

Multimodale aanpak van slaapklachten en insomnie

Partiële update van de WOREL richtlijn

Ellen Excelmans – klinisch psycholoog en
gedragstherapeut



Worel

Wergroep
Ontwikkeling
Richtlijnen
Eerste Lijn

Groupe de travail
Développement de
Guides de pratique
de Première ligne

Working group
Development of
Primary Care
Guidelines

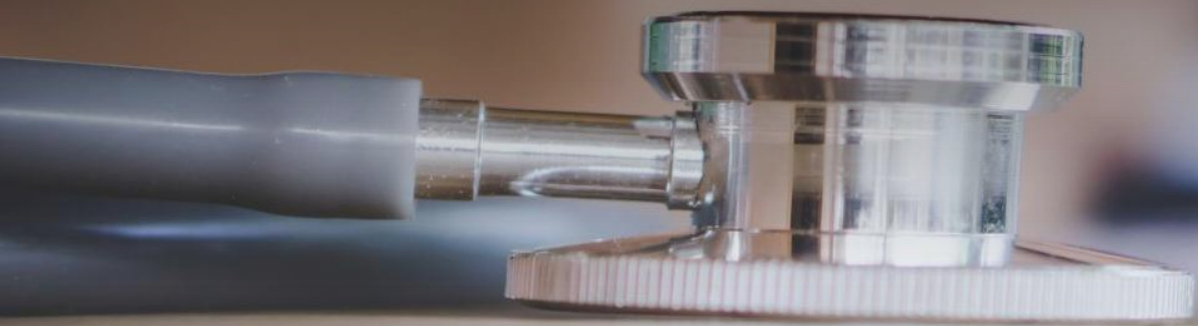
Impact van slaapproblemen

- Verminderde alertheid
- Cognitieve problemen
- Moeheid
- Endocriene en metabole effecten
- Bijdrage aan obesitas epidemie
- Immuniteit en inflammatoire effecten
- Cardiovasculaire effecten
- Verhoogde mortaliteit

Waarom een update?

- Bestaande richtlijn 2018
- Van een medicamenteuse quick fix naar een multimodale aanpak
- Doel (partiële) update:
 - Stimuleren van rationeel voorschrijfgedrag van slaapmiddelen
 - Laagdrempelige niet-medicamenteuze alternatieven actief bevorderen.

Diagnostiek



HA als centrale figuur

- Klinisch interview:
 - ICE (ideeën, bezorgdheden, verwachtingen)
 - Aard van de slaapklachten
 - Huidig slaap-waakschema
 - Middelengebruik + medische en psychiatrische voorgeschiedenis
- Aanvullende tools:
 - Slaapdagboek
 - Gevalideerde vragenlijsten (PSQ, ISI, ESS en STOP-BANG)
- Take home message: een grondige anamnese voorkomt gemiste diagnoses en ineffectieve behandelingen

Slaapdagboek week: _____

SK = slaapkwaliteit (0-10)

U = Uitgerust gevoel (0-10)

