

apneu magazine

Diagnose en behandeling van apneu in slaapklinieken

ONDERZOEKSRAPPORT VAN TNS-NIPO

TNS

oktober 2014
ApneuVereniging

Extra editie

Inhoud

Voorwoord	5
1 Onderzoeksverantwoording	6
2 Diagnose	12
3 Bijzonderheden	18
4 Organisatie en werkwijze	26
5 Behandeling XPAP	32
6 Behandeling MRA	36
7 Behandeling Osas-chirurgie	40
8 Behandeling kaakchirurgie	44
9 Begeleiding en voorlichting	46
10 Bijlage	50
Nawoord	54



FIGUREN EN TABELLEN

1	<i>Klinieken met meer dan 1500 slaaponderzoeken per jaar (alfabetisch op plaatsnaam)</i>	13
2	<i>Doel slaaponderzoeken</i>	14
3	<i>Voorselectie-methode</i>	14
4	<i>Meest gebruikte methode voor slaaponderzoek</i>	15
5	<i>Behandeling OSAS</i>	16
6	<i>Doelgroepen</i>	19
7	<i>Aantal patiënten met overwegend CSAS in 2013</i>	20
8	<i>Toepassen bariatrische chirurgie i.v.m. OSAS</i>	21
9	<i>Positietherapie</i>	22
10	<i>Accreditatie</i>	23
11	<i>Aanmeldpunten</i>	27
12	<i>Multidisciplinaire benadering</i>	28
13	<i>Multidisciplinaire teambesprekingen</i>	29
14	<i>Besproken aantal patiënten teambesprekingen</i>	30
15	<i>Voorschrijffrequentie XPAP</i>	33
16	<i>Wie en hoe wordt XPAP en masker aangemeten</i>	34
17	<i>Doorlooptijd XPAP</i>	35
18	<i>Aantal MRA aangemeten</i>	37
19	<i>Door wie wordt MRA aangemeten</i>	38
20	<i>Verdieping MRA</i>	39
21	<i>Bij hoeveel OSAS-patiënten vond OSAS-chirurgie plaats?</i>	41
22	<i>Welke ingrepen worden verricht in uw kliniek?</i>	42
23	<i>Verdieping OSAS-chirurgie</i>	43
24	<i>Bij hoeveel OSAS-patiënten vond kaakchirurgie plaats?</i>	45
25	<i>Functionaris voor voorlichting / begeleiding</i>	47
26	<i>Beschikbare tijd voor voorlichting</i>	48
27	<i>Dienstverlening co-morbiditeit</i>	48

Bijlagetabel: Slaapklinieken met hun kerngegevens

52-53





Rapport slaapklinieken

VOORWOORD

Sinds 2004 verricht de ApneuVereniging jaarlijks onderzoek naar de stand van zaken van diagnose en behandeling in Nederland. Het komt voort uit ons DNA. De kern voor een patiëntenvereniging is ervaringsdeskundigheid. Maar dan moet je over meer beschikken dan intuïtie en indrukken opgedaan tijdens patiëntenbijeenkomsten, of klachten via telefoon of info-mail. Dus doen we stelselmatig onderzoek. Het ene jaar ondervragen we duizenden patiënten. Het andere jaar vragen we, op verzoek van de slaapklinieken zelf, de slaapklinieken naar hun aanpak en werkwijze. Deze combinatie zorgt voor een compleet en evenwichtig beeld. In dit even jaar 2014 waren de slaapklinieken weer aan de beurt.

Bijzonder enthousiast

Het onderzoek werd gehouden in de zomermaanden. Dat leverde nogal wat commentaar op in verband met de vakanties. Maar wij kennen eerlijk gezegd geen echt geschikte onderzoeksperiode; een tijd waarin de slaapklinieken het niet druk hebben en waarin geen krokus- of herfstvakanties vallen of Pasen en Pinksteren of nascholingen en symposia. We hebben getracht dat op te vangen door de termijn voor het indienen van de ingevulde vragenlijst te verlengen.

Het resultaat verblufte zelfs de onderzoekers van TNS. Nagenoeg iedereen deed mee. Het is de vraag of die ene kliniek die we niet bereikt hebben, nog wel actief is. Bekend met de door registratie- en administratielast geplaagde ziekenhuizen, was TNS gewend afhoudende of zelfs weigerachtige reacties te horen. Ze kregen nu medici aan de telefoon die vroegen of, als ze een week later indienden, ze nog mee mochten doen aan het onderzoek. We zien deze inzet ook terug in de vaak uitgebreide toelichting die slaapklinieken gaven bij de vragen. Enkele malen werd ook een bijlage toegevoegd om cijfers en werkwijze te verduidelijken.

Onafhankelijk en deskundig

De ApneuVereniging heeft alle jaren gebruik gemaakt van grote erkende onderzoeksbureaus voor het vergaren van data en presentatie in tabellen. Alleen de toelichting werd in overleg met het onderzoeksbureau door de ApneuVereniging verzorgd. Daarbij zorgen we er altijd voor om commentaar en duiding te scheiden van de presentatie van de resultaten. Dit jaar zetten we voor het onderzoek onder professionals een extra stap door nog duidelijker de presentatie en toelichting door het onderzoeksbureau zelf te laten verzorgen. U vindt dat terug in de vormgeving van dit rapport. De duiding van de ontwikkelingen vindt u, zoals gebruikelijk in een apart hoofdstuk achterin.

Gegevens van de klinieken zelf

Blijft het feit dat de gegevens verstrekt worden door de slaapklinieken zelf. Zij hebben voor een deel van de vragen geen registraties beschikbaar, maar geven hun antwoorden vaak op basis van schattingen. Om schijnexactheid te vermijden, vragen we in overeenstemming daarmee om te scoren in grootte-classes. Dit kan er toe leiden, zo blijkt uit de onderzoeksliteratuur, dat antwoorden naar boven

afgerond worden. We hebben daar geen correcties op toegepast. Het blijven de gegevens zoals we die van de klinieken hebben gekregen. Wel hebben we waar we totalen berekenden naast het gemiddelde, voor de veiligheid ook het minimum aangegeven. Zie de toelichting van TNS in het rapport.

Tot slot

We presenteren u dit rapport met enige trots. En we zijn iedereen dankbaar die de uitgebreide vragenlijst heeft ingevuld voor zijn bijdrage aan de transparantie en hopen zo een goed overzicht te geven van de ontwikkelingen rond diagnose en behandeling van slaapapneu en de kracht van de slaapklinieken.

Drs P.H.J.M. van Mechelen
voorzitter ApneuVereniging

1

Onderzoeksverantwoording



Onderzoeksverantwoording



Doelgroep

Het onderzoek is uitgevoerd onder Nederlandse slaapklinieken.



Steekproefbron en Respons

De ApneuVereniging heeft zelf de steekproef aangedragen. De steekproef bestond uit alle relevante ziekenhuizen/ klinieken die actief zijn op het gebied van Slaapapneu. In totaal zijn er 88 slaapklinieken benaderd voor dit onderzoek. Na het uitsturen van de uitnodiging bleken 2 slaapklinieken gefuseerd te zijn en 2 slaapklinieken bleken geen slaaponderzoek te verrichten (1 kliniek hiervan had de activiteiten gestaakt). Dit maakte de hoogst mogelijk haalbare respons $n=84$. Er hebben 83 slaapklinieken deelgenomen. Dit maakt de netto respons: $83/84=99\%$.



PAPI methode

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de PAPI methode (PAPI: Pen and Paper Interviewing). De vragenlijsten zijn in PDF formaat opgestuurd, door de ApneuVereniging, aan de contactpersonen van iedere slaapkliniek. Er is gekozen voor een papieren vragenlijst aangezien vaak verschillende medisch specialisten verschillende onderdelen van de vragenlijst invullen. Door te werken met een papieren vragenlijst, is dit voor de slaapklinieken makkelijker te coördineren. De ingevulde vragenlijsten konden vervolgens naar het antwoordnummer van TNS NIPO opgestuurd worden.



Vragenlijst

De vragenlijst is grotendeels gelijk gebleven tussen 2012 en 2014. Er zijn slechts een aantal nieuwe vragen aan de vragenlijst toegevoegd.



Veldwerkperiode

Het veldwerk heeft gelopen van 15 juli t/m 22 september 2014. Aangezien de veldwerkperiode in de vakantietijd was, heeft het langer geduurd tot dat de meeste vragenlijsten binnen waren.

Toelichting rapportage

Zoals op voorhand is afgesproken, bestaat het rapport uit korte en zakelijke conclusies op basis van de resultaten. Deze conclusies worden ondersteund met tabellen en grafieken. Wanneer mogelijk, zijn de resultaten van 2012 met die van 2014 vergeleken. Duiding van de resultaten en het schrijven van een trendverhaal maken geen deel uit van dit rapport.

Bij vragen waarvan de basis laag is ($n < 70$), wordt dit expliciet aangegeven. De resultaten dienen dan als indicatief geïnterpreteerd te worden. Significantie toetsing tussen 2012 en 2014 zal enkel gebeuren op totaal niveau, omdat de basis voor een uitsplitsing in geen geval voldoende groot is.

Het rapport heeft dezelfde indeling als de vragenlijst. Er is dus per deelgebied gerapporteerd. Per hoofdstuk (deelgebied) zullen de resultaten op totaal niveau worden beschreven, (wanneer relevant) worden de verschillen ten aanzien eerder onderzoek beschreven en er wordt aangegeven welke klinieken qua frequentie bovenaan in de rangorde staan. In sommige gevallen tellen de absolute en/of percentages niet op tot het logische totaal. Dit komt door afrondverschillen en/of doordat klinieken meerdere antwoorden hebben geselecteerd terwijl het een enkelvoudige vraag diende te zijn.

Aan alle slaapklinieken is toestemming gevraagd of de naam van hun slaapkliniek gebruikt mag worden in de rapportage wanneer het om positieve resultaten gaat ten aanzien van de diagnose en behandeling van slaapapneu. De klinieken die in eerste instantie deze vraag niet hadden beantwoord is een mail gestuurd (of zijn telefonisch benaderd) met nogmaals deze vraag. De klinieken die hierop eveneens niet hebben gereageerd, zijn toegevoegd aan de klinieken die bezwaar hebben. Hun antwoorden worden uiteraard volledig anoniem gehouden.

