



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

omtrent de actuele ontwikkeling en wetenschappelijk gefundeerde praktijk in de slaapgeneeskunde*

Vanuit haar bekommernis om strategieën te ontwikkelen ter verbetering van de gezondheidszorg in het betreffende domein, vroeg het Comité voor advies inzake de zorgverlening ten aanzien van de chronische ziekten en specifieke aandoeningen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) aan de Koninklijke Academie voor Geneeskunde om advies betreffende de actuele ontwikkeling en wetenschappelijk gefundeerde praktijk in de slaapgeneeskunde.

Het Comité voor advies inzake Chronische Ziekten van het RIZIV wenste meer bepaald kennis te nemen van het advies van de Academie omtrent vier deelaspecten van de vraag. Het verslag is het antwoord op de vier specifieke vragen.

1. Is het verantwoord om, op basis van de evolutie in de fundamentele en klinische wetenschappelijke kennis van de stoornissen van de slaap- en waaktoestand, thans een medisch domein af te bakenen dat specifiek toegewijd is aan deze pathologie?

De vraagstelling is terecht en de tijd is inderdaad rijp om een medisch domein af te grenzen. Deze afbakening is gewettigd gezien:

• **De grote diversiteit in ziektebeelden**

De aandacht van de medische wereld voor slaapfysiologie en slaapstoornissen werd pas gewekt in de loop van de jaren vijftig van vorige eeuw; voordien werd de slaap beschouwd als medisch niet relevant. In een versneld tempo werden diverse slaapstoornissen in kaart gebracht; momenteel omvat de inventaris van slaap/waakstoornissen 73 verschillende pathologische aandoeningen (cfr. The International Classification of Sleep Disorders - Diagnostic and Coding Manual (2th edition). American Academy of Sleep Medicine, 2005. Winchester, USA).

• **De grote prevalentie van slaap/waakstoornissen alsook de grote impact op levenskwaliteit en/of productiviteit-economie.** Enkele illustraties:

- De resultaten van de Belgische Gezondheidsenquête 2004, uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (RIZIV) bneadrukken o.a. de enorme hoge prevalentie van insomniaproblematiek. Een voorbeeld: volgens de bevraging heeft 20% (één persoon op vijf) insomniaproblemen, 5% van de bevolking (het gaat dus om +/- een half miljoen personen in België) heeft de afgelopen 24 uur een slaapmiddel (benzodiazepine) genomen, 9% van de bevolking gebruikt op regelmatige basis slaapmedicatie.
- Hypersomnia is eveneens een frequent voorkomende klacht. Men schat dat het hypersomnia-probleem 9% van de volwassen bevolking treft (Hublin et al. J Intern Med 1996; 239: 417) met belangrijke implicaties voor productiviteit en veiligheid. Een belangrijke oorzaak van hypersomnia is obstructief slaapapneu (OSA), cfr infra; doch ook andere oorzaken spelen een rol: "*narcolepsy with cataplexy, narcolepsy without cataplexy, narcolepsy due to medical conditions, idiopathic hypersomnia with long*

* Het advies werd opgesteld door een bijzondere commissie, bestaande uit P. Cosyns, B. Himpens en M. Decramer voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en P. Boon, B. Buysse, G. Joos, D. Pevernagie, W. Robberecht, W. Van Paesschen en M. Van Zandijcke als externe experts. De commissie vergaderde op 30 augustus en 18 oktober 2006. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België keurde het advies goed op 16 december 2006. Publicatie: Jaarboek en Verslagen van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, 68 (2006), pp. 208-214.

sleep time, idiopathic hypersomnia without long sleep time, recurrent hypersomnia, behaviorally induced insufficient sleep syndrome, hypersomnia due to medical condition, drug, or substance, ...". Naast OSA is narcolepsie wellicht één van de meest invaliderende hypersomnia-pathologieën, de aandoening is geen rareteit en komt voor in 1/2000 personen (Nishino et al. Sleep Medicine Reviews 2005; 9: 269), maar wordt vaak jaren miskend.

