

**Ingrid Verbeek**

somnoloog, Centrum voor Slaap-  
geneeskunde Kempenhaeghe,  
Heeze

**Angelique Pijpers**

neuroloog, somnoloog,  
Centrum voor Slaapgeneeskunde  
Kempenhaeghe, Heeze

**Kees Vleer**

arts, somnoloog, Centrum  
voor Slaapgeneeskunde  
Kempenhaeghe, Heeze

**Bart van Pinxteren**

huisarts Oog in Al, Utrecht,  
initiatiefnemer Slaapstraat

KEMPENHAEGHE ONTWIKKELT SLAAPSTRAAT VOOR MENSEN MET SLAAPPROBLEMEN

# Zorg bij slapeloosheid heeft impuls nodig

Slaapproblemen komen veel voor en hebben zeer nadelige gezondheidseffecten. Er is een effectieve eerstelijnsbehandeling, maar de organisatie en de financiering daarvan staan nog in de kinderschoenen.

**L**angdurige slapeloosheid, chronische insomnie, komt veel voor, wordt vaak niet herkend en blijft daardoor onbehandeld. Onbehandelde slapeloosheid heeft een negatieve invloed op het functioneren overdag (verminderde productiviteit en kwaliteit van leven) en is een risicofactor voor angst- en stemmingsproblematiek. Het Centrum voor Slaapgeneeskunde van Kempenhaeghe ontwikkelt samen met huisartsen een zorgmodel voor effectieve insomniezorg in de eerste lijn. Dit begint met goede diagnostiek in de huisartsenpraktijk waardoor huisartsen samen met de POH's-ggz insomnie gaan herkennen als een behandelbare aandoening. Er is een effectieve niet-medicamenteuze behandeling voor insomnie, maar deze is onvoldoende beschikbaar in de eerste en tweede lijn. Een landelijk zorgmodel voor chronische insomnie, de zorgstraat chronische insomnie, biedt uitkomst.

**Subjectieve klacht**

Slapeloosheid of insomnie is gedefinieerd als een subjectieve klacht over het inslapen, doorslapen of ontwaken. Het heeft een negatieve impact op het functioneren en welbevinden overdag. De International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3) spreekt van chronische insomnie als deze klachten minimaal drie dagen per week bestaan gedurende minimaal drie maanden.



## HUIDIGE SITUATIE

Een man van middelbare leeftijd komt bij de huisarts. Hij heeft sinds jaren last van in- en doorslaapproblemen. Omdat zijn slapeloosheid de laatste tijd is toegenomen, is hij ernstig vermoeid, wat nadelig is voor zijn sociale en professionele leven. Hij zoekt nu medische hulp.

De huisarts verwijst hem naar een regionale slaappoli om de klacht in de tweede lijn verder te onderzoeken. Daar volgt een intake bij de longarts en wordt een poly(somno)grafie uitgevoerd. Uit het onderzoek komt een lichte vorm van obstructief slaapapneu (OSA) naar voren en patiënt wordt verwezen naar de kno-arts, die ook de voor zijn discipline gebruikelijke onderzoeken uitvoert en vervolgens een behande-

ling met een MRA voorschrijft. Helaas leidt dit niet tot verbetering van klachten en de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts.

Hierna wordt hij verwezen naar een gespecialiseerd derdelijns-slaapcentrum voor verdere evaluatie en behandeling van de in- en doorslaapproblematiek. Op basis van de anamnese wordt de diagnose chronische insomnie gesteld en wordt een behandeling met cognitieve gedragstherapie gestart. Bij het beëindigen van de therapie zijn de in- en doorslaapklachten aanzienlijk verbeterd, alsmede het functioneren overdag. Er is geen indicatie voor medicamenteuze behandeling en de behandeling van slaapapneu is gestaakt.

den. Volgens deze criteria kampt in Nederland 8 procent van de volwassen bevolking met chronische insomnie. De NHG-Standaard onderscheidt kortdurende (korter dan drie weken) en langer durende slapeloosheid. Onbehandelde slapeloosheid is een risicofactor voor het ontwikkelen van psychische stoornissen, met name depressie en angststoornis. Het is dus belangrijk om het te behandelen.

