



Q&A – Webinar ‘Van slaapklacht tot de juiste aanpak’

Tijdens het webinar Van slaapklacht tot de juiste aanpak: slaapzorg in de huisartsenpraktijk werden er veel vragen gesteld die niet allemaal live beantwoord konden worden. Somnoloog Pien Bosschier heeft de meeste vragen schriftelijk toegelicht. Je vindt ze hieronder, gegroepeerd per thema.

Thema's

1. Slaapfysiologie en slaapbehoefte
2. Signalering en diagnostiek in de huisartsenpraktijk
3. Niet-medicamenteuze behandeling en leefstijladviezen
4. Slaapmedicatie: effect, veiligheid en afbouw
5. Nachtmerries
6. Specifieke groepen en comorbiditeit
7. OSAS, slaaponderzoek en chronotherapie
8. Ksyos: verwijzen, kosten en organisatie

1. Slaapfysiologie en slaapbehoefte

Dromen: gebeurt veel dromen vooral in de REM-slaap?

Dromen komt vooral, maar niet uitsluitend, in de REM-slaap voor. De levendige, verhalende dromen die we ons herinneren horen typisch bij REM. In de non-REM-slaap komen ook mentale beelden voor, maar minder levendig.

Wat is de invloed van leeftijd op slaap?

Met de leeftijd neemt de hoeveelheid diepe slaap af, wordt de slaap lichter en meer gefragmenteerd. De totale slaapbehoefte neemt licht af (naar ongeveer 7 uur) en de slaap wordt minder efficiënt. Dit is grotendeels normale veroudering en niet automatisch een stoornis.

Waarom verschilt de individuele slaapbehoefte en hoe bepaal je hoeveel slaap iemand nodig heeft?

Slaapbehoefte is deels genetisch bepaald en varieert normaal tussen ongeveer 6 en 9 uur, afhankelijk van leeftijd, gezondheid en activiteit. De praktische maatstaf is de functie overdag: iemand slaapt genoeg als hij of zij overdag uitgerust en alert is zonder overmatige slaperigheid. Een handige indicatie is hoeveel iemand slaapt in een vrije periode zonder wekker, na het inhalen van slaapte kort.

Hebben vrouwen door hormonale aandrijving meer slaap nodig, bijvoorbeeld circa 9 uur?

Er is geen sterk bewijs dat vrouwen structureel circa 9 uur nodig hebben. Gemiddeld rapporteren vrouwen iets meer slaapbehoefte en meer slaapklachten, mede door hormonale schommelingen (menstruatie, zwangerschap, overgang), maar de individuele variatie is groter dan het geslachtsverschil.

Is slechte slaap erfelijk of genetisch bepaald?

Er is een erfelijke component: chronotype, slaapbehoefte en kwetsbaarheid voor insomnie zijn deels genetisch. Genen bepalen echter een aanleg, geen lot. Leefstijl, stress en gedrag zijn vaak doorslaggevend en goed behandelbaar.

2. Signalering en diagnostiek in de huisartsenpraktijk

Bij welke klachten voer je een slaapanamnese uit?

Niet alleen bij expliciete slaapklachten of vermoeidheid. Denk ook aan een slaapanamnese bij onbegrepen moeheid, concentratie- en stemmingsklachten, therapieresistente hypertensie, nycturie, hartritmestoornissen, obesitas en bij chronisch gebruik van slaapmedicatie.

Nycturie: wat is de relatie met slaapapneu, waarom is het een slaapstoornis en hoe behandel je het?

Nycturie kan een symptoom zijn van OSAS: door ademstops stijgt de druk in het hart, komt er meer ANP vrij en produceren de nieren 's nachts meer urine. Het is ook een slaapstoornis op zichzelf, omdat het de slaap fragmenteert. Behandeling is gericht op de oorzaak: bij OSAS de apneu behandelen, verder aandacht voor vochtinname en medicatie in de avond, en overige urologische of cardiale oorzaken uitsluiten.

Ploegendienst: wat te doen bij klachten en kan er later alsnog een stoornis ontstaan?

Ploegendiensten kunnen een slaapritmestoornis creëren, zeker op latere leeftijd.

Advies: zo consistent mogelijke ritmes, gericht gebruik van licht en donker, strategische dutjes en timing van voeding en beweging. Terughoudend met alcohol en langdurige slaapmedicatie. Melatonine kan gericht worden ingezet om het ritme te sturen.

