

# Passende zorg dankzij aanpassing richtlijn slaapapneu

Het Zorginstituut heeft in recordtijd samen met partijen rond de zorg voor mensen met obstructieve slaapapneu (OSA) twee modules in de richtlijn aangepast. Hierdoor hoeft het Zorginstituut geen zogeheten duiding te doen en kunnen patiënten optimale zorg krijgen. Kno-arts Raphael Hemler en medisch adviseur Nicole Boluyt van het Zorginstituut kijken tevreden terug op het traject. “Vanuit de inhoud en met respect voor ieders rol en verantwoordelijkheden hebben we elkaar gevonden.”

**Tekst** Jos Leijen

**Beeld** Rob Engelaar (ANP)

De afgelopen jaren hebben zorgpartijen en het Zorginstituut in het kader van het programma Zinnige Zorg een verbeter-signa-ment opgesteld met plannen om de zorg voor mensen met OSA te verbeteren. Naar aanleiding van het verbeter-signa-ment hebben kno-artsen, longartsen, neurologen, de patiëntenvereniging en het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten de richtlijn aangepast, in samenwerking met het Zorginstituut en zorgverzekeraars.

## Polysomnografie of niet

Een eerste knelpunt was de manier waarop de diagnose OSA wordt gesteld. De twee belangrijkste methoden hiervoor zijn polygrafie en polysomnografie. Bij polygrafie worden minimaal vier verschillende metingen gedaan bij patiënten. Polysomnografie omvat negen à tien metingen, waaronder een EEG om hersenactiviteit elektrisch te meten. Polysomnografie is belastender voor de patiënt en duurder.

Tijdens het opstellen van het verbeter-signa-ment vroeg het Zorginstituut aan Cochrane Netherlands om de wetenschappelijke literatuur te analyseren. Cochrane is een internationale, onafhankelijke

non-profitorganisatie die met literatuur-onderzoek ondersteuning biedt bij het nemen van beslissingen over gezondheidszorg. Uit hun analyse bleek dat er geen bewijs is dat polysomnografie betere resultaten oplevert dan polygrafie. Strikt genomen mag het dan niet meer uit de basisverzekering vergoed worden. Deskundigen uit de beroepsgroep vonden deze conclusie echter te kort door de bocht, vertelt Raphael Hemler. “De studies zijn veelal gedaan onder mannen van rond de veertig met overgewicht. Vrouwen en ouderen hebben andere karakteristieken. Daar kan polysomnografie wel degelijk meerwaarde bieden en extra inzichten geven, waardoor een betere behandeling mogelijk is. Een somnoloog of neuroloog kan ook vragen hebben die een polygrafie niet beantwoordt. Misschien is er meer of iets anders aan de hand dan OSA, bijvoorbeeld een slaapstoornis.”

## Onnodige tests

Een tweede kwestie betrof het screenen op OSA bij patiënten die ook een andere aandoening hebben. “Er is een relatie tussen OSA en bijvoorbeeld onregelmatige hartslag en hoge bloeddruk”, zegt Hemler. “De oude richtlijn was zo te interpreteren dat artsen bij alle patiënten met een dergelijke aandoening een apneustest zou moeten doen. Dat was niet de bedoeling, maar zo kon je het wel lezen. De angst was dat dit zou leiden tot een onnodige toename van tests.”

“Het screenen op OSA bij patiënten zonder klachten heeft een hoog risico op vals positieve resultaten”, zegt Nicole Boluyt. “Naar schatting 50 tot 70 procent. Met het gevaar dat je mensen ten onrechte gaat behandelen voor slaapapneu. We hebben Cochrane Netherlands ook op dit punt de literatuur laten onderzoeken. Er is geen bewijs gevonden dat de behandeling van OSA bij deze patiënten de andere klachten doet afnemen.”

## Duiding

Aanvankelijk wilde het Zorginstituut een ‘duiding’ doen om duidelijkheid te scheppen over de diagnostiek. Bij een duiding wordt de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’ bekeken om vervolgens te beoordelen of een voorziening al dan niet vergoed wordt. Gezien de conclusies van Cochrane Netherlands was de kans dan groot dat polysomnografie niet meer vergoed zou worden.