### Eerste keus

Hoewel insomnie veel voorkomt, gaan veel patiënten hiervoor niet naar de huisarts. Zorgprofessionals erkennen het vaak niet als een aandoening, het heeft geen prioriteit en een duidelijke richtlijn voor de behandeling ontbreekt. Ook patiënten onderschatten de klachten en zien het als iets wat ze zelf moeten oplossen. Pas als er andere medische klachten bijkomen, gaan ze naar de huisarts. Bovendien weten veel patiënten en zorgprofessionals niet dat er een effectieve, kortdurende niet-medicamenteuze behandeling bestaat. Kortdurende cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-I) is bewezen effectief en is daarmee de behandeling van eerste keus voor chronische insomnie.

Door CGT-I verminderen insomnieklachten langdurig, in tegenstelling tot het kortetermijneffect van medicamenteuze behandeling. Helaas is CGT-I maar voor weinig patiënten beschikbaar, omdat er

niet genoeg hierin geschoolde professionals zijn en de behandeling in Nederland niet wordt vergoed.

Veel patiënten met insomnie die geen CGT-I krijgen, worden verwezen naar de tweede lijn voor een polysomnografie (PSG) om obstructief slaapapneu (OSA) uit te sluiten. Dit onderzoek is volgens de Europese richtlijn voor diagnostiek en behandeling van insomnie niet nodig. Bovendien is er een bias richting OSA (zie *kader* huidige situatie). Recent wetenschappelijk onderzoek laat zien dat bij patiënten met OSA én insomnie CGT-I zinvoller is dan een behandeling gericht op OSA.

### Slaapstraat

De huisarts speelt een belangrijke rol bij de anamnese, het herkennen van insomnie, het in kaart brengen van comorbide factoren en het uitsluiten van andere medische problematiek.

In Utrecht is in 2017 het project Slaapstraat ([slaapstraat.nl](http://slaapstraat.nl)) gestart. Slaapstraat is een zorgprogramma ontwikkeld door huisartsen, POH's-ggz en apothekers, in samenwerking met somnologen en de Hersenstichting.

Het uitgangspunt is slaapzorg op maat met eenvoudige middelen in de huisartspraktijk als dat kan en in een gespecialiseerd centrum als dat nodig is (*kader* aanpak insomnie).

## AANPAK INSOMNIE VOOR HUISARTS EN POH GGZ

Afhankelijk van de affiniteit en werkwijze in de praktijk kan de huisarts een aantal consulten zelf doen of – na de medische anamnese – de diagnostiek en behandeling van slapeloosheid overdragen aan de POH-ggz.

### Consult 1 (diagnostiek)

- Slaapanamnese gericht op het herkennen van insomnie
- Psycho-educatie over slaap
- Klachtenregistratie

### Consult 2 (behandeling)

- Bekijken slaapdagboek
- Inzetten gedragsmatige behandeling en slaaphygiëadviezen
- Meegeven slaapdagboek

### Consult 3 na twee weken (opvolging)

- Opvolgen van interventies
- Eventueel interventies toevoegen (ontspanningstraining, volledige cognitieve gedragstherapie voor insomnie)

Medewerkers van de huisartsenpraktijk krijgen een scholing van twee avonden over slaap en slaapstoornissen en leren laagcomplexere slaapdiagnostiek uitvoeren en interpreteren. Diagnostiek en behandeling van insomnie in de eigen praktijk en indicaties voor verwijzing naar de tweede lijn zijn onderdeel van de training. Huisartsen leren de Slaapmeetweek inzetten, een week waarin de patiënt een slaapdagboek bijhoudt en een uitgebreide diagnostische vragenlijst invult. In het netwerk is een arts-somnoloog beschikbaar voor advies of om de behandeling over te nemen.

Inmiddels zijn in Utrecht de medewerkers van zo'n tien huisartspraktijken getraind.

## De patiënt krijgt het advies om korter in bed te liggen

In vijf andere regio's zijn met subsidie van de Hersenstichting nog eens tien praktijken getraind. Aan de VU en de UvA vindt momenteel onderzoek plaats naar de effectiviteit van de implementatie van dit zorgprogramma in deze vijf regio's. Ongeveer 250 patiënten door het land hebben inmiddels de Slaapstraat doorlopen. De geaccrediteerde training is beschikbaar voor praktijken in het land. De diagnostische tools zijn beschikbaar via de website en kunnen worden ingezet in elke huisartsenpraktijk.

