

# Het Leidse slaapprotocol

## De bruikbaarheid in de huisartspraktijk van een protocol voor de diagnostiek en behandeling van slaapklachten

P.R. EIJKELENBOOM  
M.P. SPRINGER  
F.W. DEKKER

Door 11 huisartsen werd gedurende een halfjaar een protocol voor de diagnostiek en behandeling van slaapstoornissen toegepast bij in totaal 160 patiënten. Bij vrijwel alle patiënten met betrekkelijk recente klachten kon met behulp van het protocol een diagnose worden gesteld. Niet duidelijk is, in hoeverre het protocol van invloed is geweest op de behandeling: sommige deelnemers zeiden kritischer te zijn geworden, andere vonden vooraf al dat zij kritisch waren ten aanzien van het voorschrijven van slaapmedicatie. Bij de grote groep chronische gebruikers kon vaak geen oorzaak van de slaapklachten worden gevonden, terwijl slechts enkele patiënten bereid waren de medicatie te staken of te verminderen. Kritiek was er op de omvang en vormgeving van het protocol. Inhoudelijk is het protocol bijgesteld, onder meer door de introductie van het begrip 'geconditioneerde insomnia'.

Eijkelenboom PR, Springer MP, Dekker FW. Het Leidse slaapprotocol. De bruikbaarheid in de huisartspraktijk van een protocol voor de diagnostiek en behandeling van slaapklachten. *Huisarts Wet* 1992; 35(12): 465-9.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Leiden, Postbus 2088, 2301 CB Leiden. Telefoon 071-275390/275318.

P.R. Eijkelenboom, huisarts; Dr. M.P. Springer, huisarts; F.W. Dekker, methodoloog.

Correspondentie: P.R. Eijkelenboom.

### Inleiding

De NHG-standaard Slaapstoornissen<sup>1</sup> is in belangrijke mate gebaseerd op het 'Leids Protocol slaapstoornissen in de huisartspraktijk', dat is ontwikkeld in het kader van het protocollenproject van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde.<sup>2</sup> Het protocol bestaat uit drie delen, verdeeld naar aard (slaapklacht of verzoek om herhalingsrecept) en duur van de klacht (0-3 weken of >3 weken). De protocollen I en II zijn bedoeld voor analyse van slaapstoornissen gedurende respectievelijk  $\leq 3$  en  $> 3$  weken. Protocol III is gericht op de begeleiding van patiënten die (chronisch) een slaapmiddel slikken en bij wie de hulpvraag slechts bestaat uit het verzoek om een herhalingsrecept. In de protocollen I en II wordt een systematisch overzicht gegeven van de meest voor de hand liggende oorzaken voor slaapstoornissen en worden algemene en specifieke therapierichtlijnen gegeven (*kaders* op pp. 466-9).

In dit artikel beschrijven wij de uitkomsten van de testfase, waarin is onderzocht of de huisarts met deze protocollen in staat is slaapproblemen in de dagelijkse praktijk adequaat te analyseren en te behandelen.

### Methode

Het protocol is aangeboden aan een aantal huisartsen die geen van allen betrokken waren geweest bij de ontwikkeling van het protocol. Bij de selectie van deze huisartsen is gestreefd naar een evenwichtige spreiding naar leeftijd, praktijkgrootte, praktijkvoering (solo-, duo-, groepspraktijk) en praktijkgebied (stad/platteland). Huisartsen die een hechte band hadden met de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, waren uitgesloten.

Vijftien huisartsen verklaarden zich in beginsel bereid mee te werken aan het onderzoek. Drie van hen vielen af, omdat zij een band bleken te hebben met de Vakgroep.

Na instructie over het gebruik van het protocol en het invullen van de registratieformulieren, werd de huisartsen gevraagd het slaapprotocol gedurende een halfjaar te gebruiken bij alle consulten waarin een slaapprobleem ter sprake kwam. Voor de

registratie van deze consulten kregen de huisartsen een formulier waarop het protocol was afgedrukt in de vorm van een stroomdiagram en waarop tijdens het consult kon worden ingevuld welke oorzaken werden gevonden en welke behandeling de patiënt kreeg. Op het formulier konden ook leeftijd en geslacht van de patiënten worden vermeld.

