Regionale Transmurale Afspraak Utrecht
Slaapproblemen

Status: definitief Versie: 1.1	Looptijd: 2 jaar – t/m 15 oktober 2028	Eigenaar: RSO Trijn	Beheerder: RTA-coördinator Trijn Elske van Diepen, e.diepen@rsotrijn.nl
Wijze van publicatie: Website Trijn	Evaluatiedatum: [april 2027]	Verantwoordelijke: RTA-projectleider	E-mailadres contactpersoon: info@rsotrijn.nl

Samenvatting

Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek krijgt. De Regionale Transmurale Afspraak (RTA) Slaapproblemen geeft richtlijnen voor de samenwerking tussen de eerste, tweede en derde lijn. Deze lijnen hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om zorg zo veel mogelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden, als dat verantwoord kan (substitutie in de zorg). Het doel van de RTA is het uniformeren van afspraken over diagnostiek, behandeling, consultatie, verwijzing, terugverwijzing, en berichtgeving. Daarmee vormt de RTA de basis voor medisch inhoudelijke afspraken over samenwerking in de regio Utrecht. De RTA vult de NHG Standaard Slaapproblemen aan en is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen (FMS).

Deelnemende partijen

Alle organisaties die lid zijn van Trijn onderschrijven de RTA Slaapproblemen. De betrokken doelgroepen zijn onder andere huisartsen, medisch specialisten, praktijkondersteuners huisarts (POH), slaapcoaches, openbare apothekers en ziekenhuisapothekers. Goede afstemming tussen de verschillende zorglijnen is essentieel om continuïteit, doelmatigheid en kwaliteit van zorg te waarborgen. Alle organisaties die lid zijn van RSO Trijn en waarop deze RTA van toepassing is, werken volgens de afspraken in de RTA Slaapproblemen.

Scope

Deze RTA is van toepassing op alle zorgverleners binnen de regio die betrokken zijn bij de preventie, diagnostiek, behandeling en follow-up van patiënten op het gebied van slaapproblemen. De RTA Slaapproblemen geeft richtlijnen voor samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals, waaronder (kader)huisartsen, apothekers, medisch specialisten, POH en slaapcoaches.

De RTA geldt voor volwassen patiënten met (een risico op) slaapproblemen. De afspraken zijn bedoeld als leidraad voor samenwerking en overdracht, waarbij ruimte blijft voor professionele afweging op individueel patiëntniveau.

Contact

Heb je een suggestie, vraag of opmerking? Neem contact op via info@rsotrijn.nl

Inhoud

Samenvatting **2**

Doelstelling ..... Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Deelnemende partijen **2**

Scope **2**

Contact **2**

Slaapstoornissen **6**

1. Obstructief slaapapneu (OSA) **7**

1.1 De rol van de huisarts bij de diagnostiek 7

1.1.1 Verwijsprocedure 8

1.2 De rol van de medisch specialist bij de diagnostiek 8

1.3 Behandeling OSA 8

1.3.1 Regiebehandelaarschap 8

1.3.2 Behandeling 8

1.3.3 De geriatrische en terminale patiënt 9

1.4 Consultatie OSA 9

1.4.1 Consultatie van medisch specialist of PA of VS door POH/huisarts 9

1.5 Verwijzing OSA 9

1.5.1 Verwijzing door huisarts naar medisch specialist 9

1.5.2 Terugverwijzing van medisch specialist naar huisarts 9

2.Insomnie (slapeloosheid) **11**

2.1. Diagnostiek insomnie (slapeloosheid) 11

2.1.1 De rol van de huisarts bij de diagnostiek 11

2.1.2 De rol van de medisch specialist bij de diagnostiek 11

2.2 Behandeling insomnie 11

2.2.1 Regiebehandelaarschap 11

2.2.2 Voorlichting (niet-medicamenteuze interventies) 11

2.2.3 CGT-i 11

2.2.4 Medicatie 12

2.3 Consultatie insomnie 12

2.3.1 Consultatie van medisch specialist, PA, VS of slaaptherapeut door POH/huisarts 12

2.4 Verwijzing insomnie 12

2.4.1 Verwijzing door huisarts naar medisch specialist 12

2.4.2 Terugverwijzing van medisch specialist naar huisarts 12
2.5 eHealth 13
3. Overige slaapstoornissen 14
3.1 Restless legs syndrome (RLS) 14
3.1.1 Anamnese 14
3.1.2 Diagnostiek 14
3.1.3 Behandeling 14
3.1.4 Consultatie 14
3.1.5 Verwijzing van eerste naar tweede lijn 14
3.2 Circadiane ritmestoornissen 15
3.2.1 Anamnese 15
3.2.2 Diagnostiek 15
3.2.3 Behandeling 15
3.2.4 Melatoninebehandeling 15
3.2.5 Consultatie 15
3.2.6 Verwijzing van eerste naar tweede lijn 15
3.3 Parasomnie 15
3.3.1 Anamnese 15
3.3.2 Diagnostiek 15
3.3.3 Behandeling 16
3.3.4 Consultatie 16
3.3.5 Verwijzing van eerste naar tweede lijn 16
3.4 Hypersomnie (zonder aanwijzingen voor OSA) 16
3.4.1 Anamnese 16
3.4.2 Diagnostiek 16
3.4.3 Behandeling 16
3.4.4 Consultatie 16
3.4.5 Verwijzing van eerste naar tweede lijn 16
3.5 Slaapproblemen in de overgang 16
3.6 Slaapproblemen in de palliatieve fase 17
4. Berichtgeving 18
Bijlage 1 | Stroomdiagram behandeling slaapproblemen en terugverwijzen 19
Bijlage 2 | Anamnese slaapproblemen 21
Overige richtlijnen 21

Expertgroep RTA Slaapproblemen **22**

Vaststelling **22**

Bronnen **22**

Slaapstoornissen

Klachten over slaap komen veel voor in de eerste lijn. Het is belangrijk om te onderscheiden of de klachten veroorzaakt worden door een slaapstoornis of dat ze een symptoom zijn van een andere aandoening of omstandigheid.