### Proeftuin

Slaapstraat is een proeftuin voor insomniezorg in de eerste lijn. Hierbij ligt de focus op diagnostiek; voor behandeling zijn de faciliteiten nog niet toereikend. CSG Kempenhaeghe wil een stap verder gaan en samen met huisartsen een compleet netwerkzorgmodel voor insomnie ontwikkelen waarin ook de volledige

### DE METHODE 'SLAAPSTRAAT'

Een man van 54 jaar heeft al vele jaren last van slapeloosheid. De klachten begonnen na een sterfgeval in de vriendenkring en namen toe door stress op het werk. Hij wordt meerdere malen per nacht wakker en piekert dan veel, bovendien lukt het hem in de nacht niet meer om de slaap te vatten. Met enige regelmaat krijgt hij benzodiazepines voorgeschreven, zonder veel resultaat. Hij heeft kortdurend baat gehad bij melatonine. Met adviezen over de slaaphygiëne is hij goed bekend. De gebrekkige nachtrust hindert hem ook overdag tijdens zijn werkzaamheden. Bovendien maakt hij zich zorgen over de negatieve gevolgen van slapeloosheid voor zijn gezondheid.

De huisarts neemt een slaapanamnese af en de man blijkt te voldoen aan de criteria voor chronische insomnie. Gedurende een week houdt hij een slaapdagboek bij waaruit blijkt dat hij redelijk vaste bedtijden hanteert en gemiddeld negen uur in bed ligt. 's Nachts is hij frequent wakker gedurende dertig tot zestig minuten.

Na voorlichting over het ontstaan van slapeloosheid, de uitlokkende en in stand houdende factoren wordt in overleg besloten te starten met slaaprestrictie (korter op bed liggen). Patiënt krijgt het advies om korter in bed te liggen en slaaptijden te hanteren met vaste tijden van naar bed gaan en opstaan. Hij blijft daarbij dagelijks het slaapdagboek bijhouden en heeft wekelijks telefonisch contact met de huisarts. Na een aanvankelijke toename van de klachten gaat hij na twee tot drie weken beter slapen en patiënt geeft ook aan dat hij zich veel beter uitgerust voelt. Hij is beter bestand tegen de eisen die het werk aan hem stelt en heeft het gevoel dat hij veel meer grip op de zaak heeft. Patiënt geeft aan dat hij wil doorgaan met het aangeleerde slaapschema en daarbij het slaapdagboek af en toe wil blijven gebruiken. Besloten wordt dat verdere begeleiding niet nodig is.

CGT-I behandeling is opgenomen en dat landelijk kan worden uitgerold. Het beoogde pakket voor huisartsen, POH's-ggz en psychologen omvat naast diagnostiek en consultatieve ondersteuning door de arts-somnoloog ook ondersteuning bij de scholing in en uitvoering van CGT-I (zie *kader* de methode 'slaapstraat'). De POH-ggz kan desgewenst worden geschoold om zelf een volledige groepsbehandeling CGT-I te geven, inclusief ontspanningstraining en cognitieve therapie. Zo nodig kan een gz-psycholoog (verdieping cognitieve therapie) of een oefentherapeut (lichaamsgerichte ontspannings-training) de behandeling overnemen. Doel van deze zorgstraat is insomnieklachten in de eerste lijn snel herkennen en effectief behandelen. Voorwaarden daarvoor zijn dat:

- insomnie wordt erkend als een behandelbare aandoening met bijbehorende diagnose-behandelcombinatie;

- patiënten sneller naar de huisarts gaan met insomnieklachten;
- huisarts en POH-ggz adequaat worden geschoold voor de aanpak van insomnie;
- samenwerking wordt gezocht met regionale geaccrediteerde slaapcentra in netwerkverband voor scholingsmogelijkheden en consultatie.

Wij verwachten dat hierdoor minder verwijzingen naar de tweede lijn nodig zijn en dat dit een kostenbesparing oplevert. ■

### contact

verbeeki@kempenhaeghe.nl;  
cc: redactie@medischcontact.nl

### web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).