Is een slaapdagboek zinvol, ook als de beleving slechter is dan de werkelijkheid?

Ja. Juist bij een vertekende slaapbeleving is het dagboek waardevol, omdat het patronen zichtbaar maakt en de basis vormt voor slaaprestrictie binnen CGT-i. Het gaat niet primair om exacte minuten, maar om trends en inzicht voor de patiënt zelf. Eventueel te combineren met een actigraaf of wearable voor objectivering.

3. Niet-medicamenteuze behandeling en leefstijladviezen

Piekeren bij depressie of burn-out: advies als slaaphygiëne onvoldoende helpt, wanneer terugverwijzen?

Slaaphygiëne alleen is zelden voldoende bij langdurige slapeloosheid. CGT-i is eerste keus, ook bij comorbide depressie of burn-out. Een psycholoog bepaalt in welke volgorde behandeling plaatsvindt. Terugverwijzen naar de huisarts voor medicatie is aangewezen bij ernstige depressie, suïcidaliteit of als de slaap ondanks CGT-i ernstig onregelmatig blijft. Behandel dan bij voorkeur de onderliggende stoornis mee.

Advies bij acute stress waarbij iemand een paar dagen niet slaapt.

Normaliseren en geruststellen: bij acute stress is kortdurend slechter slapen normaal en zelf herstellend. Focus op ontspanning, ritme, daglicht en beweging, en beperk compensatiegedrag (lang in bed liggen, dutjes). Kortdurend (enkele dagen) een slaapmiddel kan worden overwogen bij ernstige uitputting, expliciet met een stopafpraak om gewenning te voorkomen.

Kun je CGT-i al starten voordat slaapmedicatie is afgebouwd?

Ja. CGT-i kan gelijktijdig met de afbouw starten en ondersteunt die afbouw juist. Het is niet nodig eerst helemaal medicatievrij te zijn; de combinatie geeft vaak het beste resultaat en meer vertrouwen bij de patiënt.

Slaaprestrictie: bewezen methode, hoe bouw je het op en hoe vaak controleer je?

Slaaprestrictie is een goed onderbouwd kernonderdeel van CGT-i. Je beperkt de tijd in bed tot de werkelijke slaaptijd (met een minimum van circa 5 uur), waardoor de slaapdruk stijgt en de slaap consolideert. Bij een slaapefficiëntie boven circa 85–90% breid je wekelijks met circa 15–30 minuten uit. Controle in de opbouwfase doorgaans wekelijks, op basis van het slaapdagboek. Wees voorzichtig bij psychische klachten of complexe comorbiditeiten.

Wat is de waarde van slaapoefentherapie?

Slaapoefentherapie (via daarin geschoolde oefen- of fysiotherapeuten) kan ondersteunend zijn bij ontspanning, ademhaling en lichaamsbewustzijn, en is een aanvulling op CGT-i. Het is geen vervanging van CGT-i als bewezen eerste keus bij chronische insomnie.

Is prikkelvrij slapen (oordopjes, slaapmasker) af te raden?

Niet per se. Als het helpt is het prima. Aandachtspunt is afhankelijkheid en veiligheid: als iemand zonder deze hulpmiddelen niet meer kan slapen of belangrijke geluiden moet kunnen horen, is enige flexibiliteit wenselijk. Matig gebruik is niet schadelijk.

Hoe lang voor het slapen kun je beter niet eten en hoe lang werkt koffie door?

Bij voorkeur geen zware maaltijd in de laatste 2–3 uur voor het slapen. Cafeïne heeft een halfwaardetijd van ongeveer 5–6 uur, dus voor gevoelige mensen is het advies vanaf de vroege middag geen cafeïne meer.

Wat is de invloed van een powernap?

Een korte powernap van 10–20 minuten verhoogt de alertheid zonder veel slaperigheid achteraf. Langer dan 30 minuten of laat op de dag verlaagt de slaapdruk 's avonds en kan de nachtslaap verstoren. Bij insomnie is het advies overdag niet te slapen.

Hulpmiddelen zoals verzwaringsdeken, ademende knuffels en lichtwekkers: is er bewijs?

