

## Docenteninstructie met antwoordenblad

De [richtlijn Slaapproblemen in de palliatieve fase](#) is herzien (2023, Pallialine). Het geeft informatie over signalering, diagnostiek en behandeling van slaapproblemen en heeft betrekking op patiënten die in de laatste drie levensmaanden (inclusief de stervensfase) verkeren. De richtlijn is bestemd voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor deze patiënten.

Onder slaapproblemen verstaan we wat de patiënt aangeeft als slaapprobleem. In de richtlijn wordt met name ingegaan op slapeloosheid (insomnia). Specifieke slaapproblemen komen ook aan bod, maar veelal wordt er dan verwezen naar bestaande richtlijnen over dat onderwerp.

De casus gaat over een man van 72 jaar, met een stadium IV longcarcinoom (NSCLC). Aan de hand van deze casus wordt de vernieuwde richtlijn Slaapproblemen in de palliatieve fase stap voor stap doorgenomen. Hierdoor maakt u kennis met diverse facetten uit de richtlijn, met name de nieuwe aanbevelingen. De casus bevat 10 vragen. De setting is de thuissituatie maar kan desgewenst worden aangepast. De casus is te gebruiken om te bespreken in een team palliatieve zorg of in een les of anderszins. De casus met de vragen is separaat als document te downloaden.

### Leerdoelen

Na de casuïstiekbespreking kan de deelnemer:

- slaapproblemen in de palliatieve fase signaleren bij de patiënt en diagnose stellen;
- een gesprek voeren met patiënt en partner (indien aanwezig) aan de hand van het gespreksmodel SCEGS;
- psycho-educatie aanbieden en specifieke adviezen geven bij existentieel lijden;
- medicamenteuze opties aangeven bij slapeloosheid wanneer andere methoden onvoldoende werken en benoemen wat de richtlijn hier over aangeeft.

### Werkvormen

Enkele opties zijn:

1. De casus kan individueel als opdracht worden gegeven om de vragen te beantwoorden, gevolgd door een plenaire bespreking conform het antwoordenblad.
2. In subgroepen van circa vier personen de vragen bespreken, antwoorden noteren en plenair de antwoorden bespreken conform het antwoordenblad.
3. Plenair de casus per vraag bespreken en de antwoorden bespreken conform het antwoordenblad.

Reflectie op de antwoorden vanuit persoonlijke ervaringen kan tijdens de bespreking aan de orde komen. Ook kan de docent/begeleider hier bewust naar vragen. Ruimte en aandacht voor reflectie bevordert het leereffect; het maakt bewust waarom je wat doet.

### Antwoordenblad bij de vragen

Het antwoordenblad wordt gebruikt bij het bespreken van de casus. Hieronder staat de casus in het kader uitgeschreven met daaronder per stukje een gerichte vraag (blauw) met de antwoorden als richting. Verder kunt u de richtlijn raadplegen voor meer informatie. In totaal zijn het 10 vragen.

### Casus dhr. I.N. Somnia

Dhr. I.N. Somnia, 72 jaar, woont met zijn vitale echtgenote in een eengezinswoning. Tot aan zijn diagnose longkanker functioneerde hij zelfstandig (ADL en BDL), maar door ziekteprogressie wordt dat steeds lastiger voor hem. Zijn echtgenote neemt daarom veel taken van hem over.

1. Hoe kunt u signaleren of er sprake is van slapeloosheid?

Antwoord: anamnese, heteroanamnese met partner/ mantelzorger/ overige zorgverleners, observaties. Zelf als hulpverlener actief navragen of patiënt last heeft van slecht slapen is zeer belangrijk omdat veel mensen niet uit zichzelf aangeven dat ze slecht slapen. Eventueel kunt u een vraag betreffende slaap uit de LAST-meter of de USD-4D stellen.

2. Stelt u vragen aan de echtgenote en zo ja, welke?

Suggestie: vraag niet alleen naar het functioneren van de patiënt, hoe echtgenote denkt dat de slapeloosheid veroorzaakt wordt etc. maar vraag ook hoe zij het ervaart, hoe het met haar gaat en hoe zij zelf slaapt. Vraag hoe zij reageert op het slecht slapen van haar man en welke invloed dit slecht slapen heeft op hun relatie. Geef zij adviezen aan haar partner en hoe reageert haar partner daarop. Een slecht slapende partner is een grote extra belasting voor het zorgen voor patiënt. Geef slaapeducatie aan beide echtelieden.

