

Inzet POH ggz bij chronisch slaapmiddelengebruik

Samenvatting

Van de Ven G, Meulepas M, Gorgels W, Verbeek I, Laurant MGH. Inzet POH ggz bij chronisch slaapmiddelengebruik. *Huisarts Wet* 2011;54(12):638-45.

Doel Ongeveer 2% van de Nederlanders gebruikt langdurig slaapmedicatie. Met de komst van de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH ggz) lijkt cognitieve gedragstherapie (CGT) in de huisartsenpraktijken mogelijk te worden. CGT bij insomnie moet disfunctionele gedachten ombuigen die de slaapstoornissen in stand houden, met als gevolg verbetering van de slaapkwaliteit en een vermindering van het slaapmiddelengebruik. Bij patiënten die chronisch slaapmiddelen gebruiken, hebben wij onderzocht wat het effect is van door de POH ggz gegeven CGT op zelfgerapporteerd slaapmiddelengebruik en slaapstoornissen gerelateerde symptomen.

Methode Dit onderzoek was een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial (cRCT), waaraan 809 patiënten en 9 POH ggz uit 9 huisartsenpraktijken deelnamen. De praktijken uit de interventiegroep ontvingen een procedurebespreking, terwijl de POH ggz scholing kreeg in CGT bij slaapstoornissen, waarbij zij gebruik konden maken van een telefonische helpdesk. Praktijken uit de controlegroep leverden de gebruikelijke zorg. Om het effect van de interventie te meten, namen we de patiënten voorafgaand aan de interventie en circa drie maanden nadien een schriftelijke vragenlijst af.

Resultaten De interventiegroep verbeterde significant op de volgende gebieden: slaapkwaliteit, disfunctionele gedachten en houdingen ten opzichte van de slaap en zelfgerapporteerd medicatiegebruik. Eenennegentig patiënten wilden gebruikmaken van begeleiding en 75 patiënten kregen uiteindelijk begeleiding. Wanneer we alleen de begeleidde groep patiënten vergeleken met de controlegroep, waren deze effecten nog sterker.

Conclusie Dit kleinschalige onderzoek toont aan dat behandeling van slaapstoornissen door de POH ggz resulteert in een reductie in het gebruik van slaapmedicatie, een verbetering van de slaapkwaliteit en een vermindering van disfunctionele gedachten en houdingen ten aanzien van slaap. We bevelen implementatie van CGT door getrainde POH ggz aan, waarbij men de effecten op de lange termijn door middel van begeleidend onderzoek zou moeten vaststellen.

INLEIDING

Slaapstoornissen komen in Nederland veel voor. Een op de drie volwassen Nederlanders heeft problemen met slaap.^{1,2} Na depressie vormen slaapstoornissen de tweede psychische of sociale diagnose in de huisartsenpraktijk.³ Wanneer de sla-

peloosheid langer dan drie weken bestaat en de patiënt aangeeft dat hij ten minste tweemaal per week slecht slaapt, spreekt men van langdurige slapeloosheid. Naar schatting gebruikt 2% van de Nederlandse bevolking langdurig benzodiazepines, voorgeschreven als slaapmiddel.¹

Naast medicamenteuze behandeling zou men ook psychologische methoden kunnen inzetten. Cognitieve gedragstherapie (CGT) en zelfhulpmethoden blijken kosteneffectieve behandelingen te zijn voor slaapstoornissen.^{4,5} CGT helpt patiënten met slaapproblemen om slechte slaapgewoonten te veranderen in gewoonten die een goede slaap bevorderen. CGT omvat gemiddeld zes wekelijkse individuele gesprekken en richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid door middel van vijf pijlers: psycho-educatie, zelfwaarneming, het doorbreken van verkeerd aangeleerde slaapgewoonten, ontspanning en het aanpakken van niet-helpende gedachten over slaap [figuur 1]. Hoewel de huisartsenpraktijk bij uitstek de plaats is om deze methoden in te zetten, gebeurt dat in de praktijk nog nauwelijks.^{6,7} Obstakels hierbij zijn de beperkte tijd van de huisarts en het ontbreken van de specifieke vaardigheden die nodig zijn voor het uitvoeren van CGT. Met de komst van de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH ggz) is het mogelijk om deze psychologische behandelmethoden wel in te zetten. Patiënten kunnen een individuele begeleiding krijgen van de POH ggz, met als doel verandering in het slaapgedrag, waardoor ze kunnen stoppen of minderen met slaapmiddelen.

We hebben onderzocht wat de effecten zijn van de CGT die wordt uitgevoerd door een getrainde POH ggz op zelfgerapporteerd slaapmiddelengebruik en op aan slaapstoornissen gerelateerde symptomen. We geven antwoord op de volgende vragen:

Wat is bekend?

