Slaap, psychiatrie en medicatie: wanneer is het de stoornis, en wanneer het middel?

Antwoorden op de meest gestelde vragen uit het webinar van 27 oktober 2026

Tijdens het webinar stelden deelnemers meer dan 140 vragen. Hieronder vind je de meest gestelde vragen die bij het onderwerp aansluiten, per thema gegroepeerd.

INHOUD

Afbouwen en stoppen van slaapmedicatie....2
Benzodiazepinen: effect, risico's en alternatieven....2
Antidepressiva en antipsychotica als slaapmiddel....3
Melatonine....4
Overige medicatie en middelen....4
CGT-i en niet-medicamenteuze behandeling....5
Slaap bij psychiatrische en somatische aandoeningen....6
Nachtmerries, dromen en bijzondere slaapverschijnselen....7
Specifieke doelgroepen....8
Slaapfysiologie, slaapbehoefte en leefstijl....8
OSAS en diagnostiek....9
Consultatie via Ksyos....10

Afbouwen en stoppen van slaapmedicatie

Hoe langzaam bouw je pregabaline af?

Dit is mede afhankelijk van de initiële indicatie voor starten. Over het algemeen geldt; je stopt pregabaline altijd geleidelijk, volgens de productinformatie over minimaal 1 week, ongeacht waarvoor je het gebruikt. Bij een hogere dosering of langer gebruik kies je in de praktijk voor een langere afbouw in kleine stappen, aangepast aan hoe de patiënt het verdraagt. Er is geen vast schema.

Let op en waarschuw voor onttrekkingsverschijnselen: slapeloosheid, angst, onrust, misselijkheid, hoofdpijn, zweten en duizeligheid. In zeldzame gevallen kunnen er epileptische aanvallen optreden. Vertel de patiënt vooraf dat de slaap tijdelijk slechter kan worden.

Kunnen jullie je vinden in het afbouwschema van de KNMP?

Het schema uit het Kennisdocument Benzodiazepinen sluit aan bij wat wij in het webinar adviseerden: rustig afbouwen, begeleid en niet midden in een crisis. In dat schema verlaag je elke week 25% van de startdosis en eventueel in de laatste 2 weken 12,5% per week. Je evalueert elke 2 tot 4 weken. Bij hevige klachten stel je de volgende stap een week uit, zonder de dosis te verhogen. Het hele schema hoeft meestal niet langer dan ongeveer 3 maanden te duren.



Uit het webinar: zeven tips voor het afbouwen van slaapmedicatie.

Benzodiazepinen: effect, risico's en alternatieven

Ouderen met dementie die het al jaren gebruiken: ook behouden?

Bij dementie weeg je dit anders dan bij andere ouderen. Benzodiazepinen geven meer kans op vallen, verwardheid, een delier en een slechter geheugen. Daarmee voldoen mensen met dementie vaak niet aan de voorwaarden om het middel te laten staan: een lage dosis, geen cognitieve klachten overdag en geen valrisico.

Is er toch een goede reden om te laten staan (bijvoorbeeld kans op flinke ontregeling, of onder lage dosis een duidelijk stabiele situatie), evalueer dan elk jaar.

Wat als iemand alsnog niet in slaap valt met benzo's?

Verhoog de dosis dan niet en voeg niet zomaar een tweede slaapmiddel toe. Zoek eerst uit waarom het niet werkt. Denk aan tolerantie (het effect neemt vaak na enkele weken af), een andere slaapstoornis (zoals slaapapneu of rusteloze benen), pijn, depressie of angst, alcohol, cafeïne, andere medicatie of een verschoven ritme.

Evalueer het gebruik en bespreek afbouwen. CGT-i blijft de behandeling met het beste effect op de lange termijn.

Zouden benzo's wel kunnen bijdragen in gevallen waarin ze voor een enkele nacht worden gebruikt, na een reeks nachtdiensten, om het herstellen van het normale dag-nachtritme te ondersteunen?
Kan een benzo ingezet worden om het slaap-waakritme te herstellen?

Een benzodiazepine herstelt de slaap-waakklok niet. Het middel kan de slaap even ondersteunen, maar het verandert het ritme niet en kan de diepe slaap verminderen. Bij gewoontevorming loop je het risico op tolerantie en afhankelijkheid.

