



Webinar 1: Omgaan met slaapproblemen in de ggz en chronische psychiatrische verpleeghuiszorg

Julia van den Berg, Saskia van Liempt, Loes van Dusseldorp, Alice Klopman, Manon van Kampen en Muriël Beernink

Slaap, Slaapstoornissen en CGT-i

Dr. Saskia van Liempt,
ouderenpsychiater, opleider s.liemptvan@parnassia.nl

Dr. Julia van den Berg,
psycholoog, onderzoeker j.vandenberg@parnassia.nl

7 oktober 2021

Deze presentatie

- Normale slaap en veranderingen bij normale veroudering
- Slaapstoornissen (bij ouderen)
- Het ontstaan van insomnie
- Diagnostiek en behandeling van insomnie
- Cognitieve gedragstherapie bij insomnie (CGT-i)
- Slaapproblemen bij dementie

Het normale slaappatroon

Wat is een gezonde slaap?

- Slaapduur: grote variatie tussen personen!
 - 65% 7-8 uur
 - 8% < 5 uur
 - 2 % > 10 uur
- Ochtend- en avondmensen
- Inslapen duurt < 30 minuten (bij ouderen langer, bij vrouwen langer)
- 2-3 keer kort wakker worden is normaal
- Geen klachten over functioneren overdag

Het normale slaappatroon

Factoren die het (niet) slapen bepalen:

Slaapdruk (“proces S”)

(hoe langer je wakker bent, hoe meer slaapdruk)

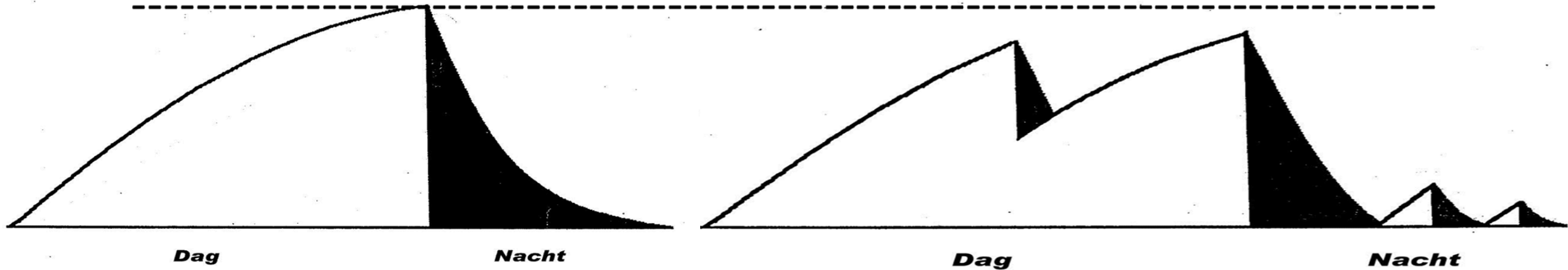
Biologische klok (“proces C”)

(circadiane ritme, moment van de dag / melatonine)

Stimulatie arousalsystem: stress, pijn, medicatie, psychiatrische aandoening

Het normale slaappatroon

Proces S: Slaapdruk en slaapschuld

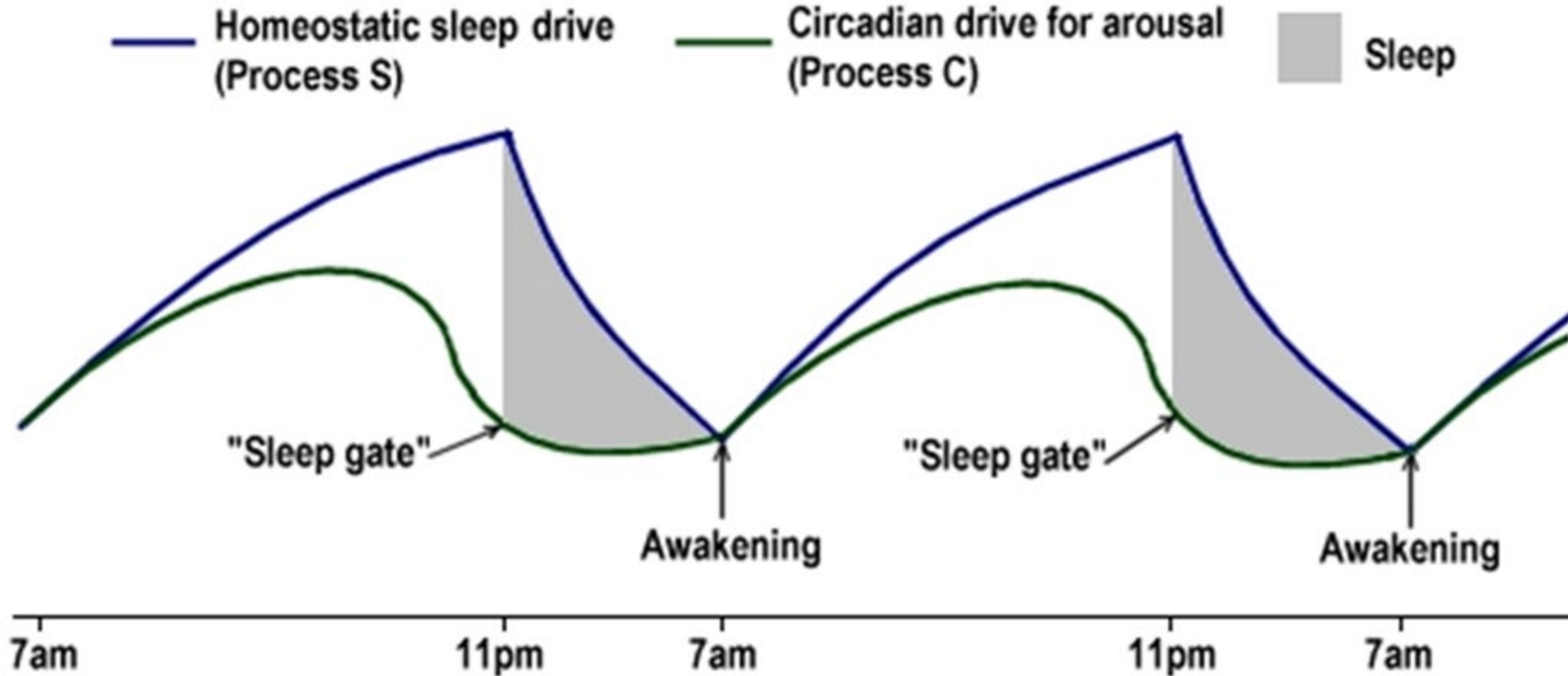


Het normale slaappatroon

Proces C: de biologische klok

- hersengebied boven oogzenuwen
- bepaalt timing van slaap en andere lichaamsfuncties
- Circadiane ritme (circa=ongeveer, dia=dag) = 24-uursritme
- Licht reset onze cyclus op 24 uur, zonder licht is deze 24,2 uur (bij avondmensen iets langer)
- Ook beïnvloed door werk, hobby's, tijdstip van maaltijden

Samenwerking tussen proces S en C



Het normale slaappatroon

3 slaapstadia

Lichte slaap NREM 1 en 2

Afschermen van omgeving, wekdrempel laag

Rol bij humeur en geheugen

‘opvullen’ van lange nachten? Ook nog veel onbekend...

