

ARTS

Psychofarmaca kunnen noodzakelijk zijn in bepaalde gevallen, in minimale dosis en gedurende een gepaste periode. Jammer genoeg maken vele patiënten er chronisch gebruik van.

De gewenning en de afhankelijkheid die benzodiazepines veroorzaken zijn delicaat, maar kunnen opgelost worden. Ze kunnen ook worden vermeden door de patiënten van bij het begin van de behandeling te wijzen op andere oplossingen, die trouwens veel efficiënter zijn op lange termijn.

Ook de opstart van antidepressiva bij depressie moet weloverwogen zijn. De ernst van de depressie bepaalt of antidepressiva aangewezen zijn.



BIO-PSYCHO-SOCIALE CONSULTATIE IN DE
HUISARTSENPRAKTIJK (ICCIE)



1.1 DE ICCIE-METHODE

« DOKTER, IK WEET NIET MEER WAT IK MOET DOEN... »

Als huisarts ontvangt u patiënten met allerlei kwalen en klachten. Een medisch consult start steeds met het verzamelen van informatie en het exploreren van het patiënten spoor:

- > wie komt – waarmee – net nu – bij mij?

Binnen sommige consultaties vraagt het exploreren van het patiënten spoor slechts een fractie van uw tijd en aandacht en kan u snel naar een medische anamnese of klinisch onderzoek overgaan. Binnen andere consultaties ligt de steutel van een gepaste hulpverlening veeleer bij een grondige exploratie en zal een klinisch onderzoek soms enkel ter uitsluiting dienen...

Consultaties waar psychosociale klachten een rol spelen, behoren ontegensprekelijk tot de laatste soort.

DE ICCIE-METHODE VOOR PSYCHOSOCIALE KLACHTEN

Bij psychosociale klachten kan u uw 'ICE' uitbreiden tot een 'ICCIE' (Ideas – Concerns – Coping – Impact – Expectations) van de patiënt:

- > **Ideas:** Hoe is de 'ziektetheorie' van de patiënt?
"Heeft u zelf een idee waar dit mee te maken zou kunnen hebben of wat er aan de hand is?"
- > **Concerns:** Waar is betrokkene over bezorgd?
"Hoe is het voor u om hier last van te hebben?" Waar maakt u zich precies zorgen over?"
- > **Coping:** Hoe gaat hij er mee om?
"Heeft u al iets geprobeerd om het te doen verminderen? Wat dan? Werkte het?"
- > **Impact:** Wat is de impact op het dagelijks functioneren?
"Heeft u er veel last van? Houdt het u tegen om bepaalde dingen te doen?"
- > **Expectations:** Wat verwacht de patiënt van u?
"Wat hoopt u dat ik voor u/ hieraan zou kunnen doen?"

ICCIE geeft u als arts een houvast om doorheen de exploratie van een klacht tot een verhaal te komen. Bij psychosociale consultaties biedt dit het grote voordeel dat uw latere interventies kan afstemmen op uw patiënt. Bij het samen zoeken naar licht in de duisternis (I see....) bent u bovendien al heel wat aan het doen voor uw patiënt.

In wat volgt wordt de meerwaarde van het zoeken naar het verhaal rond een (psychosociale) klacht toegelicht: van een klacht naar een verhaal & exploreren is desinfecteren.

Er wordt ook stilgestaan bij enkele veelvoorkomende moeilijkheden of struikelblokken waarmee u als huisarts te maken kan krijgen: verwerken de patiënt psychofarmaca of iets anders? En moet dat nu echt vandaag?

1.2 EXPLOREN IS DESINFECTEREN

WAAROM EEN KLACHT RUIM EXPLOREREN?

Als arts wil u uw patiënt helpen en iets ondernemen om zijn problemen op te lossen. 'Luisteren' en 'exploreren' voelt voor artsen soms aan als niets doen... Maar niets is minder waar!

Het empathisch en uitgebreid beluisteren van het patiënten verhaal is enerzijds een basis voor wat nog kan volgen aan hulpverlening. Anderzijds is dit ook reeds hulpverlening: exploreren is desinfecteren. Het is een noodzakelijke en soms voldoende interventie.

Via een uitgebreide exploratie werkt u met uw patiënt aan een breed bio-psycho-sociaal begrip van wat hem/haar overkomt. Uw patiënt voelt zich serieus genomen en begrijpt zichzelf ook beter na een uitgebreide exploratie. Als u aan dit alles ook nog

psycho-educatie kan toevoegen, dan heeft u als hulpverlener werkelijk al heel wat gedaan en betekend voor uw patiënt.

1.3 HET BELANG VAN PSYCHO-EDUCATIE

BEGRIJPEN = EEN DIAGNOSE STELLEN


Uw diagnose wordt een gemeenschappelijke ziekte-theorie: be-grijpen is de eerste, noodzakelijke stap van zinvol in-grijpen.

Doorheen een uitgebreide en empathische exploratie (ICCIE 'I see') werkt u met uw patiënt aan een bio-psycho-sociaal begrip van wat hem/haar overkomt. U bouwt - samen met uw patiënt - aan een **gemeenschappelijke ziekte-theorie**: u bouwt als huisarts mee als 'expert in het bio-psycho-sociaal functioneren van de mens in het algemeen'. Uw patiënt bouwt mee als 'expert in zichzelf en zijn/haar eigen leven'. Be-grijpen vormt steeds het begin van zinvol in-grijpen, ook bij psychosociale klachten.

Na een eerste uitgebreide exploratie (ICCIE - I see) volgt wellicht een volgende stap (in een vervolgsessie). Ook exploreren kan u - net als desinfecteren - best niet éénmalig doen: veelvuldig exploreren levert u een schone 'wonde' op. Doorheen het verder en uitgebreider exploreren doet u bovendien reeds dan desinfecteren: u bouwt met uw patiënt aan een diagnose en in dit geval aan een gemeenschappelijke ziekte-theorie. Door samen te bouwen aan een gemeenschappelijke ziekte-theorie (begrijpen) werkt u niet enkel desinfecterend maar ook helend. In wat volgt vindt u tools die u kunnen helpen om tot een gemeenschappelijke ziekte-theorie te komen.

DE BALANS OPMAKEN : EVENWICHT OF ONEVENWICHT ?

DE BALANSTOOL

Als u samen met uw patiënt wil zoeken naar een duurzame en patiënt-specifieke oplossing, dan vormt een gemeenschappelijke ziekte-theorie een belangrijk ijkpunt. De  **balanstool** kan u helpen om de gegevens die doorheen een uitgebreide exploratie (ICCIE) aan bod komen, te ordenen en samen te vatten.

Via de balanstool kan u als arts de klachten van de patiënt in beeld brengen als symptomen van een verstoorde balans draaglast-draagkracht. Zo kan u de (sommatische) klacht van de patiënt binnen een ruimer, bio-psycho-sociaal functioneren plaatsen. Als arts brengt u orde en overzicht in het verhaal en maakt u het mogelijk om alle gegevens te integreren.

Op deze manier werkt exploreren niet enkel als desinfecteren: met een gemeenschappelijke ziekte-theorie werkt u reeds helend.

De balanstool visualiseert een verstoorde balans tussen draaglast (stressoren) en draagkracht (ondersteunende factoren, krachtbronnen).

De balanstool brengt de klachten van de patiënt in beeld in relatie tot enerzijds uitlokkende/in standhoudende factoren. Het geeft orde en overzicht en maakt het mogelijk om de gegevens uit het gesprek te integreren.

De balanstool kan als samenvatting en ordening dienen, maar kan ook de exploratie op zich sturen en aantonen welke gegevens in het patiënten verhaal mogelijks nog ontbreken.

DE VRAGEN VAN DE BALANS

- > Wat is de **klacht** van de patiënt?
"Kan u wat meer vertellen over de klacht die u ervaart en waarmee u tot bij mij komt?"
- > **Impact** van de klacht: vraag na wat de patiënt doet en nalaat ten aanzien van de klacht.
"Vermijdt u bepaalde omstandigheden, of situaties, als gevolg van deze klacht?"
- > **Draaglast/stresserende factoren**.
"Wat zijn factoren/gebeurtenissen in uw dagelijkse leven die u spanning/stress geven?" // "Wat is er momenteel een blok aan uw been?"