Telefonische consulten en visites werden uitgesloten; een telefonisch consult is over het algemeen te kort voor een adequate beoordeling van een slaapprobleem en bij het maken van visites zal de huisarts het slaapprotocol meestal niet bij de hand hebben. Ernstig zieke of invalide thuiswonende patiënten en hoogbejaarde patiënten zijn daardoor mogelijk ondervertegenwoordigd in de onderzoeksgroep. Verder werden geen in- of uitsluitcriteria gehanteerd.

Halverwege en aan het einde van de registratieperiode vond een gezamenlijke evaluatie van het onderzoek plaats. Hierbij werd de huisartsen gevraagd aan te geven wat zij vonden van de inhoud en bruikbaarheid van het protocol.

### Resultaten

Eén huisarts stopte na drie weken met het onderzoek in verband met de grote drukte in zijn praktijk. De overige elf huisartsen maakten de periode van een halfjaar vol.

Bij 160 patiënten werd het slaapprotocol gebruikt en werd een registratieformulier ingevuld. Twee huisartsen hadden het protocol bij slechts enkele patiënten toegepast; anderzijds was één van de huisartsen verantwoordelijk voor bijna 20 procent van het aantal patiënten.

Driekwart van de patiënten was ouder dan 40 jaar en vrouwen waren sterk oververtegenwoordigd (*tabel 1*). Zes patiënten (uit drie praktijken) hadden wel klachten over hun slaap, maar hadden overdag geen last van slaperigheid, concentratiestoornissen of andere door slapeloosheid veroorzaakte klachten (pseudo-insomnia).

### Slaapklachten $\leq 3$ weken

Bij 49 patiënten werd protocol I toegepast. Bij 20 procent van deze patiënten werd de klacht veroorzaakt door een lichamelijke

aandoening (tabel 2); hierbij ging het meestal om pijn of jeuk. Indien geen lichamelijke oorzaak werd gevonden, was vrijwel altijd sprake van psychosociale problematiek. Bij drie patiënten kon met protocol I geen diagnose worden gesteld; toepassing van protocol II leverde bij twee patiënten alsnog een diagnose op.

Van deze groep kreeg de helft een slaapmiddel (tabel 2); bij de andere helft werd een specifieke behandeling toegepast (bijvoorbeeld een pijnstiller) of kon worden volstaan met voorlichting en advisering.

### Slaapklachten >3 weken

Bij de 21 patiënten met een langer bestaande slaapklacht werden alle in het protocol genoemde oorzaken minimaal één maal genoemd (tabel 3). Bij veel patiënten werd meer dan één verklaring gevonden; geen enkele combinatie van oorzaken kwam echter meer dan tweemaal voor. Bij de patiënten bij wie werd gedacht aan slaapapnoe-syndroom en myoclonus nocturnus, is overigens voor zover bekend geen aanvullend diagnostisch onderzoek gedaan.

Vijf van de zeven patiënten die werden behandeld met een slaapmiddel, kregen dit als aanvullende therapie; alleen bij de twee patiënten met verdenking op myoclonus nocturnus werd een benzodiazepine als monotherapie voorgeschreven. In alle gevallen was nadrukkelijk vermeld dat slechts een beperkte hoeveelheid (meestal 10) tabletten was voorgeschreven. Deze patiënten werden na één tot twee weken terugbesteld.

### Chronisch slaapmiddelengebruik

Bij een groot deel van de 71 patiënten die al gedurende langere tijd slaapmedicatie gebruikten, kon met behulp van het protocol geen oorzaak van de oorspronkelijke slaapstoornis worden achterhaald (tabel 4). Slechts 11 patiënten waren bereid het gebruik van slaapmedicatie te staken dan wel te verminderen.