Droomslaap (REM)

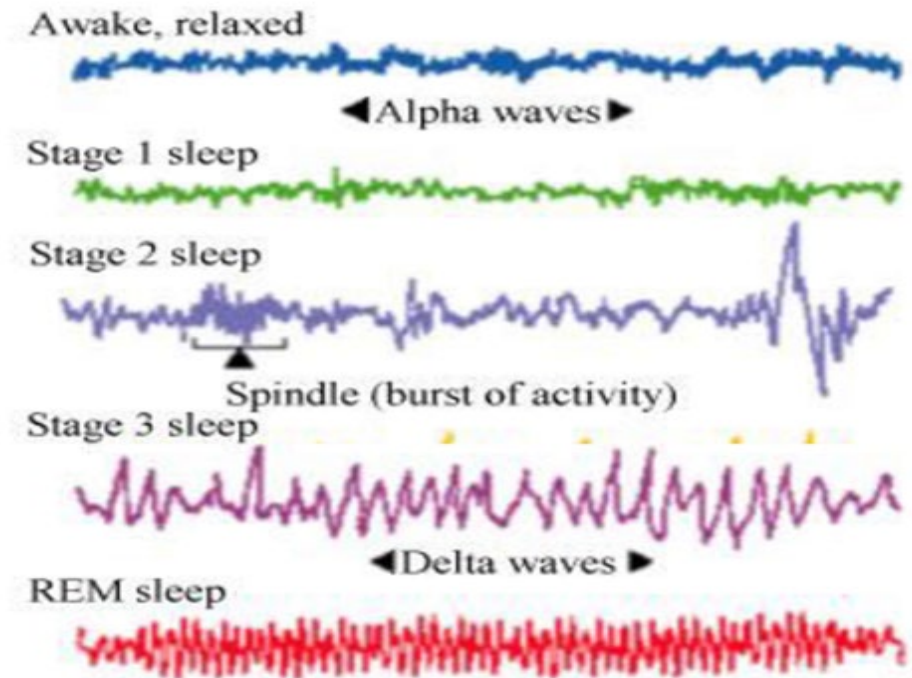
Snelle hersenactiviteit

Informatieverwerking, memoriseren, emotioneel herstel

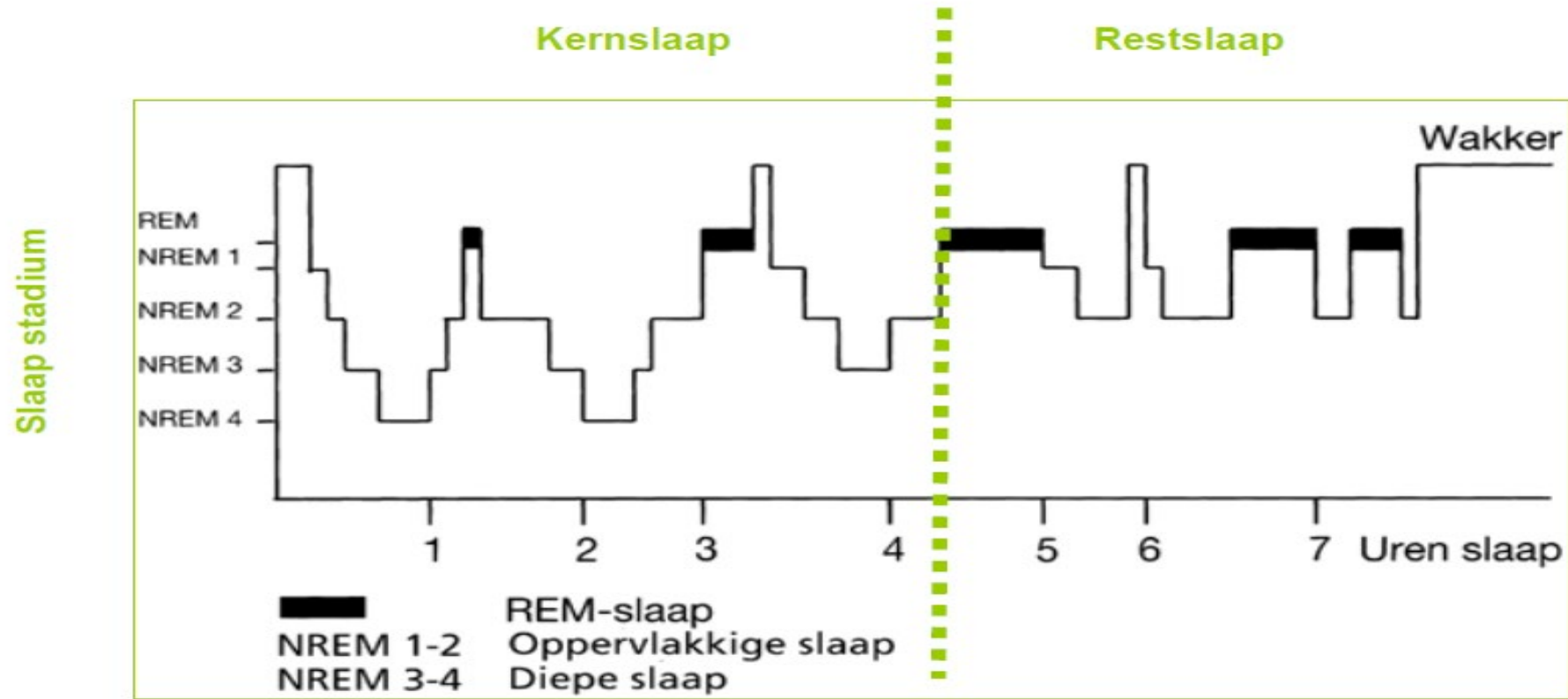
Diepe slaap (NREM 3)