- Een op de drie volwassen Nederlanders heeft problemen met slapen; ongeveer 2% van alle Nederlanders gebruikt langdurig slaapmedicatie.
- Cognitieve behandelmethoden blijken effectief bij de behandeling van slaapstoornissen.
- Huisartsen zetten cognitieve behandelmethoden niet of nauwelijks in bij slaapstoornissen.

Wat is nieuw?

- Praktijkondersteuners ggz kunnen een training krijgen om patiënten met slaapstoornissen in de huisartsenpraktijk te behandelen met kortdurende cognitieve gedragstherapie.
- Cognitieve gedragstherapie door praktijkondersteuners resulteert in een verbeterde slaapkwaliteit, minder disfunctionele gedachten en houdingen ten opzichte van de slaap, en een reductie in het medicatiegebruik.

UMC St Radboud, afdeling Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Huispost IQ 114, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; G. van de Ven, junior onderzoeker; dr. M.G.H. Laurant, senior onderzoeker. Meetpunt Kwaliteit, Eindhoven: dr. M. Meulepas, manager en senior onderzoeker. UMC St Radboud, afdeling Eerstelijngeneeskunde: dr. W. Gorgels, huisarts en onderzoeker. Centrum voor slaapgeneeskunde Kempenhaeghe, Heeze: dr. I. Verbeek, slaapdeskundige • Correspondentie: G.vandeVen@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek is gefinancierd door ROBUUST, regionale ondersteuningsstructuur Zuid-Nederland. De Medisch Ethische Commissie Nijmegen heeft het onderzoek goedgekeurd (14-04-2009, dossiernummer 2009/089).

Figuur 1 Kernpunten van de inhoud van CGT bij slaapproblemen

- Psycho-educatie: de patiënt krijgt algemene informatie over slaap, het ontstaan van slapeloosheid en de vicieuze cirkel van slecht slapen.
 - Zelfwaarneming: de patiënt houdt dagelijks een slaapdagboek bij, waarin hij verschillende zaken noteert: het subjectieve tijdstip van naar bed gaan, het tijdstip van inslapen, het aantal keer en de duur van het 's nachts wakker liggen, de totale slaaptijd, het tijdstip van ontwaken, het tijdstip van opstaan en het gebruik van middelen (alcohol, cafeïne en medicatie).
 - Doorbreken van verkeerd aangeleerde slaapgewoonten: slaaprestrictie (tijdelijk een stuk korter op bed liggen) en stimuluscontrole (bed bewaren voor de slaap en even opstaan als de slaap niet komt).
 - Ontspanning: inplannen van rustmomenten overdag, en van ademhalings- en ontspanningsoefeningen.
 - Aanpakken van niet-helpe gedachten over slaap: een piekermoment voor het slapen, houding ten aanzien van en gedachten over de slaap bekijken.
-
- Wat is het bereik van de interventie?
 - Wat is het effect van het al dan niet inzetten van de POH ggz op aan slaapperelateerde symptomen en zelfgerapporteerd medicatiegebruik in vergelijking met de gebruikelijke zorg?
 - Psycho-educatie: de patiënt krijgt algemene informatie over slaap, het ontstaan van slapeloosheid en de vicieuze cirkel van slecht slapen.
 - Zelfwaarneming: de patiënt houdt dagelijks een slaapdagboek bij, waarin hij verschillende zaken noteert: het subjectieve tijdstip van naar bed gaan, het tijdstip van inslapen, het aantal keer en de duur van het 's nachts wakker liggen, de totale slaaptijd, het tijdstip van ontwaken, het tijdstip van opstaan en het gebruik van middelen (alcohol, cafeïne en medicatie).

METHODE

Onderzoeksopzet en -populatie

In september 2009 startten we in Eindhoven en omgeving een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial (cRCT), waaraan 809 patiënten en 9 POH ggz uit 9 huisartsenpraktijken deelnamen. De praktijken hebben we begin 2009 geworven. Hierbij hebben we gebruikgemaakt van bestaande contacten, wervingsbrieven en de landelijke POH ggz nieuwsbrief. In totaal hebben we 31 praktijken met een POH ggz in dienst actief benaderd en hebben 9 praktijken zich voor deelname aangemeld. Redenen om niet deel te nemen varieerden van logistieke problemen, zoals reorganisatie, tot gebrek aan affiniteit met het onderwerp. De praktijken zijn via loting gerandomiseerd in de interventie- of controlegroep. Omdat alleen de POH ggz uit de interventiepraktijken een training volgden, waren de deelnemende praktijken niet blind voor de groep waarin ze zaten.

