Figuur 3
Slaapdagboek



Het ingevulde slaapdagboek bespreekt u met uw behandelaar zodat deze u adviezen kan geven die van toepassing zijn op uw specifieke situatie.

5G-schema

5 G's

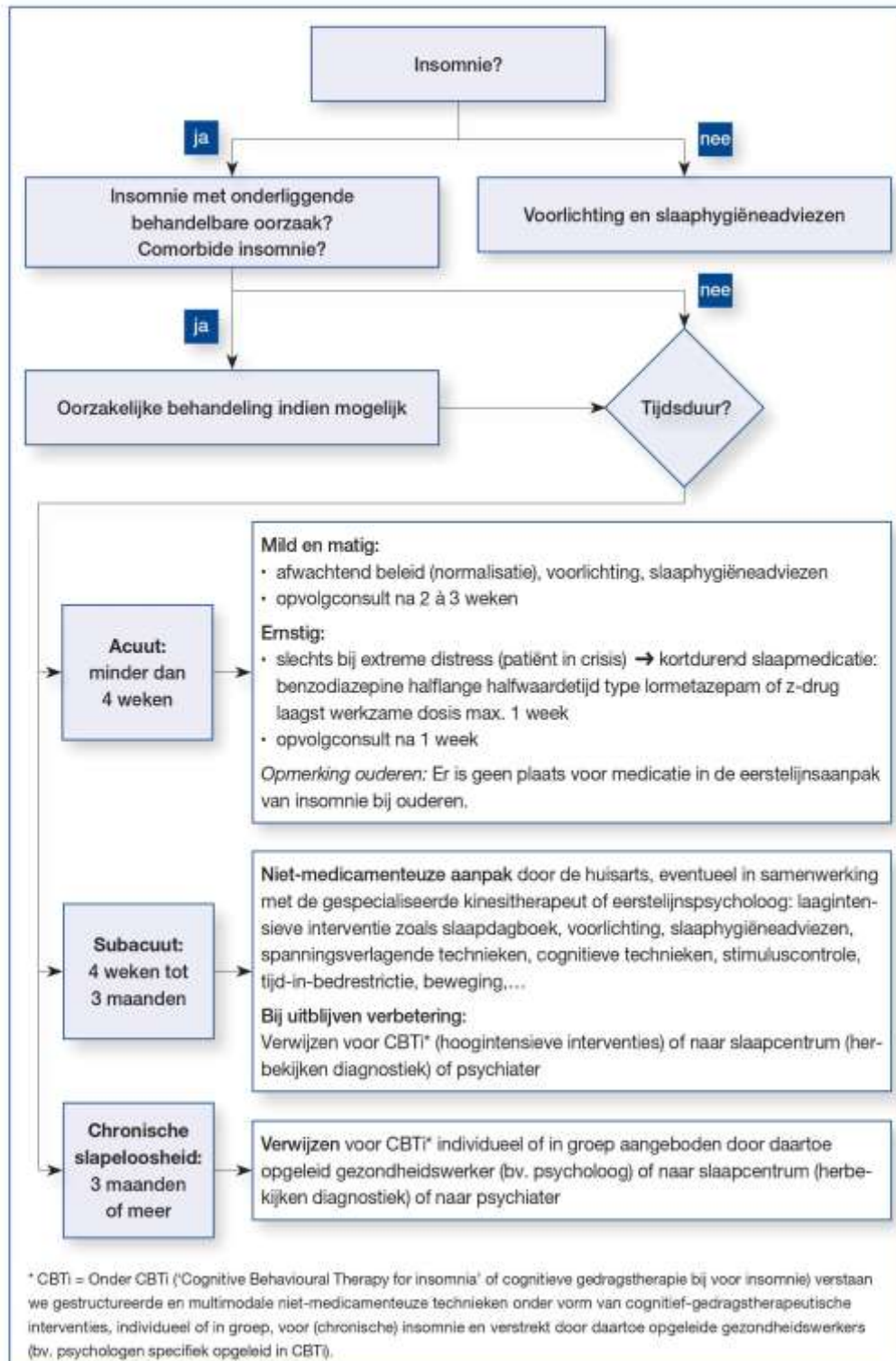
	Wie? Wat? Waar?				
Dag en datum	 gebeurtenis	 gedachte	 gevoelens	 gedrag	 gevolg