- De hoge (en steeds stijgende, secundair aan de toename van obesitas) prevalentie van OSA. De prevalentie van OSA in de USA was in de jaren '90 van vorige eeuw: 2-4% in een bevolkingsgroep van 30-60 jaar (ref. Young et al. N Engl J Med 1993; 328: 1230). Gebaseerd op een gefundeerd estimatie-model (ref. Stradling et al. Thorax 2004; 59: 73) kan worden geschat dat op zijn minst 0,5% van de volwassen bevolking een matig tot ernstige vorm van OSA heeft die een specifieke behandeling met CPAP ("Continuous Positive Airway Pressure") 's nachts behoeft: dit betekent +/- 50.000 personen in België. De gestadige groei in aantal CPAP-gebruikers binnen de RIZIV-conventie "thuisventilatie" in België illustreren het groeiende probleem overduidelijk. Onbehandeld OSA resulteert niet alleen in een gereduceerde "quality of life", maar eveneens in belangrijke medische en sociale kosten tengevolge van de aan OSA gerelateerde 1) hypersomnia, met dientengevolge verkeersaccidenten, en 2) verhoogde cardiovasculaire morbiditeit - inzonder hypertensie. Adequaat ingestelde CPAP-behandeling heeft een bewezen positieve "cost-utility ratio" en heeft een overtuigend positieve impact op de aan OSA gerelateerde verhoogde cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit (ref. Report of the Task Force on Somnology of the Belgian Society for Pneumology (BSP) on the Treatment of patients with Obstructive Sleep apnea (OSA) with nasal Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) - rapport gestuurd in 2005 naar Dr. G. Vereecke, geneesheer-inspecteur-generaal van het RIZIV en het artikel van Marin et al. Lancet 2005; 365: 1046).
- Periodische beenbewegingen tijdens de slaap (PLM = periodic limb movements) zijn uiterst frequent, ze komen voor in 4-11% van de volwassenen. PLM is niet steeds een oorzaak van hypersomnia of insomnia, maar kan wel aan de basis liggen van deze slaapwaak stoornissen (Montplaisir Sleep Med 2000; 1: 162).
- **De medische complexiteit van de materie**

Uitvoering van hooggespecialiseerde technieken, zoals polysomnografie, is nog steeds toegankelijk voor diverse artsspecialisten, en dit zonder garantie dat deze artsspecialisten de correcte indicatie voor het uitvoeren van deze techniek, noch de correcte techniek - inclusief de interpretatie van de techniek - correct geleerd hebben.

 - PLM is, zoals supra reeds vermeld, een frequent voorkomende polysomnografische bevinding; doch de betekenis van deze vaststelling dient met zorg te worden getoetst aan de kliniek van de patiënt: PLM kan zowel oorzaak zijn, als epifenomeen van gefragmenteerde slaap (Montplaisir Sleep Med 2000; 1: 162).
 - Slaap/waakstoornissen zijn frequent en het aantal verschillende slaap/waakstoornissen is groot: de mogelijkheid van combinatie van verschillende slaap/waakstoornissen in één patiënt is dientengevolge vrij voor de hand liggend. De vergadering geeft ter illustratie één van de vele voorbeelden. Een hypersomnolente patiënt kan op basis van een polysomnografie de diagnose krijgen van OSA. Ondanks CPAP kan echter, in sommige gevallen, de klacht persisteren. Dit roept de vraag op in hoever deze persoon al dan niet (terug) rijvaardig kan worden verklaard. Diverse redenen voor persisterende hypersomnolentie zijn mogelijk zoals bv.
 - niet-adequaate ingestelde CPAP
 - onvoldoende gebruik van CPAP
 - onderliggende depressie
 - onregelmatig slaap-waak ritme (bv. vrachtwagenchauffeur)
 - begeleidende narcolepsie

Bij gebrek aan structuur in de gezondheidszorg in België wordt wettelijk (KB 23/3/1998) in dit kader omtrent rijgeschiktheid het advies gevraagd van de neuroloog. Niet elke neuroloog in België echter:

