

ningsvaardigheden redelijk aan de verwachtingen tegemoet te komen.

Het verschil in visie op het onderwijs tussen Nijmegen en Groningen komt vooral naar voren in het overige deel van het onderwijsprogramma. De Groningse opleiding gaat uit van actuele persoonlijke ervaringen en behoeften, hetgeen tot uitdrukking kwam in de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan persoonlijk functioneren. De Nijmeegse gestructureerde aanpak en planning van het onderwijs is herkenbaar in de grotere mate van overeenkomst tussen de programma's van de drie groepen. Tevens leidde de planning ertoe dat veel tijd werd besteed aan themagericht onderwijs, hoewel ook hier de groepen op dit punt onderling verschilden.

Vergelijken we het onderwijsaanbod van de twee opleidingen met de eisen die zijn vastgelegd in het *Basistakenpakket* van de LHV,⁸ dan komen de lacunes van de opleidingen duidelijk naar voren. Door gebrek aan tijd was men genoodzaakt tot het maken van keuzen en schoot het onderwijsaanbod ten aanzien van somatische en psychosociale thema's op het gebied van huisartsgeneeskunde te kort. Vooral onvoldoende was de aandacht voor ondersteunende activiteiten, zoals praktijkvoering, samenwerking met tweede lijn en registratie. Er was nauwelijks of geen aandacht voor zaken die van belang zijn voor de verdere onderbouwing van het huisartsenberoep, zoals preventieve en continue zorg, patiëntenvoorlichting en wettenschappelijke vorming.

Gezien de geconstateerde tekortkomingen en het tijdsgebrek in de eenjarige beroepsopleiding lijkt een uitbreiding naar een meerjarige gestructureerde opleiding noodzakelijk. Daarbij is een continue onderwijsregistratie zoals wij hebben uitgevoerd, van belang voor een goed inzicht in het feitelijk instituutsonderwijs aan de beroepsopleidingen.

¹ Bulte J, Helsper A, Van de Ende E, Visser S. Evaluatie-onderzoek naar de beroepsopleiding tot huisarts in Nijmegen en Groningen. *Huisarts Wet* 1987; 30: 317.

² Grol R, Tielens V. Een gestructureerde opleiding tot huisarts. *Med Contact* 1983; 38: 843-6.

³ Grol R, Tielens V. Onderwijsontwikkeling in de beroepsopleiding tot huisarts. *Huisarts Wet* 1983; 26: 58-61.

Vervolg op pag. 324.

P. L. B. J. LUCASSEN

Een niet-medicamenteuze behandeling van slaapstoornissen

Dit artikel beschrijft een niet-medicamenteuze, groepsgewijze behandeling van slapeloosheid. De behandeling is gebaseerd op drie uitgangspunten: (1) voorlichting over normale slaap, slapeloosheid en slaapmiddelen, (2) ademhalings- en ontspanningsoefeningen, (3) aandacht voor verkeerde leefgewoonten. Er werden 19 personen behandeld. Ondanks enkele nadelen lijkt de cursus een aanvulling op het therapeutisch arsenaal.

Inleiding

Slaapstoornissen komen veel voor. Zo vond *Lamberts*, uitgaande van arts-patiënt contacten, een prevalentie van 30 per 1000 patiënten;¹ dat is hoger dan veel voorkomende aandoeningen als otitis media acuta, conjunctivitis of cystitis. Het werkelijke voorkomen is bovendien nog veel hoger: uit de enquête van *De Graaf*, gehouden onder alle patiënten in een huisartspraktijk (en met een hoge respons), bleek dat 12,5 procent van de ondervraagden matig sliep, en 12,5 procent slecht.² Vrouwen bezoeken de huisarts twee à drie maal zo vaak als mannen in verband met slaapstoornissen, en veel vrouwen gaan slechter slapen bij het stijgen van de leeftijd.

Het topje van de ijsberg dat de huisarts bezoekt, heeft een grote kans om met slaapmiddelen te worden behandeld. Tegen het kortdurend gebruik van kortwerkende slaapmiddelen – dus geen nitrazepam (*Mogadon*[®]), flunitrazepam (*Rohypnol*[®]) of fluorazepam (*Dalmodorm*[®]) – in acute psychosociale stress-situaties bestaat weinig bezwaar.^{3 4} Bij chronische slaapstoornissen is er echter nauwelijks een indicatie voor continu gebruik van slaapmiddelen. Bij 5-15 procent van de patiënten ontstaat bovendien na abrupt staken een onthoudingssyndroom, dat dagen tot maanden kan duren en vaak leidt tot hervatting van het slaapmiddelgebruik.