Projectgroep Benzodiazepines - UGent

Flowchart

STEEKKAART

FLOWCHART: GETRAPTE AANPAK VAN INSOMNIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK



Referenties

1. Knuistingh Neven A, Lucassen P, Bonsema K, et al. NHG-standaard slaapproblemen en slaappmiddelen. Utrecht: NHG, 2014.
2. Freeman D, Sheaves B, Goodwin GM, et al. The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4(10):749-58.
3. Belgische gezondheidsenquête van 2013. Brussel: WIV, 2013. https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/WB_NL_2013.pdf (laatst geraadpleegd op 1/12/2017)
4. Declercq T, Habraken H, Michels, J, et al. Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. *Huisarts Nu* 2005;34(7):346-71.
5. van Keimpema ARJ, de Groen JHM. Diagnostiek en behandeling van het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS) (bij volwassenen). Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO), 2001:90-108.
6. Verbraecken J, Hamburger H, Van Kasteel V, Van Steenwijk R. Leerboek slaap en slaapproblemen. Leuven: Acco uitgeverij, 2013.
7. Hengeveld M. Beknopt overzicht van de criteria DSM-5. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2014.
8. Wilson S, Nutt D, Alford C, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol* 2010;24(11):1577-601.
9. Insomnia. Prodigy Knowledge, 2015.
10. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Get al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract* 2009;59(558):29-36.
11. Siriwardena A, Apekey T, Tilling M, et al. General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. *J Eval Clin Pract* 2010;16(4):731-7.
12. Sutton E. Insomnia. *Med Clin North Am* 2014;98(3):565-81.
13. NIH State-of-the-Science Conference Statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *NIH Consens State Sci Statements* 2005;22(2):1-30.
14. Falloon K, Arroll B, Elley B, Fernando A. The assessment and management of insomnia in primary care. *BMJ* 2011;342:d2899.
15. Morin C, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet* 2012;379(9821):1129-41.
16. Winkelman JW. Clinical practice. Insomnia Disorder. *N Engl J Med* 2015;373(15):1437-44.
17. Bliwise D, Nekich J, Dement W. Relative validity of self-reported snoring as a symptom of sleep apnea in a sleep clinic population. *Chest* 1999;99(3):600-8.
18. Buysse D. Insomnia. *JAMA* 2013;309(7):706-16.
19. Natale V, Leger D, Bayon V, et al. The consensus sleep diary: quantitative criteria for primary insomnia diagnosis. *Psychosom Med* 2015;77(4):413-8.