Wanneer een significant verschil tussen 2012 en 2014 wordt beschreven staat het volgende icoon voor de tekst:



Om zicht te krijgen op landelijke ontwikkelingen zullen we moeten achterhalen wat op totaal niveau (lees: alle slaapklinieken bij elkaar genomen) de absolute aantallen zijn. Hierbij kan gedacht worden aan het totaal aantal verrichte slaaponderzoeken of het totaal aantal uitgevoerde XPAP's. Doordat in de vragenlijst gewerkt is met (van te voren vastgestelde) numerieke antwoordcategorieën, was het noodzakelijk om achteraf een extra berekening tot deze totaalaantallen te komen. Zie hieronder een voorbeeld:

5. Hoeveel slaaponderzoeken verrichtte uw kliniek in 2013 in totaal?

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-250 | <input type="checkbox"/> schatting | <input type="checkbox"/> registratie |
| <input type="checkbox"/> 251-500 | <input type="checkbox"/> schatting | <input type="checkbox"/> registratie |
| <input type="checkbox"/> 501-750 | <input type="checkbox"/> schatting | <input type="checkbox"/> registratie |
| <input type="checkbox"/> 751-1000 | <input type="checkbox"/> schatting | <input type="checkbox"/> registratie |
| <input type="checkbox"/> 1001-1500 | <input type="checkbox"/> schatting | <input type="checkbox"/> registratie |
| <input type="checkbox"/> meer dan 1500 | <input type="checkbox"/> schatting | <input type="checkbox"/> registratie |

De totaalaantallen worden (voor de volledigheid) op twee manieren berekend om een zo betrouwbaar mogelijk beeld van de totaalaantallen te kunnen geven:

1) **Totaal o.b.v. gemiddelde** van een antwoordcategorie **x** het aantal klinieken:

$$(((1+250)/2) \times \text{aantal klinieken}) + (((251+500)/2) \times \text{aantal klinieken}) + \dots$$

2) **Totaal o.b.v. ondergrens** van antwoordcategorie **x** het aantal klinieken:

$$(1 \times \text{aantal klinieken}) + (251 \times \text{aantal klinieken}) + \dots$$

Let op: In het rapport zal tevens expliciet worden aangegeven hoeveel klinieken hun antwoord op een schatting baseerde of op een registratie (dit geeft namelijk een goede betrouwbaarheidsindicatie).

Uiteraard is betrouwbaarheid van data zeer belangrijk. Vandaar dat alle cijfers in het rapport uitvoerig gecontroleerd zijn. Daarnaast wordt in dit rapport dus telkens een totaal gemiddelde gegeven op basis van de ondergrens én op basis van het gemiddelde van een antwoordcategorie. Dit om een zo realistisch mogelijk beeld te schetsen van de huidige aantallen (en overschatting te voorkomen). In alle gevallen zijn de letterlijke antwoorden van de klinieken overgenomen en verwerkt. Hierin heeft zowel TNS NIPO als de ApneuVereniging geen enkele bewerking verricht die mogelijk de resultaten beïnvloeden.

Wij wensen u veel leesplezier!





2

Diagnose



Aantal slaaponderzoeken blijft stijgen

De slaapklinieken is allereerst gevraagd naar het aantal slaaponderzoeken dat zij in 2013 verrichtten. Uit de **berekening op basis van het gemiddelde** blijkt dat er in totaal tenminste 79.900 slaaponderzoeken zijn uitgevoerd. Uit de **berekening op basis van het ondergrens** blijkt dat er in totaal tenminste 69.000 slaaponderzoeken zijn uitgevoerd. Acht op de tien slaapklinieken gaven aan dat deze informatie gebaseerd is op geregistreeerde aantallen (20% gaf aan dat het een schatting betrof). Uit de vorige meting (2012) bleek dit aantal rond de 60.000 te liggen. Het aantal is dus sterk toegenomen.

Daarnaast gaf voor het eerst (in vergelijking met de vorige metingen) geen van de slaapklinieken aan 'slechts' 1-250 slaaponderzoeken per jaar uit te voeren. De groei komt voornamelijk voort uit het feit dat alle klinieken meer zijn gaan doen.

Figuur 1. Klinieken met meer dan 1500 slaaponderzoeken per jaar (alfabetisch op plaatsnaam)

Amsterdam, Slaap- en Apneucentrum SLAZ
Amsterdam, Waak-SlaapCentrum Slotervaart
Arnhem/Velp, Slaapcentrum Rijnstate
Breda, Slaapcentrum Amphia Ziekenhuis
Den Haag, Centrum voor slaap- en waakstoornissen MCH
Dordrecht, SlaapWaakCentrum Albert Schweitzer Ziekenhuis
Enschede, Medisch Spectrum Twente (MST)
Harderwijk, Slaap/waakcentrum St Jansdal
Heerlen, Atrium Medisch Centrum
Heeze, Kempenhaeghe, Centrum voor Slaapgeneeskunde
Horn, Academisch slaapcentrum CIRO
Nijmegen, Slaapcentrum CWZ
s Hertogenbosch, Slaap Waak Centrum Jeroen Bosch Ziekenhuis
Tilburg/Waalwijk, Slaapcentrum Brabant
Utrecht/Nieuwegein, Slaapcentrum St. Antonius Ziekenhuis
Venray/Venlo, VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg

Vraag 5. Hoeveel slaaponderzoeken verrichtte uw kliniek in 2013 in totaal? Basis n=83.

Amnese is belangrijke voorselectie-methode

- Net zoals in 2012 is het voornaamste doel van slaaponderzoeken gericht op nieuwe patiënten met verdenking slaapapneu, gevolgd door het doel om de therapie-effectiviteit te controleren en ten derde onderzoek naar overige slaapstoornissen.
- Van de mensen, met verdenking slaapapneu, die worden doorverwezen naar de slaapregistratie blijkt 64% daadwerkelijk slaapapneu te hebben.
- Bijna vier op de tien slaapklinieken geven aan gebruik te maken van een voorselectie methode. Zoals uit figuur 3 duidelijk wordt, waren de aangeboden antwoordmogelijkheid niet dekkend. In de 'anders, namelijk' categorie kwam duidelijk naar voren dat anamnese (veelal aan de hand van vragenlijsten) de meest toegepaste voorselectie methode is.

Figuur 2. Doel slaaponderzoeken

	%
nieuwe patiënten met verdenking slaapapneu	68%
controle therapie-effectiviteit	19%
Overige slaapstoornissen	10%
periodieke controles ivm slaapapneu	8%

Let op: totaalpercentage telt niet op tot 100%, doordat sommige klinieken meer dan 100% hebben verdeeld over de antwoordkeuzes. Herpercentieren was geen optie omdat anders de vergelijkbaarheid met het onderzoek van 2012 niet meer mogelijk was.

Figuur 3. Voorselectie-methode

	Abs.	%
Nee	52	63%
Ja, en wel:	31	37%
- Apneulink	3	4%
- Oxymeter	3	4%
- Watchpat	0	0%
- Anders, namelijk	31	37%

Sommige klinieken hebben meerdere antwoorden gegeven, waardoor het totaal niet optelt tot 83 antwoorden.

Vraag 6. Kunt u hieronder (globaal) de onderverdeling van de slaapregistraties aangeven? Vraag 7. Hoeveel procent van de mensen met verdenking slaapapneu die u doorstuurt naar de slaapregistratie blijkt daadwerkelijk slaapapneu te hebben? Vraag 8. Maakt u voorafgaand aan het slaaponderzoek nog gebruik van een voorselectie methode? Basis n=83.

Polygrafie ambuland (thuis) meest toegepaste slaaponderzoeksmethode

Slaaponderzoek kan op verschillende manieren worden verricht. Vaak zijn bij een kliniek verschillende methodes in gebruik. Drie kwart van de klinieken geeft aan dat slaaponderzoek verricht wordt door polygrafie ambuland (thuis). Op nummer twee staat polysomnografie klinisch (64% van de klinieken geeft aan slaaponderzoek op deze wijze te verrichten) en op nummer drie staat polygrafie klinisch (met 58%).

Polysomnografie bewaakt wordt in 2014 door meer slaapklinieken verricht dan in 2012. Het percentage is van 27% gestegen naar 42%.



Daarnaast blijkt dat in 2012 het daadwerkelijke toepassingspercentage (ten opzichte van de andere onderzoeksmethodes) van polygrafie klinisch onderzoek wat is afgenomen in 2014 (2012 was dit namelijk nog 37% en in 2014 is dit 25%).

Figuur 4. Meest gebruikte methode voor slaaponderzoek

	Abs.	%	Gemiddeld toepassingspercentage onder klinieken die van deze methode gebruik maken
polysomnografie bewaakt	35	42%	27%
Polysomnografie klinisch	53	64%	27%
Polysomnografie thuis	38	46%	33%
Polygrafie klinisch	48	58%	25%
Polygrafie ambuland (thuis)	63	76%	56%

Vraag 9. Op welke wijze wordt in uw kliniek het slaaponderzoek verricht? Basis n=83.

XPAP meest gebruikte behandeling OSAS

Aan de slaapklinieken werd gevraagd hoe vaak zij, in het afgelopen jaar, bepaalde behandelingen bij mensen met OSAS uitvoerden.

XPAP blijkt het meest voorgeschreven te worden in het geval van OSAS. In vergelijking met 2012 blijken meer slaapklinieken in 2014 aan te geven dat MRA's werden voorgeschreven. In 2012 gaven namelijk de meeste slaapklinieken aan dat dit in 1%-24% van de gevallen werd voorgeschreven en in 2014 gaven de slaapklinieken het meest aan dat dit in 25%-49% werd voorgeschreven. Tevens blijkt dat er in 2014 meer patiënten met OSAS geen behandeling kregen of afhaakten (in 2012 gaven meer klinieken aan dat dit namelijk nooit het geval was in vergelijking met 2014).

Let op: de bovengenoemde resultaten zijn voornamelijk op basis van geschatte percentages door de klinieken gebaseerd.

Figuur 5. Behandeling OSAS

	%
een XPAP voorgeschreven	49%
een MRA voorgeschreven	26%
alleen conservatieve behandeling	12%
een KNO-ingreep	8%
kaakchirurgische ingreep	1%
geen behandeling/patiënt haakt af	4%

Vraag 22. Kunt u hieronder een indruk geven van de behandelingen in uw kliniek in 2013? Hoeveel procent van de mensen die OSAS heeft kreeg het afgelopen jaar: Basis n=83.

Algemene slaapklinieken

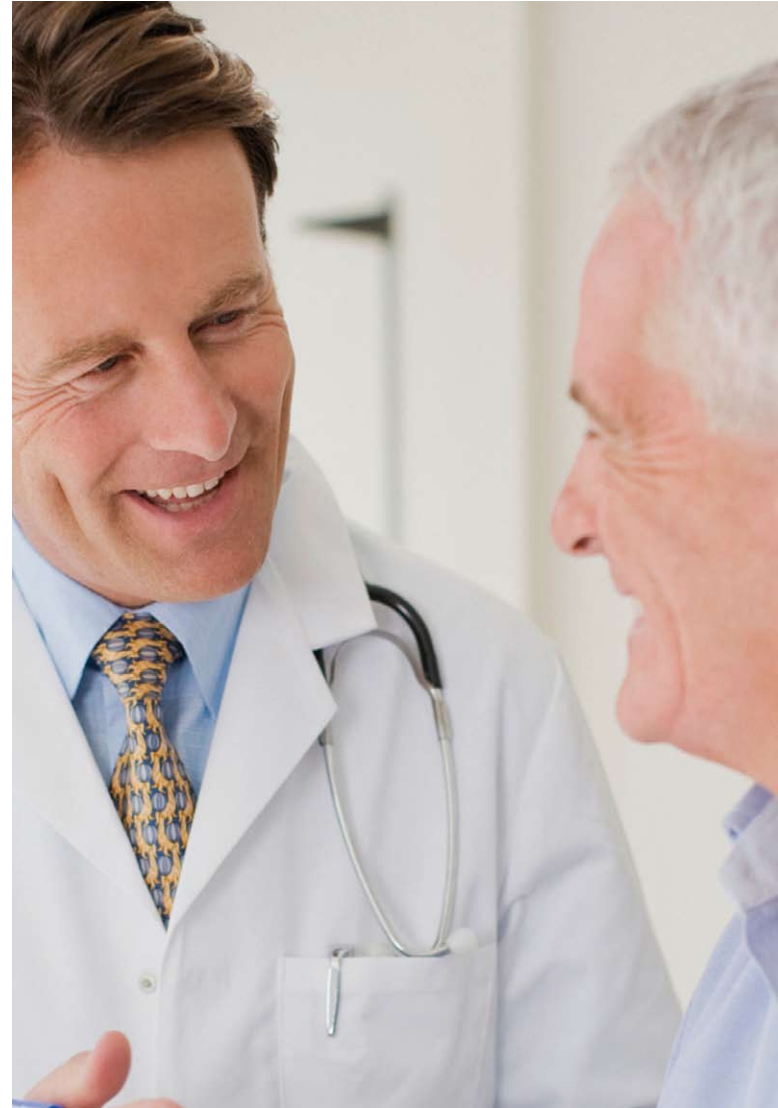
Op basis van drie vragen zijn de *algemene slaapklinieken* vastgesteld. Allereerst is er gekeken naar de antwoorden van de klinieken op de vraag hoe zij zichzelf zouden karakteriseren (vraag 14). Daarnaast is er gekeken naar de accreditatie (wensen) van de klinieken. Ten slotte is er gelet op de onderverdeling van de slaapregistraties en dan met name de slaapregistraties in verband met 'overige slaapstoornissen'. Door de antwoorden van deze drie vragen met elkaar te combineren, is de lijst met *algemene slaapklinieken* naar voren gekomen.