### Mening huisartsen

De meeste huisartsen waren van mening dat het protocol een compleet overzicht gaf van de voor de huisarts relevante slaapstoornissen. Werken met het protocol kostte in het begin veel extra tijd; later werd dit

**Tabel 1** Leeftijd- en geslachtsverdeling. Aantallen.

| Leeftijd in jaren | Man | Vrouw | Onbekend | Totaal |
|-------------------|-----|-------|----------|--------|
| 0-19              | 2   | 1     | 1        | 4      |
| 20-39             | 13  | 21    | 1        | 35     |
| 40-59             | 19  | 41    | 1        | 61     |
| 60+               | 22  | 37    | —        | 59     |
| Onbekend          | —   | —     | 1        | 1      |
| Totaal            | 56  | 100   | 4        | 160    |

**Tabel 2** Oorzaken van korter dan drie weken bestaande slaapstoornissen en voorgeschreven slaapmedicatie. Aantallen.

| Diagnose                                   | Aantal | Medicatie |
|--------------------------------------------|--------|-----------|
| Somatische aandoening                      | 10     | —         |
| Verstoring circadiane ritmiek              | 1      | 1         |
| Acuut emotioneel probleem                  | 20     | 11        |
| Situationele stress                        | 15     | 11        |
| <b>Diagnose met behulp van Protocol II</b> |        |           |
| — restless legs                            | 1      |           |
| — depressie                                | 1      |           |
| — onbekend                                 | 1      |           |

### Toelichting

*Acuut emotionele problemen* doen zich voor bij zeer ingrijpende omstandigheden zoals sterfgeval, echtscheiding of ontslag; de psychische belasting is groot. Bij *situatieve stress* moet vooral worden gedacht aan omstandigheden als spanning voor een examen, verhuizing of een sollicitatiegesprek. Deze omstandigheden kunnen wel slapeloosheid veroorzaken, maar vormen slechts zelden een ernstige psychische belasting.

## PROTOCOL SLAAPSTOORNISSEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

### Omschrijving van de klacht:

- slaaptekort
- slechte kwaliteit
- te vroeg wakker
- inslaapprobleem

### Heeft de patiënt klachten overdag:

- moe
- irritatie
- slaperigheid
- moeite met concentreren

#### INDIEN:

Geen klachten overdag

#### DAN:

Mag niet worden gesproken van een slaapstoornis. Meestal is sprake van een fysiologisch korte slaapduur.

### Werd patiënt al behandeld voor deze slaapklacht?

#### INDIEN:

Nieuwe klacht

Al eerder gepresenteerde klacht

Patiënt uitsluitend herhalingsrecept voor nieuwe slaapmedicatie wil

#### DAN:

Hoe lang bestaat de klacht al?

Evalueren van resultaat van de behandeling. Behandeling eventueel bijstellen afhankelijk van oorzaak van de slaapstoornis. Eventueel analyse mbv. Protocol II.

Protocol III.

### Hoe lang bestaat de slaapklacht al?

#### INDIEN:

Korter dan drie weken

Langer dan drie weken

#### DAN:

Protocol I gebruiken

Protocol II gebruiken

**Tabel 3** Oorzaken van langer dan drie weken bestaande slaapstoornissen en voorgeschreven slaapmedicatie. Aantallen.

| Diagnose                         | Aantal | Medicatie |
|----------------------------------|--------|-----------|
| Chronische somatische aandoening | 3      | 1         |
| Intoxicaties                     | 3      | 1         |
| Restless legs syndroom           | 4*     | —         |
| Myoclonus nocturnus              | 2      | 2         |
| Slaap-apnoe-syndroom             | 1      | —         |
| Verstoring circadiane ritmiek    | 2      | —         |
| Onjuist slaapgedrag              | 5      | —         |
| Chronische stress                | 23     | 3         |
| Depressie                        | 7*     | —         |
| Neuroses                         | 3      | —         |
| Samenhang met ouderdom           | 1      | —         |
| Onbekend                         | 1*     | —         |

\* Inclusief 1 patiënt bij wie protocol I niet tot een diagnose leidde.