Trage hersenactiviteit

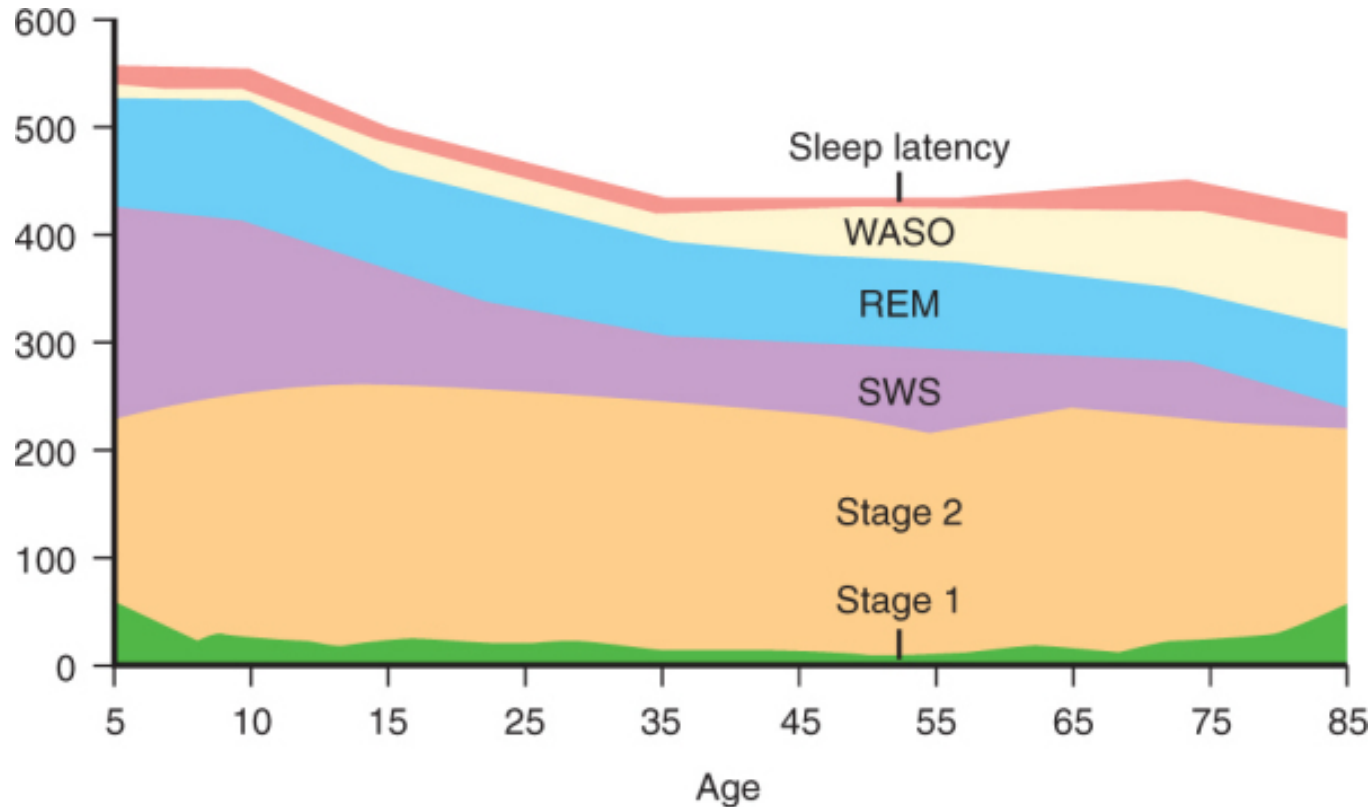
Ruimte voor herstelprocessen (lichaam en brein)



Het normale slaappatroon



Normale veroudering: verandering slaaparchitectuur



- Minder diepe slaap
- Slaap is meer gefragmenteerd (vaker wakker worden, meer dutjes)
- Slaapfase verschuift (vroeger op, vroeger naar bed)

Insomnie bij ouderen

Insomnie meest voorkomend

- Zelfrapportages 40-50 %
- Volgens DSM-IV mannen 5,5% en vrouwen 12,1 %

Voor een goede behandeling belangrijk uit te vragen:

- Nachtmerries
- Obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS)
- Rusteloze benensyndroom/ periodic limb movements disorder (RLS/PLMD)
- **REM-slaap-gedragsstoornis**
- Vervroegde slaapfase



Insomnie, definitie DSM-5

- (a) Moeite met inslapen of doorslapen of niet uitgerust zijn na de slaap.
 - (b) **Significant lijden overdag** (vermoeid, stemming, geheugen, concentratie, slaperigheid)
 - (c) Klachten ≥ 3 nachten per week
 - (d) Klachten > 3 maanden
 - (e) Voldoende gelegenheid om te slapen

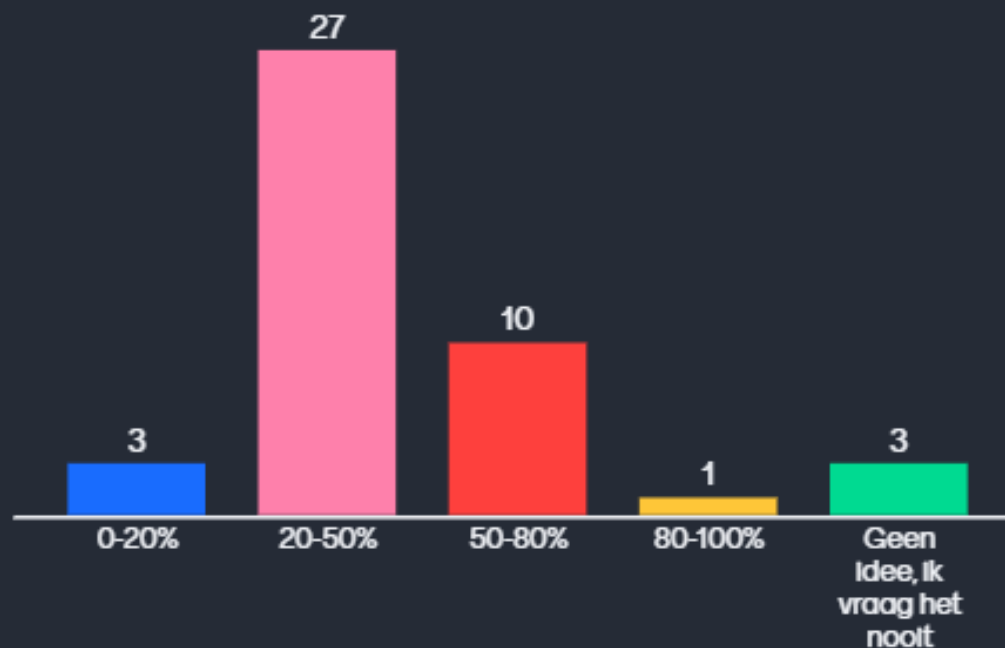
 - (f) Niet uitsluitend in het beloop van narcolepsie, slaapgebonden ademhalingsstoornis, slaapstoornis gebonden aan de circadiane ritmiek, parasomnia.
 - (g) Niet het gevolg van een middel
 - (h) Co-existente stoornissen en somatische aandoeningen kunnen niet adequaat de op de voorgrond staande insomnieklacht verklaren
- NB specificatie *persisterend* als de duur van de symptomen ≥ 3 maanden is

Poll

Hoeveel procent van uw patiënten slaapt slecht?

Hoeveel procent van uw patiënten slaapt slecht?