- 35 (42%) van de 83 slaapklinieken acht zich uitstekend geëquipeerd om alle slaapstoornissen te diagnosticeren en te behandelen.
- 22 klinieken (26%) zijn of willen als zodanig worden geaccrediteerd door de Federatie algemene Slaapcentra (FSC)
- In beide gevallen wil dat niet zeggen dat deze klinieken in de praktijk niet het leeuwendeel van hun slaaponderzoek besteden aan slaapapneu. Slechts 13 (15%) klinieken verrichten meer dan 20% van hun slaaponderzoeken ten behoeve van overige slaapstoornissen. Daar zitten zowel FSC-klinieken als niet-FSC-klinieken bij.

Voor een overzicht van de algemene klinieken zie bijlage.

3

Bijzonderheden



Vrijwel alle slaapklinieken behandelen voornamelijk volwassenen

In het huidige onderzoek is tevens aandacht besteed aan de verschillende leeftijdsgroepen. Hieruit komt naar voren dat (vrijwel) alle slaapklinieken voornamelijk volwassenen behandelen (2 klinieken hebben deze vraag niet beantwoord, vandaar dat niet met zekerheid 'alle klinieken' geconcludeerd kan worden). Daarnaast wordt duidelijk dat het percentage afneemt naarmate het jongere doelgroepen betreft. Zo geeft ruim één op de tien klinieken aan dat zij eveneens veel kinderen tussen de 4 en 18 jaar behandelen. Wanneer er naar de jongste doelgroep wordt gekeken (zuigelingen) blijken er slechts 3 klinieken (4%) deze leeftijd ook veel te behandelen.

Figuur 6. Doelgroepen		
	Abs.	%
behandelt voornamelijk volwassenen	81	98%
behandelt ook veel kinderen (4-18 jaar) (> 25 per jaar)	10	12%
behandelt ook veel peuters (1-4 jaar) (> 25 per jaar)	9	11%
behandelt ook veel zuigelingen (0-1 jaar) (> 25 per jaar)	3	4%

Amsterdam, Slaap- en Apneucentrum SLAZ
 Amsterdam, Waak-SlaapCentrum Slotervaart
 Breda, Slaapcentrum Amphia Ziekenhuis
 Den Haag, Centrum voor slaap- en waakstoornissen MCH
 Doetinchem, Slingeland Slaapcentrum
 Heeze, Kempenhaeghe, Centrum voor Slaapgeneeskunde
 Schiedam, Vlietland Ziekenhuis
 Utrecht/Zeist, Slaapsnurkcentrum Diakonessenhuis
 Zwolle/Groningen, Slaapcentrum SEIN

Amsterdam, VU MC Polikliniek voor Waak /Slaapstoornissen
 Amsterdam, Waak-SlaapCentrum Slotervaart
 Baarn/Amersfoort, Meander Medisch Centrum
 Breda, Slaapcentrum Amphia Ziekenhuis
 Den Haag, Centrum voor slaap- en waakstoornissen MCH
 Heeze, Kempenhaeghe, Centrum voor Slaapgeneeskunde
 Leiderdorp, Rijnland Ziekenhuis
 Schiedam, Vlietland Ziekenhuis
 Zwolle/Groningen, Slaapcentrum SEIN

Amsterdam, VU MC Polikliniek voor Waak /Slaapstoornissen
 Den Haag, Centrum voor slaap- en waakstoornissen MCH
 Zwolle/Groningen, Slaapcentrum SEIN

Vraag 10. Doelgroep bepaling per kliniek. Basis n=83.

Jaarlijks ruim 1800 patiënten met overwegend CSAS

- Twintig slaapklinieken geven aan meer dan 50 patiënten per jaar met overwegend CSAS in 2013 te hebben gezien. Hierbij dient vermeld te worden dat ruim 60% van alle deelnemende slaapklinieken aangeeft dat deze vraag beantwoord is op basis van een schatting.
- Uit de **berekening op basis van het gemiddelde** blijkt dat er in totaal tenminste 2300 patiënten met overwegend CSAS door klinieken zijn gezien. Uit de **berekening op basis van het ondergrens** blijkt dat er in totaal tenminste 1800 patiënten met overwegend CSAS door klinieken zijn gezien.
- Rechts van de tabel staan de 20 klinieken die meer dan 50 patiënten met overwegend CSAS hebben gezien.
- Ruim zeven op de tien (74%) klinieken geeft aan CSAS-patiënten in de regel zelf te behandelen (en niet door te verwijzen). Twee op de tien klinieken (19%) geven aan CSAS-patiënten regelmatig door te verwijzen en 4% geeft aan CSAS-patiënten altijd door te verwijzen.

Figuur 7. Aantal patiënten met overwegend CSAS in 2013

	Abs.	%
minder dan 10 patiënten	14	17%
10 - 25 patiënten	28	34%
26 - 50 patiënten	20	24%
meer dan 50 patiënten per jaar	20	24%
Geen opgave	1	1%

Almelo/Hengelo, Centrum voor Slaapgeneeskunde ZGT
 Arnhem/Velp, Slaapcentrum Rijnstate
 Breda, Slaapcentrum Amphia Ziekenhuis
 Den Haag, Centrum voor slaap- en waakstoornissen MCH
 Doetinchem, Slingeland Slaapcentrum
 Ede, Ziekenhuis Gelderse Vallei
 Eindhoven, Catharina Ziekenhuis
 Enschede, Medisch Spectrum Twente (MST)
 Groningen, Universitair Slaapapneu Centrum
 Harderwijk, Slaap/waakcentrum St Jansdal
 Heeze, Kempenhaeghe, Centrum voor Slaapgeneeskunde
 Horn, Academisch slaapcentrum CIRO
 Nijmegen, Slaapcentrum CWZ
 Roermond, Laurentius Ziekenhuis
 Terneuzen, Slaapcentrum Zeeland
 Tilburg/Waalwijk, Slaapcentrum Brabant
 Utrecht/Nieuwegein, Slaapcentrum St. Antonius Ziekenhuis
 Zwolle/Groningen, Slaapcentrum SEIN

Vraag 11. Ziet u jaarlijks veel patiënten met overwegend CSAS? Vraag 12. Behandelt u patiënten met overwegend CSAS zelf of verwijst u hen regelmatig naar gespecialiseerde klinieken? Basis n=83.

7 klinieken met meer dan 50 bariatrische chirurgie gevallen per jaar

- Op de numerieke vraag (dus zonder vaststaande numerieke antwoordkeuzes) hoeveel bariatrische chirurgie in verband met OSAS is toegepast, blijkt het totaal aantal rond de 2500 te liggen*.
- Wanneer het bariatrische chirurgie in verband met OSAS betreft, geven 57 klinieken aan dit niet toe te passen. Van de overige 25 klinieken (1 kliniek heeft deze vraag niet ingevuld), geeft het merendeel aan dat zij per jaar 1-50 keer bariatrische chirurgie toepassen.
- Rechts van de tabel staan de klinieken die vaker dan 50 keer per jaar bariatrische chirurgie toepassen.

Figuur 8. Toepassen bariatrische chirurgie i.v.m. OSAS

	Abs.	%
Nee	57	69%
Ja, het gaat om:	25	30%
- 1-50 gevallen per jaar	13	16%
- Meer dan 50 gevallen per jaar	7	8%
Geen opgave	1	1%

Amsterdam, Slaap- en Apneucentrum SLAZ
 Amsterdam, Waak-SlaapCentrum Slotervaart
 Arnhem/Velp, Slaapcentrum Rijnstate
 Eindhoven, Máxima Medisch Centrum
 Purmerend, Waterlandziekenhuis poli KNO
 Rotterdam, Slaap- en Snurkcentrum Maastricht Ziekenhuis
 Terneuzen, Slaapcentrum Zeeland

De clustering naar de bovenstaande antwoordcategorieën is achteraf gedaan.

Vraag 13. Wordt door uw slaapkliniek bariatrische chirurgie toegepast i.v.m. OSAS? Basis n=83. ***Deze vraag kan aanleiding geven tot onduidelijkheid aangezien sommige klinieken het aantal bariatrische chirurgie ingrepen i.v.m. OSAS hebben aangegeven terwijl andere klinieken het totaal aantal ingrepen in het ziekenhuis lijken te hebben aangegeven. Vandaar dat met enige voorzichtigheid deze resultaten geïnterpreteerd dienen te worden.**

Ruim een derde van de klinieken ziet grote kansen voor positietherapie

Positietherapie is volgens 35% van de slaapklinieken een grote kans voor een belangrijk aantal patiënten.

Bijna zes op de tien klinieken denken dat positietherapie een bijdrage kan leveren als die hulpmiddelen werken.

Slechts 6 klinieken vragen zich af of de mogelijke effecten van positietherapie niet wat overdreven worden.

Figuur 9. Positietherapie

	Abs.	%
Ik zie grote kansen voor positietherapie voor een belangrijk aantal patiënten	29	35%
Als die hulpmiddelen werken, kan positietherapie wel een bijdrage leveren	48	58%
Ik vraag me af of de mogelijke effecten niet wat overdreven worden	6	7%

Vraag 23. Positietherapie. Door de opkomst van nieuwe hulpmiddelen krijgt positietherapie een nieuwe impuls. Wat is uw mening? Welk antwoord past het best?
Basis n=83.

Karakter van de kliniek en accreditatie

Net iets meer dan de helft (53%) van de klinieken geeft aan dat hun kliniek primair gericht is op diagnose en behandeling van slaapapneu. Ruim vier op de tien (43%) geeft aan dat hun kliniek uitstekend geëquipeerd is om alle slaapstoornissen te diagnosticeren en te behandelen (4% heeft deze vraag niet ingevuld).



