This item is the archived peer-reviewed author-version of:

Adviezen bij slecht slapen (kleuter- en lagere school)

Reference:

Glazemakers Inge.- Adviezen bij slecht slapen (kleuter- en lagere school)
Bijblijven : cumulatief geneeskundig nascholingsysteem - ISSN 1876-4916 - (2017)6 p.
Full text (Publisher's DOI): <http://dx.doi.org/doi:10.1007/S12414-016-0213-7>
To cite this reference: <http://hdl.handle.net/10067/1394620151162165141>

Adviezen bij slecht slapen (kleuter en lagere school).

Inge Glazemakers

Samenvatting

Slaapmoeilijkheden bij kinderen is een vaak voorkomende klacht die ouders met hun arts bespreken. Een (chronisch) slaaptekort heeft zowel bij de kinderen als hun ouders gevolgen op het dagelijks functioneren. Veel van deze problemen kunnen echter opgelost worden wanneer deze ouders ingelicht worden over een doelgerichte en effectieve aanpak van het slaaptekort. In dit artikel bespreken we de evidence-based aanpak van slaapproblemen van gedragsmatige aard.

Inleiding

Tot 35% van de kinderen tot 5 jaar ervaren regelmatig moeilijkheden bij het inslapen of het doorslapen (1-3). Deze percentages dalen naarmate de kinderen ouder worden, met een blijvend percentage tot 15% bij kinderen van de lagere schoolleeftijd (4). Wanneer ouders het slapen van hun kinderen problematisch vinden, rapporteren ze vaak moeilijkheden zoals het frequent wakker worden van hun kind tijdens de nacht of vroeg in de ochtend (5). Niet te verwonderen dat dit één van de meest voorkomende vragen van jonge ouders is aan hun arts (6, 7). Gedragsmatige slaapmoeilijkheden (zonder somatische problemen) zijn de meest voorkomende bij kinderen in de algemene populatie en leiden vaak tot verminderde slaapduur en/of slaapfragmentatie wat resulteert in een chronisch slaaptekort (8).

Op korte termijn kan het gebrek aan slaap een invloed hebben op het dagelijks functioneren van het kind: onderzoek rapporteert onder andere meer gedragsproblemen, verstoorde cognitieve ontwikkeling (waaronder onderpresteren in schoolse vaardigheden, aandachtsproblemen en leermoeilijkheden), meer lichamelijke

letsels tijdens de kindertijd en een hoger BMI of overgewicht (9, 10). Ook hun ouders rapporteren een slechtere eigen lichamelijke en geestelijke gezondheid, met opvoedingsstress als voornaamste factor (11).

Aanpak van slaapmoeilijkheden bij kinderen

Wanneer ouders met hun vragen over slaapmoeilijkheden van hun kind bij de arts komen is een eerste aanbeveling aan de arts deze ouders in te lichten over de beste evidence-based aanpak die voorhanden is om deze slaapmoeilijkheden te verminderen of te voorkomen (12).

-Assessment

De BEARS (13) is een vaak gebruikt screeningsinstrument in de eerstelijnszorg om slaapproblemen vast te stellen bij kinderen. Dit is een klinisch interview dat de volgende domeinen bevraagt: 1) Bedtijdproblemen (bv. moeilijkheden om het kind in bed te krijgen of te houden), 2) Excessieve slaperigheid overdag, 3) nachtelijk ontwaken, 4) Regelmatigheid en duur van de slaap, 5) Snurken.

Een slaapdagboek kan helpen om zicht te krijgen op het slaappatroon en de slaaptijden van het kind. In een slaapdagboek worden doorgaans bedtijd, tijd nodig om in te slapen (sleep onset latency), nachtelijk ontwaken (aantal en duur), slaapduur 's nachts en duur van dutjes overdag geregistreerd per 24u gedurende verschillende dagen (9).

Ouders weten soms niet hoeveel slaapuren hun kind nodig heeft om aan voldoende slaap te komen. De richtlijn van de American Academy for Sleep Medicine kan helpen om samen met ouders te bekijken wat het aanbevolen uren slaap is dat hun kind nodig heeft (Zie Tabel 1) (14) en dienen als vergelijkingspunt om naast het slaapdagboek te leggen.

Het uitsluiten van een medische oorzaak voor de slaapmoeilijkheden tijdens de consultatie is voor ouders vaak helpend (15). Denk hierbij bijvoorbeeld aan slaapapneu, enuresis nocturnis, eczema, luchtweginfecties, en andere somatische oorzaken die het slaappatroon kunnen onderbreken.