De slaap kan bijvoorbeeld worden verstoord door pijn, mentale klachten, stress, externe factoren zoals een snurkende partner, een verkeerd voedingspatroon, te weinig beweging, verkeerde ademhaling en te kort slapen. Ook komt het vaak voor dat klachten die worden veroorzaakt door een slaapstoornis anders worden gepresenteerd, zoals vermoeidheid, slaperigheid overdag, concentratieproblemen, geheugenproblemen, hoofdpijn, depressieve gevoelens, snel geïrriteerd zijn of angstig voelen. Naast het achterhalen van de reden van de slaapklacht is aandacht voor de slaaphygiëne belangrijk.

Begeleiding voor bovenstaande kan in de eerste lijn plaatsvinden.

Doorverwijzing naar de afdeling Slaapgeneeskunde van een ziekenhuis is zinvol in onderstaande gevallen, of indien het niet lukt om in de eerste lijn de slaap te herstellen.

De recent geactualiseerde NHG Standaard Slaapproblemen geeft uitgebreide informatie over de aanpak van slaapproblemen in de eerste lijn. In de standaard worden de meeste, maar niet alle, slaapstoornissen beschreven. Daarnaast wordt in deze richtlijn de lokale logistiek rond verwijzen naar de tweede lijn besproken.

1. Obstructief slaapapneu (OSA)

Bij obstructief slaapapneu (OSA) wordt de ademhaling op repetitieve wijze tijdens de slaap belemmerd door complete (apneus) of gedeeltelijke (hypopneus) obstructie van de bovenste luchtweg (bron van de definitie: FMS). Bij een slaaponderzoek (polygrafie of polysomnografie) wordt het aantal apneus en hypopneus gemeten. Dit aantal wordt weergegeven als de AHI (apneu-hypopneu-index per uur). Als de AHI > 5 per uur is en de patiënt klachten heeft zoals snurken, ademstops en verminderde concentratie of slaperigheid overdag, dan wordt gesproken van OSA (obstructief slaapapneu). Als de klachten verminderen bij behandeling van OSA, wordt gesproken van OSAS (obstructief slaapapneusyndroom).

1.1 De rol van de huisarts bij de diagnostiek

Zie ook de NHG Standaard Slaapproblemen. De rol van de huisarts bij het diagnosticeren van OSA bestaat met name uit herkenning van klachten die passen bij OSA, zoals:

- verminderde alertheid of overmatige slaperigheid, vermoeidheid, niet-verkwikkende slaap
- doorslaapproblemen, nachtelijke ademstops, verstikkend gevoel 's nachts
- snurken en/of ademstops

Daarnaast herkent de huisarts afwijkingen in de neus- en keelholte die obstructie kunnen geven, zoals hypertrofische tonsillen.

Ook de POH-S en POH-GGZ kunnen een rol hebben bij het herkennen van signalen die passen bij OSA. Klachten als vermoeidheid, slecht slapen, emotionaliteit en prikkelbaarheid hebben een brede differentiaaldiagnose, waarbij lichamelijke en psychosociale factoren een rol spelen. Overweeg OSA daarom tijdig en bespreek bij vermoeden met de huisarts.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, komt OSA voor bij alle BMI's en op alle leeftijden. Bij vrouwen presenteert OSA zich vaak anders dan bij mannen: slaperigheid staat meestal veel minder op de voorgrond, terwijl de hoofdklacht vaker een doorslaapprobleem of een gebrek aan energie overdag is. Dit zorgt voor een langere artsenvertraging voor deze groep patiënten.

Bij doorslaapproblemen die niet reageren op gebruikelijke slaaptherapie of adviezen is het daarom van belang ook aan OSA te denken en hier onderzoek naar te doen. In de NHG-standaard staat de overweging om insomnia klachten eerst te behandelen, ook bij verdenking op OSA.

De combinatie insomnia en OSA (hiervoor wordt de term COMISA gebruikt) komt veel voor, en insomnia kan de ernst van OSA verergeren. Het is dus ook zinvol om bij klachten die zowel bij insomnie als bij OSA passen eerst de insomnie te behandelen, en bij onvoldoende effect door te verwijzen om OSA uit te sluiten. Let er ook op dat OSA burn-out of op dementie lijkende klachten kan geven.

Als er voldoende vermoeden bestaat voor OSA, verwijst de huisarts naar de tweede lijn. Dat zijn in onze regio deze ziekenhuizen: St. Antonius Ziekenhuis en Diakonessenhuis Utrecht, of naar Ksyos (zorg op afstand) of naar andere zelfstandige behandelcentra (ZBC's).

1.1.1 Verwijsprocedure

- **Diakonessenhuis** De huisarts kan bij verwijzing naar het slaapcentrum kiezen voor KNO, Longgeneeskunde of Neurologie. Daarna bekijkt een medisch specialist of de verwijzing bij het juiste specialisme is aangekomen. Indien dit niet zo is, wordt onderling geregeld dat de patiënt op de goede plek komt.
- **St. Antonius Ziekenhuis** De huisarts kan bij verwijzing naar het slaapcentrum kiezen voor KNO, Longgeneeskunde of Neurologie. Daarnaast vult de patiënt eerst vragenlijsten in, waarna op basis van de uitkomsten wordt bepaald bij welke specialist de patiënt wordt ingepland.

1.2 De rol van de medisch specialist bij de diagnostiek

Diagnostiek en behandeling van OSA vinden vrijwel altijd plaats in de tweede lijn.