In alle deelnemende praktijken hebben we de chronische slaapmiddelengebruikers geïdentificeerd met behulp van het huisartseninformatiesysteem. We beschouwden een patiënt

als chronische gebruiker als hij in ten minste twee van de vier afgelopen kwartalen een voorschrift had ontvangen van benzodiazepinehypnotica (ATC-code: N05CD, N05CF of N03AE01).⁷ Daarnaast moest de huisarts ten minste een van deze voorschriften in de laatste twee kwartalen hebben voorgeschreven. Per praktijk stelden we een ruime patiëntenlijst (spreiding 21-347) samen, die we voorlegden aan de huisarts. De huisarts kon patiënten naar eigen inzicht uitsluiten, waarbij we de volgende criteria als richtlijn hebben aangeboden:⁹

- De patiënt krijgt in de tweede lijn een behandeling voor psychische klachten.
- Er is sprake van drugs- of alcoholproblematiek.
- Er is sprake van een psychotische stoornis.
- De patiënt heeft epilepsie.
- De patiënt beheerst de Nederlandse taal onvoldoende.
- Overige redenen van de huisarts.

Geëxcludeerde patiënten hebben we niet benaderd voor begeleiding door de POH ggz en het begeleidende onderzoek. Patiënten uit de controlepraktijken ontvingen alleen een brief van de huisarts met de uitnodiging een vragenlijst over hun slaapedrag in te vullen. Patiënten uit de interventiegroep

Abstract

Van de Ven G, Meulepas M, Gorgels W, Verbeek I, Laurant MGH. Mental health practitioner nurses for chronic sleep medication use Huisarts Wet 2011;54(12):638-45.

BACKGROUND Sleep disorders are very common in the Netherlands: about 33% of the population experience sleeping problems and about 2% are long-term users of sleep medications. The introduction of mental health practitioner nurses to general practice makes cognitive-behavioural therapy (CBT) a possible treatment for these problems. The aim of CBT in patients with insomnia is to alter their dysfunctional beliefs about sleep, beliefs that sustain sleeping problems, in order to achieve a better quality of sleep and a reduced use of sleep medications. The aim of this study was to evaluate the effect of CBT given by mental health practitioner nurses in general practice on patient-reported use of sleep medications and sleep-related symptoms in patients with long term use of sleep medications.

METHODS This cluster randomized controlled trial involved 809 patients and nine mental health practitioner nurses from nine general practices. General practices from the intervention group received instruction about the procedure and the mental health practitioner nurses received instruction in CBT for sleep disorders; they could also make use of a telephone helpdesk. General practices from the control group provided their usual care for these patients. To evaluate the effect of the intervention, the patients were asked to complete a written questionnaire before and about 3 months after the intervention.

RESULTS The patients in the intervention group showed a significant improvement in sleep quality, dysfunctional thoughts and attitudes about sleep, and self-reported medication use. This improvement was stronger when the 75 of 91 randomized patients who actually received the intervention were compared with patients in the control group.

CONCLUSION This small study showed that the treatment of sleep disorders by trained mental health practitioner nurses reduces the use of sleep medications, improves the quality of sleep, and reduces dysfunctional thoughts and attitudes about sleep. We recommend the use of CBT given by trained mental health practitioner nurses and the investigation of its long-term effects in a controlled trial.



Foto: Shutterstock/L. Saloni

kregen door middel van een door de huisarts ondertekende brief ook begeleiding door de POH ggz aangeboden. Ook wanneer de patiënten besloten geen gebruik te maken van de aangeboden begeleiding, kregen zij het verzoek de vragenlijst in te vullen. Metingen vonden plaats voorafgaand aan de eventuele begeleiding (nulmeting) en drie maanden daarna (nameting). Patiënten die daadwerkelijk gebruik hadden gemaakt van de begeleiding kregen de nametingvragenlijst drie maanden na hun eerste begeleidingsbijeenkomst toegestuurd (circa drie tot vier maanden na de voormeting).

Interventie

De POH ggz uit de interventiegroep volgden een vier uur durende workshop over CGT bij slaapstoornissen bij het Centrum voor slaapgeneeskunde Kempenhaeghe. Een van ons (IV) gaf deze training omdat ze een expert is op het gebied van de behandeling van slaapstoornissen. Ze maakte hierbij gebruik van het zelfhulpboek *Slapeloosheid*.¹⁰ CGT moet ervoor zorgen dat de patiënt beter gaat slapen en beter met problemen leert omgaan (*coping*), en dat de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven toenemen. CGT bestaat uit wekelijkse individuele gesprekken, gemiddeld zes gesprekken van 30 minuten. Deze gesprekken richten zich op psycho-educatie, zelfwaarneming, het doorbreken van verkeerd aangeleerde slaapgewoonten, ontspanning en het aanpakken van niet-helpende gedachten over slaap (zie **figuur 1**). Daarnaast krijgen patiënten eventueel begeleiding bij de afbouw van slaapmedicatie. Na één en drie maanden volgt een follow-upgesprek.