Tabel 1: Richtlijn aantal slaapuren op regelmatige basis per leeftijd (14)

Leeftijd Kind	Aantal aanbevolen uren slaap per 24u (dutjes inclusief)
4-12 maanden	12-16u
1-2 jaar	11-14u
3-5 jaar	10-13u
6-12 jaar	9-12u
13-18 jaar	8-10u

-Slaaproutine optimaliseren

Een consequente slaaproutine (de sequentie van handelingen tot het licht uit gaat) gaat gepaard met betere slaap bij kinderen. Hieronder vallen onder andere vroegere slaaptijden, sneller inslapen, minder nachtelijk ontwaken en een verhoogde slaapduur. Daarenboven rapporteren ouders minder slaapproblemen en gedragsmoeilijkheden overdag bij hun kinderen wanneer ze een vaste slaaproutine hebben voor hun kroost (16).

Hoe consequenter de routine en hoe jonger er gestart wordt met de routine, hoe positiever het effect is op de slaap van kinderen. (17) Onderzoek wijst verder ook uit dat wanneer taal-gerelateerde activiteiten (o.a. voorlezen, zingen) in de slaaproutine vervat zitten op de leeftijd van 3 jaar, dit een gunstig effect heeft op het aantal slaapuren per nacht en op de cognitieve ontwikkeling van het kind op de leeftijd van 5 jaar (18).

De ideale slaaproutine duurt best niet te lang (30 minuten te starten vooraleer het kind normaal gezien gaat slapen) (19) Daarnaast bestaat de slaaproutine er uit dat ouders hun kind uitnodigen om de handelingen die hen zowel lichamelijk en mentaal voorbereiden om te gaan slapen in dezelfde volgorde te doen (16). Ook het ritme kan

best zo goed mogelijk aangehouden worden, met als voornaamste aandachtspunt een zelfde slaapuur tijdens de week als in het weekend (20). Wanneer een ouder toestaat dat het kind de misgelopen slaap 's morgens in kan halen kan het zijn dat het slaapritme van het kind verschoven wordt en het pas later zal kunnen inslapen door de verschuiving in het circadiaan ritme (21).

Ook de ideale slaapomgeving kan met ouders besproken worden. Een slaapkamer is best stil, donker en koel. Lawaai en licht verhoogt de kans op gestoorde slaap (22). Er wordt aanbevolen om de slaaptijd te introduceren met het doven van de lichten en de wektijd met het aansteken van de lichten om de natuurlijke cyclus van licht en donker zo veel mogelijk met het slaap/waakritme te kunnen linken (10). Kinderen die bang zijn in het donker kunnen best geholpen worden met een schemerlichtje dat geen rechtstreekse lichtstralen op het kind werpt zodat de aanmaak van melatonine zo weinig mogelijk verstoord wordt.

-zelfstandig inslapen en doorslapen bevorderen

Om kinderen zelfstandig te leren inslapen zijn er verschillende effectieve methodes voorhanden. De arts bespreekt best samen met de ouder welke de meest aangewezen aanpak voor het slaapproblemen van hun kind is. Hierbij dient rekening te gehouden te worden dat een bepaalde methode voldoende lang volgehouden dient te worden om resultaat te krijgen. Spreek met de ouders af dat er voor 1 bepaalde aanpak gekozen wordt en pas deze gedurende 14 dagen consequent toe, daarna moet een evaluatiemoment ingepland worden om te zien of er verandering gekomen werd. Het slaapdagboek kan hierbij als evaluatiemethode gehanteerd worden.

a. standaard extinctie: houdt in dat de ouders het kind op een gegeven moment wakker , maar slaperig in bed leggen en het daarna geen aandacht meer geven (hoewel ze wel in het oog houden of hun kind veilig is). Het doel is ongewenst gedrag (zoals huilen, roepen) te verminderen doordat de aandacht van ouders als (ongewilde) bekrachtiger van dit gedrag weggenomen wordt. (12) Alhoewel er wetenschappelijke evidentie voor deze methode is, is het voor ouders vaak moeilijk om deze aanpak vol te houden (9). Hierdoor bestaat het risico dat ouders net het huilen of roepen meer gaan bekrachtigen

doordat ze de kamer opnieuw binnen zullen gaan op het moment dat hun kind net het felst aan het huilen is. Het kind kan hierdoor onbewust geleerd hebben dat hun ouders enkel terug de kamer inkomt wanneer ze net heel hard huilen en/of roepen.