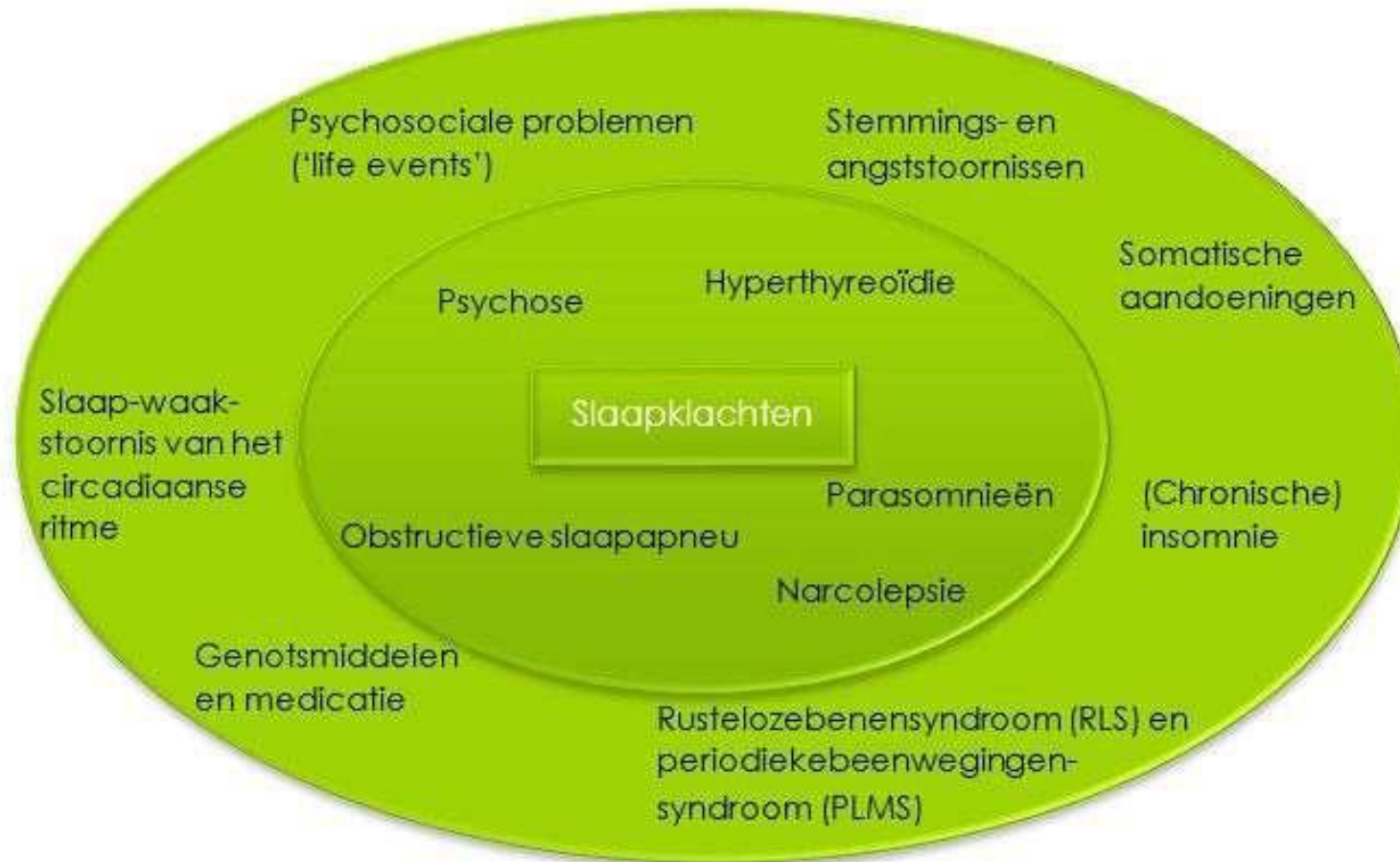
																									SK	U																								
Maandag	Tijd in bed:.....																								Tijd uit bed:.....																									
	20u	21u	22u	23u	24u	1u	2u	3u	4u	5u	6u	7u	8u	9u	10u	11u	12u	13u	14u	15u	16u	17u	18u	19u	20u																									
Dinsdag	Tijd in bed:.....																								Tijd uit bed:.....																									
	20u	21u	22u	23u	24u	1u	2u	3u	4u	5u	6u	7u	8u	9u	10u	11u	12u	13u	14u	15u	16u	17u	18u	19u	20u																									
woensdag	Tijd in bed:.....																								Tijd uit bed:.....																									
	20u	21u	22u	23u	24u	1u	2u	3u	4u	5u	6u	7u	8u	9u	10u	11u	12u	13u	14u	15u	16u	17u	18u	19u	20u																									
Donderdag	Tijd in bed:.....																								Tijd uit bed:.....																									
	20u	21u	22u	23u	24u	1u	2u	3u	4u	5u	6u	7u	8u	9u	10u	11u	12u	13u	14u	15u	16u	17u	18u	19u	20u																									
Vrijdag	Tijd in bed:.....																								Tijd uit bed:.....																									
	20u	21u	22u	23u	24u	1u	2u	3u	4u	5u	6u	7u	8u	9u	10u	11u	12u	13u	14u	15u	16u	17u	18u	19u	20u																									
Zaterdag	Tijd in bed:.....																								Tijd uit bed:.....																									
	20u	21u	22u	23u	24u	1u	2u	3u	4u	5u	6u	7u	8u	9u	10u	11u	12u	13u	14u	15u	16u	17u	18u	19u	20u																									
Zondag	Tijd in bed:.....																								Tijd uit bed:.....																									
	20u	21u	22u	23u	24u	1u	2u	3u	4u	5u	6u	7u	8u	9u	10u	11u	12u	13u	14u	15u	16u	17u	18u	19u	20u																									
Zondag	Tijd in bed:.....																								Tijd uit bed:.....																									
	20u	21u	22u	23u	24u	1u	2u	3u	4u	5u	6u	7u	8u	9u	10u	11u	12u	13u	14u	15u	16u	17u	18u	19u	20u																									

