

Zin en onzin van slaaphygiëneadviezen

I. Verbeek¹

(1)

Centrum voor Slaap Geneeskunde (CSG), Kempenhaeghe, The Netherlands

: 9 2011

Samenvatting

Slaapmiddelen behoren niet tot de behandeling van eerste keuze van langdurige slapeloosheid. Van kortdurende cognitieve gedragstherapie gericht op slaap (kortweg slaaptherapie genoemd) is bewezen dat het op lange termijn effectiever is dan slaapmiddelen.¹ Psychologen of praktijkondersteuners zijn de meest voor de hand liggende hulpverleners in de eerste lijn om slaaptherapie te geven. Slaaphygiëneadviezen zijn onderdeel van de slaaptherapie. De huisarts kan zelf ook slaaphygiëneadviezen geven, maar zal dan ook coaching moeten aanbieden. Pas dan kan men effect verwachten. Alleen het meegeven van een lijstje met adviezen is niet zinvol.

Inleiding

Slecht slapen komt veel voor. Bijna iedereen slaapt weleens slecht. De prevalentie van langdurig (langer dan één maand) slecht slapen komt neer op 10% van de volwassen bevolking.²

De Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen* van het Nederlandse Huisartsen Genootschap³ maakt een onderscheid tussen kortdurende en langer durende slapeloosheid. De grens is gelegd bij drie weken, omdat daarna de aanvankelijke oorzaak van het slaapprobleem op de achtergrond raakt en negatieve conditionering een rol gaat spelen. Met negatieve conditionering wordt de vicieuze cirkel van slapeloosheid bedoeld, waarin bijna iedereen belandt die gedurende langere tijd aan slapeloosheid lijdt, ongeacht de oorspronkelijke oorzaak (zie figuur 1).

Het slechte slapen leidt tot angst en zorgen maken over het feit dat het slapen niet lukt en de consequenties daarvan overdag (cognitieve arousal). Dit leidt weer tot een verhoogde hartslag, verhoogde spierspanning en andere uitingen van fysiologische arousal. De patiënt ontwikkelt vaak begrijpelijke maar niet-functionele gedragingen (zoals extra lang in bed blijven liggen, gebruik van alcohol en/of medicatie) die het slechte slapen versterken. De vicieuze cirkel is rond.

Kortdurende cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) of slaaptherapie doorbreekt deze vicieuze cirkel en is de behandeling van eerste keuze bij langdurende slapeloosheid.



Figuur 1
De vicieuze cirkel van langdurige slapeloosheid.⁴

Hoe werkt CGT-i?

Slaaptherapie berust op vijf pijlers en heeft als doel de vicieuze cirkel van slapeloosheid te doorbreken.

- Psycho-educatie over slaap waarin informatie over slaap en slaaphygiëneadviezen aan de orde komen.
- Bijhouden van een slaapdagboek om inzicht te krijgen in het slaap-waakpatroon over meerdere dagen en het gebruik van alcohol, medicatie en cafeïne.
- Doorbreken van niet-functioneel slaapedrag door stimuluscontrole en slaaprestrictie. Het doel van stimuluscontrole is het bed weer leren verbinden met slaap en waakactiviteiten buiten het bed te houden. Het doel van slaaprestrictie is de tijd in bed te verkorten, zodat de slaapdruk oploopt. Dit leidt tot sneller inslapen en beter doorslapen.
- Ontspanningstraining begint met het plannen van rustmomenten op de dag, waarop er aandacht is voor een rustige buikademhaling. Ook progressieve relaxatie en autogene training worden toegepast. Bij progressieve relaxatie leert men ontspannen door verschillende spiergroepen eerst actief aan te spannen en vervolgens te ontspannen. Bij autogene training wordt gebruikgemaakt van zelfsuggestie (voorstellen dat lichaamsdelen warm en zwaar aanvoelen) en visualisatieoefeningen.
- Cognitieve therapie richt zich op het doorbreken van automatische negatieve gedachten over de slaap.
- Gedurende gemiddeld zes weken komt een patiënt wekelijks op het spreekuur. Daarna volgen nog drie follow-ups (na één, drie en zes maanden). Deze behandeling wordt meestal gegeven door psychologen.