 - kan een slaaponderzoek (polysomnografie) uitvoeren of interpreteren - zeker niet wanneer speciale aandacht nodig is voor respiratoire fysiologische signalen,
 - kan CPAP titreren of opvolgen,
 - heeft oog voor depressie en kan die adequaat behandelen,
 - kan de impact van de circadiane slaapproblemen (onregelmatig slaap-waak ritme) aanpakken, - of kan een multipele slaap latentie test (= MSLT, één van de hoekstenen in de diagnose van narcolepsie) uitvoeren of interpreteren, of heeft notie van de specifieke medicamenteuze behandeling voor narcolepsie inclusief de wetgeving i.v.m. terugbetaling daaraangaande: modafinil = Provigil (terugbetaling van deze medicatie in België is enkel mogelijk na een attest van een neuroloog, en is mogelijk ook al heeft de neuroloog de diagnose niet zelf gesteld (t.t.z. niet zelf de polysomnografie en MSLT geïnterpreteerd)).

De objectivatie van al dan voldoende alert zijn om o.a. rijvaardig te kunnen worden verklaard, vraagt bovendien vaak doorgedreven specifieke testen zoals multiëpele wakefulness test of OSLEER test, etc...

- **Het zorgtraject**

De zorg voor de patiënt houdt echter meer in dan uitvoeren van een techniciteit, bv. een polysomnografie, alleen. Nog al te vaak gebeurt het dat een patiënt te horen krijgt dat zijn polysomnografie niet voldoet aan de terugbetalingscriteria voor het opstarten van CPAP; verdere hulp voor zijn/haar hypersomnia-klacht of snurk probleem wordt niet geboden. Uitschrijven van zorgtrajecten ter verdere differentieel diagnose en/of multidisciplinaire therapeutische aanpak is een "conditio sine qua non" voor goede geneeskunde. De medische complexiteit van de materie vergt dus de competentie en inbreng van een specialist die grondige kennis heeft van pertinente deelaspecten die zich in diverse traditionele disciplines situeren.

Dientengevolge adviseren we een beroepstitel van een "Bijzondere Bekwaamheid in de Slaapgeneeskunde".

Het voorstel is deze titel na 2 jaar opleiding toe te kennen: maximaal één jaar basisopleiding in deze materie kan tijdens de specialisatie. Deze dient minimaal te worden gevolgd door een tweede jaar supplementaire specifieke opleiding, waarbij er wordt op toe gezien dat de kandidaat in totaliteit alle aspecten van de multidisciplinaire "approach" (zie antwoord op vraag 2) van de slaapgeneeskunde heeft doorlopen. Overgangmaatregelen dienen te worden voorzien voor de nu reeds "ervaringsdeskundigen met bewezen interdisciplinaire samenwerking". De certificatie procedure van de American Board of Medical Specialities kan als illustratie dienen. Deze organisatie voorziet een "grandfathering" en verleent het certificaat van "slaaparts" indien de arts gedurende de laatste 5 jaar het equivalent van 1 jaar klinische praktijk als "slaaparts" in een interdisciplinaire setting heeft gewerkt: bv. 33% van de tijd gedurende 3 jaren of 25% van de tijd gedurende de laatste 4 jaren (Kvale et al. Chest 2005; 128: 3788).

- De persoon met deze beroepstitel kan functioneren als de coördinator van een erkend slaapcentrum gezien van hem/haar kan worden verondersteld dat hij/zij in staat is de correcte slaapstoornis-diagnose te stellen. Vanzelfsprekend dient deze persoon na het behalen van de bijzondere beroepstitel verder slaapgeneeskunde te beoefenen als hoofdactiviteit (= > 0,5 voltijds equivalent) om deze beroepstitel te kunnen behouden.
- In deze erkende centra staat de coördinator borg voor een multidisciplinaire "approach", t.t.z. deze centra dienen te beschikken over een multidisciplinaire staf van duidelijk identificeerbare consultants vanuit diverse disciplines (zie antwoord op vraag 2). Deze consultants, staan naast ondersteuning in diagnostiek, ook in voor correcte behandeling volgens een correct georganiseerd zorgtraject. NB. Wiegendood screening kan, maar dient niet deel uit te maken van het zorgtraject binnen het centrum om als centrum te worden erkend.
- Het is zinloos om een polysomnografie (de combinatie van neurofysiologische en cardiorespiratoire signalen) uit te voeren buiten een erkend centrum.