BRAINWISE



Sleep & Performance

Aanbeveling:
Sluit specifieke slaapstoornissen zo goed mogelijk uit
voordat je een behandelplan opstelt



A photograph of a set of dark, wide concrete stairs. The stairs are viewed from a low angle, looking up. The text 'Trapsgewijze aanpak' is overlaid in white, sans-serif font across the middle of the stairs. The background is a plain, light-colored wall.

Trapsgewijze aanpak

Aanbeveling:

Hanteer een getrapte en patiëntgerichte aanpak

- Stap 1: laag-intensieve interventies
 - Patiëntenvoorlichting over normale slaap
 - Slaaphygiëne adviezen
- Stap 2: midden-intensieve interventies
 - Slaapstabilisatie
 - Spanningsverlagende technieken (decompressie-uur) en bewegingsadvies
- Stap 3: hoog-intensieve interventies: Cognitieve GedragsTherapie voor Insomnie (CGT-i)

Slaap- en waaktips voor elke dag

Tips in de avond



Eet niet teveel voor het slapen gaan maar ga niet met trek naar bed.



Rook niet voor het slapen gaan en in de nacht.



Neem eventueel ter ontspanning een bad in de loop van de avond.



Stop 30 minuten voor het slapen gaan met kijken naar beeldschermen.

RELAX
Ontspan voor het slapen gaan. Bouw de dag af en dim de lichten.



Gebruik alcohol niet als slaapmiddel.



Vermijd sporten een uur voor het slapen gaan.



Overdenk de dag aan het begin van de avond zodat je niet piekert in bed.



Vermijd cafeïne na 18.00 uur. Denk hierbij ook aan ijsthee of chocolade(melk).

POWERNAP

Wilt u een dutje doen? Een powernap duurt maximaal 30 minuten. Liefst voor 15.00 uur.

Beweeg bij voorkeur minimaal 30 minuten per dag en het liefst buiten.

PAUZE

Neem elk dagdeel een pauze.

Tips tijdens de dag

Tips in bed

ONTSPAN
Lig je wakker in bed? Pieker niet. Sta op en ontspan.



Ga pas naar bed als u slaap heeft.



Zorg voor warme handen en voeten.



Zorg voor een goede slaapomgeving: een fijn bed, in een rustige donkere kamer en een aangename slaapt temperatuur.

Houd regelmatige bedtijden aan.



Zet een wekker maar draai deze om zodat u de tijd niet ziet.



Ontbijt in de ochtend.



Zorg voor voldoende (dag)licht direct na het opstaan.



Cognitieve gedragstherapie voor insomnie

- Individueel of in groep
- Componenten:
 - Psycho-educatie
 - Cognitieve technieken: uitdagen van slaapinterferende gedachten
 - Gedragmatige technieken: tijd-in-bed restrictie en stimuluscontrole
 - Stressbeheersing
 - Terugvalpreventie



<https://vvkp.be/verwijslijst-slaap>

A collection of various pills and capsules scattered on a light blue surface. In the background, there is a pink pill organizer with several compartments, some of which are open and contain pills. The pills come in various shapes, sizes, and colors, including blue and white capsules, yellow and black capsules, red tablets, and a green capsule with a textured surface. The text "Medicamenteuze aanpak" is overlaid in the center of the image.

Medicamenteuze aanpak

Aanbeveling:
Wees zeer
terughoudend met
medicatie. Geef
prioriteit aan een
multimodale
aanpak.

- Overweeg een slaapmiddel enkel bij acute, ernstige insomnie met hoge lijdensdruk.
- Belangrijk bij opstart:
 - Schrijf de **laagst mogelijke dosis** voor en voor korte periode.
 - Bespreek meteen een **stopstrategie**.
 - Herhaal de niet-medicamenteuze adviezen.
- Slaapmiddelen met elk voor- en nadelen: benzo (halflange werkingsduur), Z-drugs, daridorexant, trazodone, melatonine.
- Take-home message: Medicatie is een tijdelijke oplossing, geen definitieve.

