

Handleiding bouwstenen zorgpaden basis ggz



7. Zorgpad Slaapproblemen

Slaapproblemen

—	Inleiding	93
1.	Afbakening	93
2.	Diagnose stellen	94
2.1	Anamnese	94
2.2	Vervolganamnese slapeloosheid langer dan drie weken	94
2.3	Vervolganamnese bij chronisch slaapmiddelengebruik	95
2.4	Vervolganamnese bij ernstige slaperigheid overdag en bij vermoede specifieke slaapproblemen	95
2.5	Diagnosestelling en behandelindicaties	96
3.	Behandelen	91
3.1	Kortdurende slapeloosheid (korter dan drie weken)	91
3.2	Langer durende slapeloosheid (langer drie weken)	91
3.3	Chronisch slaapmiddelengebruik	91
3.4	Specifieke slaapproblemen	91
4.	Behandelonderdelen	92
4.1	Voorlichting/educatie	92
4.2	Slaapadviezen	92
4.3	Behandeling achterliggende oorzaken	92
4.4	Negatieve conditionering	92
4.5	Spierontspanningsoefeningen	93
4.6	Slaapcursus/cognitieve gedragstherapie	93
4.7	Minimale interventiestrategie	94
4.8	Farmacotherapie	94
5.	Zorgpad	95
6.	Bijlage	96

Inleiding

Slapeloosheid is verreweg de meest voorkomende klacht bij slaapproblemen (> 90%). Een derde van de volwassenen heeft problemen met slaap. Tussen de 10% en 15% van hen raadpleegt een arts. Slaapklachten komen vaker voor bij ouderen, de helft van de patiënten met slaapklachten is ouder dan 65 jaar. 20% van hen gebruikt slaapmedicatie. Slaapklachten komen tweemaal vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Waarom dat zo is, is niet duidelijk. Het gebruik van benzodiazepines is groot. Per praktijk zijn er circa 75 langdurige 'benzogebruikers', terwijl zo'n 40% van de benzodiazepines wordt gebruikt als slaapmedicatie. Huisartsen schrijven het merendeel van de benzodiazepines voor. Slaapproblemen komen dus veel voor in de huisartsenpraktijk.

Slapeloosheid wordt gekenmerkt door slaapttekort en slecht slapen, zoals vaak wakker worden of onrustig dromen. Slapeloosheid gaat gepaard met functioneringsklachten overdag: moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie. Naarmate slaperigheid overdag meer een probleem is, is de kans groter dat er een specifieke slaapstoornis is.

1. Afbakening

Het zorgpad Slaapstoornissen is gericht op volwassenen van achttien jaar en ouder en specifiek gericht op de behandeling van slapeloosheid. De behandeling van slapeloosheid is goed mogelijk in de eerste lijn. Ook hier gebruiken we de stepped care methode; licht waar het kan, zwaar als het moet. Er zijn voor dit profiel bij slaapstoornissen vier verschillende diagnoses mogelijk: kortdurende slapeloosheid (minder dan drie weken), langer durende slapeloosheid, chronisch gebruik van slaapmiddelen en specifieke slaapstoornissen.

De poh-ggz geeft in veel gevallen de behandeling in overleg met de huisarts. Wanneer er sprake is van ernstige vormen van langer durende slapeloosheid (vaak door gebruik van alcohol of drugs) is verwijzing naar eerstelijnspsycholoog of verslavingsconsulent aangewezen. Cognitieve gedragstherapie is een effectieve interventie bij langer durende slapeloosheid. Deze bestaat ook in de vorm van een groepscursus. Er zijn gespecialiseerde instituten voor de behandeling van slaapproblemen.

Als er problemen met het slapen zijn, zullen de meeste patiënten daar zelf mee komen. Vroeg herkennen van klachten op dit gebied is daarom meestal niet nodig.

2. Diagnose stellen

De NHG standaard onderscheidt kortdurende en langer durende slapeloosheid. Deze indeling is van belang bij verdere diagnostiek en behandeling. De grens tussen kortdurend en langer durend ligt op drie weken.