Als iemand na een reeks nachtdiensten één nacht echt niet kan slapen, kan een kortwerkend middel in de laagste dosering als bewuste, eenmalige keuze verantwoord zijn. Maak het geen vast patroon. Voor het ritme zelf werken licht op de juiste momenten, vaste tijden voor beweging en maaltijden, een donkere en stille slaapkamer en eventueel melatonine in lage dosering op het juiste tijdstip beter.

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB): benzo of quetiapine?

Geen van beide is een eerste keus. Zoek eerst naar oorzaken die je kunt aanpakken: pijn, reflux, epilepsie, slaapapneu, rusteloze benen, medicatie, prikkels en onregelmatige routines in de omgeving. Een vast dag- en avondritme, daglicht en een rustige slaapomgeving helpen vaak al. Bij een verschoven ritme kan melatonine een optie zijn.

Is medicatie toch nodig, kies dan de laagste dosering voor een zo kort mogelijke periode en evalueer vaak. Benzodiazepinen kunnen bij deze groep juist onrust geven en verhogen het risico op sufheid, vallen en afhankelijkheid. Quetiapine geeft kans op gewichtstoename, metabole bijwerkingen en een lage bloeddruk bij opstaan. Overleg bij voorkeur met de AVG-arts of psychiater.

Antidepressiva en antipsychotica als slaapmiddel

Welke slaapmedicatie is passend bij ouderen met angst en/of depressie?

Behandel eerst de angst of depressie zelf en bied CGT-i aan. Dat werkt ook bij ouderen. Vermijd benzodiazepinen en Z-drugs bij ouderen zoveel mogelijk, vanwege het risico op vallen, verwardheid en geheugenklachten.

Heeft iemand met een depressie ook slapeloosheid en is medicatie nodig, dan kan een sederend antidepressivum zoals mirtazapine in lage dosering een optie zijn. Let op sufheid overdag en valrisico, en evalueer regelmatig. Hou ook in de gaten of er rusteloze benen klachten optreden. Middelen met veel anticholinerge bijwerkingen, zoals amitriptyline, vermijd je bij ouderen.

Is het wenselijk om, bij iemand die al antipsychotica gebruikt in lage dosering vanwege overprikkeling bij ASS, het antipsychoticum in de avond te doseren om slapeloosheid te behandelen?

Ja, dat is gebruikelijk. Een sederend antipsychoticum geef je meestal in de avond. Je gebruikt dan de sedatie voor de slaap en je hebt er overdag minder last van. Verhoog de totale dagdosis niet om de slaap te verbeteren, maar verschuif de dosering.

Let bij de controle op gewicht, glucose, bloeddruk en eventueel het hartfilmpje. Blijft de slapeloosheid bestaan, kijk dan naar andere oorzaken, zoals prikkelverwerking, het ritme en de slaapomgeving. Overleg met de voorschrijver voordat je het tijdstip wijzigt.

Melatonine

Uit ervaring worden cliënten slaperig een half uur na inname van melatonine. Als je 3 tot 5 uur van tevoren inneemt, raak je toch over je slaap heen?

Dat klopt. In het webinar zagen we melatonine als ritmesetter en niet als slaapmiddel. Voor het verschuiven van het ritme gebruik je een lage dosering (0,5 tot 1 mg) en je neemt het ongeveer 12 uur voordat je wilt ontwaken. Dat is meestal 3 tot 5 uur voor bedtijd, dus eerder dan een half uur voor het slapen.

Van de lagere dosering word je vaak niet direct slaperig. Het ritme verschuift het best in combinatie met licht in de ochtend en vaste tijden voor beweging en maaltijden.

Gebruik je het in hogere dosering, kan het een meer sederend effect hebben. Het nadeel hiervan is dat het ook invloed op je ritme kan hebben.

Kan iemand zijn melatoninepiek verschuiven door steeds te laat te gaan slapen?

Ja. De biologische klok past zich aan het gedrag aan. Laat naar bed gaan, laat opstaan, veel licht 's avonds en weinig/laat licht in de ochtend schuiven de melatonineproductie en de piek naar later. Zo kan een verlate slaapfase ontstaan, vooral bij jongeren.