Als de huisarts vermoedt dat de klachten van de patiënt zouden kunnen passen bij OSA, verwijst de huisarts naar een in slaap gespecialiseerde medisch specialist, vaak een long- en/of KNO-arts of een slaapcentrum voor aanvullende diagnostiek (polygrafie).

Een polygrafie is een slaaponderzoek waarbij meestal thuis in de slaap ademhaling, hartslag, en zuurstofgehalte in het bloed worden gemeten. Zo kunnen slaapapneu of andere ademhalingsproblemen tijdens de slaap gediagnosticeerd worden.

Polygrafie vindt in de regio momenteel plaats in de tweede lijn (ziekenhuis, Ksyos of ZBC). Mogelijkheden voor diagnostiek in de eerste of anderhalve lijn worden op dit moment niet regionaal afgesproken.

1.3 Behandeling OSA

1.3.1 Regiebehandelaarschap

De diagnostiek en de behandeling van OSA vallen altijd onder de primaire verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar (behandelend specialist: KNO-arts, longarts, neuroloog of kaakchirurg), waarbij op individueel niveau kan worden afgesproken dat de huisarts bepaalde zaken (tijdelijk) overneemt. Indien de medisch specialist een patiënt terugverwijst, dan draagt deze officieel het regiebehandelaarschap weer over aan de huisarts.

1.3.2 Behandeling

Na het stellen van de diagnose OSA wordt samen met de patiënt gekozen voor de meest passende behandeling. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van Ik heb slaap-apneu en wil een behandeling kiezen, de consultkaart voor OSA op thuisarts.nl. In het algemeen gaat het om een van deze behandelopties:

- CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)
- MRA (Mandibulair Repositie Apparaat)
- SPT (slaappositietrainer)
- een mogelijke operatieve behandeling

Naast de persoonlijke voorkeur van de patiënt wordt rekening gehouden met:

- Bij een AHI boven de 30 per uur is CPAP de eerste keus, aangezien de kans van slagen van een MRA afneemt bij hogere AHI.

- Bij een hogere BMI wordt de kans van slagen van een MRA kleiner. Zeker bij een BMI boven de 35 wordt deze kleinere kans van slagen besproken met de patiënt.
- Indien de apneus vooral in rugligging plaatsvinden (AHI niet-rug onder de 10/uur en AHI in rugligging minimaal twee keer zo hoog als in niet-rugligging), dan kan een slaappositietrainer worden overwogen.

1.3.3 De geriatrische en terminale patiënt

Bij geriatrische patiënten is het doel van de behandeling klachtenreductie. Een proefbehandeling (CPAP) met goede stop afspraken bij onvoldoende effect is zeker te overwegen. Ook bij een geriatrische patiënt is bewezen dat behandeling van OSA een belangrijke verbetering van kwaliteit van leven kan geven.

In de terminale setting is het niet aan te raden onderzoek te doen naar nieuw OSA. Samen met patiënt kan worden besproken of continueren van de behandeling wenselijk is. Een pragmatische afspraak kan zijn om de therapie gedurende enkele weken te staken. Als er geen toename is van (slaapgerelateerde) klachten dan kan de therapie blijvend worden gestaakt.

1.4 Consultatie OSA

1.4.1 Consultatie van medisch specialist of PA of VS door POH/huisarts

De huisarts kan de medisch specialist, physician assistent (PA), verpleegkundig specialist (VS) of OSA-consulente om consultatie vragen, zowel bij vragen over nieuwe verwijzingen als bij aanvullende vragen bij een bestaande behandeling. De consultatie vindt telefonisch plaats. De medisch specialist blijft hoofdbehandelaar, tenzij een behandeling is overgedragen aan de huisarts.

1.5 Verwijzing OSA

Onder verwijzen wordt verstaan: het overdragen van de diagnostiek en behandeling door de huisarts aan de medisch specialist. De medisch specialist wordt regiebehandelaar totdat deze weer terugverwijst naar de huisarts.

1.5.1 Verwijzing door huisarts naar medisch specialist

In de verwijzing staat duidelijk vermeld:

- welke klachten de huisarts herkent als mogelijk OSA-gerelateerd
- relevante comorbiditeiten, lengte, gewicht, bijzonderheden bij inspectie neus-keelholte
- intoxicaties en medicatiegebruik

De verwijzing vindt plaats via ZorgDomein

1.5.2 Terugverwijzing van medisch specialist naar huisarts

Na het instellen op een OSA-behandeling zal de medisch specialist vaak de reguliere controles staken. In de brief naar de huisarts wordt vermeld of de controles worden afgesloten en de patiënt zich bij problemen moet melden bij de huisarts, of dat de specialist zelf regiebehandelaar wil blijven zodat de patiënt direct contact op kan nemen bij klachten.

Een onderdeel van de behandeling kan gewichtsreductie zijn. De medisch specialist vermeldt in zijn brief bij diagnosestelling of dit besproken is en adviseert de patiënt om een GLI-traject op te starten in de eerste lijn.

Voor vragen over de MRA kan de patiënt in eerste instantie contact opnemen met de tandarts of kaakchirurg waar de plaatsing heeft plaatsgevonden. Voor vragen over de situatie na een KNO- of kaakoperatie kan de patiënt contact opnemen met de behandelend KNO-arts of de kaakchirurg.

2. Insomnie (slapeloosheid)

Volgens de NHG Standaard Slaapproblemen is insomnie een slaapstoornis die zich kenmerkt door drie keer of vaker per week klachten van slecht slapen, leidend tot nadelige gevolgen overdag, zoals moeheid, verminderde concentratie en verhoogde irritatie.