20. Carney C, Buysse D, Ancoli-Israel S, et al. The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep* 2012;35(2):287-302.
21. Bloom H, Ahmed I, Alessi C, et al. Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(5):761-89.
22. Koranyi N, Meinhard M, Bublak P, et al. Automatic affective responses towards the bed in patients with primary insomnia: evidence for a negativity bias. *J Sleep Res* 2018;27:215-9.
23. Morin C, Hauri P, Espie C. Nonpharmacologic treatment for chronic insomnia. *Sleep* 1999;22:1134-56.
24. Qaseem A, Kansagara D, Forciea M, et al. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2016;165(2).
25. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017;26(6):675-700.
26. Baillargeon L, Demers M, Ladouceur R. Stimulus-control: nonpharmacologic treatment for insomnia. *Can Fam Physician* 1998;44:73-9.
27. Carney C, Posner D. Cognitive behavior therapy for insomnia in those with depression : a guide for clinicians. New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016.
28. Schocket S, Bertelson A, Lacks P. Is sleep hygiene a sufficient treatment for sleep-maintenance insomnia? *Behavior Therapy* 1988;19:183-90.
29. Taylor D, Schmidt-Nowara W, Jessop C, Ahearn J. Sleep restriction therapy and hypnotic withdrawal versus sleep hygiene education in hypnotic using patients with insomnia. *J Clin Sleep Med* 2010;6(2):169-75.
30. Fichten C, Creti L, Amsel R, et al. Poor sleepers who do not complain of insomnia: myths and realities about psychological and lifestyle characteristics of older good and poor sleepers. *Journal of Behavioral Medicine* 1995;18:189-223.
31. Beullens J. Een middagslaapje tast de slaapkwaliteit van oudere mensen niet aan. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1995;26:104-8.
32. Judice P, Magalhaes J, Santos D, et al. A moderate dose of caffeine ingestion does not change energy expenditure but decreases sleep time in physically active males: a double-blind randomized controlled trial. *Appl Physiol Nutr Metab* 2013;38(1):49-56.
33. Bootzin R, Epstein D. Understanding and treating insomnia. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:435-58.
34. Brasure M, Fuchs E, MacDonald R, et al. Psychological and Behavioral Interventions for Managing Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2016;165(2):113-24.
35. Cunningham D, Junge M. Chronic insomnia: diagnosis and non-pharmacological management. *BMJ* 2016;355:i5819.
36. Jansson-Frojmark M, Lind M, Sunnhed R. Don't worry, be constructive: a randomized controlled feasibility study comparing behaviour therapy singly and

- combined with constructive worry for insomnia. *Br J Clin Psychol* 2012;51(2):142-57.
37. Edinger J, Wohlgemuth W, Radtke R, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285(14):1856-64.
 38. Harvey AG, Bélanger L, Talbot L, et al. Comparative efficacy of behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavior therapy for chronic insomnia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2014;82(4):670-83.
 39. O'Kearney R, Pech M. General and sleep-specific worry in insomnia. *Sleep and Biological Rhythms* 2014;12(3):212-5.
 40. Falloon K, Elley C, Fernando A, et al. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2015;65(637):e508-15.
 41. Fernando A, Arroll B, Falloon K. A double-blind randomised controlled study of a brief intervention of bedtime restriction for adult patients with primary insomnia. *J Prim Health Care* 2013;5(1):5-10.
 42. Rubio-Arias J, Marin-Cascales E, Ramos-Campo D, et al. Effect of exercise on sleep quality and insomnia in middle-aged women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Maturitas* 2017;100:49-56.
 43. Arnedt JT, Cuddihy L, Swanson LM, et al. Randomized controlled trial of telephone-delivered cognitive behavioral therapy for chronic insomnia. *Sleep* 2013;36:353-62.
 44. Cheng S, Dizon J. Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2012;81(4):206-16.
 45. Horsch C, Lancee J, Beun R, et al. Adherence to technology-mediated insomnia treatment: a meta-analysis, interviews, and focus groups. *J Med Internet Res* 2015;17:e214.
 46. Espie C, Kyle S, Williams C, et al. A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep* 2012;35(6):769-81.
 47. Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S. A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: a randomized controlled comparative study. *Scand J Psychol* 2011;52:580-5.
 48. Jernelov S, Lekander M, Blom K, et al. Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance for co-morbid and primary insomnia--a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012;12: 5.
 49. van Straten A, Cuijpers P. Self-help therapy for insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2009;13:61-71.
 50. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med* 2007;22(9):1335-50.
 51. Holbrook A, Crowther R, Lotter A, et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 2000;162(2):225-33.