Te vermijden medicatie (sterke aanbeveling tegen)

- **Antipsychotica:** Ernstige ongewenste effecten. Geen bewijs voor effectiviteit bij insomnie.
- **Gabapentinoïden:** Onvoldoende bewijs en potentieel ernstige bijwerkingen.
- **Sederende antihistaminica:** Anticholinerge bijwerkingen en rebound-insomnie.
- **Cannabis en cannabinoïden:** Onbewezen voordelen en risico op ongewenste effecten.

Specifieke aandacht bij ouderen (+65j)

- **Terughoudendheid is cruciaal!** Het risico op ongewenste effecten (vallen, cognitieve stoornissen) is veel groter.
- **Melatonine:** Overweeg melatonine als kortdurende behandeling voor inslaapproblemen, met name bij ouderen.
- **Multidisciplinaire aanpak:** Betrek mantelzorgers en verpleegkundigen, vooral in woonzorgcentra.

Opvolging en multidisciplinaire samenwerking

- Opvolging is de sleutel tot succes
 - Plan een opvolgconsultatie in:
 - Na 1 week bij medicatiegebruik, om direct een afbouw te starten.
 - Na 2-3 weken bij een niet-medicamenteuze aanpak, om de voortgang te evalueren.
 - Bespreek verwijzing als na 5-10 weken de verbetering uitblijft, of bij diagnostische twijfel.
 - Nazorg: Evalueer na het behandeltraject de duurzaamheid van de slaapwinst.
- De kracht van samenwerking:
 - Een multimodale aanpak is een teamprestatie.
 - Verwijs door naar psychologen (CGT-i), apothekers (medicatiebeheer en afbouw), kinesitherapeuten (beweging en ontspanning), etc.
 - Take-home message: Goede informatieoverdracht en continuïteit van zorg zijn de pijlers van een effectieve en veilige aanpak.

Afbouwen van Benzodiazepines

- Langdurig gebruik leidt tot afhankelijkheid, tolerantie en een verhoogd risico op bijwerkingen.
- Afbouwplan op maat:
 - Laag tempo: Stapsgewijze dosisvermindering over een langere periode (weken tot maanden).
 - Vaste momenten: Bespreek de afbouw op vaste opvolgconsultaties.
 - Betrek de patiënt:
 - De patiënt moet akkoord gaan met de afbouw (!)
 - Combineer de afbouw met niet-medicamenteuze adviezen.
 - Waarschuw de patiënt voor ontwenningssverschijnselen zoals rebound-insomnie of angst.

Redenen voor doorverwijzing

- Wanneer doorverwijzen? Als huisarts heb je de taak om specifieke slaapstoornissen tijdig te herkennen en door te verwijzen naar een specialist in een multidisciplinair slaapcentrum.
- Lijdensdruk: Doorverwijzing is aangewezen bij een hoge lijdensdruk of wanneer het dagelijks functioneren van de patiënt ernstig wordt verstoord.
- Diagnostische twijfel: Overweeg doorverwijzing bij de volgende alarmsymptomen:
 - Verdenking op slaapapneu: Obesitas, snurken, adempauzes, onuitgerust wakker worden.
 - Restless Legs Syndrome (RLS): Kriebels of onrust in de benen die 's avonds optreden en tot beweging aanzetten.
 - Periodieke beenbewegingen tijdens de slaap (PLMS): Onvrijwillige beenbewegingen, vaak zonder dat de patiënt het merkt.
 - Narcolepsie: Overmatige slaperigheid overdag, kataplexie (spierverslapping bij emoties), hallucinaties, slaapverlamming.
 - Parasomnieën: Complex slaapgedrag zoals slaapwandelen of nachtangst.
- Falen van behandeling: Indien na 5-10 weken behandeling persisterend lijden door insomnie.



Worel

Werkgroep
Ontwikkeling
Richtlijnen
Eerste Lijn

Groupe de travail
Développement de
Guides de pratique
de Première ligne

Working group
Development of
Primary Care
Guidelines

Vragen & Discussie

Contactinformatie

dr. Katrien Van Thienen

katrien.van.thienen@worel.be