

NHG-Standaard: bewegen effectiever dan slaapmiddel

Veel ouderen bewegen weinig, dutten overdag veel en zijn daardoor 's nachts niet moe. Ze zouden meer moeten bewegen, zegt geriater Janet Bootsma. In de herziene NHG-Standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen* is daarvoor meer aandacht. Slaapmiddelen leiden tot afhankelijkheid en gewenning en hebben een beperkt effect.

Auteur **Cindy Reinders**

Lichaamsbeweging. Dat is bij de behandeling van slapeloosheid effectiever dan medicatie, zegt Janet Bootsma, klinisch geriater/klinisch farmacoloog van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch en lid van de Werkgroep Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie van de KNMP. Aanbevelingen voor een gedragsmatige aanpak en advies over lichaamsbeweging bij langerdurende slapeloosheid, noemt het NHG dan ook de belangrijkste wijziging van de herziene standaard *Slaapproblemen en slaapmiddelen*. Waar verder aandacht voor is, net als in de vorige versie, is dat artsen terughoudend moeten zijn met slaapmiddelen om gewenning en afhankelijkheid te voorkomen [1,2]. Het NHG spreekt van slapeloosheid wanneer iemand minstens driemaal per week slecht in- en/of doorslaapt en overdag disfunctioneert door moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie. Bestaan deze klachten minder dan drie weken, dan is sprake van kortdurende slapeloosheid. Duren ze langer dan drie weken, dan spreekt de standaard van langerdurende slapeloosheid.

Wat ook voorkomt is vermeende slapeloosheid. Bootsma: "Iemand slaapt bijvoorbeeld vijf uur per nacht, maar denkt acht uur te moeten slapen. Zijn er overdag geen klachten, dan is er niets aan de hand."

Als eerste gaat de huisarts na welke factoren de slaap verstoren. "Iemand heeft last van jeuk, pijn, angst of moet

's nachts vaak plassen", vertelt Bootsma. "Dat laatste zien we bijvoorbeeld bij patiënten met hartfalen. Het vocht, dat zich overdag ophoopt in de benen, komt door het liggen 's nachts weer in de circulatie, wat resulteert in plassen. Maar het kan ook komen door diuretica. Dit lossen we op door de laatste gift aan het einde van de middag te geven zodat patiënten in de avond plassen."

Rusteloze benen

Andere oorzaken van slapeloosheid zijn rusteloze benen (*restless legssyndroom*, RLS) en nachtelijke kuitkrampen. De standaard besteedt hier nu apart aandacht aan. Wanneer niet-medicamenteuze adviezen onvoldoende helpen, zoals het vermijden van koffie en alcohol, kan de huisarts bij ernstige klachten een dopamine-agonist (ropinirol of pramipexol) overwegen. Het effect daarvan is volgens de standaard overigens beperkt: meer dan 50% verbetering van de klachten treedt op bij 60% van de patiënten versus 40% met placebo. Daarnaast moet de huisarts het gebruik heroverwegen van medicatie die RLS kan verergeren zoals SSRI's of anti-psychotica.

Bij nachtelijke kuitkrampen is, net als bij RLS, weinig plek voor medicatie vanwege het beperkte effect en de kans op bijwerkingen zoals hoofdpijn en duizeligheid. Alleen bij aanhoudende ernstige klachten ondanks niet-medicamenteuze adviezen (voldoende vochtinname, andere slaaphouding en dergelijke) kan de huisarts kortdurend hydrokinine geven.

Bij zwangeren is magnesiumoxide een optie. Gebruikt de patiënt een calciumantagonist met dihydropyridinestructuur (amlodipine, nifedipine), bekijk dan of een alternatief mogelijk is.

**PATIËNTEN MET HARTFALEN
MOETEN ER 'S NACHTS VAAK
UIT OM TE PLASSEN**



Hollandse Hoogte

EEN GEDRAGSMATIGE AANPAK ÉN ADVIES OVER LICHAAMSBEWEGING VORMEN DE BELANGRIJKSTE WIJZIGINGEN VAN DE HERZIENE STANDAARD OVER SLAAPPROBLEMEN.

Bootsma: “Veel ouderen bewegen weinig, dutten overdag veel en zijn daardoor ’s nachts niet moe. Maar bewegen is voor hen juist belangrijk. Laat ouderen – zolang het gaat – zelf hun boodschappen doen, bijvoorbeeld met een rollator. Dat is effectiever dan slaappillen.” In de praktijk ziet Bootsma dat patiënten vinden dat slaappillen goed werken. Ze ervaren de negatieve effecten – een verhoogd valrisico, een *hangover* overdag en cognitieve stoornissen – zelf nauwelijks.