Uit gesprek met de patiënt en zijn echtgenote blijkt dat er inderdaad sprake is van slapeloosheid bij de patiënt. Door pijn door uitzaaiingen in de botten kan hij minder goed slapen. Omdat de ziekte vordert, wordt hij tegelijkertijd steeds zwakker en vermoedder. Dhr. Somnia baalt hier enorm van, hij wil nog graag zoveel doen, maar wordt steeds afhankelijker van zijn echtgenote. Hier kan hij erg over piekeren. Zijn echtgenote helpt hem ondertussen met liefde: 'niets is me te veel dokter'. Als dhr. Somnia dat hoort, reageert hij geagiteerd: dit was niet hoe hij zijn leven voor zich zag, wat voor zin heeft zijn leven nog als hij steeds afhankelijker wordt?!

3. Tijdens het gesprek met de patiënt, heeft de arts / zorgverlener gebruik gemaakt van het SCEGS model. Op welke manier is het SCEGS model terug te zien in dit gesprek? Wat is de meerwaarde van dit model?

Antwoord: Het model wat gebruikt wordt, heet SCEGS in de huisartsgeneeskunde vult men de medische anamnese aan met een biopsychosociale anamnese rondom de klacht. Behalve aan de somatische (S) aspecten besteedt men aandacht aan cognitieve (C, wat zijn de gedachten van de patiënt), emotionele (E, welke gevoelens roept de klacht op), gedragsmatige (G, hoe gedraagt de patiënt zich) en sociale (S, hoe reageert de omgeving op de klacht) aspecten van het slecht slapen. Dit model is in principe ook toepasbaar voor andere hulpverleners zoals de (wijk)verpleegkundige. Vragen die je als hulpverlener binnen dit model kunt stellen zijn:

(C) Wat denk je er zelf over of Wat is volgens jou de belangrijkste oorzaak?

(E) Wat roept het op aan gevoel? Ben je er boos over of juist down? Maakt het je angstig?

(G) Wat doe je om dit probleem te verbeteren of Hoe is je gedrag veranderd?

(S) Hoe reageert je partner op jou?

Dit model kan helpen, omdat insomnia vaak een samenspel van verschillende factoren is en ook omdat het niet altijd somatische factoren zijn die de patiënt slecht doen slapen. Bovendien geeft deze manier van uitvragen een compleet beeld van de klachten. Dit kan helpen bij de uitleg van de klachten.

4. Dhr. Somnia rookt nog steeds een pakje per dag. Wat is uw advies hierover? En wat zou u adviseren over het gebruik van koffie en thee?

Antwoord: Er is in principe niets tegen blijven roken in deze fase, maar bij overmatig nicotinegebruik dient men in de laatste maanden van het leven alert te zijn op onttrekkingsverschijnselen, bijvoorbeeld omdat de patiënt te zwak wordt om nog te roken. Door het staken van nicotine kan het slapen gefragmenteerder worden.

Behandel bij stoppen met roken de onttrekkingsverschijnselen met een nicotinepleister; de dosering hangt hierbij af van de hoeveelheid sigaretten per dag.

Cafeïne kan ook - al in kleine hoeveelheden, tot twee koppen koffie - de slaapkwaliteit negatief beïnvloeden. Dit geldt met name voor inname in de middag en avond; de halfwaardetijd van cafeïne is ongeveer vier uur, wat betekent dat er acht uur na inname nog 25% van het gehalte cafeïne in het lichaam aanwezig is. Bedenk hierbij ook dat in sommige voedingssupplementen, energydrink, chocola en in groene en zwarte thee ook cafeïne zit. Kruidenthee kan een goed alternatief zijn.