De klinieken werden vervolgens gevraagd welk antwoord ten aanzien van mogelijke accreditatie het beste bij de situatie van hun kliniek past (figuur 8). Ook al wordt uit deze tabel duidelijk dat de meeste klinieken aangeven dat zij bij de periodieke visitatie van de NVALT zich tevens willen laten accrediteren als slaapkliniek, is dit percentage wel gedaald ten opzichte van 2012. In 2012 gaf nog meer dan de helft aan dit wel te willen (namelijk 54%) Dit is in 2014 is gedaald naar ruim een derde van de slaapklinieken (36%). Ook het aantal klinieken dat door de FSC is of wil worden geaccrediteerd is gedaald.

Figuur 10. Accreditatie

	Abs.	%
accreditatie van onze slaapkliniek is (nog) niet aan de orde	17	21%
wij overwegen accreditatie door de Federatie algemene SlaapCentra (FSC)	14	17%
wij zijn door de Federatie algemene SlaapCentra (FSC) geaccrediteerd	8	10%
bij de periodieke visitatie van de NVALT willen we ons ook als slaapkliniek laten accrediteren	30	36%
Geen opgave	14	17%

Vraag 14. Hoe zou u uw slaapkliniek het beste karakteriseren? Vraag 15. Welk antwoord past het best? Basis n=83.

Toekomstverwachtingen

Ruim een derde (37%) van de klinieken geeft aan dat zij binnen 2-3 jaar (sterk) gaan uitbreiden, c.q. verbouw- of nieuwbouwplannen hebben. Van de overgebleven klinieken geeft 55% aan dat zij zich blijven ontwikkelen maar geen bijzondere groeiplannen of nieuwbouwplannen hebben. Twee slaapklinieken (2%) geven aan de komende jaren een redelijke kans op krimp voor de slaapkliniek in hun ziekenhuis te voorzien (4 klinieken hebben deze vraag niet ingevuld).

Enkele opmerkingen/uitleg van klinieken:

- *"2013 investering gedaan in aanschaf extra PG's en alle oude vervangen. tevens uitbreiding OSAS verpleegkundige goedgekeurd voor 2014."*
- *"2017 nieuwbouw/verbouw (oudbouw) met een nieuwe grotere slaapkliniek/polikliniek."*
- *"Binnen 2-3 jaar waarschijnlijk een fusie met een tertiair slaapcentrum."*
- *"Er is een forse vraag naar onze expertise. we worden echter beperkt door het gemaximeerde budget van de ziektekosten verzekeraar."*

- "Er is een fusietraject gaande ."
- "Er is groei door stijgende bekendheid van ziekte, maar laatste jaar spitsen we ons veel toe op kwaliteitsverbetering."
- "Er wordt een compleet nieuw ziekenhuis gebouwd."
- "Helaas beperkte groei door overheidsmaatregelen (1% groei permissie)."
- "I.v.m. groot aantal patiënten uitbreiding naar dagelijks spreekuur."
- "Nieuwbouw is klaar in 2014. het is nog niet duidelijk of dat voor het slaapcentrum ook een uitbreiding van het aantal patiënten zal geven."
- "Wij hebben geen concrete plannen alsnog, maar gaan het zeker doen, na gesprekken met zorgverzekeraars. dit o.b.v. een te lange en grote wachttijd."
- "Wij willen ons de komende jaren blijven toeleggen op het kwalitatief ontwikkelen van de dienstverlening. dit gaat vóór een kwantitatieve ontwikkeling (cq. patiënt-toename)."

Los van deze antwoorden van slaapklinieken worden er veel specifieke fusies aangedragen die voor deze klinieken op de planning staan.

Vraag 16. Toekomstverwachting: Welk antwoord past het best? Basis n=83.



4

Organisatie en werkwijze



Aanmeldpunten slaapklinieken centraler georganiseerd



In 2012 gaf 30% van de slaapklinieken aan één aanmeldpunt te hebben, dit is in 2014 gestegen naar 46%. Dit gaat uiteraard samen met een afname in meerdere aanmeldpunten, waardoor geconstateerd kan worden dat door centralisatie steeds meer slaapklinieken een eigen gezicht krijgen.

Figuur 11. Aanmeldpunten

	Abs.	%
KNO-kliniek	47	57%
longgeneeskunde	44	53%
neurologie	30	36%
anders, namelijk	14	17%
geen opgave	33	40%

"Aanmelden kan rechtstreeks of via het vangnet kno, long en neuro. dit heeft te maken met het gebruik van zorgdomein dat een adressering naar het slaapcentrum niet faciliteert."

"Kindergeneeskunde, tandarts, cardiologie, bariatrische chirurgie, obesitas poli en anesthesie, specialisten uit andere ziekenhuizen elders in de regio."

"Psychiatrie, interne cardiologie."

"Snurk- en slaappoli digitaal"

"Zorgportaal voor 1^{ste} lijn zorg (huisartsen)"

"Huisarts via zorgdomein. verder in het gooi aantal privé klinieken die kunnen verwijzen"

Vraag 17. Zijn er een of meer aanmeldpunten voor de slaapkliniek? Basis n=83.

Longgeneeskunde nog steeds leidend bij diagnose en behandeling slaapapneu



De longgeneeskunde is (met 57%) nog steeds leidend bij de diagnose en behandeling van slaapapneu. Het KNO specialisme staat op een tweede plaats met 13%. Opvallend is dat in 2014 neurologie minder vaak als leidend wordt gezien in vergelijking met 2012. In 2012 was neurologie nog in 20% van de klinieken leidend, nu nog slechts in 5% van de klinieken. Hierbij dient vermeld te worden dat er 11 klinieken hebben aangegeven dat niet enkel één specialisme leidend is, maar een combinatie van de drie eerder genoemde specialismes.

Ondanks dat de longgeneeskunde leidend is bij de diagnose en behandeling van slaapapneu, houdt dit niet in dat er geen multidisciplinaire benadering wordt gehanteerd. Vandaar dat de klinieken is gevraagd welk percentage van de patiënten, die een slaaponderzoek in verband met apneu krijgen, in de regel door de verschillende specialismen worden gezien (figuur 12). De KNO-arts wordt in 77% van de gevallen door patiënten gezien, op de voet gevolgd door de longarts met 76%. De neuroloog komt op de derde plek met 24%. Onder 'anders, namelijk' worden voornamelijk de psycholoog, de cardioloog en de verpleegkundig specialist genoemd. Uit het bovenstaande kan worden opgemaakt dat een patiënt veelal met meerdere specialismes te maken krijgt.



Patiënten die een slaaponderzoek in verband met apneu krijgen, lijken in de regel vaker ook te worden gezien door een tandarts, orthodontist en/of kaakchirurg, wanneer de resultaten van 2012 met 2014 worden vergeleken.

Figuur 12. multidisciplinaire benadering

	%
longarts	76%
KNO-arts	77%
neuroloog	24%
tandarts/orthodontist/kaakchirurg	18%
anders, namelijk	5%

Vraag 18. Welk van de specialismen is leidend bij diagnose en behandeling van slaapapneu in uw kliniek? Vraag 19. Welk percentage van de patiënten die een slaaponderzoek in verband met apneu krijgen, wordt in de regel gezien door ...? Basis n=83.

Negen op de tien houden regelmatig multidisciplinaire teambesprekingen

Net zoals in 2012 geven in 2014 ruim negen op de tien slaapklinieken aan dat zij regelmatig multidisciplinaire teambesprekingen op het gebied van slaapapneu houden.



De helft van de slaapklinieken houdt deze multidisciplinaire teambesprekingen één of meer keer per week/ per twee weken.

In 2014 zijn er minder slaapklinieken die aangeven dat deze teambesprekingen eenmaal per kwartaal worden gehouden, in 2012 was dit namelijk nog 12% en in 2014 2%.

Oftewel er wordt bij meer ziekenhuizen MDO georganiseerd in een hogere frequentie.

Figuur 13. multidisciplinaire teambesprekingen

	Abs.	%
Nee	6	7%
- informatie wordt voornamelijk via dossier gedeeld	3	4%
- regelmatig vindt informeel ruggespraak plaats met een of meer collega's	4	5%
Ja	77	93%
- een of meer keer per week/ twee weken	43	52%
- eenmaal per maand	19	23%
- eenmaal per kwartaal	2	2%
- eenmaal per half jaar/jaar worden opzet en casussen geëvalueerd	0	0%
- anders, namelijk	3	4%

Vraag 20. Zijn er regelmatig multidisciplinaire teambesprekingen op het gebied van slaapapneu? Basis n=83.

Ruim vier op de tien klinieken bespreken tijdens een teambespreking (nagenoeg) alle patiënten

De slaapkliniek is vervolgens gevraagd hoeveel patiënten er tijdens deze teambesprekingen besproken worden.



Ruim vier op de tien (43%) klinieken geven aan dat zij alle patiënten bespreken en 47% van de slaapklinieken geeft aan alleen complexe patiënten te bespreken (dit betreft ongeveer 25% van de patiënten). Opvallend is dat in 2014 (in vergelijking met 2012) nog maar 1% aangeeft dat ze geen individuele patiënten bespreken, dit was in 2012 namelijk nog 18%.

Figuur 14. besproken aantal patiënten teambesprekingen

	Abs.	%
bij deze teambesprekingen komen (nagenoeg) alle patiënten ter sprake	36	43%
alleen complexere patiënten worden besproken, namelijk in:	39	47%
- 0%	0	0%
- 1-24%	24	29%
- 25-49%	4	5%
- 50-74%	3	4%
- 75-99%	0	0%
- 100%	0	0%
Bij de teambesprekingen worden voornamelijk opzet en werkwijze geëvalueerd zo nodig aan de hand van een of meer casussen. De behandeling van individuele patiënten wordt niet besproken.	1	1%
Geen opgave	7	8%

Vraag 21. Hoeveel patiënten worden besproken op de teambesprekingen? Basis n=83.



5

Behandeling XPAP



Tenminste 16.700 voorgeschreven XPAP's

- De meeste klinieken konden op basis van hun XPAP-registraties (64%) aangeven hoe vaak in het afgelopen jaar XPAP zijn voorgeschreven. De meeste klinieken gaven aan dat dit tussen de 251 en 500 patiënten ligt. Uit de **berekening op basis van het gemiddelde** blijkt dat er in totaal tenminste 24.600 XPAPS zijn voorgeschreven (maar dit lijkt aan de hoge kant). Uit de **berekening op basis van het ondergrens** blijkt dat er in totaal tenminste 16.700 XPAP's zijn voorgeschreven.
- Rechts van figuur 15 staan de klinieken die het meest frequent XPAP in 2013 hebben voorgeschreven.

Figuur 15. Voorschrijffrequentie XPAP		
	Abs.	%
geen	0	0%
minder dan 25 patiënten	0	0%
25-50 patiënten	3	4%
51-100 patiënten	12	15%
101-250 patiënten	27	33%
251-500 patiënten	31	37%
501-1000 patiënten	7	8%
meer dan 1000 patiënten	2	2%
geen opgave	1	1%

Amsterdam, Slaap- en Apneucentrum SLAZ
 Baarn/Amersfoort, Meander Medisch Centrum
 Breda, Slaapcentrum Amphia Ziekenhuis
 Doetinchem, Slingeland Slaapcentrum
 Dordrecht, SlaapWaakCentrum Albert Schweitzer Ziekenhuis
 Enschede, Medisch Spectrum Twente (MST)
 Geldrop, St. Anna Ziekenhuis
 Leiderdorp, Rijnland Ziekenhuis
 Tilburg/Waalwijk, Slaapcentrum Brabant

Vraag 24. Aan hoeveel patiënten werd in uw kliniek in het afgelopen jaar 2013 een XPAP voorgeschreven? Basis n=83.

