

# Wie slaapt er nu?

*Aandacht voor het bewuster handelen bij ouderen met slaapproblemen*

## Inleiding

Binnen de ouderenpsychiatrie dient er meer aandacht te komen voor slaapproblemen bij ouderen. Ondanks de herziene standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), gebruiken veel van de door de huisarts verwezen patiënten al langdurig een benzodiazepine als hypnoticum (Damen Van Beek, Stirbu Wagner, Bouma & Korevaar, 2014). Ook binnen de instelling wordt, mede door een gebrek aan kennis, bij slaapproblemen snel gedacht aan een relatief makkelijke en simpele interventie als het voorschrijven van een benzodiazepine. Dit sluit aan bij de wensen van patiënten met een slaapprobleem, die het liefst zo snel mogelijk door een pil van het slaapprobleem af willen. Bovendien is er in de instelling na het voorschrijven van een benzodiazepine geen goede opvolging, waardoor het gebruik te lang aanhoudt, met alle nadelen van dien. De verpleegkundig specialist is bij uitstek de beroepsbeoefenaar die zichtbaar kan maken dat dit probleem, dit biopsychosociale dilemma, ook op een andere, effectievere wijze, benaderd kan worden.

## Slaap, slapeloosheid en de interventie die benzodiazepine heet

Vaak hoor je dat ouderen minder slaap nodig hebben. Dit is echter een mythe. Wel is het zo dat met het toenemen van de leeftijd de slaap kwetsbaarder wordt; de slaap wordt minder diep. Ouderen slapen lichter, worden vaker wakker en slapen korter. De totale slaapduur per etmaal blijft echter, mede door dutjes overdag, gelijk (Knuistingh Neven, De Jongh & Schimsheimer, 2004).

Van Someren (2001) toont aan dat zo'n 40 tot 70 procent van de ouderen chronisch last heeft van een verstoord slaappatroon. De helft van de gevallen wordt niet door de huisarts gesignaleerd. De stoornissen uit zich in het moeilijk in slaap vallen, moeite hebben om door te slapen en te vroeg wakker worden. De gevolgen van deze

verstoorde slaap beperken zich niet enkel tot de nacht. Als de slaapproblemen langer bestaan, dan kan dit grote gevolgen hebben voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Er is een groter risico op hart- en vaatziekten en het risico op stemmingsstoornissen neemt toe. Andere gevolgen van een verstoord slaappatroon zijn een grotere kans op verkeersongelukken, een lagere werkproductiviteit en een verhoogd bezoek aan de huisarts (Lancel & Karsten, 2014).

Van Someren (2001) spreekt naast de hierboven genoemde nadelige gevolgen, ook nog over een toename van heupfracturen, slaperigheid en concentratieproblemen en over nadelige gevolgen voor het cognitief functioneren. Bovendien, zo stelt hij, is uit experimenteel onderzoek gebleken dat vooral cognitieve functies die een beroep doen op de prefrontale cortex te lijden hebben onder een verstoorde nachtrust. Dit zijn de executieve functies, zoals aandacht, plannen en concentratie. Laat dit nu net de functies te zijn die sowieso al het sterkst met de leeftijd afnemen.

De literatuur bevestigt het beeld dat er aan ouderen met slaapklasten vaak een benzodiazepine wordt voorgeschreven. In een onderzoek voorafgaand aan de publicatie van de herziene NHG-standaard (Damen Van Beek et al, 2014) werd het medicamenteuze beleid van huisartsen geëvalueerd. Hieruit bleek dat de huisarts aan 63 procent van de patiënten met slapeloosheid een slaapmiddel voorschreef. Het merendeel van de patiënten kreeg temazepam. Zodra patiënten psychiatrische comorbiditeit vertoonden, werd iets vaker een slaapmiddel voorgeschreven, namelijk bij 69 procent. Het grootste deel van de patiënten die hypnotica gebruikten viel in de leeftijdscategorie 45 tot 64 jaar. Het merendeel van de voorschriften werd echter gedaan bij patiënten ouder dan 75 jaar. Het aantal voorschriften per patiënt blijkt namelijk met het stijgen van de leeftijd toe te nemen.