Mentimeter

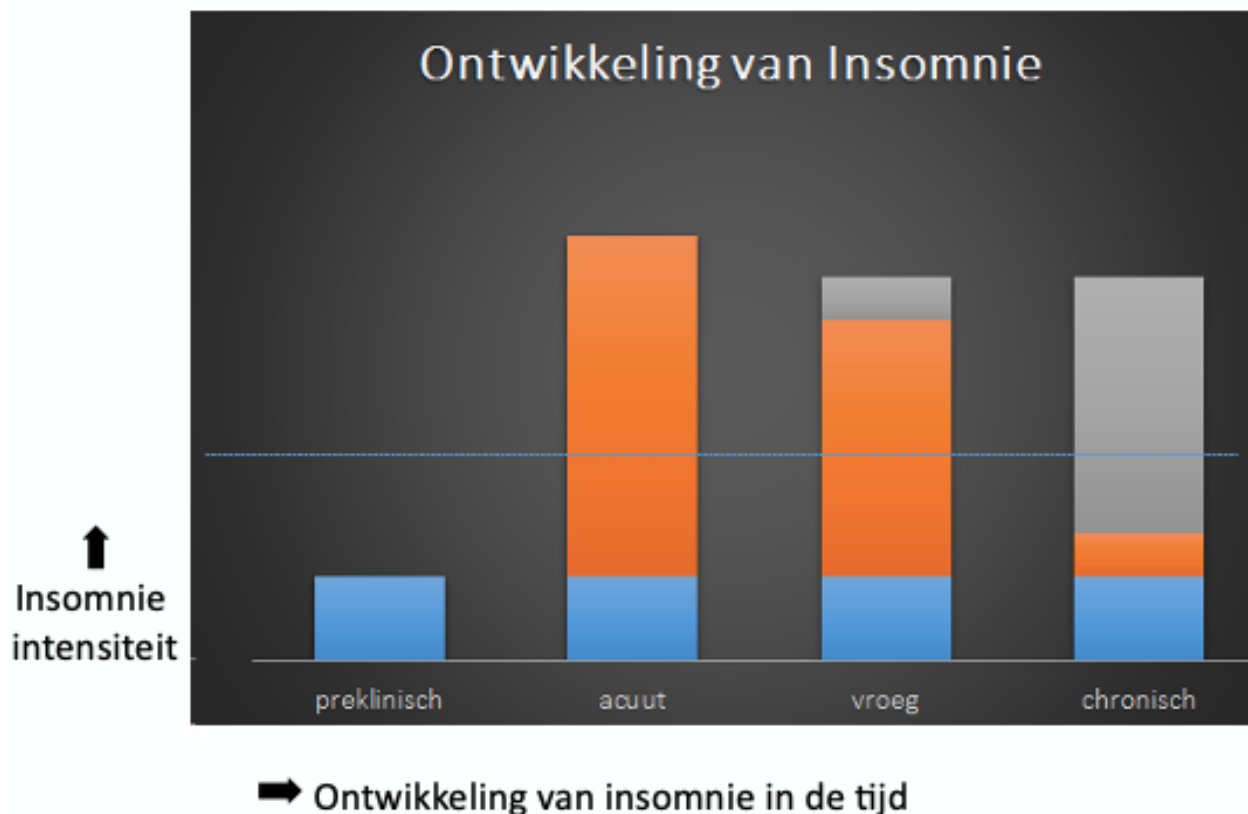


44

Belang van behandeling van insomnie

- Insomnie komt veel voor
 - in de algemene populatie: ~10%
 - bij psychiatrische patiënten 50% (middelen, psychose)-90% (depressie, PTSS)
- Behandeling insomnie vermindert ook co-morbide psychische problemen
- Verstoorde slaap reden voor terugval (depressie, middelengebruik)
- Samenhang met suïcidaliteit
- Samenhang met cardiovasculaire ziekten

Ontwikkeling van insomnie, 3-factorenmodel



Voorbestemde factoren: biologische trekken, persoonlijkheid, sociale factoren

Acute insomnie:

Uitlokkende factoren:

stress, depressie, pijn, geluidsoverlast, middelen/medicatie

Chronische insomnie:

Onderhoudende factoren

- Piekeren/ disfunctionele gedachtes over slaap
- Middelen (alcohol, cafeïne)
- Bedtijden (te lang op bed, onregelmatig)
- Dutjes overdag

Uitlokkende factoren insomnie ouderen

Specifiek voor ouderen

- Minder lichaamsbeweging en blootstelling aan licht
- Eenzaamheid
- Verveling
- Langer op bed liggen, vroeger naar bed
- Somatische co-morbiditeit: pijn, nycturie, medicatie, farmacokinetiek (langere halfwaardetijd, kleiner verdelingsvolume)
- Life-events: verlies van een partner, overbelasting als mantelzorger

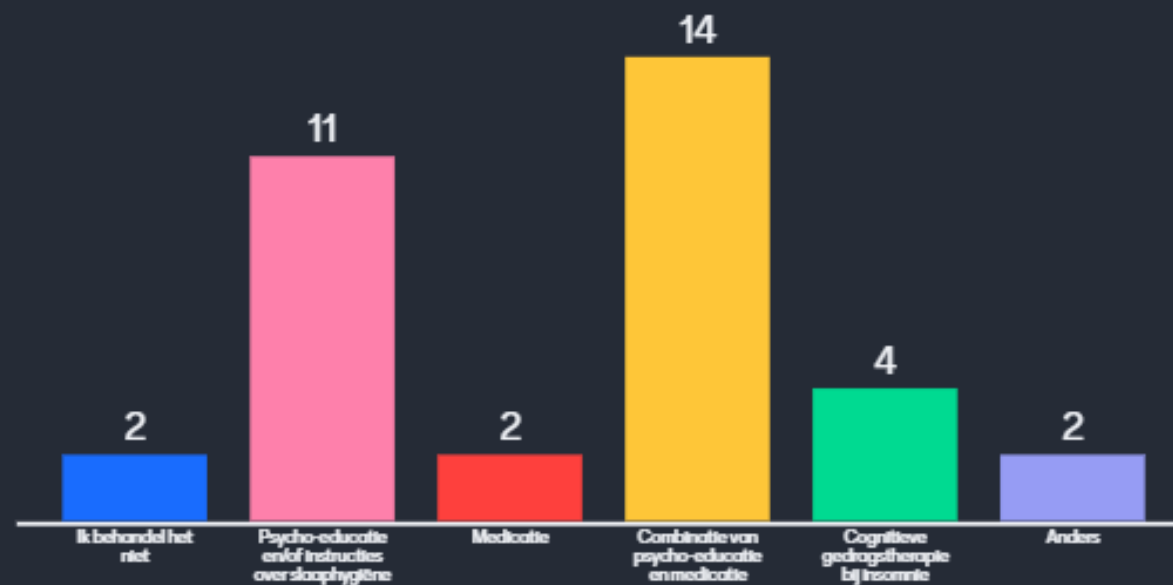


Poll

Hoe behandelt u insomnie in de praktijk?

Hoe behandelt u insomnie in de praktijk?

Mentimeter



35

Behandeling ouderen met insomnie

- Eerste keus behandeling: cognitieve gedragstherapie voor insomnie (Europese richtlijn Riemann et al 2017)
- Beter langetermijneffect vergeleken met zopiclon (Sivertsen 2006)
- Geen bijwerkingen!
- Ook effectief bij ouderen met insomnie en depressie (Sadler et al 2018)

Korte CGT-i behandeling

6 sessies, 2 follow-up sessies (Verbeek & van de Laar)

- Slaapanamnese (inclusief slaapdagboek)
- Psycho-educatie
- Doorbreken verkeerde slaapgewoontes (slaaphygiëne)
- Aanpakken disfunctionele gedachtes (cognitieve therapie)
- Leren verminderen fysiologische spanning (relaxatietherapie)
- Slaaprestrictie en/of stimuluscontrole

Protocol CGT-i



i-Sleep (zelfhulpmodule)



- Gratis downloadbaar voor cliënten
- Kan zelfstandig, maar liefst met ondersteuning van behandelaar
- Eventueel aanpassing voor ouderen
 - groter lettertype, minder tekst, *A4 landscape*
 - beperken vragenlijsten
 - meer dan 6 sessies en meer herhaling

www.i-sleep.nl

Annemieke van Straten & Jaap Lancee

CGT-i anamnese (1)