Aanmeten XPAP en masker veelal door leverancier (maar wel vaak in het ziekenhuis)

- XPAP en het masker worden het meest door de leverancier aangemeten. Het aanmeten gebeurt het meest in het ziekenhuis.
- De druk wordt op de diverse manier vastgesteld. Auto-pap titratie is de meest gehanteerde methode. Het minst gehanteerd wordt poly(somno)grafie door het ziekenhuis. Hiervan geven de meeste klinieken aan dat dit nooit gebeurt.

Figuur 16. Wie en hoe wordt XPAP en masker aangemeten

Door wie worden de XPAP en het masker aangemeten:	% altijd	% meestal	% soms	% nooit (incl geen opgave)
door het ziekenhuis	29%	8%	12%	51%
door de leverancier met spreekuur in het ziekenhuis	24%	28%	7%	41%
door de leverancier bij de mensen thuis	12%	7%	28%	53%
Hoe wordt in de dagelijkse praktijk de druk vastgesteld:				
door het ziekenhuis via poly(somno)grafie	7%	2%	12%	78%
door het ziekenhuis op basis van een formule	12%	11%	18%	59%
door het ziekenhuis mbv auto-XPAP titratie	21%	15%	17%	48%
door de leverancier mbv auto-XPAP titratie	18%	21%	10%	52%

Vraag 25. Door wie worden de XPAP en het masker aangemeten? Vraag 26. Hoe wordt in de dagelijkse praktijk de druk vastgesteld? Basis n=83.

De geschatte gemiddelde doorlooptijd diagnoseproces XPAP is 50 dagen

- De doorlooptijd van het diagnoseproces tot de uiteindelijke verstrekking van de XPAP verschilt per kliniek. Zo zijn er 15 klinieken die aangeven dat de doorlooptijd slechts 3-4 weken duurt en zijn er 10 klinieken die aangeven dat het gemiddeld 3 maanden duurt.
- Wanneer de antwoorden van de verschillende klinieken worden gecombineerd, wordt duidelijk dat de geschatte gemiddelde doorlooptijd rond de 50 dagen ligt. Dit komt overeen met de meest genoemde antwoordkeuze, namelijk 7-8 weken.

Figuur 17. Doorlooptijd XPAP

	Abs.	%
het duurde in totaal 3-4 weken	15	18%
het duurde in totaal 5-6 weken	21	25%
het duurde in totaal 7-8 weken	27	33%
het duurde zo'n 3 maanden	10	12%
het duurde zo'n 4-5 maanden	1	1%
het duurde 6 maanden of langer, namelijk	1	1%
geen opgave	8	10%

Vraag 28. Hoe lang duurde het diagnoseproces gemiddeld in het eerste halfjaar van 2014, van verwijzing door de huisarts, verschillende afspraken en onderzoeken, tot de verstrekking van de XPAP? Basis n=83.

6

Behandeling MRA



Het geschatte aantal aangemeten MRA's in 2013 ligt rond de 10.000

Ongeveer de helft (49%) van de klinieken kon op basis van hun MRA-registratie aangeven hoe vaak in het afgelopen jaar bij OSAS-patiënten MRA's zijn aangemeten. De meeste klinieken gaven aan dat dit tussen de 101 en 250 patiënten ligt. Uit de **berekening op basis van het gemiddelde** blijkt dat er in totaal tenminste 10.750 MRA's zijn aangemeten. Uit de **berekening op basis van het ondergrens** blijkt dat er in totaal tenminste 6.750 MRAS zijn aangemeten. We zien over de hele linie bij alle klinieken een aanzienlijke stijging van het aantal MRA's.

Figuur 18. Aantal MRA aangemeten

	Abs.	%
geen	0	0%
minder dan 25 patiënten	4	5%
25-50 patiënten	13	16%
51-100 patiënten	23	28%
101-250 patiënten	37	45%
251-500 patiënten	4	5%
meer dan 500 patiënten	1	1%
geen opgave	1	1%

Breda, Slaapcentrum Amphia Ziekenhuis
Den Haag, Centrum voor slaap- en waakstoornissen MCH
Heerlen, Atrium Medisch Centrum
Landelijk, Nederlands Slaap Instituut (NSI)
Tilburg/Waalwijk, Slaapcentrum Brabant

Vraag 29. Bij hoeveel OSAS-patiënten werd het afgelopen jaar 2013 een MRA aangemeten? Basis n=83.

MRA's vaker door tandarts, orthodontist en/of kaakchirurg (vast verbonden aan de slaapkliniek) aangemeten



In 2014 geven meer slaapklinieken aan dat de MRA's **altijd** worden aangemeten door een tandarts, orthodontist en/of kaakchirurg vast verbonden aan de slaapkliniek dan in 2012.

In 2012 was dit percentage namelijk 18% en in 2014 is dit percentage gestegen naar 33%. Daarnaast geven minder klinieken in 2014 aan dat het aanmeten van een MRA door een kaakchirurg of kno-arts uit het ziekenhuis, die ondersteunt wordt door techniek, wordt aangemeten.

In 2012 gaf 38% aan dat dit nooit werd gedaan in 2014 is dit opgelopen tot 69%.

Figuur 19. Door wie wordt MRA aangemeten

	Abs.	%
tandarts/orthodontist/kaakchirurg vast verbonden aan de slaapkliniek	42	51%
geselecteerde tandarts/orthodontist uit de omgeving	32	39%
kaakchirurg/kno-arts uit ziekenhuis ondersteund door techniek	20	24%
anders, namelijk	9	11%
geen opgave	1	1%

Vraag 30. Door wie worden de MRA's aangemeten? Basis n=83.

Somnodent meest aangemeten MRA



Ruim acht op de tien klinieken (81%) geven aan dat de Somnodent MRA hoofdzakelijk wordt aangemeten, dit is een stijging van 16% ten opzichte van het onderzoek in 2012. Op de twee plaats staat Respident met 11%, op de derde plek staat Herbst met 10%.

- **Figuur 20:** Bijna alle klinieken (95%) geven aan dat van te voren de gebitssituatie **altijd** door een tandarts of tandarts-specialist wordt onderzocht. Ongeveer de helft (52%) van de klinieken geeft aan **altijd** onderzoek te doen naar de plaats van obstructie via endoscopie. In ruim acht op de tien (81%) klinieken wordt **altijd** de effectiviteit van het MRA gecontroleerd met een slaaponderzoek bij een AHI boven de 15. Bijna in acht op de tien klinieken (78%) worden **altijd** de (neven)effecten van een MRA periodiek door een arts of tandarts/tandartsspecialist gecontroleerd.
- Ruim zestig procent (61%) van de klinieken geeft aan dat de therapie-effectiviteit binnen 3 maanden wordt gecontroleerd. De meeste klinieken (41%) geven aan dat de gemiddelde doorlooptijd (van verwijzing huisarts tot en met aanmeten MRA) zo'n drie maanden duurde.

Figuur 20. Verdieping MRA

Vraagstelling	% altijd	% meestal	% soms	% nooit	% geen opgave
Vraag 32. Wordt van tevoren de gebitssituatie door een tandarts/tandarts-specialist onderzocht?	95%	2%	1%	0%	1%
Vraag 33. Wordt, voordat het MRA wordt voorgesteld, van tevoren de plaats van de obstructie via endoscopie onderzocht?	52%	18%	19%	7%	4%
Vraag 34. Wordt het effect van een MRA gecontroleerd met slaapregistratie bij een AHI voor behandeling boven de 15?	81%	13%	5%	0%	1%
Vraag 36. Worden de (neven)effecten van een MRA periodiek na enige tijd door een arts of tandarts/tandartsspecialist gecontroleerd.	78%	17%	2%	0%	2%

Vraag 31. Welke MRA's worden hoofdzakelijk aangemeten? Vraag 32/33/34/36 in figuur 20. Vraag 35. Zo ja, wanneer vindt de effectmeting met slaapregistratie plaats? Vraag 37. Doorlooptijd verwijzing huisarts tot en met aanmeten MRA. Basis n=83.

7

Behandeling OSAS-chirurgie



Het aantal OSAS-chirurgie ingrepen laat een kleine stijging zien

Uit de **berekening op basis van het gemiddelde** blijkt dat er in totaal tenminste 2.680 OSAS-chirurgie ingrepen zijn verricht (schatting). In 2012 was dit nog 2000 (op basis van het gemiddelde). Uit de **berekening op basis van het ondergrens** blijkt dat er in totaal tenminste 1.530 OSAS-chirurgie ingrepen zijn verricht (schatting). We spreken over een schatting aangezien slechts 37% aangeeft dat het aantal is gebaseerd op basis van registratie. In slechts zestien klinieken betreft het meer dan 50 patiënten. Van deze zestien klinieken geven er zes aan boven de 100 patiënten uit te komen die een OSAS-chirurgische ingreep hebben ondergaan.

Figuur 21. Bij hoeveel OSAS-patiënten vond OSAS-chirurgie plaats?

	Abs.	%
geen	10	12%
minder dan 10 OSAS-patiënten	13	16%
10-50 OSAS-patiënten	42	51%
51-100 OSAS-patiënten	10	12%
meer dan 100 OSAS-patiënten	6	7%
geen opgave	2	2%

Amsterdam, Slaap- en Apneucentrum SLAZ
 Arnhem/Velp, Slaapcentrum Rijnstate
 Baarn/Amersfoort, Meander Medisch Centrum
 Breda, Slaapcentrum Amphia Ziekenhuis
 Doetinchem, Slingeland Slaapcentrum
 Eindhoven, Máxima Medisch Centrum
 Enschede, Medisch Spectrum Twente (MST)
 Goes, Slaapcentrum Admiraal De Ruyter Ziekenhuis
 Leiderdorp, Rijnland Ziekenhuis
 Lelystad, MC Zuiderzee
 Meppel, Diaconessenhuis
 Rotterdam, Slaap- en Snurkcentrum Maasstad Ziekenhuis
 s Hertogenbosch, Slaap Waak Centrum Jeroen Bosch
 Ziekenhuis
 Sittard-Geleen, Slaap- en Snurkcentrum Orbis MC
 Tilburg/Waalwijk, Slaapcentrum Brabant
 Zwolle, Isala slaapcentrum

Vraag 38. Bij hoeveel OSAS-patiënten vond in 2013 OSAS-chirurgie plaats? Doelgroepen. Basis n=83

UPP meest toegepaste KNO-ingreep

- UPP is nog steeds de meest toegepaste KNO-ingreep, op afstand volgt ZPP. Op de derde plek komt radiofrequente ablatie van het palatum.
- Als er aan de klinieken wordt voorgelegd welke ingreep **het meest** wordt toegepast wordt op ruime afstand UPP het vaakst genoemd (47 klinieken).

Figuur 22. Welke ingrepen worden verricht in uw kliniek?