De huisarts en poh-ggz zijn in staat slaapproblemen te inventariseren. De huisarts, vaak in overleg met poh-ggz of eerstelijnspsycholoog, is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose. De diagnostiek bestaat uit:

- anamnese met als doel vaststellen van de duur en ernst van de slaapklasten;
- vervolganamnese bij klachten langer dan drie weken of bij patiënten die niet zelf een oorzaak kunnen aangeven met als doel beïnvloedende factoren en/of oorzaken vast te stellen;
- vervolganamnese bij chronisch slaapmiddelengebruik;
- vervolganamnese met als doel het uitsluiten van specifieke slaapstoornissen;
- diagnosestelling en indicatiestelling voor behandelbeleid.

2.1 Anamnese

Vragen naar:

- duur en frequentie van de klachten;
- mate van gevolgen voor dagelijks functioneren;
- wat patiënt al zelf heeft geprobeerd;
- verwachtingen van mogelijke oplossingen voor de slapeloosheid.

Wanneer er geen effecten van het slaapttekort overdag zijn, is er in strikte zin geen sprake van een slaapprobleem. Er wordt dan een herdefiniëring van het probleem aangeboden.

2.2 Vervolganamnese slapeloosheid langer dan drie weken

Vervolganamnese is nodig bij klachten langer dan drie weken of bij patiënten die niet zelf een oorzaak kunnen aangeven met de bedoeling beïnvloedende factoren en/of oorzaken vast te stellen.

De vervolganamnese bestaat uit een **systematische analyse**, waarbij wordt gevraagd naar:

- Slaapgewoontes:
verschil tussen vroeger en nu, bijvoorbeeld een onregelmatige leefwijze met sterk wisselende slaaptijden, actieve avondbesteding (belemmerend: computer, televisie; bevorderend: muziek, wandeling); aanwezigheid slaapproblematiek in familie.
- Opvattingen over de slapeloosheid en omgaan met de klachten:
angst om te gaan slapen, vermijdingsgedrag, reacties uit de omgeving. Probeer vermijdingsgedrag te achterhalen met vragen als: ziet u er tegenop om naar bed te gaan? Valt u overdag wel gemakkelijk in slaap? Wanneer gaat u naar bed? Wanneer valt u dan in slaap?

- Psychosociale problematiek:
moeite met inslapen als gevolg van piekeren of zich niet kunnen ontspannen. Bij acute emotionele problemen, bijvoorbeeld na een sterfgeval, vindt de patiënt meestal binnen enkele weken een nieuw evenwicht. Bij ernstige psychische decompensatie kan de slapeloosheid langer duren met een grotere kans op chronisch slaapmiddelengebruik.
- Psychiatrische stoornissen:
vooral depressie (zie zorgpad Depressie).
- Lichamelijke klachten:
pijn, jeuk, dorst, pyrosis, hoest, nycturie, dyspnoe, neusverstopping, nachtzweet en hartkloppingen, of chronische somatische aandoeningen die de slaap kunnen verstoren, zoals angina pectoris, hartfalen, perifere arterieel vaatlijden, astma, COPD, prostaathypertrofie, gastro-oesofageale reflux en artrose. Bij ouderen spelen deze factoren vaak een rol.
- Verstoring van het dag-/nachtritme:
jetlag, ploegendienst, ziekenhuisopname, onregelmatige leefwijze en overdag slapen; veel licht in de slaapkamer, herrie buiten, snurkende partner.
- Intoxicaties en bijwerkingen van genots- en geneesmiddelen:
 - alcohol. Denk aan verstoring van de slaapstructuur, na twee uur wakker worden met hartritme stoornissen, te vroeg ontwaken;
 - coffeïne, nicotine en (soft)drugs. Stimulering van het centraal zenuwstelsel, belemmering van het inslapen;
 - psychofarmaca (paradoxe reacties bij hypnotica);
 - bètablokkers (nachtmerries);
 - NSAID's en statines (slapeloosheid).