Psycho-educatie

Kern- en restslaap

Uitleg over kern- en restslaap is vaak een eyeopener. We hebben niet per se acht uur slaap nodig, maar een combinatie van een goede kernslaap (ongeveer vijf uur) en voldoende aandacht voor lichamelijke en geestelijke ontspanning. De eerste drie slaapcycli met vooral diepe slaap en het belangrijkste deel van de droomslaap noemen we kernslaap, de overige uren restslaap. Slaap dient voor herstel, maar als we lichamelijk en geestelijk ontspannen zijn, vindt er ook herstel plaats en vergroten we bovendien de kans op slaap. De veelvoorkomende overtuiging ‘Slaap je niet, dan rust je toch’ klopt met als toevoeging dat men voor het rusten

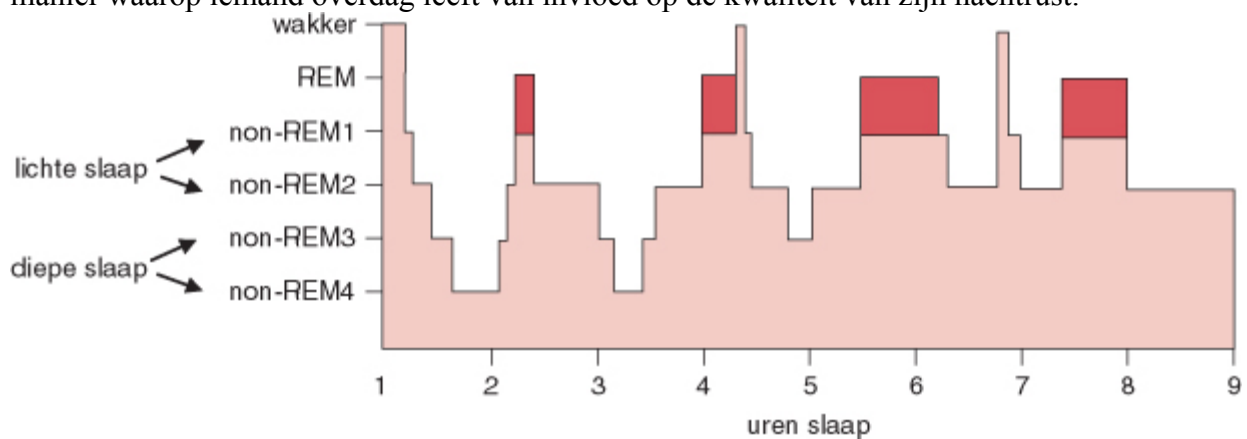
niet in bed hoeft te liggen. Informatie over kern- en restslaap leidt er vaak toe dat mensen niet langer krampachtig in bed gaan liggen met het idee te moeten slapen of angst dat er onvoldoende tijd is om te slapen.

De uren voor twaalf uur tellen dubbel

Deze volkswijsheid refereert aan de eerdergenoemde kernslaap. De eerste uren van de slaap zijn inderdaad het belangrijkste voor herstel en dus waardevoller. Voor avondmensen vallen deze uren echter juist na twaalf uur. Als zij voor twaalf uur naar bed gaan, zal het inslapen alleen maar langer duren.

Slaap als 24-uurs gebeuren

Dag en nacht hebben alles met elkaar te maken. Een drukke dag kan leiden tot een onrustige slaap als de activiteiten van de dag niet voldoende worden afgebouwd. Andersom zal de nacht onrustig zijn als er een spannende dag volgt. De activiteiten van de dag zijn dan ook van invloed op de slaap 's nachts, zowel de nacht ervoor als de nacht erna. Op deze manier is de manier waarop iemand overdag leeft van invloed op de kwaliteit van zijn nachtrust.



Figuur 2

Hypnogram van een normale slaap van een volwassene, Kempdenhaeghe©.