	Abs.	%
UPP	69	95%
ZPP die al tonsillectomie hebben	42	58%
ZPP met nasofaryngeale stenose na UPPP	23	32%
radiofrequente ablatie van het palatum	32	44%
radiofrequente ablatie van de tongbasis	27	37%
hyoidthyroidpexie	13	18%
multilevel chirurgie	19	26%

Vraag 39. Welke KNO-ingrepen worden in uw kliniek verricht? Doelgroepen. Vraag 40. Welke KNO-ingreep wordt in uw kliniek het meeste toegepast? Basis n=73.

Aanvullend onderzoek en controle

- In zeven van tien klinieken wordt preoperatief slaapendoscopie **altijd** ingezet.
- In 73% van de klinieken wordt het effect van de KNO-ingreep na de operatie **altijd** gecontroleerd met een slaapregistratie bij een AHI voor behandeling boven de 15.
- Ook worden in de meeste gevallen (60%) de patiënten met ernstige slaapapneu **altijd** postoperatief na een KNO-ingreep op de IC afdeling geplaatst.
- Het volledige proces vanaf de verwijzing van de huisarts tot de KNO-ingreep duurt net als in 2012 gemiddeld 3 maanden. Bij zeven klinieken duurt dit langer, maar dat is slechts bij 10% van alle klinieken het geval.

Figuur 23. Verdieping OSAS-chirurgie

Vraagstelling	% altijd	% meestal	% soms	% nooit	% geen opgave
Vraag 41. Wordt preoperatief slaapendoscopie ingezet?	70%	15%	11%	1%	3%
Vraag 42. Wordt het effect van een KNO-ingreep postoperatief gecontroleerd met slaapregistratie bij een AHI voor behandeling boven de 15?	73%	14%	7%	3%	4%
Vraag 43. Worden patiënten met ernstige slaapapneu postoperatief na een KNO-ingreep op de IC afdeling geplaatst?	60%	15%	16%	4%	4%

Vraag 41/42/43. Vraag 44. Doorlooptijd verwijzing door huisarts tot en met OSAS-chirurgie. Basis n=73.

8

Behandeling kaakchirurgie



Aantal kaakchirurgische ingrepen niet toegenomen

- Kaakchirurgie als behandeling belooft na een herstelperiode een blijvende oplossing te zijn. Uit de **berekening op basis van het gemiddelde** hebben er naar schatting 390 ingrepen plaatsgevonden. Uit de **berekening op basis van het ondergrens** hebben er naar schatting 100 ingrepen plaatsgevonden. Er wordt gesproken over een schatting aangezien slechts 22% is gebaseerd op geregistreerde aantallen.
- Geen enkele kliniek geeft aan meer dan 50 patiënten een kaak-chirurgische ingreep te hebben gedaan. Momenteel zijn er 5 klinieken die aangeven 10 tot 50 patiënten te hebben behandeld met een kaakchirurgische ingreep in 2013. Het is niet zeker of dit in alle gevallen kaakosteotomien in verband met osas betreft. Ook heeft in 2013 bij 28 klinieken geen enkele kaakchirurgische ingreep plaatsgevonden. Daarentegen geeft ruim de helft van de klinieken aan (53 in totaal) ervaring met kaakchirurgie te hebben.

Figuur 24. Bij hoeveel OSAS-patiënten vond kaakchirurgie plaats

	Abs.	%
geen	28	34%
minder dan 10 OSAS-patiënten	48	58%
10-50 OSAS-patiënten	5	6%
51-100 OSAS-patiënten	0	0%
meer dan 100 OSAS-patiënten	0	0%
geen opgave	2	2%

Amsterdam, Slaap- en Apneucentrum SLAZ
Assen, Slaapkliniek Noord Nederland
Heerlen, Atrium Medisch Centrum
Lelystad, MC Zuiderzee
Winterswijk, Streekziekenhuis Koningin Beatrix

Vraag 45. Bij hoeveel OSAS-patiënten vond in 2013 kaakchirurgie plaats? Doelgroepen. Basis n=83.

9

Begeleiding en voorlichting



Voorlichting en begeleiding worden niet vaak aan de specialist overgelaten

- De OSAS-verpleegkundige, longfunctie- of KNF-laborant, physician assistant zijn de belangrijkste spelers bij voorlichting en begeleiding. Hun aantal is sterk gegroeid. Het aantal klinieken waarbij de specialist dit onderdeel voor zijn rekening neemt is met 7% beperkt.
- Aangezien meerdere klinieken meerdere antwoorden hebben geselecteerd is vergelijking met de resultaten van 2 jaar geleden verder niet goed mogelijk.

"Namelijk langdurige begeleiding m.b.v. e-health programma: de nsi-apneu coach®"

"Alle patiënten worden voorgelicht door de medisch specialisten tijdens hun consult en krijgen vervolgens informatie (o.a. film) digitaal toegezonden via een veilige email. daarnaast wordt voorlichting gegeven door de OSAS/CPAP consulenten."

"Slaaptherapeute."

"Longverpleegkundigen (volgen op dit moment extra scholing)."

"Alle antwoorden eigenlijk."

Figuur 25. Functionaris voor voorlichting/begeleiding		
	Abs.	%
nee, maakt integraal onderdeel uit van het werk van de specialist	6	7%
ja, wordt meegenomen door de leverancier die bij ons spreekuur houdt.	3	4%
ja, OSAS-verpleegkundige, longfunctie- of KNF-laborant, physician assistant	58	70%
anders, namelijk	5	6%
geen opgave	11	13%

Vraag 46. Is er een aparte functionaris voor voorlichting en begeleiding? Doelgroepen. Basis n=83.

Voorlichting duurt een half uur tot een uur per patiënt

Slechts één kliniek geeft aan minder dan 15 minuten per patiënt te besteden aan voorlichting en begeleiding. De grootste groep van klinieken geeft aan ongeveer een half uur tot een uur per patiënt te investeren in voorlichting. Maar er zijn ook een redelijk aantal klinieken, namelijk 9, die meer dan anderhalf uur investeren per patiënt.

Uit figuur 27 wordt duidelijk dat tenminste 39% van de klinieken aparte dienstverlening voor co-morbiditeit hebben. De mogelijke dienstverleningscombinaties van aandoening/specialismes blijkt divers te zijn en te verschillen per ziekenhuis.

Figuur 26. Beschikbare tijd voor voorlichting

Tijd in minuten	Abs.	%
minder dan 15	1	1%
15-30	15	20%
30-60	39	51%
60-90	12	16%
meer dan 90	9	12%
geen opgave	1	1%

Figuur 27. Dienstverlening co-morbiditeit

	Abs.	%
Nee, valt onder de algemene voorlichting.	18	22%
Nee, is een zaak van de huisarts.	8	10%
Ja, er is een afdeling in het ziekenhuis waarmee wij afspraken hebben over begeleiding van OSAS en:	32	39%
- diabetes	28	34%
- overgewicht/obesitas:	27	33%
-- dieet advies	15	18%
-- bewegingsadvies	13	16%
- hart -en vaatziekten	30	36%
- libidoproblemen	15	18%
- psychische klachten, burn-out, depressie	29	35%
anders, namelijk	15	18%
geen opgave	10	12%

Vraag 47. Hoeveel tijd besteedt deze functionaris gemiddeld per patiënt aan voorlichting en behandeling tijdens het diagnoseproces Doelgroepen. Basis n=77.

Vraag 48. Is er aparte dienstverlening beschikbaar voor de behandeling van co-morbiditeit? Basis n=83.

Bij bijna zes op de tien klinieken worden patiënten jaarlijks gecontroleerd

- Slechts één kliniek geeft aan dat na de proefperiode de therapie-effectiviteit en therapietrouw **zelden** gecontroleerd wordt. Alle andere 82 klinieken gaven dus aan dat er op één of meerdere manier(en) controles worden uitgevoerd onder patiënten, waarbij de jaarlijkse controle onder patiënten door de grote meerderheid wordt gedaan. Van de 83 klinieken gaf namelijk 84% aan dat zij jaarlijkse controles uitvoeren.
- Van de 82 klinieken die controles uitvoeren, geeft bijna drie kwart (73%) aan dat zij **altijd** gebruik maken van de uitleesrapporten van de XPAP over therapietrouw en therapie-effectiviteit. Slechts één kliniek geeft aan hier nooit gebruik van te maken.
- Net iets meer dan de helft (52%) van de klinieken geeft aan deze uitleesrapporten zelf te kunnen maken, 39% geeft aan deze van de leverancier te krijgen en 6% geeft aan dat zij deze van de patiënt krijgen (3% is 'geen opgave').

Let op: Vraag 49 is in eerste instantie als enkelvoudig verwerkt. Doordat 27 klinieken met een keuzecombinatie hebben geantwoord is deze vraag uiteindelijk als meerkeuze vraag verwerkt. Hetzelfde geldt voor vraag 51.

Vraag 49. Wordt door u ook na de proefperiode de therapie-effectiviteit en therapietrouw gecontroleerd? Basis n=83. Vraag 50. Maakt u gebruik van de uitleesrapporten van de XPAP over therapietrouw en therapie-effectiviteit? Vraag 51. Indien u gebruik maakt van de uitleesrapporten van de XPAP, hoe komt u daaraan? Basis n=82.

10

Bijlage



Slaapklinieken met hun kerngegevens

In het overzicht zijn op hun verzoek de specifieke gegevens van 4 klinieken niet opgenomen

Legenda overzicht slaapklinieken met hun kerngegevens

Kolom 1 Slaapkliniek

Plaatsnaam en naam slaapkliniek
(alfabetisch geordend op plaatsnaam)

Kolom 2 Grootte

Aantal slaapregistraties
KI = klein <500
M = middel 501- 1000
Gr = 1001-1500
ZG > 1500

Kolom 3 Algemene Slaapkliniek

A = profileert zichzelf als algemene slaapkliniek (alle slaapaandoeningen)
+ = is of wil worden geaccrediteerd door Federatie Algemene Slaap Centra (FSC)
* = 20% of meer van de P(S)G's zijn gericht op andere aandoeningen dan slaapapneu

Kolom 4 Leidend specialisme

L = Longarts
N = Neuroloog
K = KNO-arts
A = anders/geen leidend specialisme

Kolom 5 Niet alleen volwassenen

K = klinieken die per jaar >25 kinderen (4-18 jaar) diagnosticeren/behandelen
P = klinieken die per jaar >25 peuters (1-4 jaar) diagnosticeren/behandelen
Z = klinieken die per jaar >25 zuigelingen (0-1 jaar) diagnosticeren/behandelen

Kolom 6 Csas-kliniek

C = klinieken die meer dan 50 csas-patiënten per jaar zien

Kolom 7 Klinieken met bariatrische chirurgie

B = klinieken die meer dan 50x per jaar bariatrische chirurgie toepassen

Kolom 8 Groei

G = klinieken die sterke groei verwachten

Kolom 9 Multidisciplinaire aanpak

MDO = kliniek met een of meer keer per week/twee weken een teambespreking
+ = kliniek waarbij (nagenoeg) alle patiënten besproken worden

Kolom 10 aantal Xpaps

ZG = >500 xpaps
G = groot: 251 - 500
M = middel: 101 -250
K = klein: <100

Kolom 11 aantal MRA's

ZG = zeer groot >251
G = groot 101 - 250
M = middel 51 - 100
K = klein <50

Kolom 12 Ervaring met KNO

KNO = >50 ingrepen per jaar

Kolom 13 Ervaring met kaakchirurgie

KC = >10 ingrepen per jaar

Kolom 14 Voorlichting en begeleiding

VB = Doet aan voorlichting en begeleiding (osas-verpleegkundige, etc)
+ = meer dan 60 minuten beschikbaar voor voorlichting en begeleiding
* = afspraken met andere afdeling in het ziekenhuis (co-morbiditeit)