- Kortdurende (acute) insomnie: klachtenduur arbitrair korter dan drie weken (in de internationale literatuur korter dan drie maanden).
- Aanhoudende (chronische) insomnie: langer dan drie weken.

2.1 Diagnostiek insomnie (slapeloosheid)

2.1.1 De rol van de huisarts bij de diagnostiek

Dit wordt uitgebreid beschreven in de NHG Standaard Slaapproblemen.

2.1.2 De rol van de medisch specialist bij de diagnostiek

Eventuele aanvullende diagnostiek, zoals slaaponderzoek (in de vorm van polysomnografie) of meting van melatonineproductie in de avond (Dim Light Melatonin Onset, DLMO) vindt momenteel alleen plaats in de tweede lijn.

2.2 Behandeling insomnie

2.2.1 Regiebehandelaarschap

Gedurende het eerder beschreven diagnostisch proces of tijdens de behandelfase kan de huisarts te allen tijde de patiënt verwijzen naar de tweede lijn. Met deze verwijzing wordt officieel het regiebehandelaarschap overgedragen aan de medisch specialist, PA, en/of VS. De hierboven genoemde diagnostiek en hieronder genoemde behandeling vallen altijd onder de primaire verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, waarbij op individueel niveau kan worden afgesproken dat de huisarts bepaalde zaken (tijdelijk) overneemt. Indien de medisch specialist de patiënt terugverwijst, draagt deze officieel het regiebehandelaarschap weer over aan de huisarts.

2.2.2 Voorlichting (niet-medicamenteuze interventies)

Dit wordt uitgebreid beschreven in de NHG Standaard Slaapproblemen.

Voor vragen over CPAP-behandeling na afronding van vaste controles in de tweede lijn, kan de patiënt contact opnemen met de CPAP-leverancier. Zo nodig kan daarna worden overlegd met de tweede lijn. Tijdens de behandeling blijft de CPAP in bruikleen van patiënt en is eigendom van de CPAP-leverancier. De huisarts heeft in principe geen rol in dit proces, maar kan patiënten wijzen op deze afspraken als zij zich bij de huisarts melden met vragen.

2.2.3 CGT-i

Dit wordt uitgebreid beschreven in de NHG Standaard Slaapproblemen.

Gedragsmatige behandeling van insomnie (CGT-i) kan volgens de NHG Standaard een taak zijn van de POH-GGZ, maar maakt geen standaard onderdeel uit van het functieprofiel. Hiervoor zijn aanvullende scholing, expertise en capaciteit nodig en dit is niet in iedere praktijk beschikbaar. Is deze expertise lokaal niet aanwezig, dan kan de huisarts een slaaptherapeut consulteren (zie 2.3), gebruikmaken van eHealth (zie 2.5) of verwijzen naar de tweede lijn (zie 2.4). Welke taakverdeling en capaciteit in de eerste lijn haalbaar zijn, wordt momenteel in pilots onderzocht.

2.2.4 Medicatie

Dit wordt uitgebreid beschreven in de NHG Standaard Slaapproblemen

In deze RTA wordt afgesproken dat de medicatiewijzigingen plaatsvinden door, of onder supervisie van, de regiebehandelaar.

De openbare apotheker draagt bij aan medicatiebewaking (interacties, dubbelmedicatie), signaleert langdurig gebruik van slaapmedicatie en koppelt dit terug aan de voorschrijver. Medicatiewijzigingen blijven bij de regiebehandelaar. De ziekenhuisapotheker is betrokken bij medicatieoverdracht rond opname en ontslag.

2.3 Consultatie insomnie

2.3.1 Consultatie van medisch specialist, PA, VS of slaaptherapeut door POH/huisarts

De huisarts kan de medisch specialist, PA, verpleegkundig specialist en/of slaaptherapeut om consultatie vragen. Dit gaat veelal over diagnostiek en behandelopties. Er dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt, zoals mobiliteit, beperking in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en motivatie ten aanzien van gedragsadviezen.

De consultatie vindt bij voorkeur plaats via ZorgDomein. De huisarts blijft hoofdbehandelaar.

2.4 Verwijzing insomnie

Verwijzing voor specialistische diagnostiek bij een redelijk vermoeden van een onderliggende slaapstoornis, of refractaire insomnie ondanks adequate therapie zoals CGT-i. Refractaire insomnie kan wijzen op onderliggend OSA, vooral als het doorslaapproblemen betreft.

Zie voor de schematische weergave bijlage 1.

2.4.1 Verwijzing door huisarts naar medisch specialist

Een verwijzing (via ZorgDomein) van een patiënt kan op basis van de expertise van de huisarts op het gebied van insomnie op verschillende momenten in het traject plaatsvinden: als de ingestelde behandeling door de huisarts onvoldoende effect heeft of als de huisarts naast insomnie nog aan een andere slaapstoornis denkt.

Reden van verwijzing is onder andere het uitsluiten van de aanwezigheid van een andere slaapstoornis. In de verwijzing staat duidelijk vermeld:

- welke onderzoeken (met name slaapdagboek en indien aanwezig resultaten van vragenlijsten) en behandelingen er al zijn uitgevoerd en wat daarvan de resultaten waren;
- wat de vraagstelling is aan de medisch specialist;
- liefst een verdieping in klachten/anamnese;
- welke therapie is voorgesteld.

2.4.2 Terugverwijzing van medisch specialist naar huisarts

De medisch specialist stuurt een digitaal bericht van terugverwijzing naar de huisarts, waarna de huisarts regiebehandelaar is. De medisch specialist is verantwoordelijk voor de schriftelijke overdracht.

