

# Plaats slaapproblemen in de juiste context

Gert Jan Lammers, Hans L. Hamburger en Roselyne M. Rijsman\*

**+** GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8679

De recent vernieuwde NHG-standaard 'Slaapproblemen en Slaapmiddelen' toont duidelijke verbeteringen vergeleken met de vorige standaard uit 2005, maar ook onvolkomenheden.

Slaapaandoeningen komen op enig moment bij tientallen procenten van de bevolking voor.<sup>1</sup> De invloed op de ervaren kwaliteit van leven van mensen met slaapaandoeningen is bijna zonder uitzondering groot. Slaapaandoeningen worden onderverdeeld in insomnie (slapeloosheid), hypersomnie (overmatige slaapneiging overdag), slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen – die eveneens worden gekenmerkt door slaperigheid overdag –, slaapgerelateerde bewegingsstoornissen, parasomnieën en verstoringen van de circadiane ritmiek.<sup>2</sup> Slapeloosheid komt het meest voor en kan in tegenstelling tot veel van de andere slaapaandoeningen vaak zonder aanvullend onderzoek worden vastgesteld. Bovendien kan de huisarts kortdurende ongecompliceerde slapeloosheid bij patiënten met gerichte adviezen behandelen. Slapeloosheid krijgt dan ook terecht, net als in de vorige versie van de standaard, de nadruk. Chronische slapeloosheid vereist cognitieve gedragstherapie en dat kan de huisarts niet zomaar zelf doen. Tot zover weinig verandering en weinig nieuws in de herziene standaard.

## SLAAPTEKORT

De opmerkelijkste verandering in de herziene versie van de standaard is het verwijderen van het woord 'slaaptekort'

uit de definitie van slapeloosheid. Het is een conformeren aan de internationaal geaccepteerde definitie, maar tegelijkertijd verdwijnt het begrip daarmee uit de standaard, terwijl het juist vandaag de dag een serieus probleem is. Diverse media hebben de afgelopen maanden herhaaldelijk uitgebreide aandacht besteed aan de om zich heen grijpende epidemie van slaaptekort. In tegenstelling tot de slaapaandoeningen is dit probleem gedragsmatig bepaald: de levensstijl van de patiënt verhindert het krijgen van voldoende nachtslaap door er te weinig tijd voor uit te trekken. Het leidt tot een slaapschuld en klachten van een verhoogde slaapneiging overdag, met alle consequenties van dien. Wat het complex maakt is dat de klachten van slaaptekort kwalitatief en kwantitatief niet te onderscheiden zijn van klachten veroorzaakt door slaapaandoeningen, terwijl het aanzienlijk meer mensen betreft: > 12% van de bevolking heeft op enig moment klachten van overmatige slaperigheid terwijl < 2% lijdt aan een slaapaandoening.<sup>3,4</sup> Het is een gemiste kans van de makers van de standaard dat zij dit probleem niet uitwerken. De huisarts kan een belangrijke rol spelen bij het oplossen van dit probleem.

## VERMOEIDHEID

Wij merken in onze slaapcentra dat overmatige slaperigheid vaak wordt benoemd als 'vermoeidheid' en dat een ieder alvorens bij ons te komen gescreend is op: hypothyreoïdie, anemie, ziekte van Pfeiffer, depressie, et cetera. Kortom, er wordt dus eerst gekeken naar de kenmerken van de andere betekenissen die het woord vermoeidheid kan hebben, namelijk 'futloosheid' en 'gebrek aan energie'. Dit is geen nuttige werkwijze bij patiënten met overmatige slaperigheid overdag. De standaard had er met nadruk op moeten wijzen dat achter de klacht 'vermoeidheid' overmatige slaperigheid overdag schuil kan gaan, en dat dit zijn eigen aanvullende vragen rechtvaardigt. Bovendien is overmatige slaperigheid overdag, omdat het zo vaak gedragsmatig bepaald is, vaak eenvoudigweg met gedragsmatige adviezen te behandelen is. Een verwijzing naar een internist, kinderarts of slaapcentrum is dan niet meer nodig. Het hoeft geen betoog dat dit de kwaliteit van zorg verbetert en onnodige kosten voorkómt.

Het niet consequent duiden van de klacht 'vermoeidheid' leidt ook tot een hinderlijke fout. In de standaard wordt gesteld dat 'bij extreme vermoeidheid of slaperigheid overdag' een CBR-keuring moet volgen. Dit is onjuist.

\* Namens de Nederlandse Vereniging voor Slaap Waak Onderzoek (NSWO), de werkgroep Slaap- en Waakstoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Federatie van algemene Slaap Centra (FSC).

Slaap-Waakcentrum, SEIN Heemstede, Heemstede.

Dr. G.J. Lammers, neuroloog (tevens: Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Neurologie, Leiden).

Slotervaart Ziekenhuis, Waak-Slaap Centrum, Amsterdam.

Dr. H.L. Hamburger, neuroloog.

Medisch Centrum Haaglanden, Centrum voor Slaap- en Waakstoornissen, Den Haag.

Dr. R.M. Rijsman, neuroloog.

Contactpersoon: dr. G.J. Lammers (GJLammers@sein.nl).

Voor vermoeidheid is er geen keuringsplicht, maar voor een verhoogde slaapneiging wel.