Kolom 15 Jaarlijkse controle

C = Klinieken met jaarlijkse controle

	Slaapkliniek	Aantal slaapregistraties	Algemene Slaapkliniek	Leidend specialisme	Niet alleen volwassenen	Csas-kliniek	Bariatrische chirurgie	Groei	Multidisciplinaire aanpak	Aantal Xpap's	Aantal MRA's	Ervaring met KNO	Ervaring met kaakchirurgie	Voorlichting en begeleiding	Jaarlijkse controle
1	Landelijk, Nederlands Slaap Instituut (NSI)	Gr		N + K + L						M	ZG			VB	
2	Alkmaar, Slaapkliniek Medisch Centrum Alkmaar	M	A+	N					MDO	K	M			*	
3	Almelo/Hengelo, Centrum voor Slaapgeneeskunde ZGT	Gr	A+*	N + L		C				G	M			VB+*	C
4	Almere, Slaapteam Flevoziekenhuis	M		L						G	G			VB	C
5	Amstelveen, Ziekenhuis Amstelland	KI		L						K	G			VB	C
6	Amsterdam, Academisch Medisch Centrum, AMC	KI		L				Geen opgave		K	K			VB*	
7	Amsterdam, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG)	KI		Geen opgave				Geen opgave		M	Geen opgave				
8	Amsterdam, Slaap- en Apneucentrum SLAZ	ZG	+	K	K		B		MDO	ZG	G	KNO	KC	VB*	
9	Amsterdam, VU MC Polikliniek voor Waak/Slaapstoornissen	KI	A*	L	K + P + Z					K	K				C
10	Amsterdam, Waak-SlaapCentrum Slotervaart	ZG	A+*	N	K + P		B	G	MDO+	M	G			VB+*	C
11	Apeldoorn, Gelre ziekenhuizen	Gr	A+	K				G	MDO+	G	G			VB	C
12	Arnhem/Velp, Slaapapneucentrum Rijnstate	ZG	A+	L		C	B	G		G	G	KNO		VB+*	C
13	Assen, Slaapkliniek Noord Nederland	M	A*	L					MDO	Geen opgave	M		KC	VB*	
14	Baarn/Amersfoort, Meander Medisch Centrum	Gr	A	K	P					ZG	G	KNO		VB*	C
15	Bergen op Zoom, Ziekenhuis Lievensberg	M		L					MDO	M	G			VB+*	C
16	Beverwijk, Slaappolikliniek Rode Kruis Ziekenhuis	Gr		L				G		G	G			VB*	C
17	Boxmeer, Maasziekenhuis Pantein	M		L						K	K			VB	C
18	Breda, Slaapcentrum Amphibia Ziekenhuis	ZG	A*	L	K + P	C		G	MDO+	ZG	ZG	KNO		VB*	C
19	Delft/Voorburg, Centrum voor Slaapstoornissen Reinier de Graaf	M	A+	N + K + L				G	MDO+	G	K			VB	C
20	Den Haag, Bronovo Ziekenhuis	M		L				G	MDO+	K	M			VB+	C
21	Den Haag, Centrum voor slaap- en waakstoornissen MCH	ZG	A+*	N	K + P + Z	C		G		G	ZG			VB+*	C
22	Den Haag, Haga Ziekenhuis	M		L				G	MDO+	M	M			VB	C
23	Den Helder, Gemini Ziekenhuis	KI	A	L					MDO+	K	K			VB	C
24	Deventer, Deventer Ziekenhuis	Gr	A	L					MDO+	G	M			VB+*	C
25	Dirksland, Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	KI	A	K + L					MDO+	M	M				C
26	Doetinchem, Slingeland Slaapcentrum	Gr	A	N + K + L + Kaakchirurg		C		G	MDO+	ZG	G	KNO		VB*	C
27	Dordrecht, SlaapWaakCentrum Albert Schweitzer Ziekenhuis	ZG	A*	L				G	MDO	ZG	G			VB+*	C
28	Ede, Ziekenhuis Gelderse Vallei	Gr	A+	K + N		C			MDO+	G	G			VB*	C
29	Eindhoven, Catharina Ziekenhuis	Gr		L		C			MDO	G	G			VB+	C
30	Eindhoven, Máxima Medisch Centrum	Gr		L			B		MDO+	G	G	KNO		VB*	C
31	Emmen, Osas-Poli. Scheper Ziekenhuis	M	A	L				G	MDO+	M	K			VB*	C
32	Enschede, Medisch Spectrum Twente (MST)	ZG	*	L		C		G		ZG	G	KNO		VB*	C
33	Geldrop, St. Anna Ziekenhuis	M	A+	L				G	MDO+	ZG	G			VB*	C
34	Goes, Slaapcentrum Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	KI		L						G	M	KNO		VB+*	C
35	Gouda, Groene Hart Ziekenhuis	M		L				G		G	G			VB*	C
36	Groesbeek, Slaapcentrum UCCZ Dekkerswald	Gr		L						M	M			VB	C
37	Groningen, Universitair Slaapapneu Centrum	M		L		C			MDO+	M	M			VB*	C
38	Haarlem, Kennemer Gasthuis	M	A+	K + L				G		G	G			VB	C
39	Harderwijk, Slaap/waakcentrum St Jansdal	ZG	A	L		C				G	G			VB	C
40	Heerlen, Atrium Medisch Centrum	ZG	A	L				G	MDO	G	ZG		KC	VB*	C

	Slaapkliniek	Aantal slaap- registraties	Algemene Slaapkliniek	Leidend specialisme	Niet alleen volwassenen	Csas-kliniek	Bariatrische chirurgie	Groei	Multidisciplinaire aanpak	Aantal Xpap's	Aantal MRA's	Ervaring met KNO	Ervaring met kaakchirurgie	Voorlichting en begeleiding	Jaarlijkse controle
41	Heeze, Kempenhaeghe, Centrum voor Slaapgeneeskunde	ZG	A+*	L	K + P	C			MDO	G	K			VB+*	C
42	Helmond/Deurne, Elkerliek Ziekenhuis	Gr		L					+	G	G			VB*	C
43	Hilversum/Blaricum,Tergooi Ziekenhuis	M		Geen opgave				G		M	M			VB+*	C
44	Hoofddorp, Spaarne Ziekenhuis	M		L					MDO+	M	G			VB+*	C
45	Hoorn, Westfries Gasthuis	KI		L						K	K			VB	
46	Horn, Academisch slaapcentrum CIRO	ZG	A	L		C				G	G			VB*	C
47	Leeuwarden, Centrum voor Slaap- en waakstoornissen	M	A	L					MDO+	G	M			VB	C
48	Leiden, Zorgpad slaap Leids Universitair Medisch Centrum	KI	+	L					MDO+	K	K			VB*	
49	Leiderdorp, Rijnland Ziekenhuis	M	+	K	P			G		ZG	G	KNO		VB	C
50	Lelystad, MC Zuiderzee	M		K						M	M	KNO	KC		
51	Meppel, Diaconessenhuis	M		L						G	K	KNO		VB	C
52	Nijmegen, Slaapcentrum CWZ	ZG	A	L		C			MDO+	G	G			VB	C
53	Purmerend, Waterlandziekenhuis poli KNO	M	+	K			B			M	G			VB*	C
54	Roermond, Laurentius Ziekenhuis	M		K + L		C			+	M	G			VB*	C
55	Roosendaal, Franciscus Ziekenhuis	M	+	L				G		G	G			VB	C
56	Rotterdam Slaap en snurkcentrum Havenziekenhuis	M		K						M	G			VB+	C
57	Rotterdam, Slaap apneu centrum Ikazia	KI		L				G	MDO+	M	M			VB*	C
58	Rotterdam, Slaap en Snurk Centrum SFG	Gr		N + L				G		G	M			VB+*	C
59	Rotterdam, Slaap- en Snurkcentrum Maasstad Ziekenhuis	Gr		K			B		MDO	G	G	KNO		VB*	
60	's Hertogenbosch, Slaap Waak Centrum Jeroen Bosch Ziekenhuis	ZG	A*	MDO 1x per week				G	MDO+	G	G	KNO		VB+*	C
61	Schiedam, Vlietland Ziekenhuis	M	A	K + L	K + P				MDO+	K	K			*	C
62	Sittard-Geleen,Slaap- en Snurkcentrum Orbis MC	Gr	+	N + K + L					MDO	M	G	KNO		VB*	C
63	Terneuzen, Slaapcentrum Zeeland	M	A	L		C	B	G		M	K			VB*	C
64	Tiel, Ziekenhuis Rivierenland	M	A+*	L						M	K			VB	C
65	Tilburg/Waalwijk, Slaapcentrum Brabant	ZG	A	L		C		G	MDO	ZG	ZG	KNO		VB+*	C
66	Utrecht/Nieuwegein, Slaapcentrum St. Antonius Ziekenhuis	ZG	A	L		C		Geen opgave	MDO	G	M			VB	C
67	Utrecht/Zeist, Slaapsnurkcentrum Diakonessenhuis	Gr	A+	L	K			G	MDO	M	G			VB*	C
68	Venray/Venlo, VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg	ZG	*	K + L					+	G	G			VB*	C
69	Vlissingen, Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	KI		L					+	M	G			VB+	C
70	Weert, St. Jans Gasthuis	M	+	K						K	M			VB*	C
71	Wijk aan Zee, Heliomare team Respicare	M		Revalidatiearts						K	K	Geen opgave	Geen opgave	VB+	C
72	Winschoten, OZG locatie Lucas en Delfzicht	Gr		L					+	M	K			VB	C
73	Winterswijk, Streekziekenhuis Koningin Beatrix	M		K					MDO	M	K		KC	VB*	C
74	Woerden, St. Instituut voor slaapgeneeskunde	M	A	K				G	MDO+	K	M			VB*	C
75	Zaandam, Slaapcentrum Zaans Medisch Centrum	M		L				G		M	G		Geen opgave	VB	C
76	Zoetermeer, Lange Land Ziekenhuis	KI		K + L					MDO+	K	M			VB*	C
77	Zutphen, Gelre Ziekenhuizen	M	+	K + L					MDO+	M	M			VB+*	C
78	Zwolle, Isala slaapcentrum	Gr		L					MDO+	G	G	KNO		VB*	C
79	Zwolle/Groningen, Slaapcentrum SEIN	Gr	A+*	N	K + P + Z	C		G	MDO+	M	K			VB+*	C

Florissante ontwikkelingen

NAWOORD

Aantallen nemen toe

Zelfs bij de meest voorzichtige interpretatie van de cijfers blijkt een stevige groei van de diagnose en behandeling van slaapapneu. Het aantal slaaponderzoeken is groter dan ooit. Het aantal verstrekte cpap's stijgt door. Het aantal voorgeschreven mra's is in enkele jaren van nul tot rond de tienduizend per jaar gegroeid. En deze groei is niet ten koste gegaan van de groei van het aantal cpap's. Dat is op zich al opmerkelijk.