Van Someren (2001) heeft onderzocht dat 40 procent van alle hypnotica aan ouderen wordt voorgeschreven en dat dit veelal chronisch is. Dagelijks gebruikt 10 tot 27 procent van de ouderen een slaaptablet. Dit is geen goede oplossing voor langer bestaande slaapklasten, omdat, naast de hierboven genoemde nadelige gevolgen, de effectiviteit van hypnotica na een aantal weken sterk afneemt.

Er is een groot aantal oorzakelijke factoren van slaapproblemen bekend, te weten: psychosociale problematiek, psychiatrische stoornissen, lichamelijke aandoeningen, verstoring van het dag- en nachtritme, slaapmisperceptie, medicatie en intoxicaties en geconditioneerde slapeloosheid. Bij ouderen is er echter een andere grote oorzakelijke factor waar in de praktijk vaak aan voorbijgegaan wordt, namelijk de veranderde slaapstructuur. Cluydts en Van Someren (2009) vragen zich hierdoor dan ook terecht af of we bij ouderen wel over slapeloosheid kunnen spreken en of deze problemen dan ook wel met psychofarmaca bestreden moeten worden.

## De biologische klok

Er is bij het reguleren van slaap een groot aantal hersengebieden betrokken. Van Someren (2001) schrijft echter dat er één hersengebied is dat speciale aandacht heeft gekregen bij het onderzoek naar veranderingen in het slaap-waakritme bij veroudering: de hypothalamische suprachiasmatische kern (nucleus suprachiasmaticus). Deze suprachiasmatische kern in de hypothalamus is de biologische klok van de hersenen, en is van vitaal belang voor de regulatie van het circadiaanse ritme. Het circadiaanse ritme is een biologisch ritme, waarvan de cyclus ongeveer één dag duurt. Men spreekt ook wel van 24-uursritme, of slaap-waakritme. Dit ritme regelt alle basale lichaamsfuncties die een 24-uurs ritme vertonen, zoals hormoonafgifte, lichaamstemperatuur en het slaappatroon. De biologische klok bepaalt niet zozeer de gedragsmatige en fysiologische processen die tezamen als slaap kunnen worden aangemerkt, maar met name wanneer deze processen actief worden: wanneer men slaapt. Bij ouderen valt op dat het niet onmogelijk wordt om te slapen, maar dat zij nachts wakker worden, en dat het slaapttekort overdag met dutjes wordt gecompenseerd. Juist dit verschijnsel, maar ook andere leeftijdsgerelateerde veranderingen in het circadiaanse ritme wijzen op een mogelijk belangrijke rol van de biologische klok. Swaab (geciteerd in Van Someren, 2001) heeft dan ook in post mortem onderzoek gevonden dat er op hoge leeftijd een sterke afname is van het aantal actieve neuronen in de nucleus suprachiasmaticus. Bij de ziekte van Alzheimer is deze afname nog veel sterker. Van Someren (2001) schrijft dat het Nederlands Instituut voor Hersenonderzoek de afgelopen jaren ruimt aandacht heeft besteed aan twee belangrijke vraagstellingen. Ten eerste: wat zijn voor de afname in neuronale activiteit in de nucleus suprachiasmaticus de mogelijke oorzaken? Ten tweede: is deze afname een niet om te keren proces? Swaab (in Van Someren 2001) veronderstelt dat het atrofieren van de hersencellen bevorderd wordt door een gebrek aan activatie. Het kan geremd en mogelijk zelfs deels hersteld worden door de activatie te doen toenemen. Van Someren (2001) vraagt zich dan ook af wat de belangrijkste prikkels zijn die de biologische klok activeren. Hij zet uiteen dat de biologische klok voor het synchroniseren van de ritmes in de basale lichaamsfuncties met de dagelijkse cyclus van licht en donker gebruikmaakt van ten minste twee signalen die in het lichaam worden doorgegeven. Als eerste wordt door omgevingslicht de klok gestimuleerd. Dit gebeurt via een directe projectie vanuit het netvlies op de nucleus suprachiasmaticus. Het tweede signaal wordt 's nachts aan de biologische klok afgegeven. Onder invloed van het hormoon melatonine wordt de nucleus suprachiasmaticus geremd. Deze prikkels zijn bij ouderen, doordat zij minder buiten komen, veel minder aanwezig. Ook functioneren de ogen en

oogzenuw minder goed dan bij jongeren het geval is. Ouderen stellen zich gemiddeld een uur per dag bloot aan licht met een intensiteit van meer dan 2000 lux, terwijl volwassenen dit gemiddeld één tot vijf uur per dag doen. Ook wordt bij ouderen 's nachts de nucleus suprachiasmaticus door melatonine minder geremd, terwijl bij sommige ouderen overdag meer melatonine dan het gebruikelijke lage niveau wordt afgegeven.