Als de medisch specialist de behandeling heeft ingezet, dan kunnen patiënten na het afronden van specialistische diagnostiek worden terugverwezen. Zo is bij insomnie soms een PSG nodig voor het objectiveren, uitsluiten van andere slaapstoornissen en biofeedback rondom insomnie. Daarbij is van belang

dat de interpretatie van de onderzoeken en omschrijving van overwegingen en conclusie worden toegevoegd, evenals het advies op basis van bovenstaande dat verder beleid in de eerste lijn kan worden opgepakt.

Is vervolgbegeleiding door de POH-GGZ of een begeleid online programma wenselijk, dan wordt een warme overdracht gestimuleerd, bijvoorbeeld telefonisch of met een expliciete vervolgadvisering in de terugverwijsbrief.

2.5 eHealth

eHealth kan een rol spelen bij de therapie bij primaire insomnie in de eerste lijn, bijvoorbeeld:

- iSleep-module (betaald) voor online cognitieve gedragstherapie;
- Therapieland-module slaaprestrictie en module slaap en shifts

Ook andere gevalideerde toepassingen kunnen worden gebruikt.

3. Overige slaapstoornissen

OSA en insomnie zijn de meest voorkomende slaapstoornissen. Slaap kan echter ook verstoord worden door minder frequent voorkomende problemen. Het is belangrijk om bij de slaapanamnese hier kort aandacht aan te besteden. Zie hiervoor bijlage 2 (slaapanamnese). De NHG Standaard Slaapproblemen beschrijft naast insomnie en OSA ook kort het uitgesteld slaapfasesyndroom, restless legs en narcolepsie. De overige slaapstoornissen – parasomnie, nachtmerries en overige circadiane stoornissen – worden niet in de NHG-standaard beschreven. Er is ervaring opgedaan met de HSDQ, die als screenend instrument behulpzaam kan zijn.

Hierna volgt een korte beschrijving, mogelijkheid tot behandeling in de eerste lijn en redenen om door te verwijzen van restless legs en bewegingen in de slaap, verschoven slaapritme (circadiane ritmeproblemen), parasomnie en overmatig in slaap vallen overdag, niet verklaard door OSA (centrale hypersomnolentie) als uitbreiding van en aanvulling op de NHG-standaard.

Daarnaast wordt nog aandacht besteed aan specifieke groepen; vrouwen in de overgang, de geriatrische patiënt en slaapproblemen in de palliatieve fase.

3.1 Restless legs syndrome (RLS)

3.1.1 Anamnese
Dit wordt uitgebreid beschreven in de NHG Standaard Slaapproblemen.

3.1.2 Diagnostiek
In aanvulling op de NHG-standaard is het advies om bij ernstige klachten, alvorens naar de tweede lijn te verwijzen, eerst het Hb en ferritine te bepalen, en indien afwijkend te behandelen omdat een onderliggend ijzertekort hiervoor een verklaring kan zijn.

Ferritine wordt in onderzoeken en richtlijnen naar RLS gebruikt als maat voor het ijzergehalte. Bij RLS wordt gestreefd naar een ferritine van 75-100 µg/l, dat is hoger dan de normaalwaarde voor mensen zonder restless legs. Omdat bij RLS de beschikbaarheid in de hersenen van ijzer verlaagd is, wordt gestreefd naar hogere perifere waardes. Als dit onvoldoende effect geeft kan ijzer ook intraveneus gegeven worden.

De huisarts kan zelf ijzer suppleren als er anemie is of het ferritine onder de standaard normaalwaarde is. Bij een normale ferritinewaarde verwijst de huisarts door voor behandeling in de tweede lijn. De diagnose RLS wordt gesteld op basis van de anamnese en bij gebrek aan een andere verklaring voor de klachten.

3.1.3 Behandeling
Dit wordt uitgebreid beschreven in de NHG Standaard Slaapproblemen.

3.1.4 Consultatie
Telefonisch of via ZorgDomein-vraag (meedenkadvies).

3.1.5 Verwijzing van eerste naar tweede lijn
- Twijfel over diagnose of twijfel over onderliggende oorzaak
- Onvoldoende effect van de behandeling
- Augmentatie
- Bijkomende slaapstoornissen

3.2 Circadiane ritmestoornissen

3.2.1 Anamnese

Het kenmerk van een circadiane ritmestoornis is dat er problemen bestaan met het tijdstip van inslapen en wakker worden, waarbij er geen doorslaapproblemen zijn. Het inslapen kan te laat (vertraagd slaapfase syndroom), te vroeg (vervroegd slaapfasesyndroom) of heel irregulier zijn.

3.2.2 Diagnostiek

Anamnese en slaapdagboek. Diagnostiek in de tweede lijn kan uitgebreid worden met een DLMO-test, dit is alleen nodig bij twijfel over de diagnose of bij niet voldoende reageren op behandeling.

3.2.3 Behandeling

Behandeling met medicatie en/of chronotherapie kan in de eerste lijn plaatsvinden mits de huisarts voldoende ervaring heeft met chronotherapie, lichttherapie en de timing en dosering van melatonine, zie de aanbevelingen van de Nederlandse vereniging voor Slaap-waak-onderzoek (NSWO). Is deze ervaring er niet, dan kan worden geconsulteerd of verwezen. De behandeling bestaat uit aanhouden van vaste bedtijden en opstaantijden, zowel door de week als in het weekend, eventueel lichttherapie in de ochtend, reguleren van bedtijden, eventueel in combinatie met melatonine in de avond.

3.2.4 Melatoninebehandeling

Doseer melatonine 3 à 4 uur vóór het gewenste tijdstip van inslapen. Dosering bij volwassenen 0,5-3 mg, bij jonge kinderen 0,1-1 mg (zie de NSWO-aanbevelingen). Als er geen twijfel is over de diagnose, kan de behandeling met melatonine ook in de eerste lijn worden gegeven.

3.2.5 Consultatie

Telefonisch of via ZorgDomein-vraag (meedenkadvies).