5. Heeft u nog andere adviezen t.a.v. slaaphygiëne?

Suggesties:

- De slaapkamer gebruiken om te slapen;
- Beperking van dutjes overdag;
- Elke dag op hetzelfde tijdstip opstaan;
- Pas gaan slapen bij slaperigheid;
- Overdag, indien mogelijk, fysiek actief zijn;
- Het in de avonden vermijden van
  - complexe activiteiten,
  - piekeren,
  - zware maaltijden,
  - alcohol
  - overmatige blootstelling aan licht van smartphone, computer of tablet;
- Voldoende verduistering;
- Beperken van geluid bij slaapmomenten;
- Optimale (katoenen) slaapkleding en beddengoed;
- Goed matras en hoofdkussens; goed opgemaakt bed op de manier zoals de patiënt dat gewend is. Overweeg hierbij het inschakelen van een ergotherapeut om mee te kijken naar bijvoorbeeld de lighouding om te zorgen voor optimaal comfort.
- Aandacht voor de voor patiënt gebruikelijke gewoonten en rituelen;
- Gevoel van veiligheid;
- Gelegenheid voor mictie (plassen) en evt. defecatie (poepen) kort voor het slapen gaan, afspraken voor de nacht, zo nodig adequaat incontinentiemateriaal en/of blaaskatheter;
- Eventueel rustgevend muziek.

6. Zoals hierboven beschreven, piekert dhr. Somnia veel. Wat zou u hiervoor kunnen adviseren aan de patiënt? Denk hierbij aan psychosociale en complementaire interventies.

Antwoord: Bied de belangrijke elementen van CGT voor de behandeling van insomnia (CGT-I) aan, namelijk slaaphygiëne, stimulus controle, ontspanningsoefeningen en slaaprestrictie. Evalueer het effect van de behandeling na een week.

In de laatste drie levensmaanden is het advies om *elementen* uit de cognitieve gedragstherapie aan te bieden in plaats van de hele cognitieve gedragstherapie bij insomnie. Geef indien gewenst voorlichting over de mogelijkheden van aromatherapie, (therapeutische) aanraking, acupunctuur, massage en muziek.

Overweeg met de patiënt te bespreken een medicamenteuze behandeling te starten indien de elementen van CGT-I niet effectief zijn.

7. Er lijkt ook sprake te zijn van existentieel lijden. Wat zijn uw mogelijkheden hierin?

Antwoord: Het wordt aanbevolen om te overwegen om geestelijke verzorging in te schakelen.

U heeft naast het geven van psycho-educatie over slapen en slapeloosheid ook een geestelijk verzorger ingeschakeld. De CGT-I componenten, met name slaaprestrictie, stimuluscontrole en ontspanningsoefeningen, geven onvoldoende resultaat. Uiteraard heeft u ook adequate pijnstilling gestart, hiermee is de pijn goed onder controle, maar dhr. slaapt nog steeds niet goed in de nacht. U bespreekt met hem de medicamenteuze opties.

8. Welke opties heeft u?

Antwoord:

- Eén van de volgende benzodiazepines met een middellange werkingsduur:
  - temazepam 10 mg, eventueel te verhogen naar 20 mg
  - lormetazepam 0,5 mg, eventueel te verhogen tot 2 mg
  - lorazepam 1 mg eventueel te verhogen naar 2 mg (bij combinatie slaapproblemen en angst)
- Overweeg als tweede keus, wanneer bovengenoemde middelen niet werken, een ander benzodiazepine of een 'Z-middel'
  - midazolam 7,5 - 15 mg
  - zolpidem 5 - 10 mg
  - zopiclon 7,5 mg

9. Welke plaats neemt midazolam in, in deze herziene richtlijn?

Antwoord: Midazolam (oraal) is een tweede keus middel. Dit is beschikbaar in tabletten van 7,5 en 15mg. De tabletten mogen gebroken worden.

Midazolam kan ook in de vorm in een subcutane injectie (pomp) alleen gedurende de nacht toegediend worden, wanneer de andere middelen die in de richtlijn genoemd staan niet voldoende effect hebben. Start dan 5 mg per acht uur alleen gedurende de nacht, maximaal 10 mg per 8 uur gedurende de nacht en ook maximaal 10 mg/24u. Het is van groot belang om hierbij aan te tekenen dat het niet om intermitterende palliatieve sedatie gaat, want het primaire doel is om de patiënt een goede nachtrust te bieden en deze overdag volledig helder te laten zijn. De indicatie is dus niet bewustzijnsdaling om het lijden te verlichten.

10. Wanneer evalueer je bovenstaand beleid?

Antwoord: Evalueer het effect van de ingezette behandeling of wijziging vna behandeling bij het volgende contactmoment. Neem in het behandelplan ook evaluatiemomenten op waarop actief gevraagd wordt naar de slaapkwaliteit van de patiënt. Een zorgplan moet regelmatig besproken worden met de patiënt.