2.3 Vervolganamnese bij chronisch slaapmiddelengebruik

Bij chronisch slaapmiddelengebruik (gebruik langer dan drie maanden en waarbij medicatievrije periode minder dan twee weken duren) daarnaast doorvragen naar:

- vrees voor onttrekkingsverschijnselen bij stoppen (lichamelijke en/of psychische afhankelijkheid);
- motivatie om te stoppen.

2.4 Vervolganamnese bij ernstige slaperigheid overdag en bij vermoede specifieke slaapstoornissen

Bij ernstige slaperigheid overdag en wanneer de huisarts specifieke slaapstoornissen vermoedt, zoals Restless Legs (RLS), Periodic Movement Legs Disorder (PMLD) of slaapapneu, dient een vervolganamnese door de huisarts volgens de NHG standaard te worden uitgevoerd. Hier wordt in de context van deze uitgave niet verder op ingegaan.

2.5 Diagnosestelling en behandelindicaties

Op grond van de bevindingen bepaalt de huisarts, vaak in overleg met de poh-ggz, de diagnose en behandelbeleid. Er zijn de volgende diagnoses mogelijk.

- Kortdurende slapeloosheid (klachten langer dan 3 weken):
vervolgstap behandeling poh-ggz of huisarts.
- Langer durende slapeloosheid (klachten langer dan 3 weken):
vervolgstap behandeling poh-ggz in overleg met huisarts; bij ernstige klachten of (vermoeden van) intoxicaties eerstelijnspsycholoog of verslavingszorg.
- Chronisch slaapmiddelengebruik (gebruik langer dan 3 maanden, medicatie vrij korter dan 2 weken): vervolgstap behandeling poh-ggz of bij ernstige klachten eerstelijnspsycholoog.
- Specifieke slaapstoornissen. Vervolgstap behandeling huisarts/specialist.



3. Behandelen

Afhankelijk van de duur en ernst van de slapeloosheid worden behandelinterventies ingezet volgens het stepped care principe. Bij onvoldoende respons wordt een meer intensieve behandeling geadviseerd.

3.1 Kortdurende slapeloosheid (korter dan 3 weken)

- voorlichting / educatie / patiëntenbrief;
- slaapadviezen;
- behandeling van achterliggende oorzaken volgens diagnose;
- gebruik hypnotica (zeer beperkt, kortwerkend, geen herhaalrecepten).

3.2 Langer durende slapeloosheid (langer dan 3 weken)

- voorlichting / educatie / patiëntenbrief;
- slaapadviezen;
- aandacht besteden aan negatieve conditionering;
- behandeling van achterliggende oorzaken volgens diagnose;
- gebruik hypnotica (zeer beperkt, kortwerkend, geen herhaalrecepten);
- spierontspanningsoefeningen door fysiotherapeut/yogatherapeut/eerstelijnspsycholoog bij verhoogd arousal niveau;
- gedragstherapeutische technieken (slaapcursus) of cognitieve gedragstherapie;
- mindfulness. Er zijn enige aanwijzingen dat het praktiseren van mindfulness leidt tot verbeterde slaap en dat bij deelnemers van een mindfulnessstraining een vermindering is waar te nemen van slaapverstorende processen, zoals piekeren.

3.3 Chronisch slaapmiddelengebruik

- minimale interventiestrategie (zie NHG standaard Slaapstoornissen);
- NHG patiëntenbrief Stoppen met slaapmiddelen;
- medicatie afbouwen volgens NHG standaard.

3.4 Specifieke slaapstoornissen

- behandeling volgens de NHG standaard of verwijzen naar specialist.



4. Behandelinterventies

Hieronder staan de behandelinterventies kort omschreven voor behandeling van de 'gewone' slaapproblemen. Voor de behandeling van de specifieke slaapproblemen wordt verwezen naar de NHG standaard. Voor de medicamenteuze behandeling wordt volstaan met de belangrijkste aanbevelingen voor wat betreft het gebruik van benzodiazepine. Voor een uitgebreide toelichting op de medicamenteuze behandeling zie de NHG standaard.