2. Hoe moet dit domein gesitueerd worden ten opzichte van klassieke specialiteiten, zoals algemene geneeskunde, pediatrie, psychiatrie, pneumologie, neurologie, etc. ?

Het domein slaapgeneeskunde omvat 4 gradaties.

1. Elke arts in opleiding dient opgeleid te worden in de basis fysiologie van de slaap en notie te hebben van het bestaan van slaapstoornissen.
2. Elke arts in opleiding, die in de toekomst zal instaan voor een therapeutische aanpak van een patiënt, dient tijdens de opleiding eveneens onderwezen te worden over therapeutische "guidelines" i.v.m. de eerste aanpak van de meest voorkomende slaapstoornissen. Enkele voorbeelden ter illustratie: basis slaaphygiëne regels voor insomnia, advies rond gewichtsreductie voor OSA, ...
3. De artsen, als consultant deel uitmakend van het multidisciplinair team van een erkend slaapcentrum, behoren tot de volgende disciplines: neurologie, neus-keel-oor, pneumologie, psychiatrie. Vertegenwoordigers van al deze disciplines zijn een "conditio sine qua non" in het multidisciplinair team van een erkend slaapcentrum. Een erkend slaapcentrum dient in een zorgpad echter eveneens te kunnen verwijzen naar een (eventueel extramuros) identificeerbare stomatoloog/tandheeskundige, endocrinoloog en cardioloog en psycholoog. NB: Indien het centrum ook patiënten onder de 18 jaar wenst te behandelen, dient een pediatr en een kinder-jeugdpsychiater deel uit te maken van het multidisciplinair team zoals supra beschreven.
4. Elke arts-specialist kan indien hij/zij voldoet aan de richtlijnen voorgesteld door de vergadering als antwoord op vraag 1 als coördinator van een erkend centrum functioneren.

3. Over hoeveel deskundige specialisten zouden de verschillende regio's van het land noodzakelijkerwijze moeten beschikken?

Gezien de grote prevalentie van de slaapathologie is er volgens de vergadering nood aan 50-100 centra, 200-250 specialisten die instaan voor een multidisciplinair zorgtraject. Dit is evenwel een schatting die met omzichtigheid moet worden geïnterpreteerd. De vergadering verwijst naar het Rapport van de werkgroep somnologie van de BVP (12/10/2004) waarin wordt gesteld dat er 1,5 bedden/100.000 inwoners voor polysomnografie zijn in België; alhoewel in dit rapport wordt gesteld dat dit voor 2004 een voldoende capaciteit is, lijkt het - de groeiende prevalentie van slaapathologie oa. OSA in acht nemend - verdedigbaar 2/100.000 bedden te voorzien. Centra van 2 bedden betekent nood aan 100 centra. Het ontwikkelen van grotere centra dient echter te worden gestimuleerd gezien dit multidisciplinariteit zal promoten.

4. Op welke wijze verzekeren de Medische Faculteiten van ons land het gestructureerd onderwijs in deze specifieke materie, of hebben zij de intentie dit te voorzien in de toekomst?

Het antwoord zit deels reeds vervat in het antwoord op vraag 2 punt 1 en 2 en punt 4. Vooraleer echter verder op de inhoud van deze vraag in te gaan, wensen we wel uiting te geven van enige verbazing over het feit dat het RIZIV deze vraag aan de Academie stelt: onderwijs is immers specifieke materie van de universiteiten en hun academici. We kunnen echter wel melding maken van het feit dat er concreto reeds een Vlaams Universitair project bestaat bezig met opstellen van "learning outcomes" met de bedoeling dat opleiding hiervoor uniform in de 4 faculteiten in Vlaanderen aan bod zal komen. Het spreekt voor zichzelf dat, gezien de extreem grote prevalentie, de verschillende faculteiten eveneens correcte "learning outcomes" zullen definiëren betreffende de meest prevalente ernstige slaapathologieën "Slaapapneu en Insomnia", alsook tijdens de opleiding oog hebben voor de diversiteit van andere soorten slaapathologie.