

dr. Olaf Verschuren

senior onderzoeker physical health, Kenniscentrum Revalidatie-geneeskunde Utrecht, Universitair Medisch Centrum Utrecht

dr. Sigrid Pillen

kinderneuroloog-somnoloog, Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe

prof. dr. Arjen Slooter

neuroloog-intensivist, Universitair Medisch Centrum Utrecht

dr. Jeroen Dudink

kinderarts-neonatoloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht

SLECHT SLAPEN BELEMMERT OPTIMAAL HERSTEL

Goede nachtrust heeft te weinig prioriteit in ziekenhuis

Veel patiënten slapen uitgesproken slecht in ziekenhuizen. Dat is jammer, want de helende werking van slaap is onomstreden. Volgens Olaf Verschuren en collega's valt er met een aantal praktische interventies veel gezondheidswinst te boeken.

Er is geen wetenschappelijk onderzoek voor nodig om mensen ervan te overtuigen dat een nacht met weinig slaap een negatieve invloed heeft op de dag erop. Je bent vaak chagrijnig of somberder dan anders, je houdt je nog maar net staande op het werk, kunt je slecht concentreren, en verwerkt informatie minder snel. We weten allemaal uit ervaring dat te weinig slaap een grote impact op ons heeft. Sterker nog, slaap blijkt van levensbelang. Slaap is blijikbaar van zo'n wezenlijk belang dat het, ondanks de kwetsbare staat, voor alle diersoorten behouden is gebleven in de evolutie. In een ziekenhuis lijkt deze essentiële levensfunctie echter geen prioriteit te hebben. Uit onderzoek blijkt dat mensen in een ziekenhuis gemiddeld anderhalf uur korter slapen dan thuis – 5,5 tegenover 7 uur – en dat ruim 57 procent thuiskomt met een slaapgebrek.^{1 2}

Geluidsoverlast

Apparaten die aanwezig zijn op de (neonatale) intensive-care-unit – (N)ICU – produceren geluiden die vergelijkbaar zijn met die van een straat of druk restaurant. Eén studie liet zelfs zien dat er op de intensive care (ic) tot wel zestien keer per uur een geluidspiek van meer dan 85 dB (vergelijkbaar met een rinkelende telefoon of haardroger) aanwezig is.^{3 4} Maar naast geluidsoverlast van de medische apparatuur zijn er ook andere factoren in het ziekenhuis die de slaapkwaliteit en slaapkwantiteit van de patiënt flink kunnen verstoren: snurkende of

hoestende kamergenoten, gesprekken van artsen of verpleegkundigen, en onregelmatige controlemomenten.^{5 6} Deze slaapverstoorders worden vaker gemeld als oorzaak van een slechte slaap dan bijvoorbeeld pijn of angst.⁷ Veel patiënten hebben hierdoor vaak onderbroken korte nachten van een slechte kwaliteit. Ook houdt een ziekenhuis geen rekening met het chronotype van de patiënt, oftewel of iemand ochtend- of avondmens is. Zeker avondmensen worden te vroeg gewekt, omdat er vóór het ontbijt allerlei metingen gedaan moeten worden. Voor een persoon die bijvoorbeeld pas om 2.00 uur in slaap valt, zou slapen tot 9.00 of 10.00 uur beter zijn. Dat past echter niet in de werkprocessen in het ziekenhuis, waar de dagprogramma's om 7.00 uur beginnen.

Herstel

Dat patiënten slecht slapen in een ziekenhuis is niet wenselijk. Slaap is een unieke toestand van het lichaam, waarin neurale en hormonale processen bijdragen aan het fysiek, maar ook mentaal herstel. Tijdens slaap vinden meerdere belangrijke processen plaats, waaronder productie van het anabole groeihormoon (somatotropine) in het eerste deel van de slaap. Dit stimuleert bij kinderen de groei en bij volwassenen de aanmaak van weefsel. In het tweede deel van de slaap zorgt het katabole cortisolhormoon ervoor dat je energie krijgt. Andere processen die plaatsvinden in het lichaam tijdens slaap zijn stressreductie, eiwitsynthese in de spieren en afvoer van afvalstoffen (onder andere in onze hersenen).⁸ Omdat de kwaliteit van slaap gerelateerd is aan de gezondheid en het fysieke en mentale herstel van de patiënt, is het belangrijk om goed te slapen in een ziekenhuis. Jonge kinderen in de groei hebben extra slaap nodig. Daarnaast lijkt juist bij deze groep het belangrijkste deel van de hersenontwikkeling plaats te vinden tijdens het slapen.⁹ Voor een kwetsbaar kind, bijvoorbeeld een prematuur geboren kind op de NICU, zijn herstel en optimale groei belangrijk; dit heeft gevolgen voor het