Gevraagd naar de toekomst, werken nogal wat slaapklinieken aan een verdergaande groei. Noodzakelijk geacht in verband met wachtlijsten. Maar volume afspraken met zorgverzekeraars vormen hierop een rem. Je kunt ook zeggen dat dit een kwestie is van prioritering door ziekenhuisdirecties van slaapapneu. En daar zijn verschillende slaapklinieken niet even gerust op. In eigen huis moet soms nog enige strijd geleverd worden.

Kan deze groei dan onverkort doorgaan? Is dat gewenst? Een van de meest intrigerende bevindingen uit het onderzoek in 2012 onder alle Philipsmedewerkers, was dat vier van de vijf medewerkers waar osas met PSG werd aangetoond niet wisten dat ze dit hadden. Dit terwijl ze wel allerlei klachten hadden en daar ook voor behandeld werden. Sommige zaten zelfs in de ziektewet of arbeidsongeschikt thuis. Dit toont zowel de nare gevolgen van onbehandelde osas, maar ondersteunt ook de stelling, waarvoor ook in internationaal onderzoek de nodige indicaties bestaan, dat er in Nederland nog minstens 400.000 mensen met onbehandeld osas rondlopen. Voldoende laken voor de schaar. Bij de huidige capaciteit is dat een werkvoorraad van minstens 10 tot 15 jaar voordat de achterstand is weggewerkt.

Kwaliteit neemt toe

Opvallend is verder dat een groot aantal klinieken meldt niet zozeer in omvang maar in kwaliteit geïnvesteerd te hebben, of dat de komende jaren (nog meer) te gaan doen. Werkprocessen worden opnieuw ingericht, er komen volgens het TNS-rapport meer ondersteunende medewerkers, multidisciplinair werken is versterkt, voorlichting en begeleiding krijgen meer aandacht. Slaapklinieken zijn steeds minder een hinkstapsprong over verschillende afdelingen van het ziekenhuis maar krijgen steeds duidelijker vorm met één ingang en intake voor slaapstoornissen met bijbehorende afstemming tussen specialismen.

Meer mensen melden zich voor opleidingen. De meerdaagse cursus Der Lage Landen in Antwerpen blijft onverkort in de belangstelling van specialist en ondersteunende staf. Daar komen internationale diploma's voor somnologen bij. Naast de NVTs-accreditatie zien we de belangstelling voor erkenning door de European Academy of Dental Sleep Medicine groeien. En dit is nog slechts een greep. Er is inmiddels ook een vereniging voor slaapzorgprofessionals. Een nieuw probleem lijkt zich aan te dienen met de nieuwe bekostiging in 2015. Uitgangspunt is dat slechts een DBC/DOT geopend wordt voor iedere patiënt. Hoe dit zich verhoudt tot de wenselijke multidisciplinaire aanpak is vooralsnog een vraag.

Soorten behandelingen nemen toe

In de meeste westerse landen is de cpap de enige behandeloptie. In Nederland zit ook het mra in het basispakket. Kno-ingrepen hebben een plaats in de richtlijn als behandeloptie, dat is niet in alle landen zo. De slaappositietrainer is een Nederlandse vinding die het mogelijk maakt beter inhoud te geven aan conservatieve

therapie. Het is niet onwaarschijnlijk dat die in het basispakket wordt opgenomen. Bariatrische chirurgie is een serieuze behandeloptie bij ernstig overgewicht. En dan zien we, vooralsnog bescheiden, de opkomst van kaakosteotomie: bi-maxillair advancement als osas-therapie.

Kennis en kunde nemen toe

Door het brede indicatiegebied voor slaapapneu en het grotere aantal behandelopties ontstaat ook een voedingsbodem voor onderzoek. En inderdaad we zien de laatste jaren een sterke toename van (promotie-)onderzoek bij verschillende ziekenhuizen. Bij het onderzoek naar hypoglossus stimulatie speelt het SLAZ zelfs internationaal een leidende rol. Maar we zien ook steeds meer RCT's waarbij de effectiviteit van behandelwijzen worden vergeleken. Daarbij weten verschillende ziekenhuizen elkaar te vinden in (internationaal) multicenter onderzoek. Daarnaast lopen ook een aantal pilots op het gebied van sociale geneeskunde in de combinatie van intra- en extramuraal met een grotere rol voor de eerste lijn bij diagnose en behandeling van slaapapneu. Zo ontwikkelt Nederland zich gaandeweg tot een expertisecentrum voor slaapapneu. Het lijkt er sterk op dat dit binnenkort bekroond wordt met een leerstoel slaapapneu.

Diversificatie neemt toe

Niet alle slaapaandoeningen

Hoewel de naamgeving slaappoli, slaap-waakcentrum etc. anders doet vermoeden, is minder dan de helft van de klinieken gericht op alle slaapaandoeningen. Dat wil niet zeggen dat deze zich allemaal als algemene slaapkliniek willen laten accrediteren door de FSC. En de productie van klinieken die zich als algemene kliniek profileren kan slechts voor een zeer beperkt deel bestaan uit andere slaapaandoeningen dan apneu.

Slaapapneu of osas-kliniek?

Is het merendeel dan slaapapneukliniek? Ook dat is niet zo. Niet iedere kliniek heeft specifieke deskundigheid en ervaring met csas-patiënten. En hoewel een relatief kleine groep, gaat het toch om vele honderden patiënten per jaar. Een aantal klinieken verwijst csas-patiënten standaard door. Andere klinieken verwijzen pas in tweede instantie door. Als de standaardbehandeling niet meer helpt en gespecialiseerde apparatuur zoals ASV nodig is, is een relatie met een centrum voor thuisbeademing gewenst. Dat hebben slechts enkele klinieken.

Niet alle doelgroepen

Het merendeel van de klinieken behandelt volwassenen. Met de richtlijn voor kinderen met osas hebben de kinderafdelingen van de academische ziekenhuizen zich opgeworpen voor de behandeling van kinderen met slaapapneu. Twee universitaire medische centra (AMC en Erasmus MC) zijn daadwerkelijk zeer actief op dit gebied. Maar ook bij de reguliere slaapcentra zijn er verschillende die kinderen, peuters en zuigelingen behandelen.

Niet alle behandelingen

Cpap-therapie, een mra en conservatieve behandeling worden door iedere slaapkliniek geboden, weliswaar in verschillende mate. Kno-ingrepen werden in de richtlijn al als een specialisme gezien. En in dit onderzoek blijkt ook dat deze in een beperkt aantal klinieken op enige schaal worden uitgevoerd. Eenzelfde beeld zien we rond bariatrische chirurgie en kaakchirurgie. Het wordt door velen als wenselijk gezien dat dergelijke specialistische ingrepen alleen in een beperkt aantal ziekenhuizen worden toegepast, waardoor die de kennis verder kunnen ontwikkelen en expertisecentra kunnen ontstaan.

Variatie geïnventariseerd

En zo zien we dat achter het begrip slaapkliniek een brede variatie schuil gaat. Een van de doelstellingen van dit

onderzoek was om de kracht en het specialisme van iedere kliniek in kaart te brengen zodat gericht verwezen kan worden. U vindt een weergave hiervan in de bijlage en op onze website.

Ondertussen bij de huisarts

In het vorige rapport werd een grote nadruk gelegd op de rol die de huisarts zou kunnen gaan spelen bij diagnose en behandeling. Twee redenen werden daarvoor aangevoerd: een groeiende algemene terughoudendheid vanuit de politiek en de zorgverzekeraars om door te verwijzen naar de (dure) tweede lijn: Doe in de eerste lijn bij de huisarts wat bij de huisarts kan. De tweede reden ligt voor de hand als je denkt aan de grote onderdiagnose: een wat grotere alertheid van de huisarts wat betreft slaapapneu is gewenst. Zeker gezien het feit dat patiënten in de jaren voor de diagnose slaapapneu al met klachten lopen en voor de bijkomende ziekten ook al vaak worden behandeld. De nieuwe NHG standaard Slaap en slaapproblemen uit 2014 bevat hiervoor overigens weinig urgentie.

Ondertussen lopen er verschillende pilots en onderzoeken. De drie pilots geïnitieerd door de huisartsenlaboratoria, zijn er op gericht dat de huisartsen een deel van de diagnose en behandeling over zouden kunnen nemen. De resultaten zijn nog niet erg sterk. Er worden, ondanks dat gezocht wordt in risicogroepen, bijzonder weinig patiënten gevonden. Ook het voorkomen van dubbeldiagnostiek is nog niet opgelost, zodat het in plaats van een efficiënter, voorsnog eerder een duurder traject wordt. Er zijn enkele projecten geïnitieerd door slaapklinieken, die de huisarts ondersteunen bij het gericht verwijzen. De eerste resultaten hiervan zien er positiever uit.

Ter rechtvaardiging van een rol voor de huisarts bij diagnose en behandeling wordt nogal eens verwezen naar het zogenaamde 'Australische model'. Die vergelijking gaat echter mank. Als de indicatie voor osas een AHI > 30 is en er maar één behandeloptie is: de cpap, dan is er sprake van een wezenlijk andere situatie. In Nederland is

het indicatiegebied breder, je kunt al osas hebben bij een AHI >5 met klachten. En we hebben een hele range van behandelopties. Dat vergt toch wat meer kennis en kunde. Die is voorsnog bij de huisarts niet aanwezig.

Chronische behandeling en periodieke controle

Met het groeiend aantal behandelde patiënten dient zich ook een nieuw probleem aan. Chronische behandeling met cpap en mra veronderstelt ook chronische controle. Volgens dit onderzoek roept de meerderheid van de klinieken de patiënt op voor jaarlijkse controle. Een groot aantal doet dat echter niet. Sommigen vragen zelfs apart een nieuwe verwijzing door de huisarts.

Een standaard jaarlijkse controle in de tweede lijn is een grote aanslag op de capaciteit van de slaapkliniek en duur voor zorgverzekeraar en patiënt. De patiënt raakt voor de controle vaak zijn complete eigen risico kwijt. Hierbij doet zich de vraag voor of een dergelijke jaarlijkse controle medisch gezien voldoende toegevoegde waarde heeft voor het grote aantal goed ingestelde patiënten, die naar tevredenheid gebruik maken van de verstrekte apparatuur.

De ApneuVereniging werkt hiervoor aan een Zorgpad Periodieke Controle. De contouren hiervan worden gaandeweg zichtbaar. De zorgverzekeraar neemt in haar contracten op dat alleen cpap's verstrekt worden waarbij therapietrouw en -effectiviteit uitleesbaar zijn. De leveranciers worden verplicht deze jaarlijks uit lezen. Dergelijke bepalingen staan al in de contracten van enkele grote zorgverzekeraars. In een groot aantal gevallen, bijvoorbeeld masker- en bevochttingsproblemen, kunnen de leveranciers gesignaleerde problemen zelf oplossen. Bij ernstiger (gezondheids-)problemen wordt gericht verwezen naar de slaapkliniek. In de toekomst zou ook de huisarts hierbij een rol moeten spelen vanuit disease management. Het Zorgpad Periodieke Controle wordt in samenwerking met de Medische Adviesraad uitgewerkt. ■



ApneuVereniging | Postbus 134 | 3940 AC Doorn | www.apneuvereniging.nl
t: 0343 - 413 414 (elke werkdag van 8.30 tot 12.30 uur)