Slaaphygiëneadviezen

Zoals gezegd zijn slaaphygiëneadviezen onderdeel van slaaptherapie. Het doel van slaapadviezen is het creëren van goede omstandigheden om te slapen.⁵

Houd regelmatige bedtijden aan, vooral op dezelfde tijd opstaan. In het weekeinde mag het tijdstip van opstaan maximaal 1,5 uur verschuiven ten opzichte van het tijdstip door de week.

Het tijdstip van opstaan constant houden geeft een duidelijk signaal aan onze biologische klok, die de timing van slaap reguleert. Als er te grote aanpassingen van de biologische klok gevraagd worden, doordat er grote verschuivingen plaatsvinden in het tijdstip van opstaan (bijvoorbeeld door lang uitslapen op zondagochtend), kunnen er problemen ontstaan bij het inslapen. Een bekend voorbeeld is het moeilijk inslapen op zondagavond. Dit heeft dus zeker niet alleen te maken met de overgang van vrije tijd naar werk of studie, maar ook met onze biologische klok.

Begin de dag met voldoende licht.

Helder licht 's ochtends helpt om een regelmatig slaapritme te stabiliseren en de overgang van nacht naar dag duidelijk te markeren

Beperk de tijd in bed tot maximaal acht uur.

De gemiddelde Nederlander slaapt iets meer dan zeven uur. Gemiddeld genomen hebben we 20–30 minuten nodig om in te slapen (ouderen 30–60 minuten). Verder is het normaal om 's nachts een paar keer kort wakker te worden. Acht uur in bed is voor de meesten van ons dan ook een goede richtlijn. Dit advies houdt geen rekening met korte en lange slapers.

Bewaar het bed om te slapen of te vrijen. Ga pas naar bed wanneer u zich slaperig voelt en sta even op als het slapen niet lukt.

Dit advies verwijst rechtstreeks naar de stimuluscontrole en is gericht op het bed weer leren verbinden met slaap, zodat alle aan waak gerelateerde associaties met het bed gedoofd worden.

Beperk het lezen of tv kijken in bed tot maximaal 30 minuten.

Als lezen of tv kijken leidt tot slaperig worden, is het prima. Het wordt anders als er spannende programma's worden bekeken of thrillers gelezen worden in bed. Zo saai mogelijke programma's of lectuur werkt het meest slaapverwekkend.

Ontspan voor het slapengaan: bouw uw dag af en vermijd ongeveer een uur voor het slapengaan inspannende geestelijke en lichamelijke activiteiten.

Het is begrijpelijk dat het niet veel zin heeft om meteen naar bed te gaan als de dag heel druk is geweest. We hebben geen aan/uit knop. Als het echter al laat is en men er weer vroeg uit moet, kan het heel verleidelijk zijn om meteen naar bed te gaan na thuiskomst. Zelden leidt dit tot een rustige nacht. Het is dus de moeite waard om tijd te nemen om de dag af te bouwen voor het naar bed gaan.

Een dutje 's avonds is sterk af te raden, een kort dutje overdag (maximaal 30 minuten) is geen probleem als het uw nachtslaap niet verslechtert.

Een 'powernap' van maximaal 30 minuten tussen 13.00–15.00 uur kan heel verkwikkend zijn. Het is dan niet de bedoeling om naar bed te gaan, maar even de ogen te sluiten in een gemakkelijk zittende stoel. Het gaat vooral om het even ontspannen. Niet iedereen voelt zich beter na een dutje. Een (lunch)-wandeling kan ook een goede manier zijn om even te ontspannen tussen de middag.

Draai de wekker om zodat u er niet op kunt kijken, het steeds zien van de tijd geeft alleen maar onrust.

Het is een bekend verschijnsel dat slechte slapers de slaap een stuk slechter inschatten dan deze objectief blijkt te zijn. Wie steeds op de wekker kijkt, kan in de tussenliggende tijd wel degelijk geslapen hebben, maar zal deze tijd vrijwel zeker als waak beleven. Het nietweten van de tijd kan daarom de beleving van slaap positief beïnvloeden. Soms geeft het niet-weten van de tijd juist meer onrust of woont iemand bijvoorbeeld naast de kerktoeren die elk halfuur slaat. In dat geval is het voldoende om uit te leggen waarom het zinvol is om zo min mogelijk op de tijd te letten.