- › Draagkracht/ ondersteunende factoren.
"Wat zijn factoren in uw dagelijkse leven die u ontspannen of die u energie geven of die u helpen?" // "Welke ballon doet u zweven of geeft u moed?"

Aard van het beestje.

"Als uw partner/kinderen/vrienden... u zouden beschrijven wat voor iemand u bent, wat zouden ze dan zeggen?" // "En zou u uzelf net zo beschrijven? Of hoe zou u uzelf typeren?" // "Hoe beïnvloeden deze karaktereigenschappen je krachten en lasten?"
Eerdere **coping** strategieën (met aandacht voor alcohol- of medicijngebruik).
"Hoe ging u in het verleden om met moeilijke situaties?" // "Zijn er dingen die u vroeger geholpen hebben om met moeilijke situaties om te gaan?" // "Sommige mensen drinken wel eens alcohol om zich te ontspannen, heeft u ooit een toevlucht gezocht in alcohol?"

U kan er voor kiezen om aan de patiënt te vragen om thuis zelfstandig de tijd te nemen om een dergelijk balansschema voor zichzelf in te vullen. U zet uw patiënt op deze manier zinvol aan het werk (als expert in zichzelf) en jullie kunnen in een vervolgsamen verder werken.

EEN CONSULTATIE DIE TIJD VRAAGT

Het is volstrekt normaal dat het opstellen van deze balans (en dus het ruim exploreren van het patiënten verhaal) meer dan één consultatie behoeft. Zelf de nodige tijd nemen en ook uw patiënt de tijd gunnen om tot een ruim begrip te komen, is op zich een belangrijke interventie: u toont dat u uw patiënt en zijn klacht serieus neemt en dat is wat hij het meest nodig heeft. Bovendien is exploreren reeds een vorm van hulpverlening: exploreren is desinfecteren.

DE PERSOONLIJKHEID VAN DE PATIËNT

Ook de 'aard van het beestje' en dus de persoonlijkheid van de patiënt zelf speelt in deze balans een rol (via gewoontepatronen, copingstijl, karaktereigenschappen). De aard van het beestje beïnvloedt zowel de draaglast als de draagkracht en kan op beiden zowel een positieve als negatieve uitwerking hebben. De balansmetafoor werkt bovendien onschuldigend en bevrijdend voor patiënten. 'Uit balans zijn' heeft immers niet enkel met de persoon, maar ook met omgevingsinvloeden te maken.

Vb. de eigenschap 'perfectionisme' kan positief inspelen op de draagkracht: het drijft veel mensen vooruit en leidt tot mooie verwezenlijkingen. Té perfectionistisch zijn kan echter ook een draaglast worden en contraproductief werken op de verwezenlijkingen. Vandaar een mooi besluit: té is nooit goed, ook het perfectionisme moet in balans gehouden worden. Het perfectionisme heeft zijn slechte en maar ook zijn goede invloeden. Belangrijk is steeds om een goed evenwicht te vinden en 'in balans' te zijn.

DE 3 VRAGEN VAN DE PATIËNT

Uw bijdrage als expert-huisarts aan de 'ziektetheorie' van uw patiënt kan nog wat verder reiken en hierdoor ver-rijken. Uw patiënt komt steeds met 3 belangrijke vragen tot bij u, ook bij psychosociale klachten:

1. Wat heb ik? (diagnose)
2. Hoe kom ik eraan? (oorzaak en mechanismen)
3. Hoe geraak ik ervan af? (behandeling)

Het is belangrijk dat u samen met uw patiënt deze 3 vragen kan beantwoorden. Psycho-educatie / patiëntenvoorlichting bevordert het verloop en de uitkomst van de behandeling van psycho-sociale klachten. De patiënt is zich beter bewust van eigen problemen en de mechanismes die erin een rol spelen. Dit inzicht is een voorwaarde om tot een adequate oplossing te komen.


HET BELANG VAN PSYCHO-EDUCATIE

Het doel van psycho-educatie is komen tot een gemeenschappelijke ziekte-theorie. Dit biedt u tevens de mogelijkheid om foutieve ideeën over de klachten van de patiënt te corrigeren.

Tracht tijdens het voorlichten van uw patiënt steeds de uitleg af te stemmen op de behoefte en bestaande kennis van uw patiënt. Een uitleg op maat van uw patiënt is

slechts mogelijk indien u voldoende uitgebreid exploreerde.

Over elke klacht kan u uw patiënt specifieke informatie geven die hem of haar nog een stuk vooruithelpen in begrijpen wat hem/haar overkomt. Zeker op dit moment is be-grijpen reeds een vorm van in-grijpen.

Diagnostiek en psycho-educatie kunnen een nieuwe weg naar exploratie openen. Idealiter ging aan een diagnose, ziekte theorie en psycho-educatie reeds een grondige exploratie van het patiënten verhaal vooraf (). Afhankelijk van de specifieke klacht en diagnose, weet u als expert welke zaken nog meer belangrijk zullen zijn om te exploreren.

SAMENGEVAT

Een gemeenschappelijke ziekte theorie (balanstool + klachtspecifieke psycho-educatie) helpt u én uw patiënt om te be-grijpen wat er hem/haar overkomt. Dit be-grijpen is een eerste en noodzakelijke stap tot in-grijpen. Voor sommige patiënten kan dit be-grijpen reeds een hele verademing en zelfs voldoende zijn.

1.4 VAN EEN KLACHT NAAR EEN VERHAAL

DE KLACHT IN ZIJN CONTEXT PLAATSEN

Sommige patiënten brengen hun psychosociale klacht als dusdanig en leggen zelf de link met uitlokkende psychologische of sociale factoren. Anderen ervaren en brengen hun klacht enkel somatisch en linken deze aan één of andere mogelijke ziekte (veelvoorkomend zijn slaapmoeilijkheden, buik- en hoofdpijn, ademhalingsmoeilijkheden, ...) die via een uitgebreide exploratie aan een bio-psycho-sociaal verhaal kan gekoppeld worden.

HET MODEL KLACHT-OMSTANDIGHEDEN-PERSOON

Een aanmeldingsklacht is altijd ingebed in een bio-psycho-sociale achtergrond.

Het KOP-model (Paul Rijnders en Els Heene) biedt in dit opzicht een praktisch werkmodel: $KOP = K(lachten) = O(mstandigheden) \times P(ersoonlijke\ stijl)$. Dit betekent dat de klachten die iemand heeft altijd te maken hebben met de dingen die men meemaakt: (omstandigheden) enerzijds, en de manier waarop we met die omstandigheden omgaan (persoonlijke stijl)... een interactie van bio-psycho-sociale factoren dus.

Het KOP model brengt de klachten op een ruime, bio-psycho-sociale manier in beeld. Dit werkt onschuldigend voor uw patiënt. Zijn/haar klacht wijst niet uit dat hij/zij ergens schuld aan heeft of zwak is. De klacht is veeleer een logisch gevolg van een samenspel van uitlokkende en in stand houdende factoren.

Klacht	Omstandigheden	Persoon
Angstklachten als hij naar het werk moet.	Nieuwe taken die hij niet goed kent, werkdruk	Hij legt de lat altijd hoger, maar dit lukt nu

	hoger, collega's doen hierover lacherig	niet meer. Hij wordt steeds onzekerder
Slaapmoeilijkheden en vermoeidheid overdag	Scheidingsituatie met veel conflict. Recent ook zorgen over de schoolloopbaan van de oudste zoon.	Gesloten persoon. Ze valt niet graag iemand lastig en wil alles alleen en in stilte oplossen.

EXPLOREREN OM DE LINKEN TE LEGGEN

Voor sommige patiënten is het exploreren van hun psychosociaal functioneren onverwacht en wordt een voor hen onbekende link gelegd. Soms voelen patiënten zelf reeds een verband met hun lichamelijke klacht, maar houdt er hen iets tegen om dit zelf te benoemen binnen het consult...

