

De NHG-standaard 'Slaapproblemen en slaapmiddelen'

Zamire Damen-van Beek, Peter Lucassen, Wim Gorgels, Antonette Smelt, Arie Knuistingh Neven en Margriet Bouma

+ GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A8799

De standaard 'Slaapproblemen en Slaapmiddelen' van het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende slaapproblemen en voor het beleid bij patiënten die chronisch slaapmiddelen gebruiken.

De aanpak van slapeloosheid is bij voorkeur niet-medicamenteus en bestaat uit voorlichting en gedragsmatige adviezen. De praktijkondersteuner van de ggz kan dit beleid naar verwachting ook uitvoeren.

Alleen bij ernstige slapeloosheid met hoge lijdensdruk kan de huisarts overwegen kortdurend slaapmedicatie voor te schrijven.

De huisarts adviseert chronische gebruikers van slaapmedicatie te stoppen of de dosering geleidelijk af te bouwen (gereguleerde dosisreductie).

Bij het vermoeden op het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS) bij patiënten kan de huisarts deze patiënten voor nadere diagnostiek naar de longarts, kno-arts of neuroloog verwijzen, afhankelijk van de regionale afspraken. De huisarts kan dan aandacht besteden aan de bij OSAS frequent aanwezige cardiovasculaire risicofactoren.

Bij het 'restless legs'-syndroom (RLS) kan de huisarts het voorschrijven van een dopamine-agonist overwegen bij patiënten die ondanks niet-medicamenteuze adviezen ernstige klachten blijven houden.

In juli 2014 publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de NHG-standaard 'Slaapproblemen en slaapmiddelen', waarvan de volledige tekst te vinden is op de website van het NHG (www.nhg.org/standaarden/samenvatting/slaapproblemen-en-slaapmiddelen). Deze standaard vervangt de vorige versie uit 2005.

De standaard geeft aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende slaapproblemen en voor het beleid bij patiënten die chronisch slaapmiddelen gebruiken. Naast slapeloosheid besteedt de standaard aandacht aan andere slaapstoornissen, zoals het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS), het 'restless legs'-syndroom, nachtelijke kuitkrampen, het vertraagde slaapfasesyndroom en narcolepsie. Slapeloosheid komt van deze problemen verreweg het meest voor in de huisartsenpraktijk.

SLAPELOOSHEID

Per jaar raadplegen 34 per 1000 patiënten hun huisarts voor het probleem 'slapeloosheid'. Een huisarts met een

Nederlands Huisartsen Genootschap, afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.

Drs. Z. Damen-van Beek en dr. M. Bouma, huisartsen.

Radboudumc Nijmegen, afd. Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen.

Dr. P.L.B.J. Lucassen en dr. W. Gorgels, huisartsen.

LUMC, afd. Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden.

Dr. A.F.H. Smelt en dr. A. Knuistingh Neven, huisartsen.

Contactpersoon: drs. Z. Damen-van Beek (z.damen@nhg.org).

TABEL Samenvatting gedragsmatige aanpak

doel	adviezen
stimuluscontrole	ga pas naar bed als u slaperig bent sta weer op als u na 15 min nog niet slaapt, doe in een andere ruimte iets ontspannends en ga pas weer naar bed als u slaperig bent
slaaprestrictie	beperk de tijd in bed tot de huidige gemiddelde slaapduur bepaal de bedtijd door terug te rekenen vanaf het tijdstip dat de patiënt normaal gesproken opstaat vergroot de tijd in bed met 15 min als de patiënt meer dan 90% van de tijd in bed slapend doorbrengt gedurende 5 dagen
ontspanning	ga na op welke manier het lukt om te ontspannen raadpleeg www.psychischegezondheid.nl/page/752/ontspanningsoefeningen.html

normpraktijk krijgt dus gemiddeld 1-2 keer per week een patiënt met als klacht 'slapeloosheid' op het spreekuur. Uit cijfers van het NIVEL blijkt dat in 2012 63% van de patiënten met slapeloosheid een slaapmiddel kreeg voorgeschreven van hun huisarts. Een derde van deze patiënten kreeg meer dan 3 herhaalvoorschriften.¹ De praktijk van terughoudend en kortdurend voorschrijven van slaapmiddelen die ook in de vorige versie van de standaard werd aanbevolen, blijkt dus weerbarstig te zijn.