## Interventies

Wat betekent deze kennis nu voor de verpleegkundig specialist bij het in kaart brengen van het slaapprobleem bij ouderen en voor de uit te voeren interventies.

Bij het in kaart brengen is het natuurlijk allereerst van belang dat de verpleegkundig specialist onderzoek doet naar de oorzakelijke factoren. Is er als onderliggende oorzaak wellicht sprake van psychosociale klachten, onderliggende psychiatrische stoornissen, slaapmisperceptie, intoxicaties en of lichamelijke aandoeningen?

Als eerste niet-farmacotherapeutische interventie is het noodzakelijk dat de verpleegkundig specialist psycho-educatie geeft over het veranderde brein bij ouder worden en de invloed daarvan op het slaappatroon. Ouderen hebben niet meer hetzelfde slaappatroon als volwassenen en kunnen dit ook niet meer verwachten. Voor een aantal patiënten zal het verstrekken van deze informatie een voldoende geruststellende interventie zijn. Vanuit deze biologische invalshoek bezien zal de verpleegkundig specialist de patiënt adviseren om meer activiteiten buiten te ontplooiën, om zo aan voldoende daglicht blootgesteld te worden. Naast psycho-educatie over het ouderwordende brein zal de verpleegkundig specialist ook psycho-educatie geven over slaaphygiëne. Deze interventie is gericht op algemene gezondheidsaspecten en omgevingsfactoren die een negatieve dan wel een bevorderende invloed kunnen hebben op het slaappatroon. Andere effectieve interventies die door de verpleegkundig specialist toegepast kunnen worden zijn; stimuluscontrole, slaaprestrictie, relaxatie en cognitieve herstructurering (Lancel en Karsten, 2014).

Een voorwaarde voor zowel de ouderwordende patiënt als de verpleegkundig specialist is om zich te realiseren dat het bij deze behandelinterventies meestal enige tijd duurt voordat het slapen merkbaar verbetert. Dit, terwijl, zoals gesteld in de inleiding, de patiënt vaak het liefst door een pil per direct verlichting van zijn slaapprobleem verwacht. Een belangrijke uitdaging dus.

**Literatuur**

- Cluydts, R., & Someren, E.J.W. van (2009). Slaap en slaapstoornissen. *Neuropraxis*, 13,6, 153-167. doi:10.1007/BF03080172
- Damen Beek, Z., van, Stirbu Wagner, I., Bouma, M., & Korevaar, J. (2014). Slapeloosheid. *Huisarts en Wetenschap*, 57,7, 362. doi:10.1007/s12445-014-0181-z
- Knuistingh Neven, A., Jong, T.O.H. de, & Schimsheimer R.J. (2004). Slaapklachten. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 376-381. doi:10.1007/BF0383795
- Lancel, M., & Karsten, J. (2014). Invloed van benzodiazepines, zolpidem en zopiclon op de slaap. *Psyfar*, 9,3, 10-16.
- Someren, E.J.W. van (2001). Slaap-waakritmestoornissen bij gezonden en demente ouderen. *Neuropraxis*, 5,1, 19-21. doi:10.1007/BF03070976

**Samenvatting**

Een grote groep ouderen heeft een chronisch verstoorde slaap. Veel ouderen met een slaapstoornis krijgen, ondanks de bekende negatieve effecten, een benzodiazepine voorgeschreven. Vaak wordt voorbijgegaan aan het biologische aspect, het met de leeftijd toenemend veranderende slaappatroon. Ook wordt er nauwelijks ingezet op niet-farmacologische interventies als alternatief voor slaapmedicatie. Voor de verpleegkundig specialist is dit probleem, zoals het zich ook voordoet in de ouderenpsychiatrie, een uitgelezen kans te laten zien dat het anders kan.