4.1 Voorlichting/educatie

Besteed aandacht aan de attitude van de patiënt ten opzichte van de slaap. Daarnaast wordt informatie over slaapcyclus, slaapfasen, slaapfysiologie, biologische klok, relatie met leeftijd gegeven. De voorlichting kan herhaald worden in een vervolgconsult. Tevens kan de patiëntenbrief van NHG worden uitgereikt.

4.2 Slaapadviezen

Advies over gezondheidsbevorderend gedrag, zoals beweging, voeding of gebruik van nicotine, alcohol of coffeïne, slaapritme en dutjes overdag.

4.3 Behandeling achterliggende oorzaken

De behandeling is gericht op het wegnemen van de oorzaak van het slechte slapen én op het voorkomen van de negatieve conditionering. Bij psychosociale problemen is er voorlichting over dat het normaal is dat de slaap onder deze omstandigheden verstoord is en wordt advies gegeven over het slaapedrag. Bij lichamelijke klachten is gerichte behandeling van de klachten aangewezen, ondersteunt met slaapadviezen. Bij verstoring van dag- en nachtritme is voorlichting over normale slaap aangewezen met nadruk op biologische klok.

De poh-ggz is goed in staat de behandeling te geven, in overleg met de huisarts. Wanneer dit niet het gewenste resultaat heeft is verwijzing naar eerstelijnspsycholoog of gespecialiseerde zorg aangewezen. Bij ernstige sociale problemen (huiselijk geweld, schulden) is verwijzing naar algemeen maatschappelijk werk aangewezen.

4.4 Negatieve conditionering

Door een leerproces ontwikkelt de patiënt de overtuiging niet meer te kunnen slapen en wordt slapen geassocieerd met iets onaangenaams. Dit wordt negatieve conditionering genoemd. Er ontstaat angst om niet meer te kunnen slapen, wat kan leiden tot vermijdingsgedrag. De aanvankelijke oorzaak van het niet meer kunnen slapen is dan uit zicht geraakt. De vicieuze cirkel van de negatieve conditionering moet worden aangepakt door op zoek te gaan naar de achterliggende oorzaak van het slechte slapen. Psychologische behandeling of psychosociale begeleiding kan daarbij behulpzaam zijn. Zie voor slapeloosheid in het kader van depressie het zorgpad Depressie.

De poh'er kan de psychosociale begeleiding geven; psychologische behandeling wordt gegeven door een daartoe bevoegde psycholoog/psychotherapeut.

4.5 Spierontspanningsoefeningen

Verwijzing voor alléén spierontspanningsoefeningen is aangewezen voor patiënten met een verhoogd arousal niveau. De fysiotherapeut, yogatherapeut of eerstelijnspsycholoog voeren deze behandeling uit.

4.6 Slaapcursus/cognitieve gedragstherapie (CGT)

De GGZ en/of de thuiszorg, maar ook daarin gespecialiseerde centra, bieden vaak slaapcursussen aan. Deze cursussen zijn gebaseerd op gedragstherapeutische technieken.

De belangrijkste ingrediënten van de cognitieve gedragstherapie zijn voorlichting over slaap, slaaphygiënische adviezen, verandering van slaapedrag, leren ontspannen, het doorbreken van slaapbelemmerende gedachten en afbouw van slaapmedicatie. De behandeling is kortdurend, gemiddeld zes sessies, exclusief follow up. Bij geen effect is het belangrijk de diagnose te heroverwegen: het kan gaan om cognitieve en/of gedragsmatige overactivering (ADHD) of verhoogde prikkelbaarheid (persoonlijkheidsproblematiek) dat vraagt om verdere diagnostiek. Bij CGT kan gebruik worden gemaakt van het zelfhulpboek Slapeloosheid van Ingrid Verbeek, waarin de verschillende stappen van de behandeling goed zijn uitgewerkt. Hieronder volgt een lijst met vragen om geschiktheid voor CGT behandeling te bepalen.