VOORLICHTING EN GEDRAGSMATIGE BEHANDELING

Naast het aanpakken van een eventuele oorzaak, zoals psychosociale problematiek, psychiatrische of lichamelijke aandoeningen, adviseert de standaard om patiënten met slapeloosheid vooral adequate voorlichting te geven. Het doel daarvan is om niet-realistische verwachtingen van de slaap te corrigeren en het inzicht te vergroten in slaapbevorderende en -belemmerende activiteiten. Bij patiënten met langdurige slapeloosheid (langer dan 3 weken) adviseert de standaard ook een gedragsmatige behandeling toe te passen (tabel). Daarbij wordt aandacht besteed aan het ombuigen van negatieve cognities. Het doel hiervan is om negatieve conditionering, die bij langdurige klachten vrijwel altijd optreden, te verminderen. Deze aanpak is tijdrovend, maar op de langere termijn effectiever dan het voorschrijven van slaapmiddelen. Naar verwachting kan de praktijkondersteuner van de ggz, die in steeds meer huisartsenpraktijken wordt ingezet, een belangrijke rol spelen bij de uitvoering van het aanbevolen beleid. Het advies om een zelfhulp cursus te volgen of het verwijzen van patiënten voor een slaapcur-

sus bij een thuiszorg- of ggz-instelling, kan een alternatief zijn.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Alleen in uitzonderingssituaties, bijvoorbeeld als de patiënt ernstig slapeloos is en zijn functioneren overdag hierdoor onacceptabel wordt belemmerd, kan de huisarts overwegen om kortdurend een slaapmiddel voor te schrijven (maximaal 5-10 stuks). Van slaapmedicatie is alleen op korte termijn een effect op de inslaaptijd (15-20 min korter dan bij placebo) en op de totale slaapduur (30-50 min langer dan bij placebo) aangetoond. Schadelijke bijwerkingen van slaapmedicatie zijn: afhankelijkheid, een verhoogde kans op vallen en geheugenstoornissen. Deze bijwerkingen kunnen ook na langer gebruik blijven optreden. Het stoppen met de slaapmedicatie kan vanwege het optreden van 'reboundslapeloosheid' ook na kortdurend gebruik moeilijk zijn. Ook kan het gebruik van slaapmedicatie patiënten belemmeren in het vinden van een niet-medicamenteuze oplossing voor hun slapeloosheid. Daarom adviseert de standaard om het voorschrijven van slaappillen altijd te combineren met voorlichting en adviezen over het gebruik ervan.

Als er een indicatie is voor slaapmedicatie, adviseert de standaard een kortwerkende benzodiazepine-agonist, zoals temazepam of zolpidem, voor te schrijven. Er is onvoldoende onderbouwing om een voorkeur voor één van de middelen aan te geven.

STOPPEN NA CHRONISCH GEBRUIK VAN SLAAPMEDICATIE

De standaard adviseert om met chronisch gebruikers van slaapmedicatie regelmatig de ongewenstheid van het chronisch gebruik te bespreken en om het advies te geven te stoppen. Gebruikers van maximaal 1 slaappil per dag kan de huisarts, eventueel in samenwerking met de apotheker, benaderen met een stopbrief waarin het advies en tips staan om te stoppen met de medicatie. Een derde tot de helft van deze patiënten lukt het vervolgens om op eigen kracht te stoppen. Gemotiveerde patiënten die het niet lukt om op deze manier de medicatie te staken en patiënten die meer dan 1 slaappil per dag gebruiken, komen in aanmerking voor de zogenoemde 'gereguleerde dosisreductiemethode'. Hierbij wordt het slaapmiddel eerst omgezet in een equivalente dosering diazepam en vervolgens geleidelijk afgebouwd met bijvoorbeeld 25% per week. De reden voor omzetting naar diazepam is dat hierbij vanwege de langere werkingsduur mogelijk minder onttrekkingsverschijnselen optreden. Bij patiënten waarbij omzetting naar diazepam bezwaarlijk is, bijvoorbeeld doordat men niet mag autorijden bij gebruik van diazepam, kan de patiënt het betreffende slaapmiddel ook in stappen afbouwen.