Dit is omkeerbaar. Een vaste opstaantijd, licht in de ochtend, minder fel licht en schermen 's avonds en vaste momenten voor eten en bewegen schuiven de klok weer naar vroeger.

Wat is de evidence voor melatonine bij oudere patiënten, met of zonder dementie? En welke vorm geef je dan (MGA of niet) en in welke dosering? Dezelfde vraag voor REM-slaapstoornis bij ouderen.

Voor ouderen is melatonine met verlengde afgifte (2 mg) geregistreerd voor primaire insomnie vanaf 55 jaar, in te nemen 1 tot 2 uur voor bedtijd en alleen continueren bij gunstig effect. Het effect is klein: mensen vallen gemiddeld iets sneller in slaap. Bij mensen met dementie is geen duidelijk effect op de slaap aangetoond.

Bij een REM-slaapgedragsstoornis (nachtelijk gedrag, droomuitvoering) wordt melatonine in de praktijk off-label gebruikt, meestal gestart op 2 mg en zo nodig opgehoogd. Verwijs bij verdenking hierop naar de neuroloog of slaapspecialist, omdat deze stoornis vaker samengaat met een neurodegeneratieve aandoening.

Wat is het advies ten aanzien van melatonine en jetlag?

Melatonine kan helpen bij jetlag, vooral bij reizen naar het oosten en over meerdere tijdzones. Je gebruikt in dit geval een lage dosering (0,5 tot 1 mg). Er zijn handige apps die je bij de timing van inname kunnen begeleiden. Combineer het met licht op het juiste moment: ochtendlicht na een oostelijke reis. Bij reizen naar het westen is het meestal niet nodig.

Net als in het webinar geldt: melatonine is een ritmesetter en werkt alleen goed als de timing klopt.

Overige medicatie en middelen

Wat weten we over het nieuwe middel daridorexant? In Nederland niet op de markt, waar een patiënt van mij naar vraagt.

Daridorexant (Quviviq) is een dubbele orexinereceptorantagonist. Het remt het wakkermakende orexinesysteem in plaats van de slaap te versterken zoals benzodiazepinen en Z-drugs. Het middel is in 2022 door de Europese Commissie goedgekeurd voor volwassenen met chronische insomnie. Het geeft in onderzoek minder kans op afhankelijkheid en minder sufheid de volgende dag dan benzodiazepinen, maar je kunt wel last krijgen van slaperigheid.

Het middel is nog niet in Nederland beschikbaar. De eventuele vergoeding en plaats in de richtlijnen staat nog ter discussie.

Ik schrijf bij een angst- of slaapstoornis regelmatig pregabaline voor. Kan heel goed helpen. Zijn hier problemen mee te verwachten?

Pregabaline kan helpen bij angst (het is geregistreerd voor gegeneraliseerde angststoornis) en soms bij de slaap. Het is geen eerste keus bij insomnie. In het webinar noemden we het voor slapeloosheid met rusteloze benen of pijn, als andere opties niet werken.

Wees alert op: sufheid en duizeligheid, vallen, gewichtstoename, oedeem, en afhankelijkheid, ook bij een normale dosering. Wees extra voorzichtig bij verslavingsgeschiedenis. Combineer het niet zomaar met opioïden of andere sederende middelen, want dat vergroot het risico op ademdepressie. Evalueer regelmatig of het nog nodig is en bouw altijd geleidelijk af.

Wat is het effect van magnesium, wat mensen ook gebruiken voor het slapen en bij rusteloze benen?

Het bewijs dat magnesium de slaap of rusteloze benen verbetert, is zwak. Bij mensen zonder tekort zie je meestal geen duidelijk effect. Een supplement is bij een normale nierfunctie over het algemeen veilig, maar hogere doseringen kunnen diarree geven.