Slaappillen verkorten de inslapduur gemiddeld met slechts 15 tot 20 minuten en verlengen de slaapduur met 30 tot 50 minuten. Bootsma: “Bij langer gebruik neemt het effect af. Stoppen patiënten ermee, dan zeggen ze ‘ik slaap slechter, dus ze hielpen’. Maar dit komt door *rebound*-klachten – ontwenningverschijnselen.”

Uitleg hierover vindt Bootsma “een mooie taak voor de apotheek”. Net als het opsporen van chronisch gebruikers van slaappillen. De standaard geeft, net als de vorige, handvatten hoe de huisarts of apotheker dit kan aanpakken. Met een stopbrief – een simpele interventie – slaagt een derde tot de helft van de gebruikers (van één standaard dagdosering) erin te stoppen. Bij een hogere dagdosering adviseert het NHG de gereguleerde dosisreductiemethode waarbij het slaappillen – eventueel na omzetting naar een equivalente dosering diazepam – in stapjes wordt afgebouwd.

Bootsma: “Lukt het niet om te stoppen, dan heeft intermitterend gebruik – zoals elke derde nacht – de voorkeur. Mogelijk geeft dit minder risico op afhankelijkheid en tolerantie dan dagelijks gebruik.”

“Medicatie is niet de oplossing bij slaapproblemen, toch

ontkomen we er soms niet aan”, zegt Bootsma.

De standaard adviseert slaappillen alleen bij:

- kortdurende slapeloosheid door acute, voorbijgaande problematiek, als de lijdensdruk door slapeloosheid onaanvaardbaar hoog wordt;
- langerdurende slapeloosheid indien adviezen geen effect hebben, geen (verdere) verbetering mogelijk is en de slapeloosheid leidt tot ernstig disfunctioneren overdag. En dan niet meer dan vijf tot tien tabletten per keer en herhaalrecepten uitsluitend na een consult.

Kortwerkende middelen zoals temazepam en zolpidem hebben de voorkeur. Maar diazepam, dat een lange halfwaardetijd heeft, kan best als eenmalige gift, vindt Bootsma. “Door de snelle absorptie vanuit het maagkanaal werkt het eerder dan bijvoorbeeld lorazepam.”

Gebruikt iemand al een geneesmiddel met centrale effecten, dan raadt de standaard een slaappillen af.

Maar dit is niet altijd haalbaar, zegt Bootsma. Ook bij obstructief slaappapneusyndroom, zwangerschap en borstvoeding zijn benzodiazepinen gecontraïndiceerd. Bootsma voegt hieraan toe dat voorzichtigheid nodig is bij: patiënten met ernstige COPD, met een verslaving in de voorgeschiedenis, met een verhoogde valkans door bijvoorbeeld orthostatische hypotensie of leverfunctiestoornissen. Het metabolisme van benzodiazepinen verloopt hoofdzakelijk via de lever.

Lorazepam, lormetazepam, oxazepam en temazepam hebben bij een slechte leverfunctie de voorkeur [3].

Voor melatonine is geen plaats in de standaard omdat het geen klinisch relevant effect heeft. Alleen de gereguleerde vorm (Circadin 2 mg) heeft een beperkt effect bij ouderen boven de 55 jaar. ■

Oorzaken slaperigheid overdag

Bij ernstige slaperigheid overdag kan sprake zijn van een van de volgende aandoeningen waarbij verwijzing naar een specialist is aangewezen:

- obstructief slaappapneusyndroom (OSAS), waarbij meer dan vijf keer per uur ademstops optreden van tien seconden of langer. Daarnaast treden minimaal twee klinische verschijnselen op waaronder vermoeidheid overdag, verminderde concentratie, stokkende ademhaling tijdens de slaap en niet-verfrissende slaap;
- narcolepsie: patiënten vallen overdag in slaap tijdens dagelijkse werkzaamheden;
- vertraagde slaappafasesyndroom: het slaap-waakritme is consequent verschoven naar een tijdstip minimaal twee uur later dan normaal.

1. Lucassen PLBJ, Gorgels WJMJ, Smelt AFH et al. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening). Huisarts Wet 2014; 57(7):352-61
2. Knuistingh NA, Lucassen PLBJ, Bonsema K et al. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet 2005; 48(8):402-15
3. Vinkers, CH, Tijdink JK, Luykxen JJ et al. Kiezen voor de juiste benzodiazepine. Werkingsmechanisme en farmacokinetiek. Ned Tijdschr Geneesk 2012; 156:A4900