Hoe het ook zij: wanneer u een psychosociale ondertoon aanvoelt of vermoedt, heeft uw patiënt een grondige en empathische exploratie. Een uitgebreid exploreren van het patiëntenverhaal zal **zowel voor u als voor uw patiënt de basis bieden voor alles wat kan volgen aan hulpverlening**. Het kan ertoe leiden dat uw patiënt zelf concludeert dat een psychosociaal verhaal zijn/haar lichamenlijk functioneren voedt. Door de juiste (open) vragen te stellen, zorgt u er als huisarts voor dat u als spreekwoordelijke vroedvrouw het bio-psycho-sociaal verhaal van de patiënt laat geboren worden... Een grondige exploratie biedt u niet enkel aanknopingspunten voor een correcte diagnostiek, maar in geval van een psychosociaal probleem ook aanknopingspunten voor een gepaste aanpak of doorverwijzing.

NEEM DE TIJD

Vindt u een grondige exploratie van het patiënten verhaal tijdrovend of gek om te doen?

Patiënten verwachten in de eerste plaats dat er naar hen geluisterd wordt en dat hun klacht ernstig wordt genomen. Een grondige exploratie zorgt er voor dat patiënten zich serieus genomen voelen en is een vorm van hulpverlening en dus tijdswinst: het verhaal exploreren is desinfecteren. Op langere termijn zal dit tijdswinst betekenen.

Bedenk daarenboven dat een ruime exploratie een klinisch onderzoek minder nodig of minder uitgebreid zal maken. Ook in dit opzicht kan ruim exploreren net tijdbesparend werken.




In tegenstelling tot vele andere consultaties kan de huisarts hier geen kant en klare oplossing voorstellen of een geneesmiddel voorschrijven dat doet wat het zegt: genezen. Dat kan u als hulpverlener een machteloos en onvoldaan gevoel geven.

Heel wat factoren maken het voor een arts verleidelijk om het tempo van een psychosociaal consult op te drijven... Het loont evenwel de moeite om net het omgekeerde te doen: tijd brengt raad. Door de tijd te nemen om te luisteren en het verhaal te exploreren, zal de patiënt kunnen aangeven aan welke 'raad' hij/zij behoefte heeft.

DE HULPMIDDELEN

Registratieopdrachten vormen de basis voor niet-medicamenteuze, klachtgerichte interventies.

U kan volgende hulpmiddelen inzetten:

- >  5G schema
- >  Slaapdagboek (minimum versie)
- >  5G als interventie

1.5 DE VERWACHTINGEN VAN DE PATIËNT (ZE BEGRIJPEN EN ERMEE OMGAAN)

DE VERWACHTINGEN VAN DE PATIËNT ONTDEKKEN

Niet onbelangrijk bij het beogen van een ruime exploratie via 'ICCIE' is het expliciet bevragen van de verwachting van de patiënt. Zeker bij psychosociale klachten loont het de moeite om als huisarts de verwachting van uw patiënt expliciet te bevragen.

Uit onderzoek blijkt dat medicatie (psychofarmaca) vaak niet de concrete verwachting van de patiënt is, maar dat de huisarts wel snel (onterecht) vermoedt dat dit zo is. Het expliciet bevragen van de verwachting van uw patiënt kan voor u ook een opluchting betekenen: mogelijk verwacht uw patiënt geen kant en klare oplossing van u en mogelijk staat hij/zij wél open voor alternatieven.

Psychosociale consultaties zijn vaak moeilijke consultaties: voor de huisarts voelen ze als weinig concreet hanteerbaar. De verwachting expliciteren laat toe om tot een de gemeenschappelijke ziekte/genezingstheorie te komen: "Wat had u gehoopt dat ik voor u kon doen vandaag – had u iets specifiek in gedachten – wat dan?"

WAT ALS UW PATIËNT PSYCHOFARMACA VERWACHT?

Het spreekt voor zich dat sommige patiënten wel degelijk op een medisch voorschrift hopen:

"Een slaappil of een kalmeringsmiddel, dokter – dat zou al veel oplossen voor mij."
"Het gaat echt niet meer verder zo, ik functioneer niet meer, er moet iets gebeuren, ik moet een pil hebben..."

Zo'n expliciete verwachting geeft u als huisarts een aanknopingspunt om verder te spreken over de mogelijke aanpak.

U kan als huisarts empathisch zijn met het probleem en de lijdenslast van uw patiënt, maar u hoeft daarom niet solidair te zijn met de oplossing die de patiënt ziet. Een vraag naar psychofarmaca is vaak te hertalen naar de verwachting/hoop op een oplossing of een verandering.

Door een andere kijk te hebben op het probleem en/of doorheen het kennen van aanpakmogelijkheden, kunnen zich oplossingen aanbieden die de patiënt op het eerste zicht niet had ingezien. Ook daarvoor komen patiënten bij u als hulpverlener terecht.

Wanneer uw patiënt expliciet naar een medicijn vraagt, kan u dan ook best een wedervraag stellen: "Wat verwacht u van dit medicijn? Wat hoopt u dat dit medicijn voor u kan doen?"

De kans is groot dat uw patiënt u een antwoord geeft als volgt: "Ik wil vooral een oplossing en liefst zo snel mogelijk..., want op deze manier lukt het niet langer... ik wil dat die klachten ophouden"


Huisarts: "Dat begrijp ik volkomen en het lijkt me inderdaad erg belangrijk dat we zoeken naar een geschikte oplossing voor u. Nu, u spreekt over medicatie als oplossing. Medicatie is inderdaad één van de mogelijkheden. Zelf heb ik als arts enkele bezorgdheden betreffende psychofarmaca. Vindt u het goed als ik dat even toelicht voor u?"

SAMENVATTEND

Bij psychosociale problemen is het niet anders dan bij louter somatische aandoeningen: u hoeft als huisarts niet solidair te zijn met de behandeling die een patiënt zelf voor ogen had. Het is wel zinvol om deze te bevragen (cfr. 'Coping' & 'Expectations' binnen de ICCIE) en hieraan iets toe te voegen zodat een geïnformeerde keuze kan gemaakt worden. Als huisarts informeert u uw patiënt objectief over de voor- en nadelen van psychofarmaca & informeert u hem/haar dat dit niet de enige hanteringsmogelijkheid is: er zijn alternatieven.

Psychofarmaca hebben hun voordelen, maar kennen ook heel wat nadelen.

We zetten voor u enkele gegevens op een rijtje in de brochure

 **slaap- en kalmeermiddelen**. Dit kan u als arts helpen om uw patiënt in te lichten over uw 'wetenschappelijk gefundeerde voor- en nadelen omtrent een pil als oplossing'.

U kan een dergelijk document ook meegeven met uw patiënt. Kiezen voor psychofarmaca kan het resultaat zijn van 'shared decision making' in de huisartsenpraktijk. U kan met uw patiënt besluiten dat 'pillen' momenteel de beste oplossing lijken voor zijn/haar probleem. Het is evenwel belangrijk om 'slaap en kalmeermiddelen' met hun voor- én nadelen te bespreken met uw patiënt. Het kiezen voor 'pillen als oplossing' dient een geïnformeerde keuze te zijn.

1.6 VERVOLGCONSULTEN

WAAROM VERVOLGCONSULTEN DOEN ?

Een vervolgconsult kan een belangrijke eerste stap betekenen.

Patiënten hopen vaak dat hun problemen zo snel mogelijk worden opgelost. Helaas laten psychosociale klachten zich moeilijk binnen de tijd van één consult oplossen. Een eerste belangrijke stap zet u sowieso in het eerste consult: exploreren is desinfecteren. Een noodzakelijke interventie, die mogelijks niet voldoende is.

Duurzame oplossingen voor psychosociale klachten vergen naast een grondige exploratie vaak ook patiëntspecifieke interventies. Dit alles gebeurt stap voor stap en vergt tijd. U kan met uw patiënt bespreken dat u graag de nodige tijd wil nemen om samen naar een goede en duurzame oplossing te zoeken.