Het bewijs is beperkt, maar als het werkt is er geen bezwaar. Voor verzwaringsdekens is er enig bewijs voor subjectieve rust en angstreductie, vooral bij specifieke groepen; hard bewijs bij insomnie ontbreekt. Lichtwekkers passen goed bij chronotherapie. Voor ademende knuffels en oxytocinespray is geen overtuigend wetenschappelijk bewijs; het effect is waarschijnlijk vooral placebo en ontspanning. Onschuldig, maar niet als kernbehandeling presenteren.

4. Slaapmedicatie: effect, veiligheid en afbouw

Effect van temazepam, mirtazapine en quetiapine op slaapkwaliteit.

Geen enkel middel behandelt de oorzaak van insomnie, CGT-i wel. Deze middelen verkorten de inslaaptijd of geven meer subjectieve rust, maar verbeteren de fysiologische slaapkwaliteit meestal niet. Temazepam werkt kortdurend maar geeft gewenning en tolerantie. Mirtazapine is in lage dosering sederend, maar off-label voor slaap en geeft eetlust- en gewichtstoename, en kan RLS verergeren. Quetiapine wordt afgeraden als slaapmiddel vanwege metabole en cardiale bijwerkingen tegenover beperkt bewijs.

Wat is het verschil tussen benzodiazepines en z-middelen?

Beide werken op de GABA-receptor. Z-middelen (zolpidem, zopiclon) zijn selectiever en korter werkzaam, met theoretisch iets minder spierverslapping en 'hang-over', maar in de praktijk zijn afhankelijkheid, tolerantie en valrisico vergelijkbaar met benzodiazepines.

Af en toe slaapmedicatie (1-2 keer per week) bij insomnie: verstandig?

Intermitterend gebruik is minder risicovol dan dagelijks gebruik en kan gewenning beperken, maar houdt de afhankelijkheid van een middel in stand en pakt de oorzaak niet aan. Het kan als tijdelijke overbrugging, maar CGT-i blijft de voorkeursbehandeling. Vaste stopafspraken zijn belangrijk.

Welke veelgebruikte medicijnen kunnen ongemerkt slaapproblemen veroorzaken?

Denk aan bètablokkers (onderdrukken melatonine, nachtmerries, kunnen RLS verergeren), corticosteroïden, sommige antidepressiva (SSRI/SNRI), stimulantia en ADHD-medicatie, decongestiva, diuretica (nycturie) en cafeïnehoudende pijnstillers. Ook alcohol en nicotine verstoren de slaap. Loop bij slaapklachten altijd de medicatielijst en het innameadvies na.

Wanneer kun je melatonine veilig inzetten?

Melatonine werkt het beste bij een circadiane stoornis of vertraagde slaapfase, in lage dosering (0,5-1 mg) en op het juiste tijdstip (1-2 uur voor de gewenste slaaptijd). Als algemeen slaapmiddel bij insomnie is het effect klein.

Is er een rol voor vitamine D bij slaapverbetering?

Alleen bij een aangetoonde deficiëntie is suppletie zinvol en kan het indirect de slaap en het welbevinden verbeteren. Er is geen goed bewijs voor vitamine D als slaapmiddel bij mensen met een normale spiegel.

Advies over afbouwen en staken bij chronisch gebruik van slaapmedicatie.

Geleidelijk afbouwen volgens een schema (bijv. 25% per 1-2 weken, trager aan het eind), bij voorkeur na omzetting naar een equivalente dosis van een langwerkend middel zoals diazepam bij benzo-afbouw. Combineer met CGT-i en goede voorlichting over tijdelijke rebound-slapeloosheid. Een stopbrief of minimale-interventiestrategie werkt aantoonbaar.

5. Nachtmerries

Wat definieert een nachtmerrie en wanneer is het een slaapstoornis?

Een nachtmerrie is een levendige, angstige droom (meestal in REM, tweede helft van de nacht) waaruit iemand ontwaakt met fysieke paniekverschijnselen (hoge adem- of hartfrequentie, zweten) en waarvan hij of zij de inhoud herinnert. Het wordt een nachtmerriestoornis als het drie keer per week optreedt, leidt tot lijdensdruk, angst om te gaan slapen of verstoord functioneren overdag.

Rescripten (herschrijven): wat is het en wat is het effect bij terugkerende nachtmerries?

Imagery Rehearsal Therapy: de patiënt schrijft de terugkerende nachtmerrie op, bedenkt overdag een nieuw en minder bedreigend einde of verloop, en oefent deze nieuwe versie dagelijks in de verbeelding. Dit is de best onderbouwde behandeling voor nachtmerriestoornis, met goede effecten op frequentie en impact, ook bij PTSS-gerelateerde nachtmerries.