Wees specifiek, loop het etmaal door:

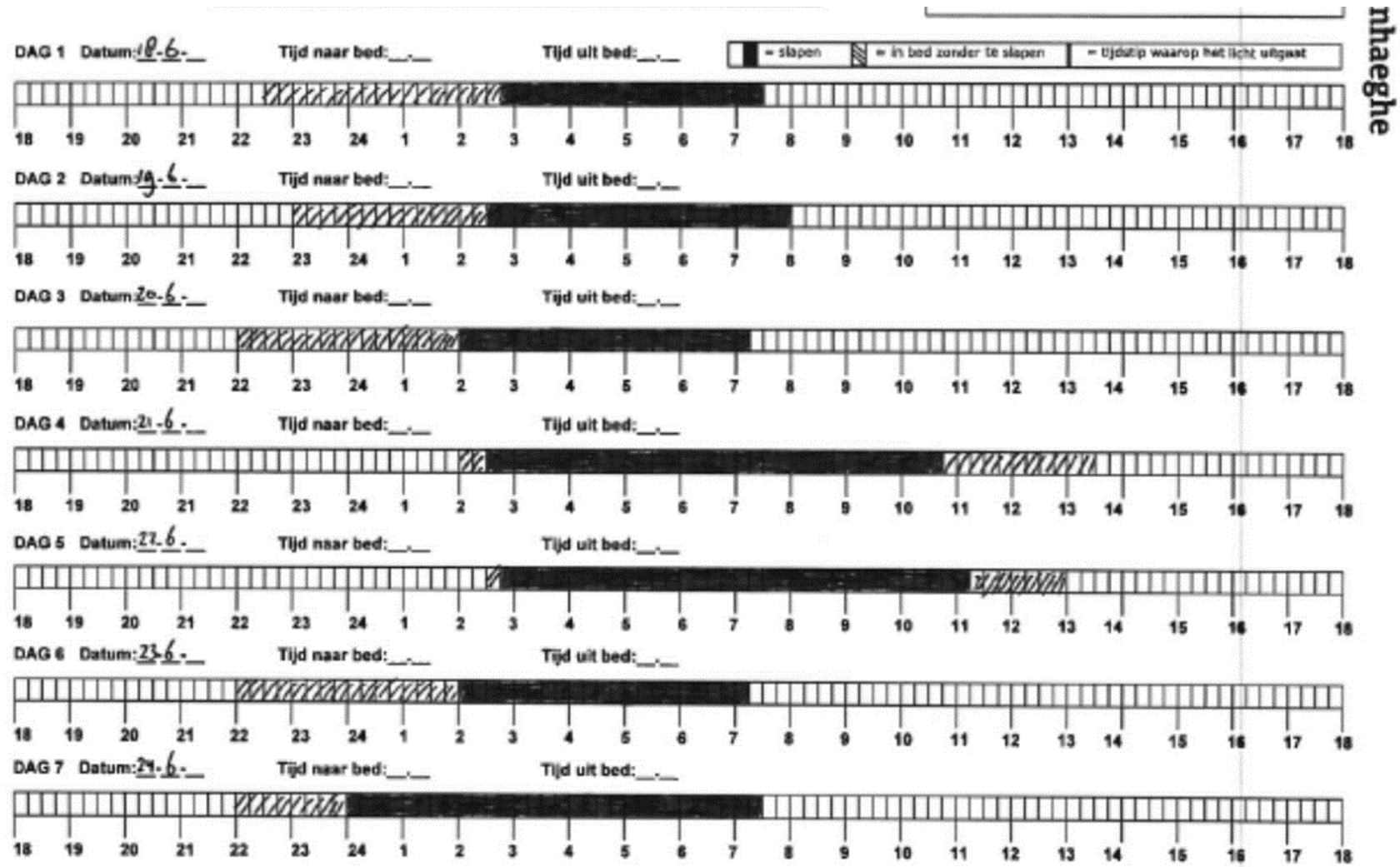
- Hoe laat gaat u naar bed?
- Hoe lang duurt het voor u inslaapt?
- Hoe vaak wordt u 's nachts wakker?
- Hoe lang duurt dat, wat doet/denkt u dan?
- Hoe laat wordt u de laatste keer wakker?
- Hoe laat staat u op?
- Doet u dutjes overdag?



CGT-i anamnese (2)

- Ontstaan, beloop, frequentie, driefactorenmodel (aanleg, uitlokkende en onderhoudende factoren)
- Klachten aanwezig in vakanties/ weekend? Wat zijn dan de tijden van opstaan en naar bed gaan?
- Piekeren, angst, paniek
- Cafeïne, alcohol, medicatie
- Balans spanning / ontspanning overdag
- Nachtmerries
- Hormonale invloeden (menopauze)

Slaapdagboek dhr. A.



CGT-i Psycho-educatie

1. Slaapopbouw REM / NREM

- kernslaap = diepe slaap eerste helft van de nacht, restslaap = tweede helft van de nacht.
- kwaliteit boven kwantiteit!

2. Individuele verschillen slaapbehoefte en circadiaan ritme, veranderingen bij ouder worden (vaker wakker 's nachts)

3. Slaapdruk en biologische klok (proces S en C)

4. Slaap is afhankelijk van activiteiten overdag

5. Gedrag/ middelen over gehele dag kan slaap beïnvloeden: alcohol, cafeïne, spanning overdag, (in)spanning 's avonds, verveling

6. Ontstaan van slapeloosheid: driefactorenmodel en vicieuze cirkel

De vicieuze cirkel van langdurige slapeloosheid



CGT-i Stimuluscontrole

- Maximaal 20 minuten wakker in bed
- Anders opstaan, slaapkamer uit, doe saaie activiteit met gedempt licht
- Weer naar bed als slaperig, of na maximaal 30 minuten
- Slaapkamer alleen gebruiken voor slapen en seks
- Elke dag op dezelfde tijd opstaan



Doel: bed / slaapkamer associëren met slaap, niet met wakker zijn (conditionering)

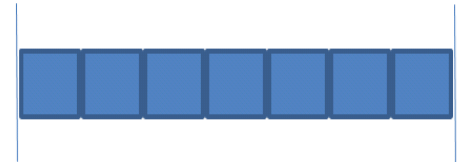
CGT-i Slaaprestrictie

- Aantal uur slaap laten schatten (aan de hand van slaapdagboek)
- Alleen die uren in bed liggen, minimaal 5 uur
- Doel: vergroten slaapefficiëntie (uren slaap/uren in bed)
- In begin toename van moeheid overdag (waarschuw voor autorijden)
- Wanneer de slaapefficiëntie 7 dagen 85%-90% is, tijd in bed uitbreiden met 15 min.
- Effect na 3-5 weken

Week 0



Week 3



Ouderen met insomnie, behandeling met benzodiazepines, zopiclon, zolpidem

Advies: vermijdt benzodiazepines bij ouderen! (Meta-analyse Glass et al 2005):