"Ik begrijp dat u zo snel mogelijk van uw klacht af wil en dat u liefst dadelijk met een oplossing buiten gaat. Ik vrees echter dat een pasklare oplossing voor uw specifiek verhaal niet zo gemakkelijk te vinden is. Anders zat u hier nu niet. Een goede, blijvende oplossing voor uw probleem zal een op maat gemaakte oplossing moeten zijn.

Ik wil graag de nodige tijd vrijmaken om hier samen met u naar te zoeken. Wat denkt u daarover?"

Een ideale en duurzame oplossing bestaat echter niet altijd. Ook in zo'n geval kan het samen zoeken naar kleine verbeteringen of mogelijkheden om beperkingen te minimaliseren betekenisvol zijn voor de patiënt.

DE VOORDELEN VAN HET INPLANNEN VAN EEN VERVOLGCONSULT

Allereerst biedt het u als huisarts de mogelijkheid om wat meer tijd te voorzien op een moment dat het u past.

Daarnaast biedt het ook de mogelijkheid om uw patiënt aan het werk te zetten: u kan een opdracht of vragenlijst(en) meegeven die kunnen helpen om de klacht ruimer en uitgebreider te exploreren. Dit zorgt er ook voor dat uw patiënt nu reeds iets kan ondernemen en dat is soms al de aanzet om zijn eigen hulpbronnen te vinden en te gaan aanspreken.

WANNEER PSYCHOFARMACA VOORSCHRIJVEN ?

Soms moet 'nu' echt 'nu'. Psychofarmaca voorschrijven kan zinvol zijn als 'crisisinterventie' om enkele dagen (tot een vervolgconsult) te overbruggen. Het spreekt voor zich dat u in zo'n geval de nadelen of risico's van psychofarmaca best meteen bespreekt en de noodzaak van een (tijdsintensievere) patiëntspecifieke oplossing aangeeft. 1 op de 3 mensen die een benzodiazepine (BZD) gebruikt, neemt deze na 8 jaar nog steeds... Wat begint als een kortetermijnoplossing, eindigt vaak als een bijkomend probleem.

SAMENVATTEND

Wanneer u een vervolgafspraak plant, kan u uw patiënt in de tussentijd aan het werk zetten. U kan de patiënt tools of werkdocumenten meegeven die helpen bij een ruime

exploratie. Tools die een vervolg bieden op de 'ICCIE' (I see) en het empathisch beluisteren in het eerste consult, vindt u in het stuk 'diagnose'. Na de 'ICCIE' werkt u met uw patiënt (wellicht binnen een vervolgconsult) naar een diagnose toe: be-grijpen van wat er aan de hand is.

1.7 THERAPEUTISCHE INTERVENTIE

BEHANDELING : GERICHT IN-GRIJPEN

Voor sommige patiënten kan het begrijpen van zijn of haar klacht vanuit een bio-psycho-sociaal gebeuren (gemeenschappelijke ziekte-theorie) reeds een hele verademing of zelfs voldoende zijn. Het be-grijpen vormt voor sommige patiënten een noodzakelijk en voldoende in-grijpen: exploreren (desinfecteren) en tot een gemeenschappelijke ziekte-theorie (incl. psycho-educatie) komen zorgt dan voor voldoende heling.

Bij het navragen van de behandelingstheorie van uw patiënt (hoe denkt uw patiënt dat er kan ingegrepen worden?) kunnen volgende vragen een aanzet geven:

1. Als we nu zo naar die balans kijken, wat vindt u dan dat er zou moeten gebeuren?
Actie op lichamenlijk of psychologisch gebied, verandering van omgeving?
2. Waarom: wat zou voor u een belangrijk en haalbaar doel zijn?
Om vollediger genezing te bekomen, om erger te voorkomen, om deze periode weer door te geraken, om minder gedemoraliseerd te worden, om te leren omgaan met de klachten, ...
3. Hoe zou daaraan iets kunnen veranderen? Wie kan u hier eventueel in ondersteunen?
De patiënt en/of de omgeving? Kunnen de huisarts of andere hulpverleners (vb. psycholoog, psychotherapeut) een rol spelen?
4. Hoeveel tijd gunt u uzelf om daaraan iets te veranderen?
Korte, middellange, lange termijn.

HET EVENWICHT (TERUG)BRENGEN BIJ DE PATIËNT

DE BALANS (HER)OPMAKEN

Een laagdrempelige en voor de hand liggende interventie die u als arts als kan initiëren, is het nader bekijken van de balanstool. De balanstool suggereert reeds verschillende domeinen waaraan eventueel iets kan veranderen:

- > Wat is er mogelijk om de draagkracht te verhogen?
- > Wat is er mogelijk om de draaglast te verkleinen?
- > Wat is er mogelijk op vlak van de aard van het beestje? Op vlak van coping-strategieën?

Via de balanstool kan u als huisarts de weg wijzen naar bovenstaande vragen. U wijst als huisarts-expert de weg naar deze vragen. Uw patiënt is evenwel best geplaatst om deze vragen – als expert in zichzelf- te beantwoorden.

Wanneer u uw patiënt de juiste vragen voorlegt m.b.t. tot zijn/haar balans, doet u helend én preventief werk. Met uw vragen kan de patiënt zoeken hoe zijn/haar balans terug in evenwicht kan komen. Hiermee voorkomt u bovendien dat uw patiënt chronisch uit balans blijft, met alle gevolgen van dien...

DE PATIËNT ALS EXPERT VAN ZICHZELF

De antwoorden op deze vragen zijn per definitie erg persoonlijk voor uw patiënt en individueel sterk verschillend. Hoe deskundig u als huisarts ook bent en hoe graag u uw patiënt ook met raad en daad wil bijstaan: het loont de moeite om uw patiënt hier de rol van expert in zijn/haar eigen leven te laten opnemen. U wijst als huisarts-expert de weg naar deze vragen. Uw patiënt is evenwel best geplaatst om deze vragen – als expert in zichzelf- te beantwoorden. Hier fungeert u als arts meer als een soort 'vroedvrouw' die het gepaste kader schept waarin de patiënt zijn/haar persoonlijke oplossingen kan laten 'geboren worden'.

EEN KLACHTGERICHTE AANPAK

Naast het herstellen van de balans, behoeven sommige patiënten of klachten nog meer interventies. Na of naast het herstellen van de balans, is een klachtgerichte aanpak de volgende, zinvolle stap in de huisartsenpraktijk.

De huisarts kan een belangrijke taak opnemen wat betreft het niet-medicamenteus aanpakken van psychosociale klachten. Een klachtgerichte aanpak bouwt steeds verder op de psycho-educatie die u – als huisarts expert – aan de gemeenschappelijke ziekte theorie toevoegde. U kan met uw patiënt bespreken of hij/zij u het mandaat geeft om volgend op die psycho-educatie ook te bekijken hoe er op de klachten kan worden ingegrepen. Ook hier kan u van uw gemeenschappelijke ziekte theorie een behandelingstheorie maken:

“Als we dat nu allemaal bekijken, zijn er verschillende dingen die we zouden kunnen doen... Enerzijds is er de balans, die uit evenwicht lijkt te zijn... daar kan best iets aan veranderen. Anderzijds zijn er daarnaast ook die specifieke slaap/angst/stress/... klachten op zich, die de balans nog meer scheef trekken... Ook daar kunnen we eventueel wat aan proberen te veranderen. Zou u er iets voor voelen om hier in de praktijk te bekijken hoe we aan die concrete klachten iets kunnen proberen te veranderen? Of wat lijkt u hier de beste oplossing?”

HULPMIDDELEN VOOR EN DOOR DE PATIËNT

Een klachtgerichte aanpak vereist steeds voldoende klachtspecifieke informatie. Het gedetailleerd be-grijpen van de specifieke klachten is noodzakelijk om op deze specifieke klachten in te grijpen. U kan allerlei registratieopdrachten inzetten om de klachten van uw patiënt nauwkeurig te bestuderen: zo kan u uw patiënt aan het werk zetten met een 5G schema of een dagboekopdracht.