LIJST MET VRAGEN OM GESCHIKTHEID VOOR CGT BEHANDELING TE BEPALEN

1. Is er sprake van in- en doorslaapproblemen gedurende minimaal drie weken?	Ja/ nee
2. Zijn er klachten overdag? (moe, geheugen, concentratie)	Ja/ nee
3. Is er sprake van negatieve conditionering ten opzichte van slaap? (piekeren, moeite met ontspannen, lang wakker liggen)	Ja/ nee
4. Is betrokkene gemotiveerd tot verandering van het slaapedrag?	Ja/ nee
5. Heeft betrokkene een positieve houding over niet-medicamenteuze behandeling?	Ja/ nee

HOE MEER VRAGEN MET JA BEANTWOORD WORDEN, HOE MEER DE PATIËNT GESCHIKT IS VOOR CGT BEHANDELING.

Nuttige websites met informatie over slapen zijn www.leren slapen.nl, www.educatie.ntr.nl/beterslapen en www.kempen haeghe.nl.

Op de website Slapen als een Roos staat een online te volgen zelfhulp cursus slapen. Deze cursus is ook met begeleiding te volgen: www.slapen alseen roos.nl.

4.7 Minimale interventiestrategie

Bij chronisch gebruik van slaapmiddelen krijgt de patiënt het advies te stoppen. De huisarts stuurt de patiënt een brief met informatie en praktische tips. Wanneer het gedrag onderdeel is van bredere problematiek is begeleiding van poh-ggz, eerstelijnspsycholoog of consulent verslavingszorg aangewezen.

4.8 Farmacotherapie

Hypnotica zijn slechts in incidentele gevallen noodzakelijk: bij acute psychosociale problemen, bij incidentele verstoring van dag/nachtritme (jetlag), en bij chronische somatische aandoeningen met aanhoudende klachten ondanks specifieke therapie.

Indien toch gekozen wordt voor medicamenteuze behandeling dan altijd in combinatie met slaapadviezen.