b. geleidelijke extinctie: deze aanpak houdt in dat het kind eveneens wakker in bed gelegd wordt, maar dat de periodes waarin geen aandacht gegeven wordt vooraf vastliggen. Dit kunnen zowel vaste periodes zijn (bv. Elke 10 minuten), als opbouwende periodes (bv. na 5 minuten, dan pas na 10 minuten, daarna na 15 minuten). Er bestaan ook variaties waarin ouders op hun aanvoelen de lengte van deze periode kunnen bepalen. Het doel is net zoals bij de standaard extinctie dat het kind zichzelf leert te sussen en eveneens leert om zonder de hulp van anderen in slaap te vallen (12). De geleidelijke extinctie wordt vaak beschouwd als haalbaarder en meer geaccepteerd dan de standaard extinctie (23).

c. ouderlijke aanwezigheid uitdoven: bij deze aanpak wordt de aanwezigheid van de ouder bij het inslapende kind geleidelijk aan afgebouwd. De ouder zal hierbij elke 3 tot 7 nachten zich iets verder van het kind verwijderen. Deze aanpak kan gecombineerd worden met een routine van 'smoesjes', waarbij de ouder steeds korte periodes eventjes de kamer uit moet om iets klein te doen. Wanneer de ouder opnieuw de kamer in komt wordt het kind geprezen om rustig te blijven bij de korte afwezigheid van de ouder. Elke nacht wordt de afwezigheid van de ouder iets langer totdat het kind zelfstandig in slaap leert te vallen. (9)

d. gebruik van een joker: deze methode kan gebruikt worden bij kinderen die vaak uit bed komen. Kinderen krijgen bij het naar bed gaan een joker (dit kan een kaartje, object, zijn) die ze kunnen inruilen voor 1 tripje uit het bed of 1 bezoekje van de ouder. Wanneer ze hier gebruik van maken dienen ze de joker in te leveren en kan er die zelfde avond geen gebruik meer gemaakt worden van de joker (10). Een uitbreiding op deze methode kan voor sommige kinderen nog extra motivatie geven: Wanneer ze de joker echter kunnen bijhouden tot de volgende ochtend, kan deze ingeruild worden voor een (kleine) beloning (bv. een spelletje spelen met de ouder).

e. uitgestelde slaaptijd: deze aanpak houdt in dat je de bedtijd van het kind verschuift naar het moment dat je kind gewoonlijk in slaap valt en daarna systematisch vervroegd wordt (bv. Elke nacht 15 minuten) tot de gewenste bedtijd. Het kind zal dus pas in bed gelegd worden wanneer het slaperig is en opnieuw uit bed genomen worden voor korte tijd wanneer het niet slaperig is. De bedoeling van deze aanpak is de tijd dat het kind wakker in bed ligt zo kort mogelijk te houden zodat het bed en de slaapkamer weer geassocieerd kunnen worden met slapen. Deze aanpak werkt het best wanneer ze gecombineerd wordt met positieve routines zoals een slaaproutine waarin 1 of 2 aangename activiteiten voor het kind vervat zitten (bv. Liedje zingen of voorlezen). (9)

f. geplande wekmomenten: deze aanpak voor het nachtelijk ontwaken van kinderen houdt in dat de ouder het kind zelf gaat wekken en opnieuw sust ongeveer 15-60 minuten vòòr het gangbare moment dat het kind wakker wordt. Wanneer de frequentie van het spontaan nachtelijk ontwaken vermindert, wordt de duur tussen de geplande wekmomenten verlengd en daarna stopgezet. (10) Hoewel dit wel een klinische richtlijn is, wordt deze methode niet vaak gebruikt omdat kinderen niet altijd vaste wekmomenten hebben 's nachts en dit van ouders vraagt om hun wekker minstens 1 keer 's nachts te zetten. (9, 10)

g. beloningssystemen: beloningssystemen (bv door te werken met een sticker- of stempelkaart) helpen ouders en kinderen te focussen op het gewenste gedrag. Zo kan een stickerkaart gebruikt worden bij het doorlopen van elke stap van de slaaproutine om treuzelgedrag tegen te gaan of een stempelsysteem gebruikt worden bij elke 10 minuten dat het kind stil en rustig in bed blijft liggen. Een nachtelijk bezoek van de slaapfee die een klein cadeautje bij het bed achterlaat kan het kind aanmoedigen om snel in slaap te vallen. Beloningssystemen werken echter pas goed wanneer de nadruk ligt op het gewenste gedrag en er geen aandacht wordt gegeven aan het ongewenste gedrag (bv. In bed blijven krijgt een stempel, maar wanneer het kind toch uit bed gekomen is zal het voor die periode geen stempel kunnen krijgen). Begin makkelijk en

bouw geleidelijk aan op (bv. Eerst 5 minuten in bed kunnen blijven, daarna 10 minuten enz.). Deze methode kan steeds in combinatie met een andere aanpak gebruikt worden.