- › Dergelijke registratieopdrachten leren de arts en de patiënt om verbanden te zien tussen de gebeurtenissen of omstandigheden die een bepaald gedrag (of klacht) uitlokken.
- › Binnen een 5G schema kan één specifiek gebeuren onder de loep worden genomen: elke situatie kan geanalyseerd worden als een aaneenschakeling van: Gebeurtenis – Gedachte – Gevoel – Gedrag – Gevolg. Deze analyse geeft een beter inzicht in waarom een bepaald gedrag verder blijft bestaan.

Vaak zijn gedachten en gedragingen mogelijke aangrijpingspunten om verandering te initiëren bij de patiënt.

Via psycho-educatie doet u reeds aan ‘cognitieve herstructurering’. Hiermee grijpt u dus in op de Gedachten uit de 5Gs.

Een vast en afgebakend piekermoment inschakelen kan de controle over piekeren verhogen. Ook hiermee grijpt u dus in op de Gedachten uit de 5Gs.

MAAK GEBRUIK VAN REGISTRATIE-OPDRACHTEN

Registratieopdrachten vergen een vervolgsconsult. Wanneer een patiënt met een ingevulde registratieopdracht op vervolgsconsult komt, laat u best eerst de kans aan uw patiënt om te horen wat hij/zij hieruit leert. U wijst als huisarts-expert de weg naar deze opdracht en de reflectievragen hieromtrent.

“Als u zo naar het dagboek kijkt, wat valt u dan zoal op?” “Vertel eens?”

“Leert dit alles u iets over uw klachten(patroon)? Wat dan?”

“Is er iets van wat u heeft genoteerd, waarvan u denkt dat u er iets aan zou kunnen veranderen? Wat dan?”

U kan als ‘vroedvrouw’ uiteraard wel uw patiënt op de goede weg zetten. Hierbij is het belangrijk om als arts-expert te weten dat de ‘Gedachten’ en het ‘Gedrag’ van uw patiënt aangrijpingspunten zijn om verandering te initiëren. Uw patiënt aanmoedigen om tot alternatieven te komen op vlak van gedachten en gedrag is dus een erg zinvolle interventie! Binnen een vervolgsconsult kan u de registratieopdracht gebruiken als interventie.





INSOMNIA

SLAAPPROBLEMEN

Zo'n 30% van de bevolking ouder dan 15 jaar meldt last te hebben van slaapproblemen, maar slechts 10 à 20% consulteert hiervoor een huisarts.

De niet-medicamenteuze aanpak van slaapklasten vereist in eerste instantie een grondige algemene exploratie, zelfs wanneer een patiënt u consulteert met een concrete slaapklast. Alle zinvolle niet-medicamenteuze én medicamenteuze interventies worden immers geënt op een uitgebreide exploratie.

De verwachting van uw patiënt m.b.t. zijn slaapklast expliciteren en als arts de vrijheid voelen om een vervolgsconsult te plannen zijn belangrijke aspecten die u het mandaat zullen geven om als hulpverlener op te treden binnen de moeilijke kwestie van psychosociale consultaties (zie hoofdstuk 1 Bio-psycho-sociale consultatie in de huisartsenpraktijk).

We spreken over een **slaapprobleem** wanneer de patiënt klachten heeft m.b.t. de hoeveelheid of de kwaliteit van de slaap (ruim meer dan 30 minuten nodig hebben om in te slapen, het niet kunnen doorslapen en/of vroegtijdig wakker worden en de slaap niet meer terug kunnen hervatten). De subjectieve beleving van de patiënt primeert hier dus.

Wanneer deze slaapproblemen zich ook vertalen in een slechter functioneren overdag (vermoeidheid, concentratieproblemen, irritatie, ...) spreken we van **insomnia/slapeloosheid**.

Indien de patiënt aangeeft slecht te slapen maar geen klachten heeft rond het functioneren overdag, dan spreekt men van '**vermeende slapeloosheid of pseudo-insomnia**'.

Overige slaapaandoeningen (obstructieve-slaapapneu-syndroom, restless-legssyndroom, nachtelijke kuitkrampen, het vertraagde-slaapfase-syndroom en narcolepsie) worden hier niet verder besproken.

Wanneer slaapproblemen langer dan 3 maanden duren, worden ze als 'chronisch' beschouwd.

PERSONEN BIJ WIE SLAAPPROBLEMEN VAKER VOORKOMEN:

Een aantal (persoons) kenmerken zijn gerelateerd aan slaapproblemen:

- > Komt vaker voor bij de oudere bevolking (37% bij ouderen t.o.v. 24% bij 15-24 jarigen);
- > Vaker bij vrouwen (33%) dan bij mannen (26%);
- > Vaker bij lager geschoolden (31%-43%) dan bij hoger opgeleiden (26%);
- > Co-variërend met periodes van stress;
- > Vaker bij chronische somatische of psychische aandoeningen.

DE GEVOLGEN VAN SLAAPPROBLEMEN:

Slaapproblemen zijn vaak een gevolg van allerlei andere problemen ('de nacht is de spiegel van de dag'), maar slaapproblemen veroorzaken op termijn zelf ook andere klachten of problemen. Het is in dit opzicht dat men het onderscheid kan maken tussen insomnia met of zonder co-morbiditeit.

Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat langdurige slapeloosheid gepaard gaat met problemen op het vlak van functioneren thuis en op het werk (met o.a. toegenomen absentieïsme), een verhoogd risico van verkeersongevallen, arbeidsongevallen, valpartijen, psychiatrische problemen (depressie, angst, dementie), en verslavingsproblemen.

Het ontstaan van zo'n vicieuze cirkel maakt het vrij complex om de klacht van uw patiënt ('slaapproblemen') correct te interpreteren. Dit maakt een systematische en grondige exploratie van slaapklasten noodzakelijk.

2.2 HULPMIDDELEN VOOR EEN DIAGNOSTISCHE EXPLORATIE

RICHTLIJNEN BIJ DE EXPLORATIE VAN DE KLACHT

Voor een grondige en empathische verkenning kunt u de onderstaande algemene principes raadplegen.

De gebruikte hulpmiddelen zijn:

- > [Slaapdagboek met exploratie](#)
- > [Slaapdagboek \(minimum versie\)](#)
- > [Vragenlijst bij slaapproblemen](#)
- > [Slaaphygiëne](#)
- > [Vragenlijst PHQ-9](#)

1. De klacht concretiseren: breng het slaappatroon en functioneren overdag in kaart. Ga het effectieve slaap-waakpatroon van de patiënt na. Het is aanbevolen om gebruik te maken van een 'slaapdagboek': laat de patiënt gedurende een tweetal weken het verloop van zijn/haar nachten/klachten registreren. Dit helpt ook om na te gaan wat de patiënt begrijpt onder een goede nachtrust. Ga zeker ook na wat de impact is op het dagdagelijks functioneren en welke klachten er overdag voorkomen (moehaid, concentratieproblemen, verstrooid en vergeetachtig, prikkelbaar...). De impact op het functioneren is immers het criterium bij uitstek om tot de diagnose van insomnie te komen. Een slaapdagboek laat toe om de slaapefficiëntie te berekenen:

$$\text{Slaapefficiëntie} = (\text{totale slaaptijd/tijd in bed}) * 100$$

2. Ideeën & bekommernissen van de patiënt bevragen. Hiertoe kan u de 'vragenlijst bij slaapproblemen' gebruiken. Soms heeft de patiënt zelf een idee over de oorzaak van het slecht slapen. Ga na wat de opvattingen, cognities en gevoelens zijn van uw patiënt over de slaapproblemen.
3. Verwachtingen van de patiënt bevragen. Hiertoe kan u de 'vragenlijst bij slaapproblemen' gebruiken. Het nagaan van het gewenste slaappatroon van uw patiënt is een belangrijk gegeven. Verwacht de patiënt iets concreets (vb. medicatie)? Deze informatie zal u vooruit helpen in het vinden van een gezamenlijke behandelingsstrategie.
4. Hoelang is er al sprake van een slaapproblematiek? Hiertoe kan u de 'vragenlijst bij slaapproblemen' gebruiken. Vanaf 3 maanden spreekt men over chronische insomnie. Bij acute slaapproblemen (tot 4 weken) is er vaker sprake van een bekend oorzaak (bv. echtscheiding, deadline op werk, financiële problemen...) terwijl er bij chronische slaapproblemen vaak meerdere oorzaken aanwezig zijn en negatieve conditionering een grote rol speelt. Het onderscheid tussen acute, sub-acute of chronische insomnie heeft implicaties voor de verdere aanpak.
5. Wat de patiënt al heeft geprobeerd om het te verhelpen (coping)? Hiertoe kan u de 'vragenlijst bij slaapproblemen' gebruiken. Het is belangrijk na te gaan welk gedrag de patiënt ten aanzien van de klachten stelt (vermijdingsgedrag, langer uitslapen, vroeger naar bed gaan, dutjes doen, rituelen vóór het slapen gaan, angst om te gaan slapen...).
6. Bevrage ook het eventuele gebruik van slaappmiddelen. Vraag hierbij ook na of deze middelen ook tot een verbetering hebben geleid.
7. Exploreer of er recent belangrijke wijzigingen zijn in leven van de patiënt (life-events)? Hiertoe kan u de 'vragenlijst bij slaapproblemen' gebruiken. Soms maakt de patiënt niet onmiddellijk de link met de impact van een life-event op het de slaap. Toch zijn levensveranderingen de meest frequente oorzaak van slaapproblemen ('de nacht is de spiegel van de dag').
8. Peil naar angst- en stemmingsstoornissen. Hiertoe kan u de PHQ-9 gebruiken.
9. Uitsluiten van andere lichamelijke klachten als oorzaak van de slaapklacht? Denk hierbij aan pijn, jeuk, dorst, pyrosis, hoest, nycturie, dyspnoe, verstopte neus, nachtelijk zweten, hartkloppingen... Een uitgebreid lichamenlijk onderzoek is niet nodig tenzij de patiënt ook lichamelijke klachten meldt.

10. Bevraag de algemene leef- en werkomstandigheden van de patiënt. Hiertoe kan u de 'vragenlijst bij slaapproblemen' of de tool 'slaaphygiëne' gebruiken.
Werkt hij/zij in ploegendienst, jetlag, ziekenhuisopname, lawaaierige slaapkamer...
11. Bevraag of de patiënt genotmiddelen en/of medicatie consumeert. Hiertoe kan u de 'vragenlijst bij slaapproblemen' of de tool 'slaaphygiëne' gebruiken.
Vraag naar het gebruik van alcohol, cafeïne, (soft)drugs, SSRI's of TCA's en of de patiënt pogingen onderneemt om ermee te stoppen. Dit omwille van de ontwenningverschijnselen die ermee gepaard gaan.
12. Zijn er aanwijzingen voor typische slaapaandoeningen?
Vraag, tevens heteroanamnese, naar aanwijzingen voor de overige slaapstoornissen (vooral bij ernstige slaperigheid overdag):
 - perioden van ademstilstand tijdens de slaap, snurken → obstructieve-slaapapneu-syndroom;
 - rusteloze benen of nachtelijke kuitkrampen → restless-legssyndroom. Indien positief verder onderzoek naar varicosis, perifere neuropathie en perifere arterieel vaatlijden;
 - onbedwingbare slaapaanvallen, aanvallen van slap worden en neervallen gedurende enkele seconden tot minuten → narcolepsie;
 - late inslaaptijden (tussen de 2 en 6 uur 's nachts), moeite met opstaan en/of goed doorslapen → vertraagde-slaapfase-syndroom.

2.3 PSYCHO-EDUCATIE (HET BEANTWOORDEN VAN 3 VRAGEN VAN DE PATIËNT)

HET BELANG VAN EEN GOEDE UITLEG

Het begrijpen van wat er aan de hand is, is een cruciale stap voor de patiënt. Via de **balanstool** kan u de slaapklachten van de patiënt in beeld brengen als symptomen van een verstoorde balans draaglast-draagkracht. Zo plaatst u de (somatische) klacht van de patiënt binnen een ruimer, bio-psycho-sociaal functioneren. Dit maakt het mogelijk om alle gegevens te integreren en zorgt voor orde en overzicht in het patiënten-verhaal.

Naast het exploreren, ordenen en (helpen) begrijpen van het bio-psycho-sociaal functioneren van uw patiënt voegt u als huisarts ook klacht-specifieke informatie (psycho-educatie) toe.

Informeer uw patiënt over de 'normale slaap' en over slaapproblemen. Tracht uw uitleg af te stemmen op de behoefte en bestaande kennis van uw patiënt.

U kan ook steeds verwijzen naar één van de volgende brochures of fiches:

- > **brochure slapeloosheid**
- > **brochure over slaap en slaapproblemen**
- > **brochure voor de patiënt "Ssst. Hoe slaap jij 's nachts?"** (KU Leuven)
- > **fiche chronische slapeloosheid** bij de brochure "Ssst. Hoe slaap jij 's nachts?" (KU Leuven)

DE 3 VRAGEN VAN DE PATIËNT

Uw bijdrage als expert-huisarts aan de 'ziektetheorie'/het begrijpen van uw patiënt kan nog wat verder reiken en hierdoor ver-rijken. Uw patiënt richt zich steeds met 3 belangrijke vragen tot u:

1. Wat heb ik?
2. Hoe kom ik eraan?
3. Hoe geraak ik ervan af?

WAT HEB IK?

Uw patiënt heeft allereerst uitleg nodig over 'normale' slaap om te begrijpen wat er aan de hand is.

Door uw patiënt te informeren, kan u foutieve ideeën of verwachtingen over slaap corrigeren.

1. Het aantal uren benodigde slaap verschilt van individu tot individu: de meeste mensen hebben tussen de 6 à 8 u slaap nodig. Naarmate men ouder wordt heeft men vaak minder slaap nodig en wordt men vaker wakker.
2. Het slaappatroon verandert tijdens het leven (het is vaak zo dat men naarmate men ouder wordt minder slaap nodig heeft).
3. De tijd die nodig is om in te slapen varieert sterk van persoon tot persoon. Een langere tijd hoeft niet abnormaal of problematisch te zijn.
4. De slaap bestaat uit verschillende fases die doorheen de nacht enkele keren worden herhaald. Naarmate de nacht vordert, wordt de slaap minder diep en is kortdurend wakker worden normaal.
5. Slaap inhalen overdag houdt slaapproblemen in stand. Beter hetzelfde slaap-waak ritme aanhouden; een diepere slaap zorgt voor voldoende recuperatie.
6. Slapeloosheid komt bij 30% van de volwassenen voor.
7. Slaapmedicatie en alcohol ondermijnen de normale herstellende slaapproblemen.

Hiervoor kan u verwijzen naar de [brochure over slaap- en kalmeermiddelen](#).

HOE KOM IK ERAAN?

Slecht slapen brengt het risico van **een vicieuze cirkel** met zich mee.

U kan dit uitleggen aan de hand van het document [de insomnia cirkel](#).

Slecht slapen kan gevoelens van angst en frustratie oproepen. Je kunt bijvoorbeeld bang zijn dat je door chronisch slaapttekort niet goed kunt functioneren. Hierover piekeren leidt tot lichamelijke spanning.

Slecht slapen kan ook zorgen voor verkeerde slaapgewoonten. Je gaat bijvoorbeeld steeds later naar bed, omdat je er tegenop ziet. Of je drinkt een glaasje alcohol om makkelijker in te slapen.

Al deze mogelijke gevolgen houden het slechte slapen in stand. Hierdoor kom je in een neerwaartse spiraal terecht.

Bij chronische slaapproblemen zal conditionering ertoe leiden dat het idee te moeten slapen (of het zien van het bed op zich bijvoorbeeld) voldoende is om 'de insomnia cirkel' in gang te zetten...

HOE GERAAK IK ERVAN AF?

