FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA OKTOBER 2026

Voor u gelezen

WOREL-richtlijn over slaapklachten en insomnie herzien

Kernboodschappen

- De herziene WOREL-richtlijn bevestigt dat een niet-medicamenteuze aanpak de basis vormt bij slaapklachten en insomnie.
- Slaapmiddelen, met name benzodiazepines of Z-drugs, kunnen slechts worden overwogen voor kortdurend gebruik (maximaal 1 week) bij acute, ernstige insomnie met hoge lijdensdruk. Bij oudere personen dient het gebruik van slaapmiddelen beperkt te worden tot uitzonderlijke gevallen.
- De richtlijn bevat nu ook een luik over de afbouw van slaapmiddelen. Het herhaalvoorschrift is een geschikt moment om het gebruik te evalueren en de voordelen van afbouw met de patiënt te bespreken.
- Andere middelen worden ofwel niet aanbevolen (bv. trazodon), ofwel sterk afgeraden (bv. antipsychotica en sederende antihistaminica) als alternatief voor klassieke slaapmiddelen.
- De richtlijn biedt meerdere tools om de aanbevelingen toe te passen in de praktijk.

Inleiding

In juni 2026 verscheen een tweede grondige herziening van de WOREL-richtlijn over de aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. Dit artikel geeft een korte samenvatting van een aantal adviezen over de niet-medicamenteuze en medicamenteuze aanpak van slaapklachten en insomnie, en over de afbouw van slaapmiddelen. Voor een volledig overzicht van alle adviezen, inclusief diagnostiek, multidisciplinaire opvolging, de aanpak in woonzorgcentra en indicaties voor verwijzing, verwijzen we naar de WOREL-richtlijn.[1]

Niet-medicamenteuze aanpak

Een trapsgewijze niet-medicamenteuze aanpak vormt de basis van de behandeling van slaapklachten en insomnie.

- De eerste stap bestaat uit voorlichting over een normaal slaappatroon en adviezen over slaaphygiëne, zoals op vaste uren opstaan, geen alcohol als slaapmutsje, een donkere, stille en koele slaapomgeving...
- Volstaat dit niet, dan worden spanningsverlagende technieken en bewegingsadvies ingezet, afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt.
- In een volgende stap neemt cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-I) een centrale plaats in, met onder andere cognitieve herstructurering, stimuluscontrole en slaaprestrictie. Ook digitale toepassingen zijn een optie.

Bij oudere personen wordt dezelfde aanpak gehanteerd, aangepast aan hun cognitieve en fysieke mogelijkheden.

Ook wanneer uitzonderlijk een slaapmiddel wordt voorgeschreven, blijft aandacht voor de niet-medicamenteuze aanpak essentieel.

Voorschrijven van slaapmiddelen

De herziene richtlijn bevestigt om **bij voorkeur geen slaapmiddelen voor te schrijven** aan patiënten met **acute of chronische insomnie die niet in een crisissituatie verkeren en in aanmerking komen voor een multimodale aanpak,** bestaande uit een combinatie van gedragsmatige, psychologische, educatieve ondersteuning en regelmatige opvolging. Slaapmiddelen

verbeteren de slaapparameters slechts in beperkte mate, verhogen het risico op ongewenste effecten en afhankelijkheid, en kunnen de motivatie voor gedragsverandering ondermijnen.

Alleen bij **acute, ernstige insomnie met hoge lijdensdruk** kan volgens de auteurs een kortdurende behandeling met een slaapmiddel worden overwogen (maximaal één week), aan de laagst mogelijke dosis. Langdurig gebruik (meer dan enkele weken) leidt tot tolerantie en afhankelijkheid, met risico op ernstige ontwenningsverschijnselen en rebound-slapeloosheid bij stoppen. Het advies is om bij de opstart meteen een duidelijke stopstrategie af te spreken en na ongeveer één week een opvolgconsult te plannen.

Als slaapmiddel kan een **benzodiazepine met halflange werkingsduur of een Z-drug** worden overwogen. Langwerkende benzodiazepines, zoals diazepam en nitrazepam, moeten worden vermeden vanwege het risico op hangover-effecten.

Bij **65-plussers** moeten slaapmiddelen volgens de richtlijn beperkt worden tot uitzonderlijke gevallen. Het klinische voordeel bij ouderen is beperkt en weegt zelden op tegen de verhoogde gevoeligheid voor ernstige bijwerkingen, zoals cognitieve stoornissen, valincidenten en fracturen.

Welke plaats voor andere middelen bij insomnie?

De herziene richtlijn spreekt zich ook uit over andere middelen die bij insomnie gebruikt worden.