Zorg voor voldoende beweging overdag.

Lichaamsbeweging heeft vele voordelen. Het verbetert niet alleen de conditie, maar heeft ook positieve effecten op de stemming en daarmee op slaap. Sport echter niet vlak voor het slapen als u slaapproblemen hebt.

Vermijd cafeïne na 18.00 uur (koffie, thee, cola, chocola).

Cafeïne is een opwekkende stof voor het centrale zenuwstelsel. De meeste cafeïne zit in koffie en red bull (70–100 mg per glas). Cafeïne komt ook voor in (ijs)thee en cola (15–30 mg per glas), en in mindere mate in chocolademelk en decafé (3–5 mg per glas). Niet iedereen is gevoelig voor het effect van cafeïne. Bij inslaapproblemen is het waardevol om gedurende vier weken vier tot zes uur voor het slapen geen cafeïnehoudende dranken te nemen.

Gebruik alcohol niet als slaapmiddel, één tot twee glazen verspreid over de avond kan geen kwaad.

Alcohol in grote hoeveelheden heeft een versturende werking op de slaap. Veel mensen vallen snel in slaap als ze alcohol gedronken hebben, maar die slaap is van korte duur. Na enkele

uren wordt men wakker en is de slaap erna erg onrustig en niet rustgevend. Naast de kater die veel alcohol drinken vaak uitlokt, draagt dit niet bij aan het fris en uitgerust ontwakken na een avond met veel alcohol.

Zorg voor warme voeten bij het inslapen.

Oma had gelijk met de bedsokken. Onderzoek heeft aangetoond dat in bed, wanneer het licht uit is, de toename van temperatuur van de voeten leidt tot sneller inslapen.⁶ Zorg dus voor warme voeten in bed.

Een warm bad 1–2 uur voor bedtijd kan helpen om sneller in te slapen.

Door een warm bad van een halfuur warm je jezelf op. Na het bad wordt warmte afgegeven vanwege verhoogde huiddoorbloeding. Ongeveer twee uur na het bad is de kerntemperatuur genormaliseerd, maar treedt er een ‘overshoot’ op; de huiddoorbloeding blijft wat langer verhoogd. De warmere huid en koelere kern zijn ideaal om in slaap te vallen.⁷

Hoe zit het met het glaasje melk?

Melk bevat L-tryptofaan, een voorloper van serotonine, en zou daarom slaapbevorderend werken. Om echter de juiste hoeveelheid binnen te krijgen zouden we liters melk moeten drinken. En maar plassen...

Of het zin heeft om voor het slapen iets warm te drinken, is nog nooit goed onderzocht. De hypothese is dat het door de hersenen geregistreerd wordt als er iets warm wordt gedronken en dat deze reageren met het laten toenemen van de huiddoorbloeding. De daardoor warmere huid is gunstig voor het in slaap vallen.

Zin en onzin van slaaphygiëneadviezen

In 2006 zijn praktijkrichtlijnen voor de behandeling van insomnie beschreven.⁸ Hierin werd de mate van bewijs in de huidige peerreviewed wetenschappelijke literatuur door een team van experts bekeken. De volgende therapieën werden effectief bevonden en aanbevolen voor langdurige

- psychologische en gedragsmatige interventies;
- stimuluscontrole;
- slaaprestrictie;
- ontspanningstraining;
- cognitieve therapie, zowel zonder als met ontspanningstherapie;
- multicomponent therapie, zowel met als zonder cognitieve therapie;
- paradoxale intentie (patiënt instrueren om passief wakker te liggen en iedere poging om in slaap te vallen te vermijden);
- biofeedback (visuele of audiotie feedback geven aan de patiënt om fysiologische parameters (bijvoorbeeld spierspanning of hartslag) te controleren en zo een reductie te bewerkstelligen van somatische arousal);
- uit onderzoek kwam naar voren dat er *onvoldoende* bewijs is dat *alléén* slaaphygiëneadviezen voldoende effectief zijn.