**Tabel 4** Oorspronkelijke oorzaken van de slaapstoornissen bij chronische gebruikers van slaapmedicatie. Aantallen.

|                                  |    |                                   |    |
|----------------------------------|----|-----------------------------------|----|
| Ernstige psychosociale problemen | 4  | Psychiatrische probl. (depressie) | 3  |
| Situationele stress              | 21 | Dementie                          | 1  |
| Intoxicaties                     | 3  | Verstoring circadiane ritmiek     | 2  |
| Somatische aandoeningen          | 4  | Onbekend                          | 32 |

#### PROTOCOL I: SLAAPKLACHT KORTER DAN DRIE WEKEN

##### ANAMNESE:

- \*Zijn er lichamelijke klachten zoals pijn, jeuk, benauwdheid, vaak moeten plassen 's nachts.
- \*Laat dag-nacht-ritme omschrijven: tijdstip naar bed gaan, tijdstip ontwaken. Zijn hierin grote fluctuaties.
- \*Zijn er slaapverstorende omgevingsfactoren: lawaai, kou, warmte, teveel licht, andere slaapomstandigheden.
- \*Is er iets waar patiënt heel druk mee bezig is of zich zorgen over maakt: thuissituatie, werk, studie (examen), financiën, sociaal, verhuizing, huwelijk, e.d.
- \*Zijn er recente emotionele life-events: sterfgeval, ontslag, echtscheiding, ernstige ziekte.
- \*Zijn er aanwijzingen voor een depressie.

##### INDIEN:

##### DAN:

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lichamelijke klacht                  | Zo mogelijk specifiek behandelen. Alleen slaapmedicatie als specifieke therapie tekort schiet.                                                                                                                                                                                                                           |
| Verstoord slaap-waak ritme           | Slaap-waak ritme structureren. Op vaste tijden naar bed gaan en opstaan. Niet uitslapen op vrije dagen.                                                                                                                                                                                                                  |
| Omgevingsfactoren                    | Voorlichting. Wegnemen of verminderen van slaapverstorende factor.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Situatieve stress                    | Voorlichting: situationele stress is altijd tijdelijk. Uitleg relatie "zorgen → niet ontspannen → niet slapen → meer zorgen".<br>Eventueel: ontspanningsoefeningen.<br>Indien probleem lang duurt: eventueel voor twee dagen slaapmiddel ter preventie van fixatie en herstel vertrouwen in eigen slaap.                 |
| Ernstige emotionele problemen        | Primair goede begeleiding door de huisarts. Regelmatig contact!!<br>Indien noodzakelijk: slaapmiddel voor korte periode (max. 10 d.)<br>Geen tranquillizers overdag!<br>Optimaliseren van de slaaphygiëne.<br>NB: paar dagen niet slapen kan geen kwaad.                                                                 |
| Depressief syndroom                  | Overweeg antidepressiva, evt. (verwijzen voor) gesprekstherapie.                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Nog geen bevredigende verklaring     | Ga verder met PROTOCOL II.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Bij alle oorzaken van slapeloosheid: | Voorlichting slaapfysiologie:<br>opbouw van slaap in fases; slaap als circadiaan proces;<br>normale duur van de slaap; gevolgen van te weinig slaap;<br>basisvoorwaarden voor in slaap vallen (ontspanning!!!).<br><br>Voorlichting slaaphygiëne<br>ontspanning, optimaliseren van slaapomstandigheden,<br>slaapritueel. |

beter. Volgens de meeste huisartsen had het protocol geleid tot een kritischer kijken naar het eigen handelen bij slaapklachten, en de kennis over slaap en slaapstoornissen was dankzij het protocol verbeterd. De in het protocol vermelde behandelingsprincipes werden over het algemeen goed bruikbaar bevonden. Sommige huisartsen hadden aanvankelijk problemen met het beperken van het voorschrijven van slaapmiddelen; zij meenden in dezen al kritischer te zijn dan de doorsnee Nederlandse huisarts. Voor hen had het protocol ook niet geleid tot een duidelijk ander beleid dan voorheen; eerder voelden zij zich gesterkt in hun kritische benadering.

Vooraf bij patiënten met een nieuwe slaapklacht bleek het protocol goed toepasbaar. De kracht van het protocol ligt volgens de huisartsen in het systematisch overzicht van de verschillende oorzaken van een slaapstoornis.