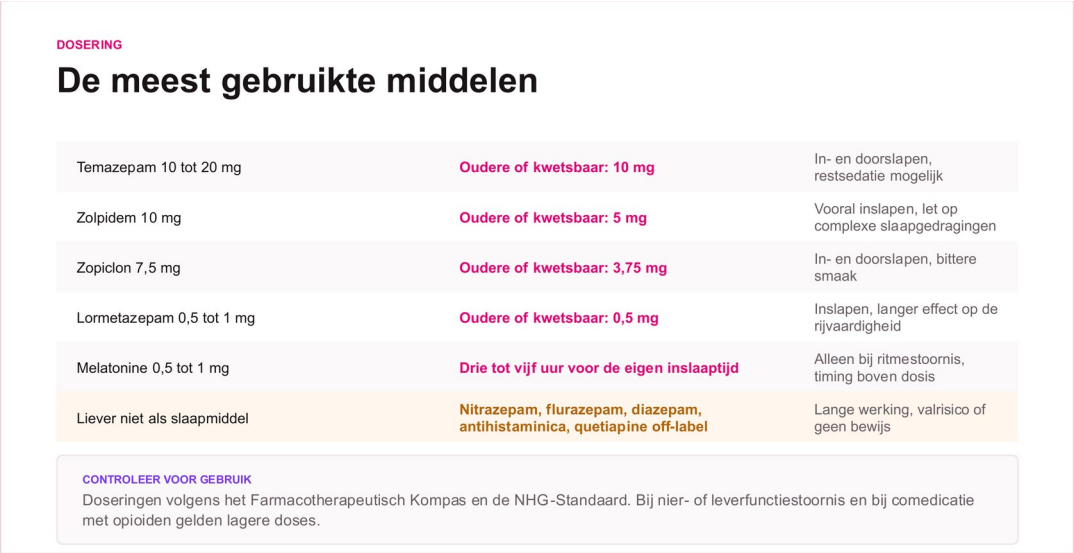
Heeft iemand rusteloze benen? Controleer cafeïne en alcoholgebruik. Bepaal ferritine en transferrineverzadiging (ijzerstatus). Beoordeel de kans op de aanwezigheid van andere uitlokkende slaapstoornissen en kijk naar medicatie die rusteloze benen kan geven, zoals sommige SSRI's.

CGT-i en niet-medicamenteuze behandeling

Mijn ervaring is, ook bij patiënten, dat CGT-i lang niet altijd helpt. Wat doe je dan? Kun je dan ook off-label medicatie inzetten, zoals trazodon?

CGT-i werkt in 70% van de gevallen. Kijk dus eerst waarom het niet helpt. Heeft de patiënt echt CGT-i gehad? Of eerder slaaphygiëne advies, dit is een wezenlijk verschil. Is de behandeling goed uitgevoerd, met voldoende begeleiding en doorzettingsvermogen? Is er een andere slaapstoornis, zoals slaapapneu, rusteloze benen of een verschoven ritme? Spelen er psychiatrische klachten, pijn, alcohol, cafeïne of medicatie mee? Een tweede traject, aangepast of via de GGZ, kan alsnog werken.

Medicatie kan als aanvulling voor een beperkte periode. Het vervangt CGT-i niet. Gebruik in plaats van trazodon liever een van de andere aangegeven middelen.



DOSERING

De meest gebruikte middelen

Temazepam 10 tot 20 mg	**Oudere of kwetsbaar: 10 mg**	In- en doorslapen, restsedatie mogelijk
Zolpidem 10 mg	**Oudere of kwetsbaar: 5 mg**	Vooral inslapen, let op complexe slaapgedragingen
Zopiclon 7,5 mg	**Oudere of kwetsbaar: 3,75 mg**	In- en doorslapen, bittere smaak
Lormetazepam 0,5 tot 1 mg	**Oudere of kwetsbaar: 0,5 mg**	Inslapen, langer effect op de rijvaardigheid
Melatonine 0,5 tot 1 mg	**Drie tot vijf uur voor de eigen inslaaptijd**	Alleen bij ritmestoornis, timing boven dosis
Liever niet als slaapmiddel	**Nitrazepam, flurazepam, diazepam, antihistaminica, quetiapine off-label**	Lange werking, valrisico of geen bewijs

CONTROLEER VOOR GEBRUIK

Doseringen volgens het Farmacotherapeutisch Kompas en de NHG-Standaard. Bij nier- of leverfunctiestoornis en bij comedicatie met opioiden gelden lagere doses.

Uit het webinar: de meest gebruikte slaapmiddelen en hun dosering.