Wat betekent dit voor de huisartsenpraktijk?

Het alleen maar meegeven van een lijstje met slaaphygiëneadviezen is niet zinvol. De meeste mensen zullen een dergelijk lijstje al weleens gelezen hebben in een tijdschrift. Pas als er coaching plaatsvindt, mag men effect verwachten. De meeste adviezen zijn gericht op het doorbreken van slaapbelemmerend gedrag. Verandering van gedrag gaat niet vanzelf; tijd en ondersteuning zijn nodig. De vraag is of de huisarts dat zelf moet doen. Tegenwoordig wordt steeds vaker de praktijkondersteuner ingezet. Vooral de praktijkondersteuners GGZ (POH

GGZ) zijn geschikt om mensen met slapeloosheid te helpen om de vicieuze cirkel van slapeloosheid te doorbreken. Onlangs is er een project geëvalueerd waarbij de POH GGZ patiënten met langdurige slapeloosheid begeleid heeft volgens de methode van ondersteunde zelfhulp. Hierbij werd gebruikgemaakt van het zelfhulpboek *Slapeloosheid*, dat hoort bij de Teleac-cursus *Beter slapen? Doe-het-zelf!*⁹ Gemiddeld hadden de POH GGZ de patiënten ruim drie keer teruggezien en dat leidde tot een daling van het gebruik van slaapmiddelen en verbetering van houding en gedachten ten opzichte van de slaap. De resultaten zijn veelbelovend en laten zien dat er een rol weggelegd is voor POH GGZ in de behandeling van slapeloosheid.

Dit jaar is een behandelprotocol voor therapeuten en een werkboek voor cliënten verschenen dat hen hierbij kan helpen.^{10,11} Doel hiervan is behandelaars in de eerste en tweede lijn concrete handvatten te geven hoe hun patiënten te helpen om de vicieuze cirkel van slapeloosheid te doorbreken.

Conclusie

Slaaphygiëadviezen zijn zinvol als onderdeel van slaaptherapie om de vicieuze cirkel van langdurige slapeloosheid te doorbreken. Het geven van slaaphygiëadviezen zonder coaching is niet zinvol. Slaaptherapie gaat om verandering van gedrag; dat kost tijd en daarvoor is begeleiding nodig. In de eerste lijn zijn vooral psychologen en praktijkondersteuners GGZ de meest voor de hand liggende hulpverleners om slaaptherapie te geven.

Literatuur

1.

Riemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Medicine Reviews* 2009;13:205–214.[PubMedCrossRef](#)

2.

Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep* 1999; 2 (Suppl. 2):S347–S353.

3.

Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHGStandaard Slaapproblemen en slaappmiddelen. *Huisarts Wet* 2005;48(8):402–415.

4.

Morin CM, Espie CA. *Insomnia. A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003.

5.

Verbeek I, Klip EC. *Slapeloosheid*. Amsterdam: BOOM Hulpboek, 2003.

6.

Raymann RJEM, Swaab DF, Someren EJW van. Skin temperature and sleep-onset latency: Changes with age and insomnia. *Physiol Behav* 2007;90:257–266.[PubMedCrossRef](#)

7.

Someren, EJ van. More than a marker: interaction between the circadian regulation of temperature and sleep, age-related changes, and treatment possibilities. *Chronobiology International* 2000;17(3):313–354.[PubMedCrossRef](#)

8.

Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American academy of sleep medicine report. *Sleep* 2006;29(11):1415–19.

9.

Ven G van der, Meulenpas M, Gorgels W, Verbeek I, Laurant M. Inzet praktijkondersteuner GGZ bij slaapproblemen. *Huisarts Wet* (submitted).

10.

Verbeek I, Laar M. *Behandeling van langdurige slapeloosheid, therapeutenboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.[CrossRef](#)

11.

Verbeek I, Laar M. *Verbeter je slaap. Werkboek voor de cliënt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.