Eén van de niet-medicamenteuze behandelmethoden van slaapstoornissen

is de door het Instituut voor Klinische Psychologie en Persoonlijksleer te Utrecht ontwikkelde slaapcursus.⁵ Op basis van dit model zijn twee slaapcursussen georganiseerd, waarover hier verslag wordt uitgebracht.

Slaapcursus

De cursussen bestonden uit een inleidend gesprek met iedere deelnemer apart (45 minuten), vervolgens zes groepsbijeenkomsten (1-1,5 uur) en een nagesprek ongeveer drie maanden na de laatste bijeenkomst (1 uur).

In het inleidend gesprek werd getracht een beeld te krijgen van de aard van het probleem, het gebruik van slaapmiddelen en somatische c.q. psychiatrische factoren die bijdroegen tot het ontstaan van slaapstoornissen (nycturie, dyspnoe, pijn, depressie enz.). Stonden somatische of psychiatrische factoren op de voorgrond, dan werd deelname aan de cursus ontraden.

De groepsbijeenkomsten berustten op drie pijlers:

- voorlichting over slaap, slapeloosheid en slaapmiddelen;
- ademhalings- en ontspanningsoefeningen;
- verbetering en regeling van leefwijze en slaaphygiëne.

Voorwaarde voor deelname aan de cursus was dat men stopte met eventueel slaapmiddelengebruik. Aan de deelnemers op wie dit van toepassing was, werd extra aandacht besteed. Geen gebruik werd gemaakt van specifieke gedragstherapeutische technieken zoals *covert reinforcement*, cognitieve controle en systematische desensitatie. De effectiviteit van de cursus zou hierdoor niet worden geschaad.⁶ Bovendien werd hierdoor tijd bespaard.

De begeleiding van de cursussen was in handen van een maatschappelijk werkende, een fysiotherapeute en een huisarts. De werving vond plaats door middel van aankondigingen in de lokale pers. Iedereen die langer dan grofweg een half jaar slaapstoornissen had, werd in beginsel geaccepteerd als deelnemer.

P.L.B.J. Lucassen, huisarts, Gemertseweg 22, 5761 CB Bakel (NB.).

Er meldden zich 22 personen aan. Naar aanleiding van het inleidend gesprek werden twee deelnemers afgewezen, beiden mannen. Eén van hen bleek analfabeet te zijn; op ons advies volgde hij een alfabetiseringscursus, hetgeen achteraf een gelukkige keuze is geweest. De tweede had uitgebreide psychiatrische problemen; hij werd later opgenomen op een afdeling voor chronische psychiatrische patiënten.

Tijdens de cursus is nog één deelnemer afgevallen, een vrouw met zeer veel pijnklachten van het bewegingsapparaat. Deelname had ontraden moeten worden na het inleidend gesprek.

Alle deelnemers waren vrouwen. Hun leeftijden varieerden van 40 tot 65 jaar, wat op grond van de literatuur ook was te verwachten. Hun schoolopleiding was overwegend lager onderwijs (13 personen) en lager huishoudelijk onderwijs (4 personen).

De slaapklasten van deze vrouwen zijn als volgt te specificeren:

- slecht inslapen: 6×;
 - vroeg wakker worden: 1×;
 - frequent wakker worden: 2×;
 - een combinatie van klachten: 11×.
- Ook de duur van de klachten varieerde:
- 1-5 jaar: 10×;
 - 5-10 jaar: 6×;
 - > 10 jaar: 4×.

Vijftien vrouwen waren van oordeel dat gespannenheid of piekeren de oorzaak was voor de slaapproblemen. Door ons werd gesignaleerd dat de slapeloosheid bij acht vrouwen mede in stand werd gehouden door slechte leefgewoonten. Vele deelnemers waren pessimistisch ten aanzien van de mogelijkheid geholpen te kunnen worden bij de slapeloosheid.