Wat is de plaats van slaapdeprivatietherapie?

Slaapdeprivatie wordt als 'wake therapy' gebruikt bij depressie. Het geeft vaak een snelle maar tijdelijke verbetering van de stemming. Na een nacht herstelslaap keert de depressie meestal terug, tenzij je het combineert met medicatie, licht en vaste slaaptijden. Het gebeurt in de tweedelijns GGZ. Bij een bipolaire stoornis bestaat het risico op een manie.

Het is iets anders dan slaaprestrictie, een onderdeel van CGT-i waarbij je de tijd in bed beperkt tot de tijd die je echt slaapt.

Hoe denken jullie over alternatieve slaapadviezen, zoals een slaapbril? Er is veel aanbod aan dergelijke producten, maar ik vraag me af of dit wel helpt. Mensen halen hier hoop uit.

Een slaapmasker kan nuttig zijn als er licht in de kamer is. Voor blauwlichtfilterbrillen is weinig bewijs. Zoals in het webinar uitgelegd gaat het bij schermen vooral om wat iemand doet (dopamine, geen ruimte om de dag te verwerken) en minder om de kleur van het licht.

De meeste andere producten hebben beperkt bewijs, zijn prijzig, maar wel vaak onschuldig. Als iemand er baat bij heeft, is dat prima als hulpmiddel. Het vervangt CGT-i niet. Let wel op: veel meten en proberen kan de aandacht op slaap vergroten en daarmee de spanning.

Ik zie vaak dat slanke, beweeglijke mensen, met name dames, meer moeite hebben met inslapen en doorslapen. Wat kan ik hen voor advies geven? Ik adviseer nu vaak een verzwaarde deken, maar wat is er nog meer?

Op basis van lichaamsbouw is er geen vaste verklaring. Kijk naar spanning en overprikkeling, rusteloze benen (ferritine!), ADHD, schildklierproblemen, cafeïne, een laat ritme en hormonale veranderingen. Beweeg overdag, ook buiten, maar niet te laat 's avonds. Zorg voor daglicht, een vaste opstaantijd en een rustige avondroutine.

Een verzwaarde deken helpt sommige mensen. Het bewijs is beperkt. CGT-i blijft de basis als de klachten langer dan drie maanden duren.

Slaap bij psychiatrische en somatische aandoeningen

Welke vragen en kenmerken helpen ons om slaapgerelateerde hallucinaties te onderscheiden van psychotische symptomen?

Slaapgerelateerde hallucinaties (hypnagoge bij het inslapen en hypnopompe bij het ontwaken) zijn meestal kort en beperkt tot de overgang tussen slapen en waken. De patiënt weet vaak dat het niet echt is. Ze komen vaker voor bij slaaptekort, stress, ploegendienst, narcolepsie en met bepaalde middelen of medicatie.

Hallucinaties bij een psychose komen ook overdag voor, als iemand echt wakker is, en gaan vaak samen met wanen, achterdocht, verward denken en minder inzicht.

Vragen die helpen: wanneer treedt het op (alleen bij inslapen of wakker worden?), hoe lang duurt het, heeft de patiënt er inzicht in, komt het ook overdag voor, is er slaaptekort, overmatige slaperigheid, slaapverlamming of plotseling spierverlies bij emoties, welke middelen of medicatie gebruikt de patiënt, en zijn er andere psychotische symptomen? Twijfel je of is het nieuw, overleg dan met de GGZ.

In welke categorie vallen slaapproblemen veroorzaakt door ziekten zoals Parkinson? En in hoeverre helpt lichttherapie bij slaapklachten?

Bij de ziekte van Parkinson gaat het meestal om meerdere slaapproblemen tegelijk: insomnie, rusteloze benen, een REM-slaapgedragsstoornis (nachtelijk gedrag), slaapapneu en overmatige slaperigheid overdag. Je benoemt daarom per type welke slaapstoornis meespeelt. In de classificatie vallen ze onder de zes categorieën uit het webinar.

Lichttherapie lijkt in kleine onderzoeken de slaap en slaperigheid overdag te verbeteren, ook bij Parkinson. Het is geen standaardbehandeling, maar kan zinvol zijn naast ritmemaatregelen.