3.2.6 Verwijzing van eerste naar tweede lijn

- Indien expertise in eerste lijn niet aanwezig is.
- Twijfel over diagnose
- Onvoldoende effect van de behandeling
- Complexe situatie waarbij het dag-nachtritme fors verstoord is

3.3 Parasomnie

Parasomnieën zijn een groep aandoeningen waarbij patiënten tijdens de slaap of tijdens de overgang van waak naar slaap afwijkend gedrag vertonen. *Sleep terror*, slaapwandelen, verward gedrag tijdens de slaap (*confusional arousal*) en dromen uitleven (REM-slaapgedragsstoornis) vallen hier onder. Deze slaapstoornissen worden niet beschreven in de NHG-standaard.

3.3.1 Anamnese

Vraag na of het gedrag vanuit de slaap ontstaat, en of het leidt tot gevaarlijke situatie voor de bedpartner, omgeving of patiënt zelf. Beoordeel of er een duidelijke aanleiding is voor het ontstaan van de klacht.

3.3.2 Diagnostiek

Bij diepe slaap-parasomnie op de kinderleeftijd en jongvolwassenen zoals sleep terror of slaapwandelen, hoeft geen diagnostiek uitgevoerd te worden. Bij parasomnie op oudere leeftijd, of als het gevaar oplevert voor patiënt of omgeving, is verwijzing naar een slaapcentrum geïndiceerd voor slaaponderzoek met video.

3.3.3 Behandeling

Bij de klacht van *sleep terror*, slaapwandelen en *confusional arousal* is het advies om de slaaphygiëne te verbeteren en de slaapduur uit te breiden. Als de klacht het uitleven van dromen betreft, waarbij de nachtrust van patiënt of bedpartner wordt verstoord of gevaarlijke situaties ontstaan, dan is er een verwijsindicatie omdat eerst neurologisch en aanvullend onderzoek nodig is.

3.3.4 Consultatie

Telefonisch of via ZorgDomein vraag (meedenkadvies).

3.3.5 Verwijzing van eerste naar tweede lijn

- Twijfel over diagnose
- Differentiaaldiagnose met epilepsie
- Gedrag leidt tot gevaarlijke situaties
- Onvoldoende effect van niet-medicamenteuze behandeling
- Vermoeden van Parkinson of Lewy body-dementie bij *REM-sleep behaviour disorder* op oudere leeftijd

3.4 Hypersomnie (zonder aanwijzingen voor OSA)

3.4.1 Anamnese

Patiënt valt overdag in slaap op momenten dat dit niet gebruikelijk is. Dit kan voorkomen in combinatie met de klacht vermoeidheid of zonder vermoeidheid. Vraag slaaptijden na en beoordeel of er sprake kan zijn van gedragsmatig te weinig slapen. Aandoeningen die vallen onder deze categorie zijn narcolepsie, idiopathische hypersomnie en gedragsmatige relatieve slaapdeprivatie.

3.4.2 Diagnostiek

Slaapdagboek om relatieve slaapdeprivatie uit sluiten.

3.4.3 Behandeling

- Slaaphygiëne en slaapduur uitbreiden is de eerste stap.
- Zo nodig verwijzen naar slaapoefentherapeut.

3.4.4 Consultatie

Telefonisch of via een ZorgDomein-vraag (meedenkadvies).

3.4.5 Verwijzing van eerste naar tweede lijn

Bij vermoeden van narcolepsie of idiopathische hypersomnie, waarbij niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende effectief is.

3.5 Slaapproblemen in de overgang

Slaaproblemen komen veel voor bij vrouwen in de overgang. Slaapproblemen worden beschouwd als niet-typische overgangsklachten. Als het slechte slapen veroorzaakt wordt door opvliegers en nachtzweten, kan de behandeling hierop gericht worden.

Slaapproblemen in de overgang kunnen gerelateerd zijn aan de veranderingen die bij deze levensfase horen. Met name als er ook sprake is van gewichtstoename en doorslaapproblemen kan er sprake zijn van OSA.

Als de slaapproblemen niet verklaard worden door een andere, behandelbare oorzaak, kan een proefbehandeling van 3 maanden met hormoon suppletietherapie (HST) overwogen worden. Een behandeling van meer dan 3 maanden heeft alleen dan zin als er ook werkelijk effect is.