Tijdens de cursussen heeft een voor- en een nameting plaatsgevonden: bij het inleidend gesprek en bij het nagesprek werden door de deelnemers de volgende vragen beantwoord: 'hoe sliep u voor/na de cursus?' en 'hoe ontspande u zich voor/na de cursus?' De antwoordmogelijkheden waren: zeer goed/goed/matig/slecht/zeer slecht.

Ook is gepoogd de resultaten te beoordelen aan de hand van de door de deelnemers bijgehouden slaap- en ontspanningsschema's. De meeste lijsten bleken echter onvolledig ingevuld.

Tabel. De kwaliteit van het slapen en het ontspannen voor en na de cursus (n=19).

	Slapen		Ontspannen	
	voor	na	voor	na
Goed	–	12	2	16
Matig	6	6	3	2
Slecht	13	1	14	1

Uit de tabel blijkt dat er een aanzienlijke verbetering is opgetreden, parallel aan het verbeteren van het ontspannen. Van de zeven vrouwen die voor de cursus slaapmiddelen gebruikten, zijn er vijf definitief gestopt.

Beschouwing

Slapeloosheid vormt een groot probleem zowel voor patiënten als voor artsen. Wordt de (huis)arts overmand door machteloosheid wanneer hij giconsulteerd wordt voor deze klacht? Men zou zeggen van wel, gezien het wijd verbreide gebruik van slaapmiddelen.

De hier beschreven slaapcursus biedt de huisarts een instrument voor gerichte en systematische aanpak van dit probleem in groepsverband. De resultaten lijken hoopvol, gezien de subjectieve ervaringen van de patiënten en het objectieve gegeven van het aantal personen dat stopte met het gebruiken van slaapmiddelen.

Harde wetenschappelijke conclusies kunnen uit een dergelijk onderzoek echter niet getrokken worden, onder andere doordat het onmogelijk lijkt een controlegroep zonder de interventie (voorlichting, ademhalings- en ontspanningsoefeningen en verbetering van de leefwijze) te vergelijken met een groep patiënten mét interventie. Ook is het totale aantal deelnemers te klein om statistisch verantwoord conclusies te kunnen trekken.

Het is verder de vraag of een voor- en nameting waarbij gebruik gemaakt wordt van een schaalverdeling variërend van zeer goed tot zeer slecht slapen voldoet. Het zou kunnen dat de nameting positiever uitvalt, omdat de sfeer in de groep goed was of omdat men de hulpverleners niet wil mishagen. Anderzijds is het, naar analogie van pijn, zeer moeilijk, zo niet onmogelijk de slaapkwaliteit objectief te waarderen; uiteindelijk blijft dit een oordeel van de patiënt zelf. In dit licht krijgen de uitkomsten een positievere betekenis.

De beschreven slaapcursus berust op het stimuleren van de zelfredzaamheid van de patiënt. De cursus is daardoor niet alleen op zichzelf effectief, maar de aangeleerde oefeningen kunnen ook in de toekomst van nut zijn.

Daartegenover staat dat de totale geïnvesteerde tijd per deelnemer hoog is. Elk van beide cursussen kostte per hulpverlener 17,5 uur: 10 × 45 minuten inleidend gesprek + 6 × 90 minuten groepsbijeenkomsten + 1 × 60 minuten nagesprek, in totaal 1050 minuten. De totaal geïnvesteerde tijd per deelnemer was 5,25 uur. Een dergelijke investering moet worden afgewogen tegen het jarenlang voorschrijven van slaapmedicatie (kosten, aantallen verkeersongevallen, enz.).

Dankbetuiging

Met dank aan R. Marsé en E. Antonissen.

¹ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

² De Graaf W. Huisarts en slaapgedrag. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1984.

³ De Graaf W. De patiënt met slaapstoornissen. Nieuw kompas voor de huisarts. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.

⁴ Van der Laan JW. Afhankelijkheid van benzodiazepinen; omvang, risico's en eventuele verschillen tussen de middelen onderling. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 809-13.

⁵ Jansma K, Zwart F. Handleiding slapeloosheidsbehandeling. Utrecht: Instituut voor Klinische Psychologie en Persoonlijkeidssleer, 1978.

⁶ Van Dijk P. Slaapcursussen. Huisarts Wet 1980; 23: 101-5.