6. Specifieke groepen en comorbiditeit

Overgang: rol van oestradiol, progesteron en cortisol bij slaap.

Dalend oestradiol geeft opvliegers en nachtelijk zweten die de slaap fragmenteren. Dalend progesteron (van nature licht sederend en angstdempend) verslechtert de slaapkwaliteit. Een verstoorde cortisolritmiek en stress versterken dit. Behandeling richt zich op de opvliegers en slaapklachten, met zo nodig hormoontherapie en CGT-i in overleg.

Niet-aangeboren hersenletsel: verwijzen naar somnoloog of neuroloog?

Beide kunnen passend zijn. Bij een primair slaapprobleem na NAH (insomnie, verstoord ritme, OSAS) is een somnoloog goed, in afstemming met de behandelend neuroloog of revalidatiearts. Bij duidelijke neurologische klachten die de slapeloosheid in stand houden, of bij een onduidelijke diagnose, eerst of parallel de neuroloog.

Is er bewijs voor een correlatie tussen slaapstoornissen en de ziekte van Parkinson?

Ja. REM-slaapgedragsstoornis (RBD) is een sterke, vaak vroege voorspeller van Parkinson en andere synucleinopathieën. Ook insomnie, slaperigheid overdag en een verstoord ritme komen veelvuldig voor bij Parkinson. Bij vermoeden van RBD (uitleven van dromen, bewegen tijdens de slaap) is nadere diagnostiek en neurologische aandacht aangewezen.

7. OSAS, slaaponderzoek en chronotherapie

Wat is de meerwaarde van slaaponderzoek als je al OSAS vermoedt, en waarom uitgebreid onderzoek bij OSAS met chronisch AF?

Ook bij een klinisch vermoeden bevestigt en gradeert onderzoek de ernst van slaapapneu (AHI/ODI), wat nodig is voor behandelkeuze en vergoeding, en sluit het andere slaapstoornissen uit. Bij comorbiditeit zoals chronisch atriumfibrilleren of hartfalen is een beperkte thuispolygrafie minder betrouwbaar. Een uitgebreider onderzoek (polysomnografie) geeft dan een completer en betrouwbaarder beeld.

Kan thuispolygrafie in het hele land?

Ja. Thuispolygrafie is landelijk mogelijk omdat de apparatuur naar de patiënt verstuurd kan worden.

Kan CGT-i ook werken bij een circadiaan probleem?

CGT-i behandelt insomnie, niet primair een circadiane stoornis. Bij een circadiaan probleem is chronotherapie (licht, melatonine, ritme) de kern. Onderdelen van CGT-i zoals regelmaat en stimuluscontrole ondersteunen wel, en beide worden vaak gecombineerd omdat de stoornissen naast elkaar voorkomen.

8. Ksyos: verwijzen, kosten en organisatie

Kan iedere huisarts verwijzen en hoe doe je dat?

Je kunt via Zorgdomein verwijzen door te zoeken op 'Ksyos HQ'. Je kunt ook gebruikmaken van het Ksyos-platform, waar je direct toegang hebt tot het volledige slaapzorgpad en andere zorgpaden. Neem contact op via [**dit contactformulier**](#) en dan helpen we je verder.

Is verwijzen mogelijk vanuit een verpleeghuis?

Ja, dit is mogelijk in overleg met de betrokken arts (specialist ouderengeneeskunde of huisarts).

Kan een POH-GGZ ook patiënten verwijzen naar het slaapzorgpad?

Ja, een POH-GGZ kan ook patiënten verwijzen naar ons slaapzorgpad.

Wat zijn de kosten voor de patiënt?

Buiten het eigen risico zijn er geen bijkomende kosten voor de patiënt. Ksyos scheldt kwijt wat de zorgverzekeraar niet vergoedt.

Kunnen ouderen overweg met het digitale programma?

Het programma is opgezet voor toegankelijkheid. Veel ouderen kunnen goed meedoen, eventueel met hulp van naasten.

Wordt de patiënt bij een OSAS-diagnose geïnformeerd over rijgeschiktheid?

Ja, dit hoort bij goede zorg. Bij OSAS met slaperigheid gelden CBR-regels en mag pas worden gereden na adequate behandeling en medische keuring. Dit wordt tijdens het consult met de patiënt besproken.