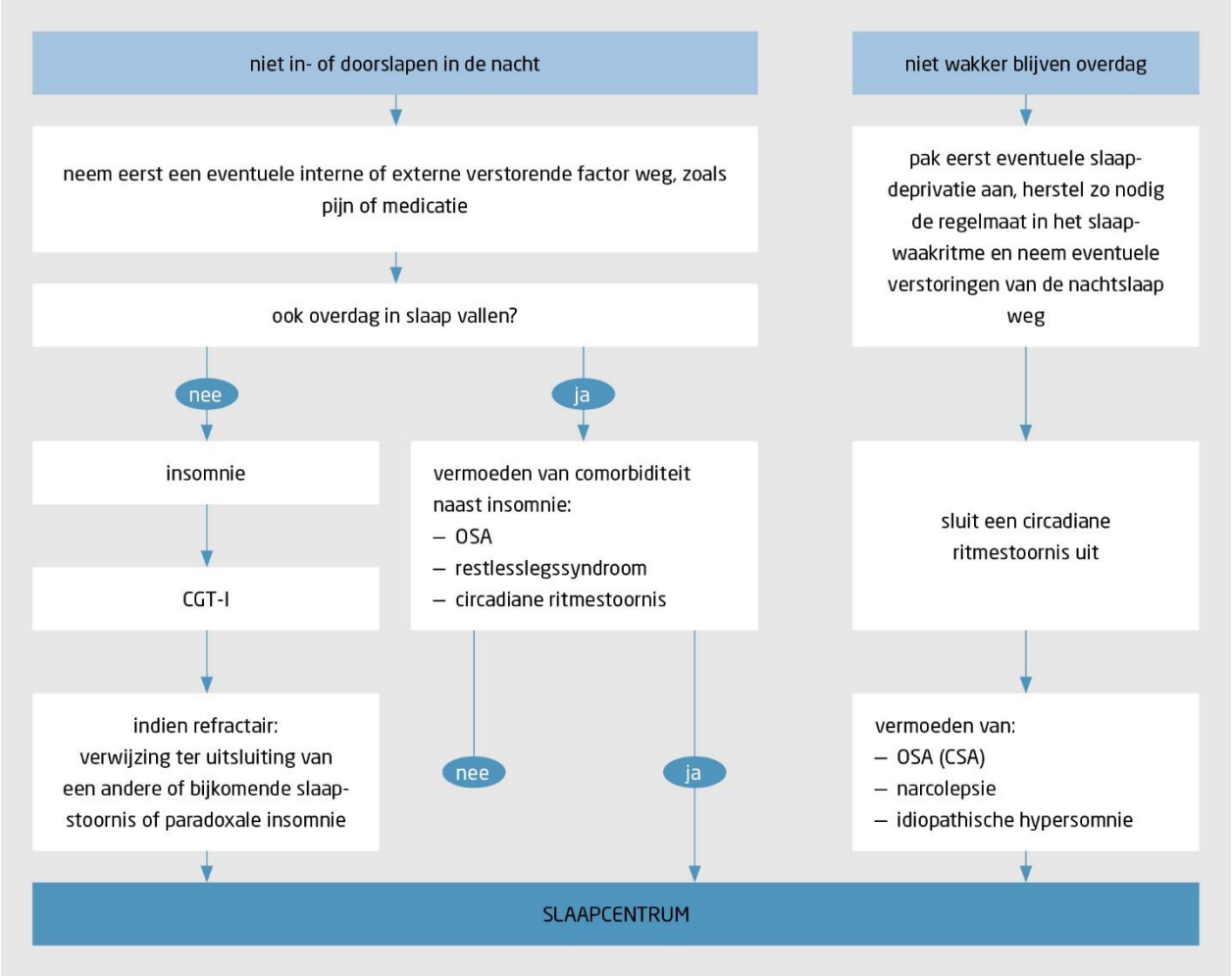
3.6 Slaapproblemen in de palliatieve fase

Zie de website van Pallialine voor de richtlijn Slaapproblemen in de palliatieve fase.