leven erna. Voor alle prematuren op de NICU, maar ook kinderen en volwassenen op de ic en op andere afdelingen in het ziekenhuis, zou slaap dan ook moeten worden gezien als een essentieel onderdeel van de behandeling en het herstel.

Basisbehoefte

In de wetenschappelijke literatuur komt steeds vaker het onderwerp slaap, en dan vooral het gebrek eraan tijdens het verblijf in het ziekenhuis, aan de orde.⁴⁻¹⁰ Helaas zien we hier nog maar weinig tot niets van terug in het ziekenhuis. Een opvallend feit blijft dat ondanks de groeiende wetenschappelijke kennis op het gebied van slaap (onder andere door belangrijke nieuwe inzichten vanuit de neurowetenschappen) en de invloed hiervan op de gezondheid, dit onderwerp ook in geneeskundeopleidingen nauwelijks aan bod komt. Niet verwonderlijk dus dat slaap nog steeds geen plaats heeft verworven binnen de reguliere gezondheidszorg.

Het wordt dan ook tijd dat de geneeskunde slaap gaat zien als een basisbehoefte voor iedere patiënt, parallel aan de ontwikkelingen die gaande zijn op het gebied van andere leefstijlfactoren als fysieke activiteit en voeding. In ieder ziekenhuis werkt inmiddels wel een diëtist als specialist op het gebied van voeding bij gezondheid en ziekte. In steeds meer ziekenhuizen is ook een sportarts/inspanningsfysioloog aanwezig die zich richt op het bevorderen, waarborgen en herstellen van de gezondheid van mensen die (willen gaan) sporten of bewegen. Waar blijft de zorgprofessional die zich verantwoordelijk voelt voor slaap binnen het ziekenhuis?

Simpele interventies

In de praktijk wordt momenteel bij slapeloosheid in het ziekenhuis als een automatisme gegrepen naar slaapmedicatie, veelal benzodiazepines. Deze medicatie verslechtert echter de slaaparchitectuur, en is bovenal geassocieerd met een klinische verslechtering van patiënten, en een verhoogd risico op delirium, vallen en heropname.¹¹⁻¹³ Het zou dan ook beter zijn om met preventieve maatregelen slaapproblemen te voorkomen of met niet-farmacologische interventies slaap te verbeteren. Hierbij lijken simpele interventies, zoals het uitdelen van slaapmaskers en oordoppen, of het letten op voldoende blootstelling aan daglicht, al een verschil te kunnen maken.¹⁴⁻¹⁵ Maar met alleen deze maatregelen zijn we er niet: het effect van bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen voor het slapengaan zal namelijk direct teniet worden gedaan als de verpleegkundige een halfuur later met een bloeddrukmeter aan het bed staat. Een geïntegreerde aanpak met voldoende blootstelling aan daglicht overdag, aandacht voor slaaphygiëne (zoals



In het ziekenhuis moet slaap worden gezien als een essentieel onderdeel van de behandeling en het herstel.

het vermijden van cafeïne in de avond en beeldschermgebruik kort voor het slapen; dutjes vermijden na 16.00 uur) en ontspanningsmethoden zullen vooral effect hebben in een slaapbevorderend afdelingsklimaat, met rust en zo min mogelijk verstoring van de slaap. Idealiter zou een slaapmonitor het ziekenhuispersoneel helpen om slapende patiënten met rust te laten, maar juist ook om bij wakkere patiënten binnen te lopen, en aandacht te hebben voor bijvoorbeeld angst of pijn. Mensen werkzaam in het ziekenhuis zouden te allen tijde in het zorgproces, en bij alle patiëntengroepen, aandacht moeten hebben voor een goede nachtrust, om te zorgen voor een optimaal fysiek functioneren en herstel. Collega's, word wakker en open de ogen voor het belang van slaap bij uw patiënten in het ziekenhuis. ■

o.verschuren@dehoogstraat.nl
cc:redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.