Er zijn specifieke aanbevelingen beschikbaar voor insomnie bij parkinson. Hiervoor verwijzen we naar de literatuur.

Patiënten na een doorgemaakte chemotherapie na kanker en vermoeidheid: is het advies goed om overdag een kort dutje te doen, of juist niet?

Een kort dutje van 20 tot 30 minuten, vroeg in de middag, kan prima en past bij vermoeidheid na kanker. Langer of later slapen overdag haalt slaapdruk weg en verslechtert potentieel de nachtslaap. Heeft iemand daarnaast slapeloosheid, beperk de dutjes dan.

Nachtmerries, dromen en bijzondere slaapverschijnselen

Wat kun je doen als er sprake is van zeer levendige dromen waardoor je niet uitgerust wakker wordt? Waar kan dit door komen? (Bij iemand die geen medicatie gebruikt.) Wat is de invloed van levendige, heftige dromen op de slaapkwaliteit?

Levendige dromen komen vooral uit de REM-slaap. Ze worden vaker onthouden als je veel wakker wordt richting de ochtend. Veelvoorkomende oorzaken zijn stress, slaaptekort, alcohol, stoppen met slaapmiddelen of alcohol (de REM-slaap komt dan terug), koorts en medicatie zoals SSRI's, bètablokkers en sommige middelen voor Parkinson. Ook slaapapneu kan een rol spelen. Dromen zijn zelf niet schadelijk. Ze beïnvloeden de slaapkwaliteit ook niet. De fragmentatie van de slaap is het probleem.

Wat kun je doen? Kijk naar medicatie en alcohol en zorg voor een vaste wektijd (niet snoozen!) en een rustige avond. Wordt iemand moe wakker of slaapt hij onrustig, denk dan ook aan een onderliggende slaapstoornis.

Is praten in de slaap ook tekenend voor pathologie?

Praten in de slaap (zonder bewegingen/slaapwandelen) is meestal onschuldig en komt vooral bij kinderen voor. Het kan toenemen bij stress, slaaptekort, koorts, alcohol en sommige medicatie.

Denk aan een onderliggende slaapstoornis als iemand schreeuwt, heftig beweegt of dromen uitvoert (REM-slaapgedragsstoornis), zich verwondt, overdag slaperig is, ademstops heeft of als het op latere leeftijd voor het eerst begint.

Wanneer een patiënt in slaap valt, maar dan meteen met hartkloppingen wakker schrikt, waar kan dit aan liggen?

Er zijn meerdere mogelijkheden. Een 'slaapschrik' (hypnagoge schok) geeft een kort schrikgevoel met een bonzend hart. Ook een nachtelijke paniekaanval, slaapapneu (de ademstop veroorzaakt een alarmreactie), cafeïne, alcohol, medicatie, reflux, schildklierproblemen en hartritmestoornissen kunnen een rol spelen.

Vraag naar het patroon, de duur en andere klachten om de oorzaak te achterhalen.

Hoe komt het dat je soms wakker kunt worden met het gevoel "door een vrachtwagen overreden te zijn"?

Niet uitgerust ontwaken kan verschillende oorzaken hebben. Bijvoorbeeld een korte of verstoorde nacht, na te lang of te laat slapen, bij een verschoven ritme, na alcohol of sederende medicatie en bij een onderliggende slaapstoornis. Als het sporadisch optreedt, vraagt dit niet direct om diagnostiek.

Specifieke doelgroepen

Kun je iets vertellen over slaap en dementie? Welke invloed heeft een dementie, of de psychiatrisch-gerelateerde symptomen daarvan (achterdocht, verwardheid), op slaap?

Bij dementie verandert de slaap. De biologische klok verslechtert, er is minder diepe slaap en REM-slaap, meer fragmentatie en meer slapen overdag. Veel mensen hebben 's avonds en 's nachts meer onrust of verwardheid. Achterdocht, verwardheid en hallucinaties maken de nacht onrustiger, en slaaptekort maakt verwardheid weer erger. Ook pijn, blaasklachten, slaapapneu, rusteloze benen en medicatie spelen vaak mee.