- **Antipsychotica** (offlabel gebruik): worden **sterk afgeraden** wegens geen aangetoond voordeel en de ernstige risico's, onder andere metabole en cardiovasculaire ongewenste effecten. Het gebruik van antipsychotica zoals quetiapine (zie Folia oktober 2023) dient voorbehouden te blijven aan personen met specifieke psychiatrische comorbiditeit zoals psychose of bipolaire stoornis.
- **Gabapentinoïden, zoals pregabaline en gabapentine** (offlabel gebruik): worden **sterk afgeraden** wegens onvoldoende bewijs van werkzaamheid en het risico op ernstige bijwerkingen zoals sufheid, duizeligheid en ademhalingsdepressie, naast het risico op misbruik en afhankelijkheid.
- **Sederende antihistaminica** (meestal offlabel gebruik): worden **sterk afgeraden** wegens de aanzienlijke anticholinerge ongewenste effecten (sufheid, cognitieve stoornissen, droge mond, urineretentie, valrisico), vooral bij oudere personen, en het risico op rebound-insomnie na gebruik.
- **Trazodon** (offlabel gebruik): wordt **niet aanbevolen** bij insomnie zonder comorbide depressie wegens onvoldoende bewijs van de werkzaamheid en veiligheid in deze groep. Vanwege het risico op overmatige sedatie, orthostatische hypotensie, hartritmestoornissen en vallen mag het niet gezien worden als een onschuldig alternatief voor klassieke slaapmiddelen.
- **Melatonine**: wordt **niet aanbevolen** wegens een beperkt klinisch effect en onvoldoende gegevens over de veiligheid en doeltreffendheid op lange termijn. Alleen het geneesmiddel met verlengde afgifte is vergund voor insomnia bij volwassenen (vanaf 55 jaar).
- **Fytotherapie**: valeriaan en passiebloem worden **niet aanbevolen** wegens onvoldoende bewijs van werkzaamheid en veiligheid.

Afbouwen van slaapmiddelen

Langdurig gebruik van slaapmiddelen biedt geen bewezen blijvend voordeel en verhoogt onder andere het risico op vallen, fracturen en afhankelijkheid. Een vraag om een **herhaalvoorschrift** is daarom volgens de richtlijn een geschikt moment om het gebruik opnieuw te evalueren en de voordelen van afbouw met de patiënt te bespreken. De richtlijn raadt aan om prioriteit te geven aan personen bij wie de meeste gezondheidswinst wordt verwacht zoals oudere personen met polyfarmacie.

Voor de **afbouw** adviseert de richtlijn om een **multimodale aanpak** te overwegen, die bestaat uit educatie van de patiënt, geleidelijke dosisafbouw en CGT-I, aangevuld met regelmatige opvolging. Het toevoegen van andere medicatie tijdens de afbouw wordt afgeraden, tenzij voor een specifieke behandelbare comorbiditeit. Voor de stapsgewijze afbouw van benzodiazepines en Z-drugs kan onder andere gebruik worden gemaakt van het RIZIV-afbouwprogramma, waarbij arts, apotheker en patiënt samenwerken en de dosis via magistrale bereidingen geleidelijk wordt verlaagd (zie Folia april 2025).

Praktische hulpmiddelen

De richtlijn biedt ook heel wat tools om de aanbevelingen in de praktijk toe te passen, zoals een slaapdagboek en folders over slaap, de vicieuze cirkel van slecht slapen, stimuluscontrole en slaaprestrictie.

Deze hulpmiddelen zijn beschikbaar als bijlage bij de richtlijn op de website van WOREL, of via de website www.gebruikvanpsychofarmaca.be.

Commentaar van het BCFI

Het gebruik van slaapmiddelen blijft hoog in België.[1] Up-to-date aanbevelingen over wanneer deze middelen wel en niet te gebruiken en hoe langdurig gebruik af te bouwen, blijven daarom relevant voor de praktijk.

Een slaapmiddel kan bij acute, ernstige insomnie tijdelijk wat verbetering geven, maar pakt de onderliggende oorzaken niet aan. Bovendien kan kortdurend gebruik gemakkelijk evolueren naar langdurig gebruik, met de bijhorende risico's. De beschikbare verpakkingsgroottes vormen een praktisch knelpunt bij het advies om slaapmiddelen maximaal één week voor te schrijven.

Het afbouwen van benzodiazepines en Z-drugs krijgt terecht aandacht in de herziene richtlijn. Die ziet de vraag om een herhaalvoorschrift als een geschikt moment om het gebruik te evalueren. De stopbrief wordt daarentegen niet vermeld. Dat is een document met praktische aanwijzingen over hoe het slaapmiddel te stoppen en wordt aan de patiënt bezorgd. De stopbrief wordt door de NHG-richtlijn[2] aanbevolen bij patiënten die de gebruikelijke dosering (of minder) per dag nemen. Bij personen die hogere doseringen gebruiken, bij wie stoppen na de stopbrief niet lukt of die extra begeleiding wensen, beveelt de NHG-richtlijn een begeleide afbouw aan, wat overeenkomt met de multimodale aanpak voor afbouw van deze WOREL richtlijn.

Voor wie aan de slag wil met de afbouw van benzodiazepines, verwijzen we naar onze e-learning 'Afbouwen van benzodiazepines'.

Bronnen

1. Van Thienen K, De Coninck L, Goossens M, et al. Multimodale aanpak van slaapklachten en insomnia. WOREL juni 2026.

2. Bhogal-Statham M, Damen Z, Greving J et al. Slaapproblemen. NHG-standaard (laatste aanpassing: januari 2026)

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.