Belangrijke punten van kritiek hadden betrekking op de omvang en vormgeving van het protocol. De meeste huisartsen vonden het protocol niet overzichtelijk genoeg, waardoor de toepassing onnodig veel tijd vergde. Op drukke momenten is de verleiding daardoor groot het protocol niet te gebruiken.

## Beschouwing

De verwachting was dat in een halfjaar circa 200 patiënten in het onderzoek zouden kunnen worden opgenomen. Dit aantal is duidelijk niet gehaald. De meeste formulieren werden in het begin van de registratieperiode en na de tussentijdse evaluatiebijeenkomst ingevuld. De leeftijd/geslachtsverdeling van de onderzoeksgroep was echter vergelijkbaar met die uit ander onderzoek,<sup>3</sup> terwijl ook minder frequent voorkomende en relatief onbekende oorzaken van slapeloosheid zijn gediagnosticeerd. Het is daarom aannemelijk dat de onderregistratie niet zozeer is veroorzaakt door patiëntkenmerken of de gecompliceerdheid van het slaapprobleem, maar veeleer door de beperkte hoeveelheid tijd die de meeste huisartsen beschikbaar hadden om de patiënt volgens het protocol te behandelen.

Slechts bij één van de 82 patiënten met een nieuwe klacht kon met het protocol geen bevredigende verklaring voor de slapeloosheid worden gevonden. Dit heeft overigens niet geleid tot een grote verandering in het therapeutisch handelen. Weliswaar lag het aantal nieuwe voorschriften voor slaapmedicatie beduidend lager dan het landelijk gemiddelde,<sup>4</sup> maar dat moet vooral worden toegeschreven aan reeds bestaande kritische opstelling van een aantal van de deelnemers. Vooral bij de kort bestaande slaapstoornissen werden veel slaapmiddelen voorgeschreven. Met name bij situatieve stress zijn slaapmiddelen over het algemeen overbodig.

Bij langer durende slaapklachten zijn slaapmiddelen in beginsel gecontraïndiceerd. Voor patiënten met een slaapapnoe-syndroom zou een slaapmiddel zelfs levensgevaarlijk kunnen zijn. Als aanvullende behandeling bij ernstige lichamelijke aandoeningen, bij (afkicken van) verslavingen en bij herstel van een normaal dag-nachtritme zijn slaapmiddelen soms goed te gebruiken. Bij de overige oorzaken zal de neiging tot conditionering van de slaapklacht door slaapmedicatie worden versterkt, en daarmee ook de kans op het ontwikkelen van een chronisch gebruik van slaapmedicatie.<sup>5</sup>

In deze groep werd slechts in enkele gevallen een slaapmiddel voorgeschreven; bij de overige patiënten kon worden volstaan met de behandeladviezen van het protocol.

Bijna de helft van de onderzoeksgroep gebikte al geruime tijd slaapmiddelen. De suggestie om met de slaapmedicatie te stoppen, was slechts voor enkele patiënten bespreekbaar; wel bleek dat veel patiënten al eens tevergeefs hadden geprobeerd te stoppen. Voor zover hierover iets was te achterhalen, bleek situationele stress verreweg de belangrijkste oorzaak.

Alle patiënten die chronisch een slaapmiddel gebruikten, kregen een nieuw recept.

De vormgeving van het protocol moet drastisch worden verbeterd. Inhoudelijk hadden de huisartsen echter weinig kritiek. Wel zijn op grond van literatuurgegevens nog wijzigingen doorgevoerd. De belang-

## PROTOCOL II: SLAAPKLACHT LANGER DAN DRIE WEKEN

### ANAMNESE:

\*Is er een chronische lichamelijke klacht? Bijvoorbeeld: hartklachten (decomp. cordis), hormonale problemen (menopauze, hyper- en hypothyreoïdie), aandoeningen van de luchtwegen (astma, longemfyseem), of urinewegen (incontinentie, prostaathypertrofie).

\*Gebruikt de patiënt geneesmiddelen met effect op slaap: bètablokkers, CZS-medicatie, pijnstillers

\*Hoe is het gebruik van alcohol, tabak, koffie en andere cafeïnehoudende dranken

\*Wel eens last van rusteloze benen.