- number needed to harm = 6 versus number needed to treat = 13
- bijwerkingen: geheugenproblemen, vallen, fracturen
- zopiclon en zolpidem zelfde uitkomsten als benzodiazepines

Indien acute situatie wel indicatie (manie, suïcidaliteit)

- “LOT”: Lorazepam, Oxazepam, Temazepam
- Start met lage dosering, liefst intermitterend, let op verslaving!
- plan eind- of evaluatiedatum in, maximaal 4 weken. Combineer afbouwen met CGT-i
- Niet bij slaapapneu

Ouderen met insomnie, overige middelen (RCTs)

Melatonine 0,1mg - 3 mg (2 uur voor de slaap)

- significante maar kleine verbetering slaaplatentie (meta-analyse Auld et al 2017)
- Voordeel bij ouderen: geen sedatie en vallen
- NB bij insomnia geeft placebo in 60% van de patiënten verbetering (Winkler & Rief 2015)
- effectief bij REMslaap-gedragsstoornis (Kunz et al 2010)

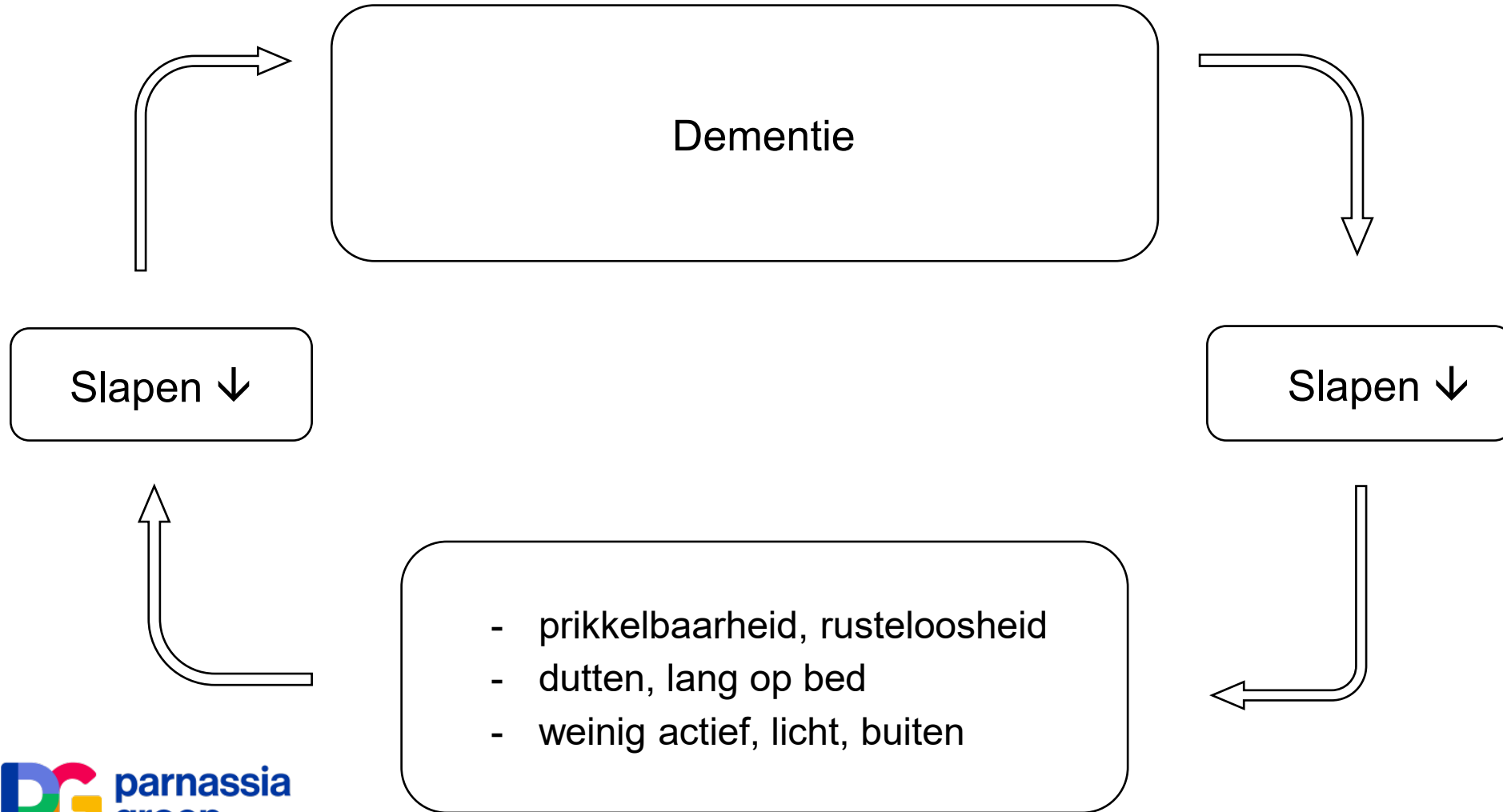
Antipsychotica:

- Geïndiceerd bij psychose, anders off-label
- shared decision making, metabole screening
- Evaluatiemoment inplannen

Slaapproblemen bij dementie

- 60 tot 70% van de ouderen met dementie heeft slaapproblemen
- nachtelijke onrust vaak reden voor opname in een verpleeghuis
- slaapproblemen geven toename cognitieve problemen overdag

Slaapproblemen bij dementie



Factoren specifiek bij dementie

Psychologische- en omgevingsfactoren

- Vaak minder lichamelijke inspanning en lichtblootstelling
- (Soms zeer) lang op bed liggen, lange dutjes overdag
- Pijn, honger, kou, warmte minder goed kunnen aangeven
- Psychiatrische comorbiditeit: visuele levendige hallucinaties 's avonds en 's nachts, stemmings- of angststoornis
- Cognitieve problemen: spanning overdag en 's avonds door desoriëntatie en overzichtsverlies, prikkelgevoeligheid
- In instelling geluiden en licht 's nachts

Behandeling slaapproblemen bij dementie

- Trazodone 50mg: 1 RCT bij Alzheimer, **effectief** (Camargos et al 2014). Bijwerkingen o.a. orthostatische hypotensie.
- Antipsychotica: Niet specifiek onderzocht voor insomnie bij dementie. Let op anticholinerge bijwerkingen m.n. bij olanzapine, clozapine
- Lichttherapie: **effectief** bij slaapstoornissen bij Alzheimer (meta-analyse, van Maanen et al 2016)
- Melatonine: melatonine wel effect op ervaren slaapkwaliteit, niet op slaapduur (meta-analyse Wang et al 2016)

Behandeling slaapproblemen bij dementie

CGT-i (mediatief) **niet onderzocht**, richtlijn voor patiënten in instellingen in de maak...