52. Nowell P, Mazumdar S, Buysse D, et al. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA* 1997;278(24):2170-7.
53. Brasure M, MacDonald R, Fuchs E. Management of insomnia disorder. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 Dec. Report No.: 15(16)-EHC027-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.
54. Huedo-Medina T, Kirsch I, Middlemass J, et al. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ* 2012;345:e8343.
55. Sateia M, Buysse D, Krystal A, et al. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* 2017;13(2):307-49.
56. Krystal A, Erman M, Zammit G, et al. Long-term efficacy and safety of zolpidem extended-release 12.5 mg, administered 3 to 7 nights per week for 24 weeks, in patients with chronic primary insomnia: a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicenter study. *Sleep* 2008 31(1):79-90.
57. Randall S, Roehrs T, Roth T. Efficacy of eight months of nightly zolpidem: a prospective placebo-controlled study. *Sleep* 2012;35(11):1551-7.
58. Liira J, Verbeek J, Costa G, et al. Pharmacological interventions for sleepiness and sleep disturbances caused by shift work. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(8):CD009776.
59. Hauri P. Can we mix behavioral therapy with hypnotics when treating insomniacs? *Sleep* 1997;20:1111-8.
60. Morin C, Colecchi C, Stone J, et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999;281(11):991-9.
61. Wu R, Bao J, Zhang C, et al. Comparison of sleep condition and sleep-related psychological activity after cognitive-behavior and pharmacological therapy for chronic insomnia. *Psychother Psychosom* 2006;75(4):220-8.
62. Morin C, Vallières A, Guay B. Cognitive-behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301:2005-15.
63. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, et al. First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician* 2007;53(7):1200-1.
64. Sirdifield C, Chipchase S, Owen S, Siriwardena A. A Systematic Review and Meta-Synthesis of Patients' Experiences and Perceptions of Seeking and Using Benzodiazepines and Z-Drugs: Towards Safer Prescribing. *Patient* 2017;10(1):1-15.
65. Dundar Y, Dodd S, Strobl J, et al. Comparative efficacy of newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol* 2004;19(5):305-22.
66. Leipzig R, Cumming R, Tinetti M. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(1):40-50.

67. Cumming R, Le Couteur D. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. *CNS Drugs* 2003;17(11):825-37.
68. Takkouche B, Montes-Martinez A, Gill S, Etminan M. Psychotropic medications and the risk of fracture: a meta-analysis. *Drug Saf* 2007;30(2):171-84.
69. Voelker R. Zolpidem increases patients' fall risk, study shows. *JAMA* 2012;308(23):2447.
70. Berry S, Lee Y, Cai S, Dore D. Nonbenzodiazepine sleep medication use and hip fractures in nursing home residents. *JAMA Intern Med* 2013;173(9):754-61.
71. Kolla B, Lovely J, Mansukhani M, Morgenthaler T. Zolpidem is independently associated with increased risk of inpatient falls. *J Hosp Med* 2013;8(1):1-6.
72. van Strien A, Koek H, van Marum R, Emmelot-Vonk M. Psychotropic medications, including short acting benzodiazepines, strongly increase the frequency of falls in elderly. *Maturitas* 2013 74(4):357-62.
73. Dassanayake T, Michie P, Carter G, Jones A. Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. *Drug Saf* 2011;34(2):125-56.
74. Glass J, Lanctot K, Herrmann N, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331(7526):1169.
75. Billioti de Gage S, Begaud B, Bazin F, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ* 2012;345:e6231.
76. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* 2014;349:g5205.
77. Kmietowicz Z. Benzodiazepines may be linked to Alzheimer's disease, study finds. *BMJ* 2014;349:g5555.
78. Jaffe K, Boustani M. Benzodiazepines and risk of Alzheimer's disease. *BMJ* 2014;349:g5312.
79. Rosenberg P. Benzodiazepine exposure increases risk of Alzheimer's disease. *Evid Based Med* 2015;20(2):75.
80. Gray S, Dublin S, Yu O, et al. Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *BMJ* 2016;352:i90.
81. Anonymous. Zolpidem: continued reporting of abnormal sleep-related events and amnesia. *Australian Prescriber* 2012;35:99.
82. Bateson A. Basic pharmacologic mechanisms involved in benzodiazepine tolerance and withdrawal. *Curr Pharm Des* 2002;8(1):5-21.
83. Petrovic M, Mariman A, Warie H, et al. Is there a rationale for prescription of benzodiazepines in the elderly? Review of the literature. *Acta Clin Belg* 2003;58(1):27-36.
84. Aronson JK. Meyler's side effects of drugs: the international encyclopedia of adverse drug reactions and interactions. Amsterdam: Elsevier, 2006.
85. Voshaar R, van Balkom A, Zitman F. Zolpidem is not superior to temazepam with respect to rebound insomnia: a controlled study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004;14(4):301-6.
86. Riemann D, Baum E, Cohrs S, et al. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. *Somnologie* 2017;21(1):2-44.