Het begrijpen en toelichten van [de insomnia cirkel](#) reikt interventies op verschillende vlakken aan.

Dit element van uw psycho-educatie brengt u naar een gemeenschappelijke behandelingstheorie.

2.4 INTERVENTIES BIJ KLACHTEN DOOR DE HUISARTS (3 STAPPEN)

Voor sommige patiënten kan het begrijpen van zijn of haar klacht vanuit een bio-psycho-sociaal gebeuren (gemeenschappelijke ziekte-theorie) reeds een hele verademing of zelfs voldoende zijn. Het be-grijpen vormt voor sommige patiënten een noodzakelijk en voldoende in-grijpen: exploreren (desinfecteren) en tot een gemeenschappelijke ziekte-theorie (incl. psycho-educatie) komen zorgt dan voor voldoende heling.

Indien be-grijpen wat er aan de hand is niet volstaat, biedt een gemeenschappelijke ziekte-theorie de opstap naar een gepast in-grijpen:

- > In 1e instantie: de balans herstellen (in de huisartsenpraktijk)
- > In 2e instantie: een klachtgerichte aanpak (in de huisartsenpraktijk)
- > In 3e instantie: een persoonsgerichte aanpak (= doorverwijzen) (zie hoofdstuk 6 Doorverwijsmogelijkheden)

Naast het herstellen van de balans, behoeven sommige patiënten die aan slaapklachten lijden nog meer interventies. Na of naast het herstellen van de balans, is een klachtgerichte aanpak van slaapklachten de volgende, zinvolle stap.

Een niet-medicamenteuze aanpak is steeds de eerste stap en geniet de voorkeur.

De focus van het klachtgericht aanpakken van slaapproblemen is vooral het leren ontspannen (spanningsverlagende technieken) en niet het leren slapen. Leren ontspannen (ook overdag) helpt om tot een betere slaapkwaliteit te komen. Belangrijkste doelstelling is steeds om het functioneren van de patiënt overdag verbeteren (en slaperigheid overdag te vermijden).

Dit betekent dat de aanpak van slaapproblemen in geen enkel geval gericht is op het doen toenemen van de slaapkwantiteit van uw patiënt.

Net deze focus is soms moeilijker te rijmen met een medicamenteuze aanpak.

KLACHTGERICHTE INTERVENTIES

Stap 1. Slaapdagboek, slaaphygiëne en patiëntvoortlichting

Een klachtgerichte aanpak van slaapklachten vereist steeds **voldoende informatie over het slaappatroon en de slaapgewoontes van uw patiënt**. Het gedetailleerd be-grijpen van de specifieke slaapklachten is noodzakelijk om hierop te kunnen ingrijpen.

Bij slaapklachten is het aanbevolen om een slaapdagboek in te zetten en zicht te krijgen op de vaak-slaapgewoontes van uw patiënt. Ook het werkdocument

 **slaaphygiëne** kan relevante gewoontes in kaart brengen.

Binnen een vervolgconsult kan u de documenten samen met uw patiënt bekijken en samen nagaan wat er kan gewijzigd worden op vlak van (slaap)gewoontes.

Een goede slaaphygiëne zorgt voor de beste omstandigheden om tot rust te komen, te ontspannen en uiteindelijk in te slapen. Een goede slaaphygiëne is naast een interventie ook een vorm van preventie: het voorkomt het (opnieuw) ontstaan van slaapproblemen.

Overdag bewegen (wandelen, fietsen, tuinieren,...) heeft een positieve invloed op de slaapkwaliteit.


Stap 2. Laag-intensieve interventies

Bibliotherapie: zelfhulpboeken met methoden om beter te slapen blijken een positief effect te hebben op het slaappatroon. Dit effect is echter groter als het gecombineerd wordt met een individuele opvolging.

Groepsaanbod slaapcursus/leren slapen: groepsbenaderingen zijn eveneens geschikt om stil te staan bij voorgenoemde onderdelen en daarrond oefeningen (mee) te geven. Ziekenfondsen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, slaapklinieken en plaatselijke initiatieven bieden dit in een aantal regio's aan.

Stap 3. Viciëuze cirkel doorbreken*

Wanneer de slaapproblemen langer dan 1 maand aanhouden (subacute of chronische slaapproblemen) volstaan bovenstaande interventies soms niet, omdat er conditionering is opgetreden.

Aan de hand van de  **de insomnia cirkel** kan u de patiënt uitleggen waarom er meer nodig is: 'Gaan slapen' heeft voor veel mensen een neutrale of zelfs positieve

betekenis; het wordt geassocieerd met gezelligheid, intimiteit, rust, slapen... Soms kan een 'gaan slapen' ook een negatieve betekenis krijgen; het wordt geassocieerd met wakker liggen, piekeren, irritatie, frustratie... Wanneer er conditionering is opgetreden (insomnia cirkel) is het raadzaam om interventies toe te voegen die de vicieuze cirkel doorbreken.

* Het doorbreken van de vicieuze cirkel stoelt op de principes van cognitieve gedragstherapie. U kan ervoor kiezen om door te verwijzen naar een (eerstelijns)psycholoog of kinesitherapeut die speciaal opgeleid is in de aanpak van slapeloosheid.

A. Spanningsverlagende technieken (bij fysieke arousal/ spanning)

- > Relaxatie oefeningen: las relaxatie- of ontspanningsoefeningen in tijdens de dag of voor het slapen gaan (cf. de nacht is de spiegel van de dag). Dit kan ook yoga, mindfulness, muziek luisteren... zijn.
- > Bufferzone inbouwen: las een 'decompressie-uur' ('unwinding'/'cooling down') in. Een uur voor het slapengaan wordt er afgezien van doelgerichte activiteiten en is er enkel ontspanning.
- > Gestructureerde informatieverwerking voor het slapen gaan: plan een vast "constructief pieker-moment" (20-30 min) in de vooravond in (om te voorkomen dat piekeren of to-do lijstjes maken in bed gebeurt).

B. Cognitieve technieken (bij piekeren)

- > Aan de hand van een [5G schema](#) (registratie opdracht / huiswerkopdracht) kunnen niet-helpende gedachten geïdentificeerd worden. Binnen een insomnia cirkel spelen vaak veel niet-helpende gedachten: "Ik moet 8u slapen, anders zal ik morgen niet kunnen functioneren", "Ik zal morgen terug slaap moeten inhalen", ... Niet-helpende-gedachten kunnen in een vervolgsessie besproken, in vraag gesteld en gecorrigeerd worden (cf. [brochure slapeloosheid](#) en [brochure over slaap en slaapproblemen](#)).
- > Een 5G schema kan ook andere niet-helpende gedachten (over levensgebeurtenissen, relatieproblemen, ...) helpen identificeren.