Slaap-waak adviezen via verzorging/mantelzorger:

- Lichtblootstelling overdag, liefst buiten, balans fysieke activiteit overdag en rustmomenten
- Oriënterende maatregelen: klok, kalender, **nachtdienst in pyjama**
- Vaste tijden van opstaan (en naar bed gaan)
- Tijd op bed maximaal 8 uur, dutjes niet te lang
- Vermijdt alcohol, koffie, cola, zwarte thee, nicotine voor de nacht



Uit: Linda

Aanbevelingen insomnie bij ouderen

1. Breng in kaart: somatische en psychosociale aspecten, medicatie/ middelen met invloed op slaap
2. Sluit andere slaapstoornissen uit bij aanwijzingen verwijs naar slaapcentrum
3. Behandeling insomnie 1^{ste} keus CGT-i . Eventueel aanpassen: meer sessies, meer herhaling, groter lettertype
4. Indien CGT-i niet voorhanden: psycho-educatie, zelfregistratie en
 - lage dosering benzodiazepine (met stopdatum/ intermitterend) of melatonine
 - Indien chronische insomnie: melatonine
 - Off-label antidepressivum of antipsychoticum: “shared decision making”, alsnog CGT –i?

Aanbevelingen insomnie bij dementie

1. Breng in kaart: somatische en psychosociale aspecten, medicatie met invloed op slaap, middelengebruik
2. Psychoeducatie aan mantelzorger: voldoende beweging, buitenlicht en lucht, maximaal 8 uur op bed, dutten inperken. Alert zijn op kou/ honger/ dorst/ pijn
3. Probeer lichttherapie met lamp
4. Farmacotherapie: trazolan, melatonine. Bij psychose sederend antipsychoticum (bijv. quetiapine, risperdal). Wees alert op anticholinerge bijwerkingen bij olanzapine en clozapine.
Bij off label gebruik: shared decision making, familie betrekken, termijn evaluatie effect en bijwerkingen

Literatuur

Verbeek, I., & Van de Laar, M. (2014). *Behandeling van langdurige slapeloosheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verbeek, I., & Van de Laar, M. (2014). *Verbeter je slaap: Werkboek voor de cliënt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Riemann, D., et al. *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia*. 2017, Journal of Sleep Research, pp. 1-26.

Mitchell, M.D., Gehrman, P., Perlis, M. et al. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract* **13**, 40 (2012).

<https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-40>

<https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-zorg-voor-gezonde-slaap-en-zorg-bij-slaapproblemen/>

A photograph of four people sitting outdoors in front of a brick building. From left to right: a man in a purple shirt, a woman in a grey jacket, an older woman in a grey coat and hat, and a man in a brown jacket. They are all smiling and looking towards the center. The background shows a brick building with large windows and some greenery.

WELKOM

WEBINAR

Omgaan met slaap- en waakproblematiek in de CPV

atlant

WONEN

ZORG

WELZIJN

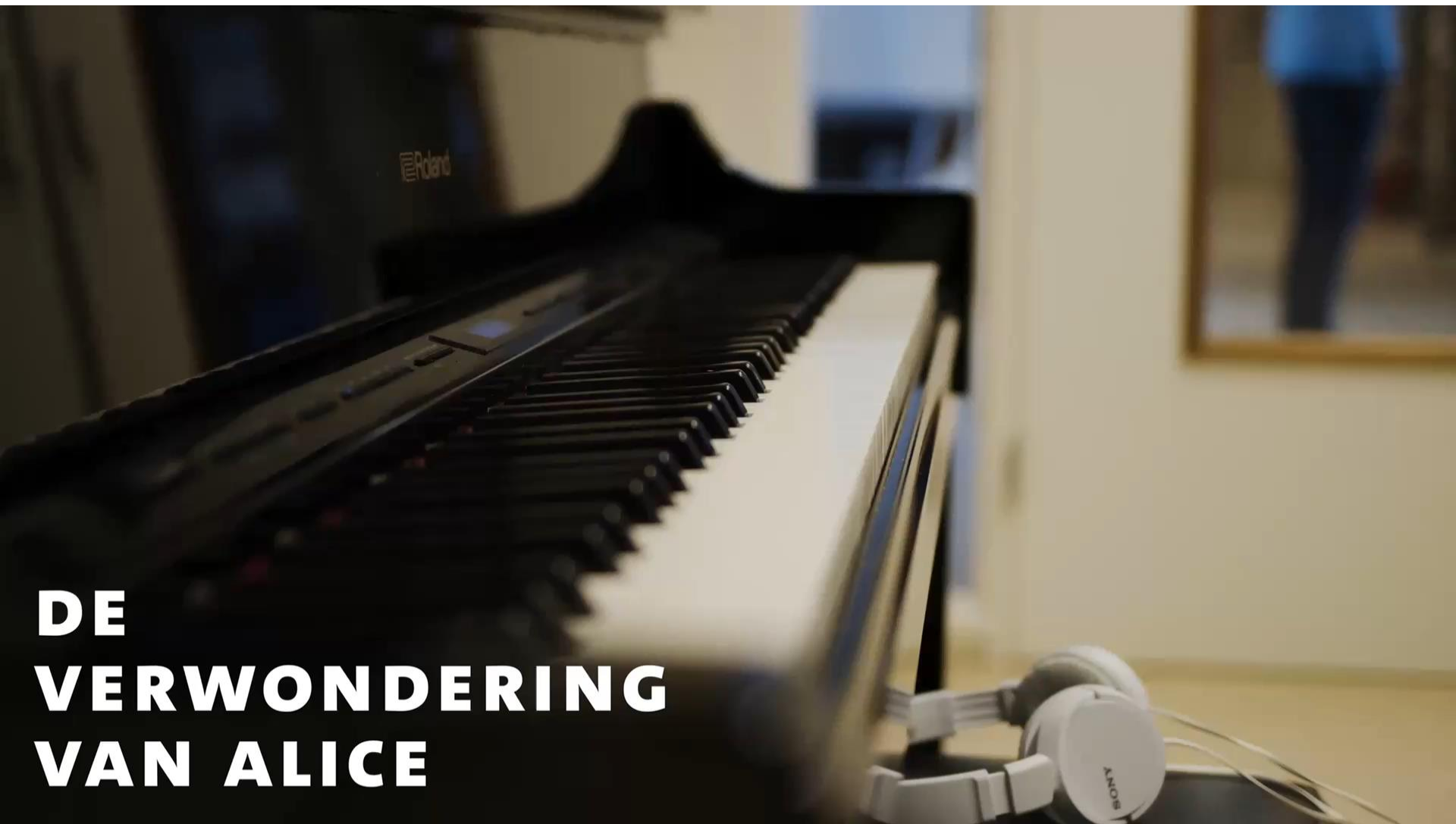


VERPLEEGKUNDIGE ALICE :