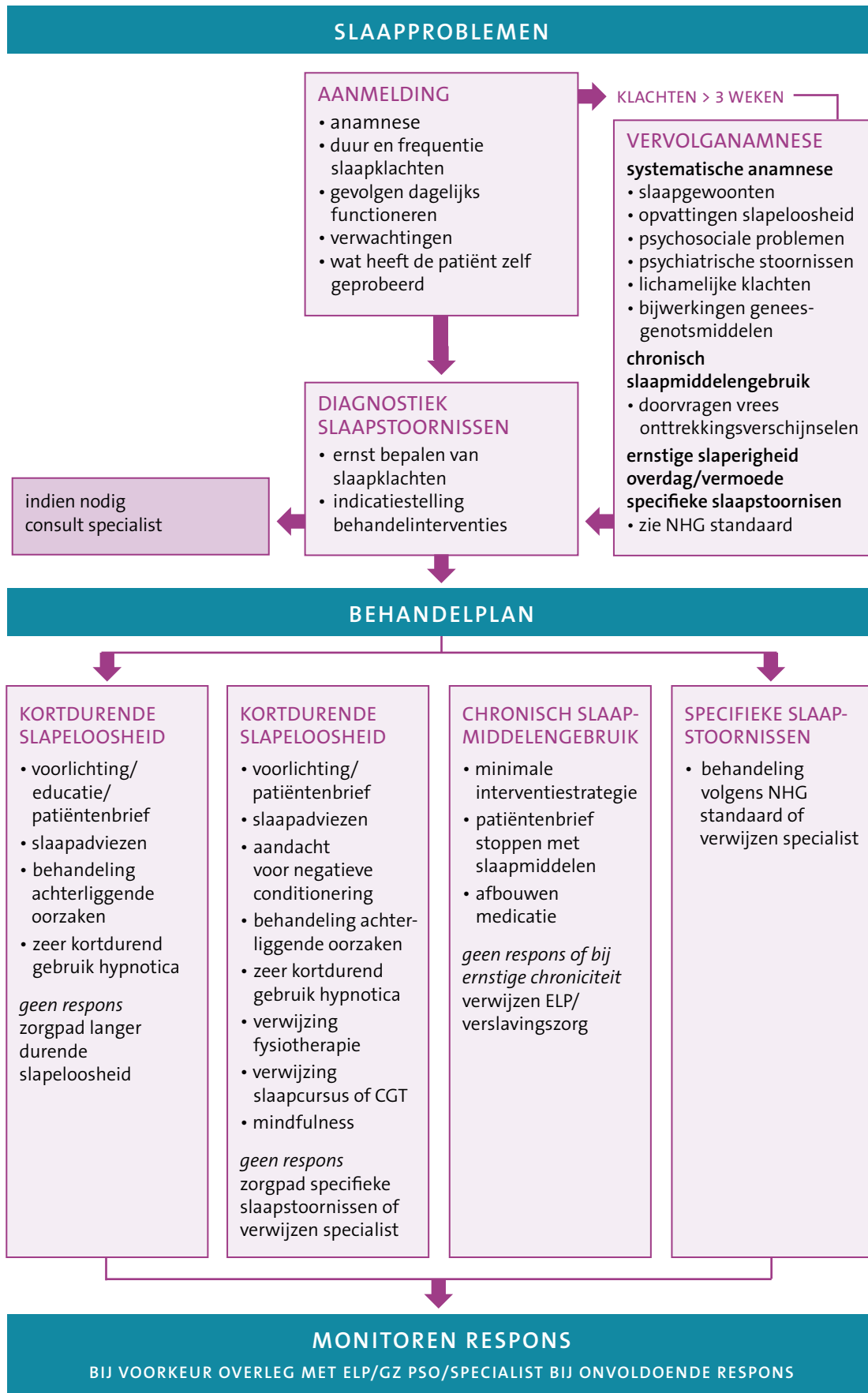
Kenmerken behandeling:

- een kortwerkende benzodiazepine;
- niet meer dan vijf tot tien tabletten in een zo laag mogelijke dosering;
- maak afspraken over gebruik en afbouw;
- mijd dagelijks gebruik;
- geen herhaalrecepten via assistente;
- voorlichting over effect van de medicatie op de slaap, bijwerkingen en verlies van effectiviteit door gewenning.

Antidepressiva kunnen als medicamenteuze therapie tegen slapeloosheid worden voorgeschreven:

- TCA Trazolan 50 – 100 mg.
- Mirtazapine (remeron) 15 – 30 mg; slaapmiddel tegen nachtmerries.

5. Zorgpad



6. Bijlage

Over slapeloosheid

Een derde van de volwassenen heeft problemen met slaap. Tussen de 10% en 15% van hen raadpleegt een arts. Slaapklachten komen vaker voor bij ouderen, de helft van de patiënten met slaapklachten is ouder dan 65 jaar. 20% van hen gebruikt slaapmedicatie. Slaapklachten komen tweemaal vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Waarom dat zo is, is niet duidelijk. Het gebruik van benzodiazepines is groot. Per praktijk zijn er circa 75 langdurige 'benzogebruikers', terwijl zo'n 40% van de benzodiazepines wordt gebruikt als slaapmedicatie. Huisartsen schrijven het merendeel van de recepten voor benzodiazepines voor.

Fysiologische slaap

Niet iedereen heeft hetzelfde slaappatroon. Ongeveer tweederde van de volwassenen slaapt tussen de zeven en acht uur per dag. De inslaaptijd duurt in de regel ongeveer een kwartier en men wordt in de regel twee of drie keer per nacht wakker. Een langere inslaaptijd en frequente waakperiodes zorgen voor een negatieve slaapbeleving zonder grote gevolgen voor slaperigheid overdag.