87. Budur K, Rodriguez C, Foldvary-Schaefer N. Advances in treating insomnia. *Cleve Clin J Med* 2007;74(4):251-252, 255-258, 261-252 *passim*.
88. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med* 2008;4(5):487-504.
89. Mendelson W. A review of the evidence for the efficacy and safety of trazodone in insomnia. *J Clin Psychiatry* 2005;66:469-76.
90. Generali J, Cada D. Trazodone: Insomnia (Adults). *Hosp Pharm* 2015;50(5):367-9.
91. Brett J. Concerns about quetiapine. *Aust Prescr* 2015;38(3):95-7.
92. Ray WA, Chung CP, Murray KT, et al. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med* 2009;360(3):225-35.
93. Stevinson C, Ernst E. Valerian for insomnia: a systematic review of randomized clinical trials. *Sleep Med* 2000;1(2):91-99.
94. Stratégies. Plainte d'insomnie. Une place pour la phytothérapie traditionnelle. *Rev Prescrire* 2005;25:110-4.
95. Sarris J, Byrne GJ. A systematic review of insomnia and complementary medicine. *Sleep Med Rev* 2011;15(2):99-106.
96. Salter S, Brownie S. Treating primary insomnia - the efficacy of valerian and hops. *Aust Fam Physician* 2010;39(6):433-7.
97. Fernández-San-Martín MI, Masa-Font R, Palacios-Soler L, et al. Effectiveness of Valerian on insomnia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Med* 2010;11(6):505-11.
98. Taibi DM, Landis CA, Petry H, Vitiello MV. A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective. *Sleep Med Rev* 2007;11(3):209-30.
99. Bent S, Padula A, Moore D, et al. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med* 2006;119(12):1005-12.
100. Cooper KL, Relton C. Homeopathy for insomnia: summary of additional RCT published since systematic review. *Sleep Med Rev* 2010;14(6):411.
101. Riedel B, Lichstein K, Dwyer W. Sleep compression and sleep education for older insomniacs: self-help versus therapist guidance. *Psychol Aging* 1995;10(1):54-63.
102. Brief behavioural therapy: insomnia in adults. The Royal Australian College of General Practitioners, 2014.
103. De impact van psychofarmaka op de gezondheid met bijzondere aandacht voor ouderen. Publicatie nr. 8571. Brussel: Hoge Gezondheidsraad, 2011.
104. Montgomery P, Lilly J. Insomnia in the elderly. *BMJ Clin Evid* 2007.
105. Belgisch Centrum voor Pharmacotherapeutische Informatie. Geneesmiddelen en risico van vallen. *Folia Pharmacotherapeutica* 2003;30:78.
106. Engle-Friedman M, Bootzin R, Hazlewood L, Tsao C. An evaluation of behavioral treatments for insomnia in the older adult. *J Clin Psychol* 1992;48(1):77-90.
107. Friedman L, Benson K, Noda A. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000;13:17-27.