C. Stimuluscontrole (negatieve conditionering van 'het bed' doorbreken)

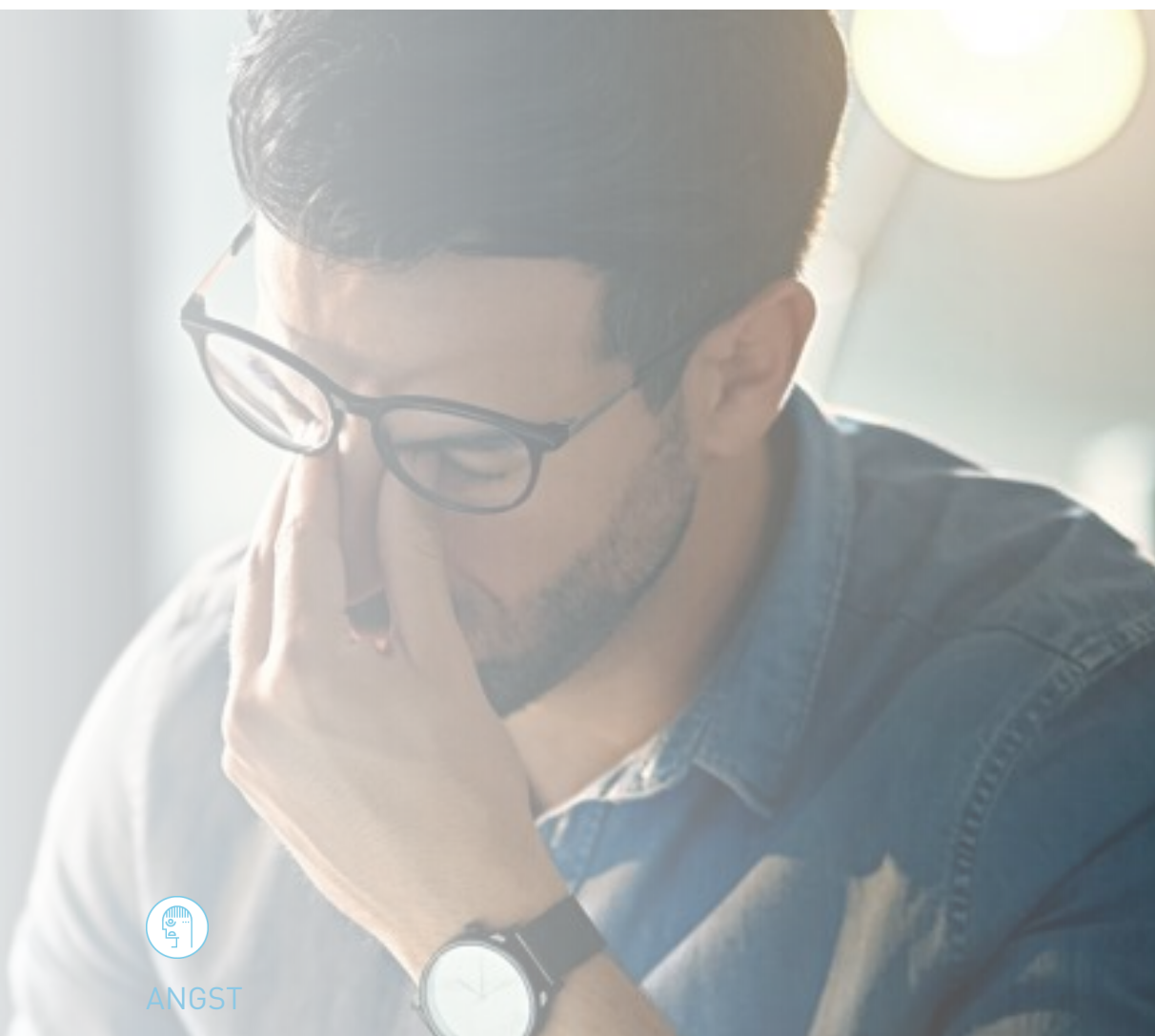
- > De '[stimuluscontrole techniek](#)' is erop gericht om het bed opnieuw te leren associëren met slaperigheid (cf. insomnia cirkel). De patiënt waakt erover om nooit langer dan 20 minuten wakker in bed te blijven, maar op te staan en iets te doen wat ontspannend is tot hij/zij moe wordt. Pas als de patiënt moe is, waagt hij/zij een nieuwe poging om in bed in slaap te vallen.
- > Aan de hand van het slaapdagboek kan u de impact van deze interventie monitoren; informeer de patiënt dat dit deconditioneren vaak 2 à 3 weken tijd nodig heeft.

D. 'Tijd-in-bed'-restrictie (slaapbehoefte doen toenemen bij inefficiënt slaappatroon)

- > De '[tijd-in bed-restrictie techniek](#)' is erop gericht om de slaapefficiëntie te doen toenemen. Deze interventie kan enkel ingezet worden nadat er minstens 2 weken lang een slaapdagboek werd bijgehouden. De gemiddelde slaaptijd dient immers berekend te worden.
 1. Bereken de gemiddelde slaaptijd:
(gemiddelde tijd in bed) - (gemiddelde wakkere tijd in bed) + (30min inslaaptijd) = ...
(vb: 8u in bed - 3u wakker + 30 min inslaaptijd = 5,30 uur slaaptijd)
 2. Bepaal gewenste opstaan tijd in overleg met de patiënt
(vb. om 6u30 opstaan)
 3. Bereken het startmoment van inslapen (terugtellen van de opstaan tijd) (in ons voorbeeld moet de patiënt pas om 01u gaan slapen om 5,30u slaaptijd te hebben tegen het afgesproken opstaan uur).
 4. Wanneer de slaapefficiëntie > 85%, dan kan de slaaptijd per week met 15' verhogen. De opbouw stopt zodra de patiënt zich overdag alert genoeg voelt of de slaap opnieuw meer fragmenteert. U kan elke nacht de slaapefficiëntie berekenen aan de hand van het slaapdagboek (totale slaaptijd/tijd in bed -> vb. 5u geslapen / 8u in bed = 62%). (in ons voorbeeld kan de patiënt dan om 00u45 gaan slapen)

2.5 HULPMIDDELEN VOOR EEN THERAPEUTISCHE AANPAK

- > [ICCIE van de patiënt](#)
- > [Balanstool](#)
- > [Vragenlijst bij slaapproblemen](#)
- > [Slaaphygiëne](#)
- > [PHQ-9 Patiënt Gezondheidsvragenlijst Depressie \(printversie\)](#)
- > [PHQ-9 Patiënt Gezondheidsvragenlijst Depressie \(pc versie\)](#)
- > [5G schema](#)
- > [Slaapdagboek met exploratie](#)
- > [Slaapdagboek \(minimum versie\)](#)
- > [Brochure slaap- en kalmeermiddelen](#)
- > [Brochure slapeloosheid](#)
- > [Brochure over slaap en slaapproblemen](#)
- > [Brochure voor de patiënt "Ssst. Hoe slaap jij 's nachts?" met bijhorende fiche chronische slapeloosheid \(KU Leuven\)](#)
- > [De insomnia cirkel](#)
- > [Stimuluscontrole techniek](#)
- > [Tijd-in bed-restrictie techniek](#)





3.1 EXPLORATIE: ANGST EN ANGSTSTOORNISSEN

Ongeveer 5 op 1000 patiënten consulteert de huisarts in verband met angstproblemen, maar het voorkomen van angstproblemen in de algemene bevolking ligt hoger. (Niet alle mensen met angst consulteren de huisarts).

Er wordt een éénjaarsprevalentie van 10 % en lifetimeprevalentie van 20 % gerapporteerd.

De niet-medicamenteuze aanpak van angstklachten vereist in eerste instantie een grondige algemene exploratie, ook als een patiënt u consulteert met een concrete angstklacht. Alle zinvolle niet-medicamenteuze én medicamenteuze interventies enten zich immers op een degelijke exploratie.

Het expliciteren van de verwachting van uw patiënt m.b.t. zijn/haar klachten en als arts de vrijheid voelen om een vervolgsconsult te plannen zijn belangrijke aspecten die u het mandaat geven om als hulpverlener op te treden binnen de moeilijke kwestie van psychosociale consultaties (zie Hoofdstuk 1 Bio-psycho-sociale consultatie in de huisartsenpraktijk).

Doorheen het grondig exploreren van angstklachten, heeft u als arts volgende informatie in het achterhoofd:

- › Angst is op zich een normale en gezonde emotie. Angst wordt als een probleem of stoornis aanzien wanneer:
 - de intensiteit of duur niet in overeenstemming is met de prikkel
 - de patiënt een aanhoudend subjectief lijden ondervindt
 - de impact leidt tot een disfunctioneren op dagdagelijks en relationeel vlak
- › 10-20% van de patiënten die de huisarts raadplegen hebben een 'angststoornis'
- › Meest voorkomende angststoornissen binnen de huisartsenpraktijk zijn de gegeneraliseerde angststoornis en de paniekstoornis
- › Angstklachten kennen een hoge morbiditeit en mortaliteit
- › Patiënten met angstklachten consulteren met vage, wisselende klachten en vragen niet zelden naar kalmeer-/slaapmedicatie
- › Patiënten met angstklachten presenteren zich vaak met eerder somatische of depressieve klachten (Patiënten schamen zich vaak over hun angsten.)