De slaap bestaat uit vier of vijf cycli van één tot anderhalf uur. Elke cyclus bestaat uit vier stadia. Stadium één is sluimerstadium (knikkebollen), stadium twee is de ondiepe slaap, stadia drie en vier zijn de diepe slaap. Aan het einde van stadium vier volgt de REM-slaap (met de meeste dromen), die het meest lijkt op wakkere toestand, echter de spieren zijn nog volledig ontspannen. Korte slapers slapen efficiënt, zij gebruiken het meest de perioden van diepe slaap.

Slapeloosheid

Slapeloosheid wordt gekenmerkt door slaapttekort en slecht slapen, zoals vaak wakker worden of onrustig dromen. Slapeloosheid gaat gepaard met functioneringsklachten overdag: moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie. Naarmate slaperigheid overdag meer een probleem is, is de kans groter dat er een specifieke slaapstoornis is.

Chronisch gebruik van slaapmiddelen

Chronisch gebruik van slaapmiddelen betekent dat de patiënt langer dan drie maanden, al of niet met slaapmedicatievrije periode van minder dan twee weken, slaapmedicatie gebruikt. De oorspronkelijke oorzaak van de slaapproblemen zijn vaak op de achtergrond geraakt. De medicatie wordt vaak automatisch verlengd. Bij de patiënt bestaat vaak lichamelijk en psychische afhankelijkheid van de pillen. Die kans is groter bij afhankelijke of angstige persoonlijkheid. Er kan sprake zijn van ontweningsverschijnselen als geprobeerd wordt te stoppen. Dat belemmert volgende pogingen om te stoppen.

8. Bijlagen

8. Bijlagen

8.1 Registratiecodes

AANDOENING	HIS/ICPC CODE
Depressie	P76 Depressie (op grond van diagnose) P03 Depressief gevoel
Angststoornissen	P01 Angstig/nerveus gespannen gevoel Op grond van diagnose: P74 Angststoornis/angsttoestand P79.01 Fobie P79.02 Dwangneurose P02.01 Posttraumatische stressstoornis P75 Hysterie/Hypochondrie
Problematisch alcoholgebruik	WCIA code: 1591 aantal eenheden alcohol per dag Z29 Ander sociaal probleem
Slaapproblemen	P06 Slapeloosheid/andere slaapproblemen

8.2 Lijst met afkortingen

4DKL	Vier Dimensionele KlachtenLijst
AA	Anonieme Alcoholisten
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
ASS	Acute Stress Stoornis
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
Audit-C	Verkorte versie van de AUDIT
BAI	Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CT	Cognitieve therapie
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELP	Eerstelijnspsycholoog
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FT	Fysiotherapeut
GAS	Gegeneraliseerde Angststoornis
GDS	Geriatrische Depressie Schaal
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GT	Gedragstherapie
Gz Pso	Gezondheidszorg Psycholoog
ICD-10	International Classification of Diseases-10

IPT	Interpersoonlijke Psychotherapie
KDB	Kortdurende Behandeling
KDT	Kortdurende Therapie
KPT	Kortdurende Psychodynamische Therapie
MDR	Multidisciplinaire Richtlijn
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	Nederlands Instituut Gezondheidsvoorlichting en Ziektepreventie
OCD	Obsessief Compulsieve Stoornis
PMLD	Periodic Movement Legs Disorder
poh-ggz	Praktijkondersteuner-ggz
pso	Psycholoog
PST	Problem Solving Therapy
psy	Psychiater
PTSS	Post Traumatische Stress stoornis
REM-slaap	Rapid Eye Movement
RLS	Restles LegS
SCEGS	Somatisch – Cognities – Emoties – Gedrag – Sociaal
SNRI	Selectieve Serotonine en Noradrenaline Reuptake Inhibitors (heropnameremmers)
SSRI	Selectieve Serotonine Reuptake Inhibitors heropnameremmers
TCA	Tricyclische Antidepressivum
XTC	Ecstasy