\*Indien de slaperigheid overdag voorop staat: vragen naar schoppen in de slaap en/of luid snurken afgewisseld met ademstops. Eventueel: hetero-anamnese. Let ook op andere risico-factoren slaap-apnoe-syndroom: overgewicht, hypertensie, leeftijd boven 45 jr.

\*Laat dag-nacht-ritme omschrijven: tijdstip naar bed gaan, tijdstip ontwaken. Is er een chronische verstoring van het dag-nacht-ritme: bijvoorbeeld door ploegdienst-arbeid

\*Wat doet patiënt 's avonds voor het naar bed gaan: activiteiten, eten, drank, koffie. Hoe is de slaaphygiëne?

\*Zijn er langbestaande zorgen die niet goed opgelost zijn?

\*Ga na of sprake is van negatieve conditionering: vraag naar (negatieve) gevoelens over slaap en slaapkamer.

\*Zijn er aanwijzingen voor een (vitale) depressie of andere psychiatrische problemen.

\*Ga na of veroudering een rol speelt bij het veroorzaken van de slapeloosheid: minder diepe slaap, meer ontwaken, middagdutjes gaan ten koste van slaap 's nachts, omkeren dag-nacht-ritme bij dementering, vroeg naar bed uit verveling, sociaal isolement.

### INDIEN:

### DAN:

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chronisch lichamelijke aandoening           | Primair somatische aandoening behandelen. Indien slaap daarmee niet te verbeteren, zonodig toch slaapmiddel. Bijv: maligniteiten.                                                                                                                                                                  |
| Intoxicaties                                | Voorlichting. Indien slaapstoornis door geneesmiddel: alternatieven??                                                                                                                                                                                                                              |
| Rusteloze benen                             | Uitsluiten somatische oorzaken: o.a. anaemie, poly-neuropathie. Therapie: Inhibin? In zeer hardnekkige gevallen: Clonazepam                                                                                                                                                                        |
| Myoclonus nocturnus                         | Bij ernstige verstoring van het functioneren overdag: slaap-analyse in gespecialiseerd centrum.                                                                                                                                                                                                    |
| Slaap-apnoe-syndroom                        | Slaap-analyse in gespecialiseerd centrum. Geen CZS-dempende middelen (laten) gebruiken, geen alcohol. Niet op de rug slapen. Zonodig gewichtsreductie. Eventueel consult KNO- of Longarts.                                                                                                         |
| Chronisch verstoord slaap-waak ritme        | Reguleren slaap-waak ritme. Grootste probleemgroep: oudere werknemers in ploegdienst. Overleg bedrijfsarts: aangepast werkschema??                                                                                                                                                                 |
| Conditionering                              | Uitleg conditioneringsproces. Problemen bespreken. Stimuleren zelfhulp. Huismiddeltjes: kruidenthe, warme melk met honing, anijsmelk, warme douche, avondwandeling. Gedragstherapie. Slaapcursus. Slaapmedicatie versterkt de negatieve conditionering                                             |
| Vitale depressie                            | Overweeg antidepressiva, eventueel gesprekstherapie, verwijzing.                                                                                                                                                                                                                                   |
| Verouderingsproces                          | Uitleg verandering slaapfysiologie bij ouder worden, niet te vroeg naar bed uit verveling, liefst geen middagdutjes, actief leven overdag, accepteren van verminderde slaapdiepte en verminderde slaapduur. Bij voorkeur geen slaapmiddelen indien slaapstoornis alleen gevolg is van veroudering. |
| Overig                                      | Zie toelichting                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Geen bevredigende verklaring                | Slaapdagboek voor periode van twee weken; terugbestellen.                                                                                                                                                                                                                                          |
| Bij <u>alle</u> oorzaken van slapeloosheid: | Voorlichting slaapfysiologie<br>Voorlichting slaaphygiëne<br>Uitleg gevolgen van conditionering:<br>slapeloosheid houdt zichzelf in stand!                                                                                                                                                         |