Het gaat ook mis bij de beschrijving van slaapapneu. Opnieuw spreken de makers van de standaard over vermoeidheid, terwijl juist slaperigheid kenmerkender en specifiek is voor slaapapneu. Interessant genoeg doet het omgekeerde zich voor bij het vertraagde-slaapfase-syndroom, een aandoening van de circadiane ritmiek. De makers wekken de indruk dat het vertraagde-slaapfase-syndroom getypeerd wordt door een verhoogde slaapneiging overdag. Dat is onjuist. Het staat zelfs niet in de criteria voor deze diagnose.<sup>2</sup> Inslaapproblemen in de avond en problemen met opstaan in de ochtend staan meer op de voorgrond. Bovendien begint het vertraagde-slaapfasesyndroom zelden of nooit na de adolescentie van een patiënt. Dit had wel expliciet in de standaard vermeld mogen worden.

#### GEBREK AAN CONTEXT

Gebrek aan context valt bij de bespreking van enkele andere slaapaandoeningen op. Het 'restless legs'-syndroom is het bekendste voorbeeld van een slaap-gerelateerde bewegingsstoornis. De makers van de standaard schilderen het 'restless legs'-syndroom af als een weinig relevant probleem en de medicamenteuze behandel mogelijkheden van patiënten met dit syndroom vinden zij marginaal met frequente en deels ernstige bijwerkingen. De toon is hier om onduidelijke redenen veel kritischer dan in de vorige standaard. Wij vinden het advies over de behandeling van patiënten met 'restless legs'-syndroom nu wel erg terughoudend. De prevalentie van dit syndroom is zelfs bij strenge ernstcriteria ongeveer 1% van de bevolking en de aandoening heeft een grote invloed op de ervaren kwaliteit van leven.<sup>5</sup> Er is veel literatuur, ook uit de hoogste klasse van bewijskracht, dat de therapie effectief is. Uiteraard moet de therapie alleen aan patiënten met veel klachten worden voorgeschreven en moet er nauwlettend gevraagd worden naar eventuele bijwerkingen. Het is goed dat de standaard adviseert om bij het voorschrijven van dopamine-agonisten af te wijken van de bijsluitertekst en deze middelen niet te snel en te hoog te doseren, maar op geleide van de klachten in een zo laag mogelijke dosis.<sup>6</sup> De makers van de standaard hadden nog kunnen toevoegen dat het tijdstip van toediening aangepast moet worden aan de tijd waarop de klachten ontstaan en aan de  $T_{max}$  van het voorgeschreven

middel. Wat de context betreft had de frequente comorbiditeit met depressie, angststoornissen en slapeloosheid aandacht mogen krijgen, met als complicerend gegeven dat antidepressiva de klachten van 'restless legs' weer kunnen doen toenemen.<sup>5</sup>

Ook bij de bespreking van slapeloosheid komt comorbiditeit in de herziene standaard amper aan de orde. Slapeloosheid geeft een verhoogde kans op het ontwikkelen van een depressie en een depressie gaat min of meer per definitie gepaard met slaapproblemen. Slapeloosheid is relatief vaak een eerste verschijnsel of voorloper van een depressie; aanhoudende slaapproblemen na het herstel van een depressieve episode zijn gerelateerd aan een hoge kans op een recidief.<sup>7</sup> Deze informatie is wat ons betreft relevant voor de huisarts. Bovendien vinden momenteel onderzoeken plaats naar de vraag of een tijdige en adequate behandeling van patiënten met slapeloosheid het ontstaan van een depressie kan voorkomen.

#### CONCLUSIE

Tot slot wijzen we op de recente start van accreditatie van Nederlandse slaapcentra op basis van Europese kwaliteitscriteria. Er wordt terecht gesteld dat de kosteneffectiviteit van geaccrediteerde centra nog niet onderzocht werd. Wij zullen als vertegenwoordigers van deze centra graag aan een dergelijk onderzoek meewerken. Los van ons commentaar hebben we de actief gezochte interactie met de diverse wetenschappelijke verenigingen op het gebied van slaap als positief ervaren. Uiteraard blijven we graag in gesprek met de huisartsen om de zorg voor slaapproblemen in Nederland te blijven optimaliseren.

Naast de auteurs die bovenaan het artikel staan, hebben Dirk Pevernagie en Al de Weerd een waardevolle bijdrage aan de discussie die vooraf ging aan het schrijven van dit commentaar geleverd.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 11 februari 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8799

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/A8799](http://WWW.NTVG.NL/A8799)**

---

## LITERATUUR

- 1 Hossain JL, Shapiro CM. The prevalence, cost implications, and management of sleep disorders: an overview. *Sleep Breath.* 2002;6:85-102.
- 2 International Classification of Sleep Disorders (ICSD3). American Academy of Sleep Medicine, 2015.
- 3 Baumann CR, Mignot E, Lammers GJ, et al. Challenges in diagnosing narcolepsy without cataplexy: a consensus statement. *Sleep.* 2014;37:1035-42.
- 4 Ohayon MM, Priest RG, Zulley J, Smirne S, Paiva T. Prevalence of narcolepsy symptomatology and diagnosis in the European general population. *Neurology.* 2002;58:1826-33.
- 5 Allen RP, Stillman P, Myers AJ. Physician-diagnosed restless legs syndrome in a large sample of primary medical care patients in western Europe: Prevalence and characteristics. *Sleep Med.* 2010;11:31-7.
- 6 Paulus W, Trenkwalder C. Less is more: pathophysiology of dopaminergic-therapy-related augmentation in restless legs syndrome. *Lancet Neurol.* 2006;5:878-86.
- 7 Greer TL, Kurian BT, Trivedi MH. Defining and measuring functional recovery from depression. *CNS Drugs.* 2010;24:267-84.