Begin niet-medicamenteus: veel daglicht en activiteit overdag, een vaste dagindeling, minder of kortere dutjes, een rustige slaapomgeving en het behandelen van pijn en andere oorzaken. Kijk de medicatie na. Wees terughoudend met slaapmiddelen. Benzodiazepinen geven een groter risico op vallen en een delier. Van melatonine is geen duidelijk effect bij dementie aangetoond.

Zijn er extra adviezen, inzichten of tips voor mensen die in een instelling wonen of een verstandelijke beperking hebben?

Zorg voor een vast dagritme, veel daglicht en beweging overdag, en een vaste, rustige avondroutine. Let op de slaapomgeving (donker, stil, aangename temperatuur) en beperk cafeïne en een zware maaltijd 's avonds. Houd 's nachts storingen zo beperkt mogelijk, ook door de nachtzorg.

Zoek naar lichamelijke oorzaken: pijn, reflux, epilepsie, slaapapneu (komt bij sommige syndromen vaker voor), rusteloze benen en medicatie. Zorg dat begeleiders consequent dezelfde aanpak gebruiken. Bij een verschoven ritme kan melatonine helpen. Medicatie is de laatste optie, met een duidelijke evaluatie. Overleg met de AVG-arts.

Slaapmedicatie bij kinderen.

Begin bij kinderen altijd met gedragsmatige maatregelen: vaste tijden, een vaste routine, een rustige avond en beperkte schermtijd. Zoek naar oorzaken zoals ADHD, autisme of slaapapneu.

Bij een verschoven ritme en/of bij kinderen met ADHD of autisme kan de kinderarts melatonine overwegen. De dosering en timing stem je af met de kinderarts. Gebruik bij kinderen geen benzodiazepinen en geen antihistaminica als slaapmiddel.

Mijn menopauzale patiënte is depressief en angstig geworden en heeft slaapklachten. Ze uit nu suïcidale gedachten. Dit is allemaal in snel tempo gegaan. Komt psychose voor bij de menopauze, een beetje zoals een postpartumpsychose?

Psychose in de overgang is zeldzaam en veel minder bekend dan postpartumpsychose. De perimenopauze is wel een periode met een hoger risico op depressie, angst en slaapproblemen. Een snelle verslechtering met suïcidale gedachten is een alarmsignaal: beoordeel de patiënt dezelfde dag, schat het suïciderisico in en betrek de crisisdienst of de acute GGZ.

Sluit ook een lichamelijke oorzaak uit (bijvoorbeeld schildklier, medicatie, delier). Slaaptekort kan een psychotische of manische episode uitlokken of verergeren. Afwachten is hier geen goede optie.

Slaapfysiologie, slaapbehoefte en leefstijl

Wat is het effect van slaap op obesitas?

Slaap en gewicht beïnvloeden elkaar in twee richtingen. Korte of slechte slaap geeft meer honger (meer ghreline, minder leptine), meer trek in calorierijk voedsel, minder energie om te bewegen en een slechtere werking van insuline. Omgekeerd verhoogt obesitas de kans op slaapapneu, en die verslechtert de slaap weer.

Voldoende en regelmatige slaap helpt dus om op gewicht te blijven, naast voeding en beweging.

Veel mensen vallen in slaap met radio of tv aan, dus tijdens de slaap is er veel geluid. Beïnvloedt dit de slaapkwaliteit negatief?

Geluid kan de slaap ook verstoren als je er niet wakker van wordt. De slaap wordt lichter en er zijn meer korte ontwakingen. Wisselend geluid met stemmen en beeld is storender dan gelijkmatig geluid.

Veel mensen gebruiken de tv of radio om in te slapen, omdat het afleidt van piekeren. Gebruik dan een slaaptimer, laag volume en geen beeld, of kies voor gelijkmatige geluiden. Heeft iemand de tv nodig om te kunnen slapen, dan is er vaak een gewoonte of piekeren in het spel. Dan helpt CGT-i.

Kun je slaaptekort inhalen? Hoe zit dit met de slaapdruk en adenosine? "Ik slaap in het weekend wel bij."