108. Guilleminault C, Palombini L, Poyares D, Chowdhuri S. Chronic insomnia, premenopausal women and sleep disordered breathing: part 2. Comparison of nondrug treatment trials in normal breathing and UARS post menopausal women complaining of chronic insomnia. *J Psychosom Res* 2002;53(1):617-23.
109. De Vanna, M, Rubiera M, Onor M, Aguglia E. Role of lormetazepam in the treatment of insomnia in the elderly. *Clin Drug Investig* 2007;27(5):325-32.
110. Morgan K, Gregory P, Tomeny M, et al. Self-help treatment for insomnia symptoms associated with chronic conditions in older adults: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(10):1803-10.
111. Pallesen S, Nordhus I, Kvale G, et al. Behavioral treatment of insomnia in older adults: an open clinical trial comparing two interventions. *Behav Res Ther* 2003;41(1):31-48.
112. McCurry S, Logsdon R, Teri L, Vitiello V. Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychol Aging* 2007;22(1):18-27.
113. Morin C, Azrin N. Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1989;56(5):748-53.
114. Lichstein K, Riedel B, Wilson N, et al. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001(69):227-39.
115. Rybarczyk B, Lopez M, Benson R, et al. Efficacy of two behavioral treatment programs for comorbid geriatric insomnia. *Psychol Aging* 2002;17(2):288-98.
116. Sun J, Kang J, Wang P, Zeng H. Self-relaxation training can improve sleep quality and cognitive functions in the older: a one-year randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2013;22(9-10):1270-80.
117. Zhang J, Liu X, Xie X, et al. Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: a randomized, controlled, single-blind clinical trial. *Explore (NY)* 2015;11(3):180-5.
118. Epstein D, Sidani S, Bootzin R, Belyea M. Dismantling multicomponent behavioral treatment for insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *Sleep* 2012;35(6):797-805.
119. Montgomery P, Dennis J. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(4):CD003404.
120. Yang P, Ho K, Chen H, Chien H. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 2012;58:157-63.
121. Lovato N, Lack L, Wright H, Kennaway D. Evaluation of a brief treatment program of cognitive behavior therapy for insomnia in older adults. *Sleep* 2014;37(1):117-126.
122. Buysse D, Germain A, Moul D, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med* 2011;171(10):887-95.
123. McCrae C, McGovern R, Lukefahr R, Stripling A. Research Evaluating Brief Behavioral Sleep Treatments for Rural Elderly (RESTORE): a preliminary examination of effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15(11):979-82.
124. Habraken H, De Craene S, Pas L, et al. Niet-medicamenteuze aanpak van slapeloosheid in woonzorgcentra. Een pilootproject. *Huisarts Nu* 2013;42:281-5.

125. Azermi M, Wauters M, et al. A quality improvement initiative on the use of psychotropic drugs in nursing homes in Flanders. *Acta Clin Belg* 2017;72(3):163-71.
126. Qaseem A, Dallas P, Owens D, et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2014;161(3):210-20.
127. Espie C. Stepped care: a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep* 2009;32(12):1549-58.
128. Trauer J, Qian M, Doyle J, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2015;163(3):191-204.
129. Wu J, Appleman E, Salazar R, Ong J. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Comorbid With Psychiatric and Medical Conditions: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015; 175(9):1461-72.
130. Mitchell G, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Family Practice* 2012;13:40.
131. Espie C, Inglis S, Tessier S, Harvey H. 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(1):45-60.
132. Morgan K, Dixon S, Mathers N, et al. Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use. *Health Technol Assess* 2004;8:1-68.
133. Espie C, MacMahon K, Kelly H, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep* 2007;30(5):574-84.
134. Means M, Lichstein K, Epperson M, Johnson C. Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. *Behav Res Ther* 2000;38(7):665-78.
135. Norell-Clarke A, Jansson-Frojmark M, Tillfors M, et al. Group cognitive behavioural therapy for insomnia: Effects on sleep and depressive symptomatology in a sample with comorbidity. *Behav Res Ther* 2015;74:80-93.
136. Lam T, Chung K, Yeung W, et al. Hypnotherapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med* 2015;23(5):719-32.
137. Gong H, Ni C, Liu Y, et al. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res* 2016;89:1-6.
138. Garland S, Carlson L, Stephens A, et al. Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: a randomized, partially blinded, noninferiority trial. *J Clin Oncol* 2014;32(5):449-57.
139. Gross C, Kreitzer M, Reilly-Spong M, et al. Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. *Explore (NY)* 2001;7(2):76-87.

140. Van Royen P. GRADE: Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu 2008;37(9):505-9.
141. Verbeek I, van de Laar M, Verbeter je slaap, werkboek voor de cliënt. Protocollen voor de GGZ. Houten: Bohn Stafleu van Lochem, 2015:12-3.