**'Waarom slaapt
iedereen op hetzelfde
hoofdkussen en heb ik
thuis een kussen op
maat?'**

atlant

#VERWONDERVRAAG

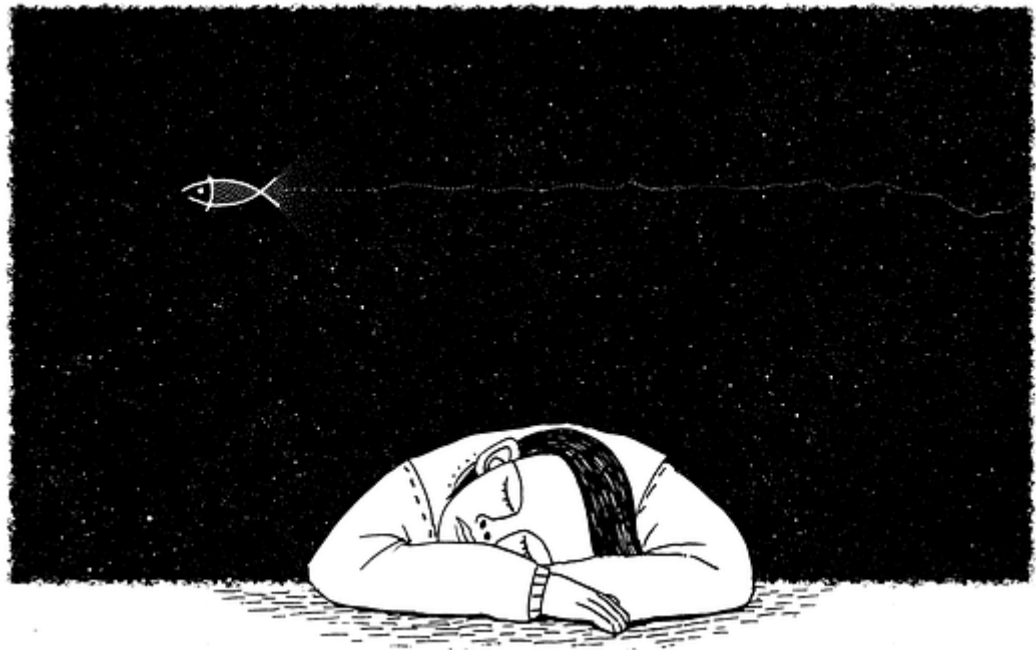


DE VERWONDERING VAN ALICE



Sensorische Informatieverwerking

In relatie tot slaaphygiëne binnen onze
Chronische Psychiatrische Verpleeghuiszorg



Wat is Sensorische Informatieverwerking?

Het kunnen organiseren van alle informatie die binnenkomt via de zintuigen.

- Intern
- Extern (hier ligt met name onze invloed op!)

Er op een adequate manier mee om kunnen gaan

Twee taken van het zintuigstelsel:

1. Waarschuwen (OVERleven)
2. Herkennen van informatie (BEleven)



Zintuigen

1. Horen, auditieve systeem
2. Zien, visuele systeem
3. Ruiken, reuk
4. Proeven, smaak
5. Tactiele systeem, voelen
6. Proprioceptie, houding- en bewegingsgevoel
7. Vestibulaire systeem, evenwicht







Alertheidniveau's



Fases van de alertheid:

1. Slapen
2. Wakker en ongericht actief/passief
3. Wakker en gericht actief
4. Wakker en gespannen actief/passief
5. Huilen of andere emotionele ontlasting



Zelfregulatie

atlant

Hoe zie je Si problemen terug binnen ons werkveld?

- Niet kunnen slapen door:
 - Roepgedrag
 - Zoek of dolend gedrag
 - Behoefte aan aanraking (of juist niet)
 - Motorische onrust
 - Zelfverwonding/agressie naar zichzelf of anderen.

Si in relatie met Slaaphygiene



- Om te kunnen slapen, moet je kunnen zakken in je alertheid naar fase 1.
- Welke prikkels zijn nodig of juist teveel?
- Het verhaal van Henk (casestudy 2014)

Fases alertheid:

1. **Slapen**

2. Wakker en ongericht actief/passief
3. Wakker en gericht actief
4. Wakker en gespannen actief/passief
5. Huilen of andere emotionele ontlading

Filmpje van Marc

Opdracht:

1. Welke zintuigen worden gebruikt?
2. Welke alertheid zie je?
3. Zijn er zintuigen gezamenlijk actief?

Marc



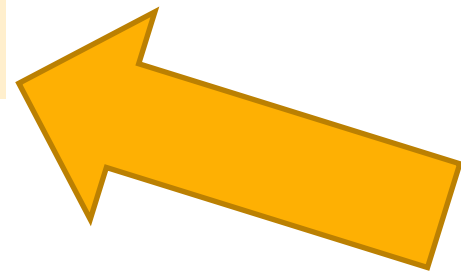
Filmpje van Marc

Opdracht:

1. Welke zintuigen worden gebruikt?
2. Welke alertheid zie je?
3. Zijn er zintuigen gezamenlijk actief?

TIPS:

- Observaties zijn interpreteerbaar!
- Start met SI bij eenvoudige problematiek.



SI binnen de CPV?

Uitdaging:

Wanneer je weet hoe een bewoner zijn alertheid reguleert,
weet je ook hoe je de alertheid omhoog of omlaag kunt
brengen...
zodat hij of zij 'lekker' kan slapen:

Bijvoorbeeld door de inzet van:

- Benaderingsplan
- Verzwarringsdeken of ander verzwarringsmateriaal
- Kettingdeken
- Innocare
- Bedbox/ Tentbed
- Lamp aanlaten
- Qwiek up



SI binnen de CPV?

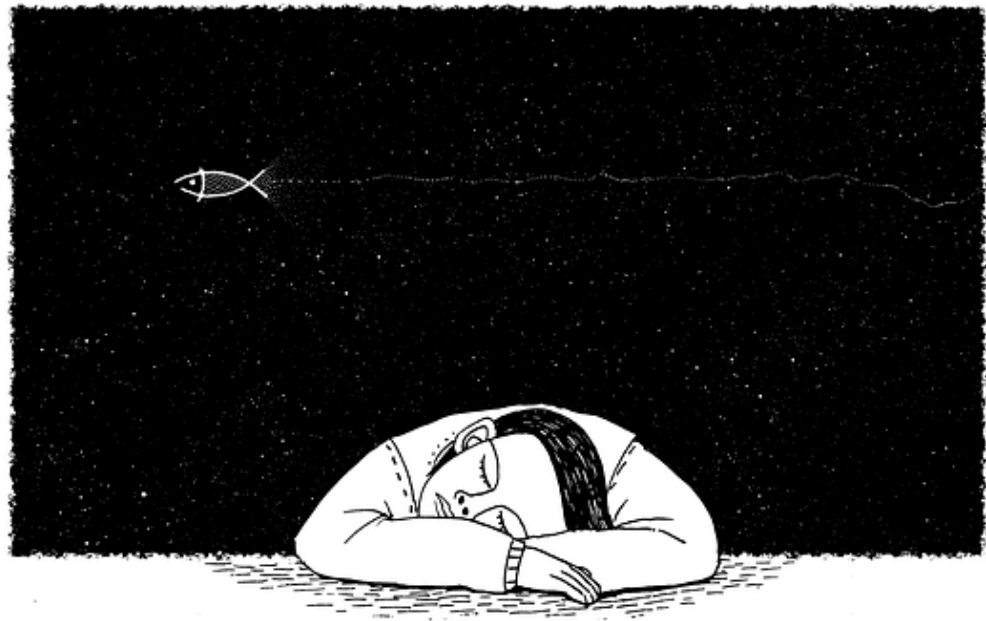
Analyse van de SI biedt:

Ruimte voor (gezonde!) multidisciplinaire
methodische discussie binnen het team.

Waarom vertoont een bewoner bepaald gedrag?

Begrijpen van gedrag

Het kan maar zo wél SI gerelateerd zijn.





Bedankt!

Meer weten? Mail naar onderzoek@atlant.nl

atlant

WONEN
ZORG
WELZIJN