Deels. De slaapdruk (adenosine) herstelt in de nachten na een tekort en je krijgt dan meer diepe slaap. Het herstel gaat niet één op één. Na een week korte nachten heb je meer nodig dan één weekend. Uitslapen verschuift bovendien je klok (social jetlag), waardoor je op maandag weer vermoeid bent.

Praktisch: slaap meerdere nachten iets langer en houd de opstaantijd binnen ongeveer 1 uur van je normale tijd. Een chronisch tekort herstel je minder goed dan een tekort van enkele dagen.

Is er onderzoek gedaan naar de langetermijneffecten van een chronisch slaaptekort? In mijn carrière zag ik 2 keer iemand echt "doordraaien" (angst en paniekstoornis als gevolg en niet als oorzaak), en ik had medicamenteus niets meer te bieden.

Ja, daar is veel onderzoek naar gedaan. Langdurig te weinig of slechte slaap hangt samen met een hoger risico op hart- en vaatziekten, diabetes type 2, obesitas, depressie, angststoornissen en geheugenklachten. Slapeloosheid is ook een risicofactor voor het ontstaan van een depressie.

Ernstig en langdurig slaaptekort kan angst, paniek, prikkelbaarheid en soms psychotische klachten uitlokken. Bij zo'n patiënt kun je nog altijd veel doen: CGT-i, slaapdiagnostiek (is er een andere slaapstoornis?), een medicatiereview en de GGZ inschakelen.

OSAS en diagnostiek

Kan slaapapneu ook een psychische component hebben?

Slaapapneu heeft geen psychische oorzaak, maar de relatie met psychische klachten is groot. De klachten (moeheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid) lijken op elkaar. Veel mensen hebben ook insomnie en slaapapneu tegelijk.

Behandeling van slaapapneu verbetert vaak ook de stemming en de energie. Blijven psychische klachten bestaan terwijl slaapapneu niet is uitgesloten of behandeld, dan kan dat de behandeling in de weg zitten.

Consultatie via Ksyos

Hoe vraag je een consultatie aan, en waar zit de Ksyos-knop?

Als huisarts of POH-GGZ vraag je een consultatie aan vanuit je eigen HIS, via de Ksyos-knop in het dossier van de patiënt. Is de koppeling voor jou ingesteld, dan ben je automatisch ingelogd en gaan de patiëntgegevens veilig mee. Zie je de knop niet, bel dan Ksyos support op 020 600 00 60. Zij helpen je de koppeling in te stellen.

Kies bij GGZ voor Consult (niet voor Verwijzing), kies een vorm en een specialist en stel een gerichte vraag: wat wil je weten, en wat doe je met het antwoord? Is het antwoord binnen, dan krijg je een melding per e-mail en een bericht in je HIS. Het volledige antwoord lees je in Ksyos.

Hoe lang duurt het voordat je antwoord krijgt, en moet je een verwijzing maken bij face-to-facecontact met de patiënt?

Dat hangt af van de vorm. Bij een schriftelijk consult krijg je binnen 7 dagen antwoord. De patiënt heeft dan geen contact met de specialist. Bij een telefonisch consult belt de specialist jou, maximaal 15 minuten, ook binnen 7 dagen. Bij een face-to-face consult ziet de specialist de patiënt één keer, maximaal 60 minuten, in de regio of via beeldbellen. De afspraak wordt binnen 21 dagen ingepland en jij krijgt daarna een verslag met advies.

Ook voor face-to-face maak je geen verwijzing: je kiest Consult. De patiënt blijft bij jou in de praktijk en de specialist start geen behandeling. Adviseert de specialist om te verwijzen? Dan verwijs je via de knop Verwijzing in Ksyos of via je eigen route.

Let op: acuut gevaar loopt nooit via consultatie, maar direct via de crisisdienst of de spoed-GGZ.

Wat kost een consultatie, en wat betekent dat voor de patiënt (bijvoorbeeld het eigen risico)?

Dat hangt af van de afspraken met jouw praktijk of zorggroep. Eigen risico is niet van toepassing voor de patiënt. Neem contact met ons op via het contactformulier hieronder, dan vertellen we je wat het voor jou en je patiënt precies betekent.

MEER WETEN OVER KSYOS GGZ EN CONSULTATIE?

Neem contact met ons op voor meer informatie via dit contactformulier. We denken graag met je mee.