OVERIGE SLAAPSTOORNISSEN

HET OBSTRUCTIEVE SLAAPAPNEUSYNDROOM

Patiënten die mogelijk OSAS hebben, worden voor diagnostiek en behandeling naar een longarts, kno-arts of neuroloog verwezen, afhankelijk van regionale afspraken. Een nieuwe ontwikkeling is het ontstaan van mogelijkheden voor de diagnostiek in de eerste lijn. De standaard doet hierover geen aanbevelingen, omdat de effectiviteit en doelmatigheid hiervan nog niet vaststaan. Het voordeel kan zijn dat de diagnostiek laagdrempeliger en dichterbij huis kan plaatsvinden. Het nadeel kan zijn dat als het slaapprobleem van de patiënt geen OSAS blijkt te zijn, er eventueel alsnog in de tweede lijn diagnostiek verricht moet worden naar andere verklaringen voor de klachten. Patiënten met OSAS lijden vaak ook aan obesitas, diabetes mellitus, hypertensie of hypercholesterolemie, waarvoor wordt verwezen naar de NHG-standaarden over deze onderwerpen.

HET 'RESTLESS LEGS'-SYNDROOM

De diagnose 'restless legs'-syndroom' wordt gesteld op basis van het klinische beeld van de patiënt. Patiënten met dit syndroom krijgen uitleg en niet-medicamenteuze adviezen, zoals het advies om te stoppen met roken, het gebruik van koffie en alcohol te vermijden, overdag voldoende te bewegen, maar niet intensief te sporten vlak voor het slapen gaan. Daarnaast kan de arts overwegen om de dosering van medicatie die 'restless legs'-syndroom kan verergeren, zoals SSRI's en antipsychotica, te verlagen. Gezien het beperkte effect en de bijwerkingen die regelmatig optreden bij het gebruik van dopamine-agonisten, komen hiervoor alleen patiënten in aanmerking die ondanks niet-medicamenteuze adviezen ernstige klachten houden, zoals een hoge lijdensdruk.

De behandeling van patiënten met dopamine-agonisten is voor de huisarts facultatief. In de standaard worden alleen ropinirol en pramipexol aanbevolen. Op advies van de werkgroep Slaap- en Waakstoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie is met het oog op de bijwerkingen van deze middelen gekozen voor een langzamere opbouw van de dosering (per week in plaats van per 2 dagen) en voor een lagere maximale dosering (ropinirol maximaal 1 dd 1,5 mg en pramipexol maximaal 1 dd 0,75 mg) dan wordt geadviseerd in het *Farmacotherapeutisch Kompas*. Bij gebruik van deze middelen

op de langere termijn moet de huisarts alert zijn op augmentatie en verslavingsgedrag bij patiënten. Bij augmentatie verergeren de klachten van de patiënt; ze breiden zich uit naar bijvoorbeeld de armen of treden eerder op de dag op. Middelen als clonazepam en hydrokinine zijn niet effectief en worden in de standaard afgeraden.

SAMENWERKING EN VERWIJZING

De huisarts verwijst patiënten met slapeloosheid die een slaapcursus willen volgen, indien het niet mogelijk is deze behandeling in de huisartsenpraktijk toe te passen, naar een thuiszorg- of ggz-instelling. Als de behandeling van slapeloosheid binnen een redelijke termijn onvoldoende effectief is, kan de huisarts overwegen de patiënt te verwijzen naar een psycholoog of slaap-waakcentrum, die gespecialiseerd zijn in de behandeling van patiënten met slapeloosheid. Bij patiënten met aanwijzingen voor arbeidsgerelateerde slapeloosheid adviseert de standaard een overleg tussen de huisarts en de bedrijfsarts. Ten aanzien van het stoppen met het chronisch gebruik van slaapmedicatie kan een samenwerking tussen huisarts en apotheker effectief zijn. De apotheker kan bijvoorbeeld helpen bij het selecteren van chronische gebruikers en kan een stopbrief versturen namens beide partijen. De huisarts wordt geadviseerd om patiënten met 'restless legs'-syndroom te verwijzen naar een neuroloog als er een indicatie bestaat voor behandeling met een dopamine-agonist en de huisarts dit niet zelf doet. Als de huisarts wel zelf patiënten met dopamine-agonisten behandelt, dient hij of zij bij onvoldoende effect of onacceptabele bijwerkingen van dopamine-agonisten en bij verdenking op augmentatie, de patiënt alsnog te verwijzen naar een neuroloog. Patiënten bij wie de huisarts narcolepsie of het vertraagde-slaapfasesyndroom met hoge lijdensdruk vermoedt, dienen voor de diagnostiek en behandeling verwezen te worden naar een neuroloog, bij voorkeur in een slaap-waakcentrum.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 17 december 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8679

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8679**

LITERATUUR

- 1 Damen-van Beek Z, Stirbu-Wagner I, Bouma M, Korevaar J. Slapeloosheid. Huisarts Wet 2014;7:362.