**NB:** Er zijn meestal meerdere oorzaken voor een langdurende slaapklacht te vinden!

**PROTOCOL III:  
CHRONISCH GEBRUIK VAN SLAAPMIDDELEN**

**INDIEN:**

**DAN:**

**Patiënt niet wil stoppen**

Stabiliseren dagdosis op één dosering van één bepaald middel per dag in te nemen op een vast tijdstip.  
Advies slaaphygiëne  
Uitleg over effect slaapmiddel  
Indien nodig over op middel met halfwaardetijd van max. 10 uur.  
Niet meer dan één recept van 30 tabl. per maand voorschrijven

Aanbieden vervangende therapie: andere medicatie, aanvullende behandeling naast het slaapmiddel (bijv. slaapcursus)

**Patiënt wel wil stoppen**

Analyse van de oorzaak van het slaapprobleem, indien deze (nog) niet bekend is.  
Uitleg slaapfysiologie en effect daarop van slaapmedicatie  
Uitleg mogelijke onttrekkingsverschijnselen  
Bespreken van snelheid van afbouw: uitsluipen of direct stoppen?

Aanbieden en bespreken vervangende therapie.  
Adviezen over slaaphygiëne  
Instructie ontspanningsoefeningen

Stabiliseren dagdosis op één dosering van één bepaald middel per dag, in te nemen op een vast tijdstip.

Afspraak met apotheek over afleveren van capsules met een geleidelijk afnemende dosering slaapmiddel.  
Bij uitsluipen van de medicatie: elke tweede week dosis verminderen.

**NB: bij elke dosisvermindering patiënt wijzen op mogelijke onttrekkingsverschijnselen**

Regelmatig terugbestellen!!

rijkste daarvan is de invoering van het begrip 'geconditioneerde insomnia': slapeloosheid die in stand wordt gehouden door de verwachting of vrees weer niet in slaap te zullen vallen.<sup>6</sup> Naarmate de slapeloosheid langer bestaat, en de oorzaak complexer en minder duidelijk voor de patiënt is, zal de kans groter zijn dat conditionering de slapeloosheid in stand houdt. De oorspronkelijke oorzaak van de slapeloosheid speelt dan nauwelijks meer een rol en is soms zelfs al verdwenen.<sup>5 7 8</sup> In de eindversie van het protocol zijn de diagnosen 'Chronische stress' en 'Slechte slaaphygiëne' vervangen door 'Geconditioneerde insomnia'.

Bij dit artikel is de bijgestelde versie van het protocol weergegeven. Daarbij hoort een uitgebreide toelichting op de diagnosen en geadviseerde behandelingen. De essentiële bestanddelen van die toelichting zijn elders gepubliceerd.<sup>9 10</sup>

## Literatuur

- <sup>1</sup> Knuistingh Neven A, De Graaff WJ, Lucassen PLBJ, et al. NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. Huisarts Wet 1992; 35(5): 212-9.
- <sup>2</sup> Sips AJBI. Protocollen voor de huisarts. Med Contact 1986; 41: 277-9.
- <sup>3</sup> De Graaf W. Huisarts en slaapgedrag. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1984.
- <sup>4</sup> Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 401-414.
- <sup>5</sup> De Roeck JMJA, Cluydts RJG. De behandeling van slaapstoornissen. In: Visser P, Hofman WF, red. Slapen en dromen. Theorie en klinische praktijk. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1986.
- <sup>6</sup> Cluydts RJG, De Roeck JMJA. De kliniek der slaapstoornissen. In: Visser P, Hofman WF, red. Slapen en dromen. Theorie en klinische praktijk. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1986.
- <sup>7</sup> Houben ME. Slapeloosheid bij volwassenen. Huisarts Nu 1986; 15: 271-9, 329-33.
- <sup>8</sup> De Waal WJ. Slaapmiddelen en pseudodepressie. Huisarts Wet 1980; 23: 352-5.
- <sup>9</sup> Eijkelenboom PR, Springer MP. Diagnostiek van slaapstoornissen. Practitioner 1988; 5:(sept) 771-6.
- <sup>10</sup> Springer MP, Eijkelenboom PR. Behandeling van slaapstoornissen. Practitioner 1988; 5:(sept) 797-802.