## Obstructieve slaapapneu

Obstructieve slaapapneu (OSA) is een aandoening waarbij de ademhaling in de slaap regelmatig tien seconden of langer stopt. Dat komt doordat de luchtwegen tijdelijk worden afgesloten, bijvoorbeeld doordat de keelspieren tijdens het slapen slap worden. Het lichaam krijgt dan te weinig zuurstof. De hersenen merken dit op en reageren, waardoor het natuurlijke slaap-waakritme wordt verstoord. Slaapgebrek, vermoeidheid en gebrek aan concentratie kunnen het gevolg zijn.



## Nicole Boluyt: “We hebben de richtlijn aangepast om zo passende zorg voor OSA-patiënten te bevorderen. Vanuit samenwerking, vanuit de inhoud. Met als gezamenlijk doel: de beste zorg voor de patiënt”

“Een duiding is tamelijk zwart-wit. Het nadeel ervan is dat bij het ontbreken van bewijs deze zorg niet meer vergoed mag worden”, zegt Boluyt. “Daarmee bestaat het risico dat je iets weghaalt wat voor sommige patiënten wél toegevoegde waarde heeft, ook al is daar geen hard bewijs voor. De behandelaren kunnen de uitzonderingen specificeren. We besloten daarom om samen met de beroepsgroepen te kijken hoe we de richtlijn konden aanpassen, om zo passende zorg voor OSA-patiënten te bevorderen. Vanuit samenwerking, vanuit de inhoud. Met als gezamenlijk doel: de beste zorg voor de patiënt.”

De mogelijke duiding bleef wel boven de tafel hangen. Een zwaard van Damocles, maar volgens Hemler vooral een kans. “Een kans om de richtlijn te verbeteren en zo

de zorg voor patiënten te optimaliseren. In samenwerking met het Zorginstituut in plaats van in een discussie over een duiding. Normaal duurt aanpassing van een richtlijn al snel twee tot drie jaar. Zo lang wilde het Zorginstituut niet wachten. Daarom hebben we snelheid gemaakt en zijn we direct begonnen; het Kennisinstituut heeft het traject voorgefinancierd, zodat we niet op financiering hoefden te wachten.”

### Steeds een check

Gaande het traject werkte de richtlijnwerkgroep nauw samen met het Zorginstituut. Hemler: “De richtlijnwerkgroep bepaalde de inhoud van de modules, maar door de samenwerking hadden we steeds een check: schrijven we op wat we bedoelen; komt het overeen met wat we besproken hebben?” In de nieuwe richtlijn staat onder meer dat po-

lygrafie de voorkeur heeft bij de diagnostiek. Maar er zijn uitzonderingen mogelijk. “Als de arts uit het gesprek met de patiënt het vermoeden heeft dat er meer aan de hand is, of als de patiënt in een bepaalde categorie valt, dan is een polysomnografie mogelijk. De kern is dat de arts weet waarom hij het onderzoek doet en verwacht dat een EEG belangrijke informatie kan opleveren.”

In de passage over de behandeling van OSA bij comorbiditeit staat nu dat een test niet nodig is als de patiënt geen klachten heeft die op OSA wijzen. “Overweeg alleen een test als er klachten zijn”, citeert Hemler. “En stop na drie maanden met de behandeling als je geen verbetering ziet.”

### Vertrouwen

Hemler en Boluyt kijken voldaan terug op de samenwerking en zijn blij met het resultaat. “Het is uniek dat het Zorginstituut zo nauw betrokken is bij richtlijnontwikkeling”, zegt Boluyt. “Terwijl er veel overlap is met het proces van een duiding. Aan het begin van het traject was de relatie gespannen, maar nu is er vertrouwen.” Hemler vult aan: “We zijn gaan praten vanuit de inhoud met het belang van de patiënt voor ogen. En met begrip voor elkaars perspectief. Dat heeft erg geholpen.” ●