Conclusie

Slaapproblemen bij kinderen kunnen een enorme impact hebben op het gezin. Een aanbeveling aan artsen is ouders te informeren over effectieve methoden om deze slaapproblemen aan te pakken en in te zetten op een gezonde slaaphygiëne.

Slaapproblemen van gedragsmatige aard komen het meest voor bij kinderen en kunnen op verscheidene manieren opgelost worden. Ouders hebben er baat bij wanneer hun arts hen een effectieve strategie kan helpen kiezen. Dit komt immers niet enkel de slaap van hun kinderen ten goede, maar ook het dagelijks functioneren van ouder en kind.

Referenties

1. Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, Smith A, Weissbluth M, Binns HJ, et al. Sleep and behavior problems among preschoolers. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* : JDBP. 1999;20(3):164-9.
2. Petit D, Touchette E, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir J. Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics*. 2007;119(5):e1016-25.
3. Gregory AM, O'Connor TG. Sleep problems in childhood: a longitudinal study of developmental change and association with behavioral problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(8):964-71.
4. Owens JA, Spirito A, McGuinn M, Nobile C. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* : JDBP. 2000;21(1):27-36.
5. Palmstierna P, Sepa A, Ludvigsson J. Parent perceptions of child sleep: a study of 10,000 Swedish children. *Acta paediatrica*. 2008;97(12):1631-9.
6. Owens JA. The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey. *Pediatrics*. 2001;108(3):E51.

7. Mindell JA, Moline ML, Zendell SM, Brown LW, Fry JM. Pediatricians and sleep disorders: training and practice. *Pediatrics*. 1994;94(2 Pt 1):194-200.
8. Turnbull K, Reid GJ, Morton JB. Behavioral Sleep Problems and their Potential Impact on Developing Executive Function in Children. *Sleep*. 2013;36(7):1077-84.
9. Honaker SM, Meltzer LJ. Bedtime problems and night wakings in young children: an update of the evidence. *Paediatric respiratory reviews*. 2014;15(4):333-9.
10. Galland BC, Mitchell EA. Helping children sleep. *Arch Dis Child*. 2010;95(10):850-3.
11. Byars KC, Yeomans-Maldonado G, Noll JG. Parental functioning and pediatric sleep disturbance: an examination of factors associated with parenting stress in children clinically referred for evaluation of insomnia. *Sleep medicine*. 2011;12(9):898-905.
12. Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C, Boehlecke B, Brown TM, Coleman J, Jr., et al. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*. 2006;29(10):1277-81.
13. Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. *Sleep medicine*. 2005;6(1):63-9.
14. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, et al. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2016;12(6):785-6.
15. Smart J, Hiscock H. Early infant crying and sleeping problems: a pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Journal of paediatrics and child health*. 2007;43(4):284-90.
16. Mindell JA, Telofski LS, Wiegand B, Kurtz ES. A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*. 2009;32(5):599-606.
17. Mindell JA, Li AM, Sadeh A, Kwon R, Goh DY. Bedtime routines for young children: a dose-dependent association with sleep outcomes. *Sleep*. 2015;38(5):717-22.
18. Hale L, Berger LM, LeBourgeois MK, Brooks-Gunn J. A longitudinal study of preschoolers' language-based bedtime routines, sleep duration, and well-being. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*. 2011;25(3):423-33.
19. Meltzer LJ, Mindell JA. Nonpharmacologic treatments for pediatric sleeplessness. *Pediatric clinics of North America*. 2004;51(1):135-51.

20. Gruber R, Sadeh A, Raviv A. Instability of sleep patterns in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Psy.* 2000;39(4):495-501.
21. Blader JC, Koplewicz HS, Abikoff H, Foley C. Sleep problems of elementary school children. A community survey. *Archives of pediatrics & adolescent medicine.* 1997;151(5):473-80.
22. Spruyt K, O'Brien LM, Cluydts R, Verleye GB, Ferri R. Odds, prevalence and predictors of sleep problems in school-age normal children. *Journal of sleep research.* 2005;14(2):163-76.
23. Friman PC, Hoff KE, Schnoes C, Freeman KA, Woods DW, Blum N. The bedtime pass: an approach to bedtime crying and leaving the room. *Archives of pediatrics & adolescent medicine.* 1999;153(10):1027-9.