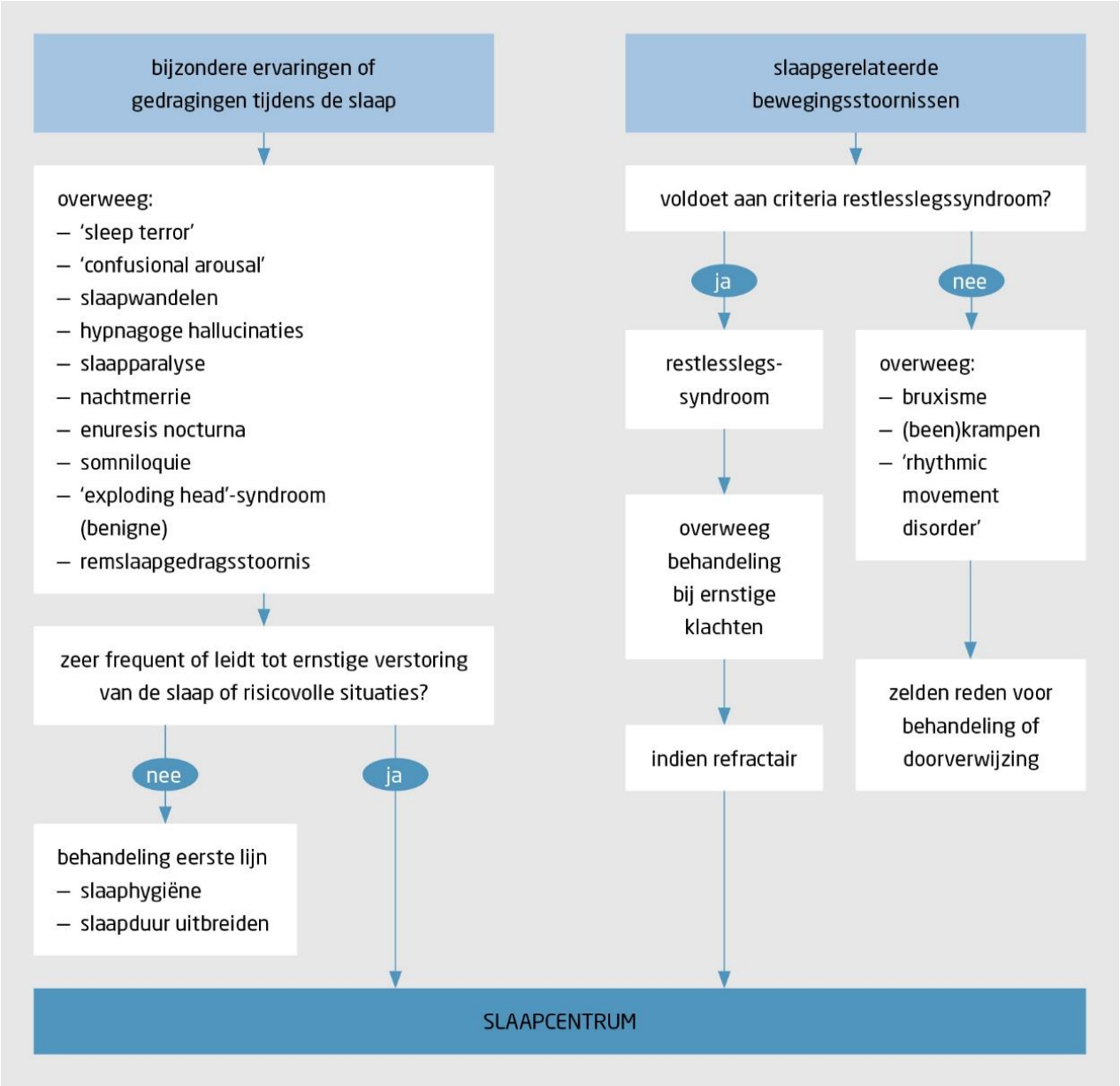
4. Berichtgeving

De NHG-richtlijn HASP biedt huisarts en specialist de basis voor de overdracht van informatie rond het verwijzen van patiënten. Doel is het bieden van zorg door continuïteit van informatie. Zie richtlijn NHG HASP voor berichtgeving. Er is ook de samenvattingskaart.

Bijlage 1 | Stroomdiagram behandeling slaapproblemen en terugverwijzen



Toelichting: de linkerroute betreft klachten van de nachtelijke slaap (niet kunnen in- of doorslapen), de rechterroute overmatige slaperigheid overdag. Beide kunnen samen voorkomen: een patiënt met nachtelijke klachten die ook overdag in slaap valt volgt de middelste tak (comorbiditeit). Met 'pak slaapdeprivatie aan' wordt bedoeld: vaststellen of de patiënt gedragsmatig te weinig slaapt (slaapdagboek) en de slaapduur en slaaphygiëne uitbreiden (zie 3.4.3). Dit is dus géén slaaprestrictie, die wordt bij insomnie toegepast.


bijzondere ervaringen of gedragingen tijdens de slaap
overweeg:
– 'sleep terror'
– 'confusional arousal'
– slaapwandelen
– hypnagoge hallucinaties
– slaapparalyse
– nachtmerrie
– enuresis nocturna
– somniloquie
– 'exploding head'-syndroom (benigne)
– remslaapgedragsstoornis
zeer frequent of leidt tot ernstige verstoring van de slaap of risicovolle situaties?
nee
ja
behandeling eerste lijn
– slaaphygiëne
– slaapduur uitbreiden
slaapgerelateerde bewegingsstoornissen
voldoet aan criteria restlesslegssyndroom?
ja
nee
restlesslegs-syndroom
overweeg behandeling bij ernstige klachten
indien refractair
overweeg:
– bruxisme
– (been)krampen
– 'rhythmic movement disorder'
zelden reden voor behandeling of doorverwijzing
SLAAPCENTRUM

Bijlage 2 | Anamnese slaapproblemen

Slaapklachten

- Betreft het een inslaap- en/of doorslaapprobleem? (let op: dit kan ook passen bij OSA)
- Wat is de duur van de klachten en is er een luxerend moment?
- Wat zijn de (regelmatig of onregelmatige) slaaptijden? Slaapt iemand door de wekker heen?
- Wat is de ervaren slaapduur en inslaapduur?
- Slaaphygiëneaspecten.
- Interferentie met het dagelijks functioneren?
- Wat denkt patiënt zelf dat de slapeloosheid ondersteunt?

Onderliggende oorzaak

- Intoxicatie: alcoholgebruik, cafeïne, nicotine, drugs. Aantal en tijdstip (met name koffie gezien de lange halfwaardetijd).
- Relevante medicatie, interactie met alertheid heeft (AD, stimulantia)
- Snurken en/of ademstops door partner bemerkt, droge mond of hoofdpijn in ochtend?
- Onrustig in de slaap?
- Stemmingsklachten?
- Etc.

Specifieke diagnostische slaapvragenlijsten kunnen, afhankelijk van de vraagstelling, worden gebruikt als onderdeel van de anamnese en bij het aanvragen van gericht aanvullend onderzoek. Huisartsen zijn hier niet altijd mee bekend. Voorbeelden:

- RLS-vragenlijst: screening op restless legs
- HADS voor stemmingsklachten: angst en depressie
- STOP-Bang: risico op OSA
- ISI: ernst insomnie
- HSDQ: breed screeningsinstrument voor slaapstoornissen
- Slaapdagboek: registratie van de slaap gedurende 1-2 weken (geen vragenlijst).

Overige richtlijnen

1. Slaapproblemen in de langdurige zorg
1. Slaapproblemen en gezonde slaap - Verenso

Expertgroep RTA Slaapproblemen

Naam	Functie	Organisatie	E-mailadres
Bart van Pinxteren	Huisarts	Huisartsen Utrecht Stad	vanpinxteren@huisartsenutrechtstad.nl
Laurien Teunissen	Neuroloog/somnoloog	St. Antonius Ziekenhuis	l.teunissen@antoniusziekenhuis.nl
Willem Voet	Neuroloog/somnoloog	Diakonessenhuis Utrecht	wvoet@diakhuis.nl
Hans Hardeman	Longarts	St. Antonius Ziekenhuis	h.hardeman@antoniusziekenhuis.nl
Jeroen Peters	KNO-arts	Diakonessenhuis Utrecht	jpeters@diakhuis.nl
Linda Bronts	Slaaptherapeut	St. Antonius Ziekenhuis	l.bronts@antoniusziekenhuis.nl

Vaststelling

Deze RTA is vastgesteld in de ALV van RSO Trijn op 15 oktober 2026.

Bronnen

- Slaapproblemen | NHG-Richtlijnen
- Richtlijn obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen | FMS
- Aanbevelingen voor het juiste gebruik van melatonine in de klinische praktijk; Praktisch handvat en expert opinion | NSWO