We (MM en GvdV) hebben de interventiepraktijken voor aanvang van de onderzoeksperiode bezocht voor een procedurebespreking. Hierbij waren de POH ggz en ten minste

één huisarts aanwezig. Tijdens deze bijeenkomst hebben we afspraken gemaakt over de route van door- en terugverwijzing van patiënten met slaapstoornissen en de logistiek van het onderzoek. Ook patiënten die zich voor het eerst op het spreekuur met slaapstoornissen meldden, kon de huisarts doorverwijzen naar de POH ggz. Na de training en de procedurebespreking kon de POH ggz starten met de begeleiding van aangemelde patiënten. De workshop en procedurebespreking vonden in september en oktober 2009 plaats. Gedurende de interventieperiode (oktober 2009 tot mei 2010) konden de geschoolde POH ggz gebruikmaken van een helpdesk, die we vanuit Kempenhaeghe aanboden. Ze konden telefonisch of via e-mail vragen stellen over de toepassing van CGT bij patiënten in het algemeen en/of bij specifieke individuele casuïstiek.

Praktijken in de controlegroep leverden hun gebruikelijke zorg bij patiënten met slaapstoornissen. De inhoud van gebruikelijke zorg verschilde per praktijk, maar de POH ggz speelden in de controlepraktijken geen rol bij patiënten met slaapstoornissen. Ook kregen ze geen scholing en vond er geen procedurebespreking plaats.

Uitkomstmaten

Aan de hand van een aantal stoornisgerelateerde uitkomsten en zelfgerapporteerd medicatiegebruik bepaalden we het effect van de CGT door de getrainde POH ggz en vergeleken dat met de gebruikelijke zorg. We namen de Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (spreiding 0-21) af om de slaapkwaliteit te meten.¹¹ Naast een aantal vragen over het slaapgedrag bevat deze vragenlijst vragen over de slaapkwaliteit, die men scoort met behulp van een vierpuntsschaal. Hoe lager de score, hoe beter de slaapkwaliteit. Om de ernst van de slapeloosheid te meten maakten we gebruik van de Insomnia Severity Index (ISI) (spreiding 0-28).¹² De ernst van de slapeloosheid en de invloed ervan op het dagelijks functioneren scoorden we op een vijfpuunts-likertschaal ('niet' tot 'zeer ernstig'). Hierbij geldt hoe hoger de score, hoe ernstiger de slapeloosheid. Ook namen we de Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS-16) (spreiding 0-64) af.¹³ Deze vragenlijst meet de houding en gedachten met betrekking tot de slaap met behulp van zestien stellingen op een vijfpuuntschaal ('mee eens' tot 'mee oneens'). Hoe meer disfunctionele gedachten, hoe hoger de score.

Power-berekening

Voor het berekenen van de grootte van de onderzoeksgroep is de totaalscore op de PSQI¹¹ als primaire uitkomstmaat gehanteerd. Morgan en collega's toonden aan dat de CGT resulteerde in een gemiddelde verbetering van 2,8 op de totaalscore van de PSQI.¹⁴ In de controlegroep (*usual care*) verslechterde de slaapkwaliteit met gemiddeld 0,9 punten op de totaalscore. Uitgaande van alfa 0,01, power 0,80 en een intraclass-correlatiecoëfficiënt van 0,10 met een gemiddelde verschillscore van 3,7 (sd 3,3) waren 40 patiënten per groep nodig. Omdat we bovendien wilden compenseren voor 25% uitval waren minimaal 100 patiënten nodig (50 per groep).

Analyse

Allereerst hebben we beschrijvende statistiek gebruikt om de gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de voormetingvragenlijst weer te geven. Om verandering in slaapgerelateerde uitkomsten vast te stellen, maakten we gebruik van een multilevel-analyse voor continue data, waarbij we twee niveaus hebben meegenomen: de huisartsenpraktijk en de patiënt. Hieraan voorafgaand hebben we aan de hand van bestaande handleidingen van de vragenlijsten de totaalscores op de vragenlijsten en de somscores op de verschillende subschalen berekend. We hebben een subschaal- of totaalscore in de analyse meegenomen wanneer de patiënt hiervan ten minste de helft plus één vragen had ingevuld. De analyses hebben we uitgevoerd per protocol, waarbij we de interventiegroep met de controlegroep hebben

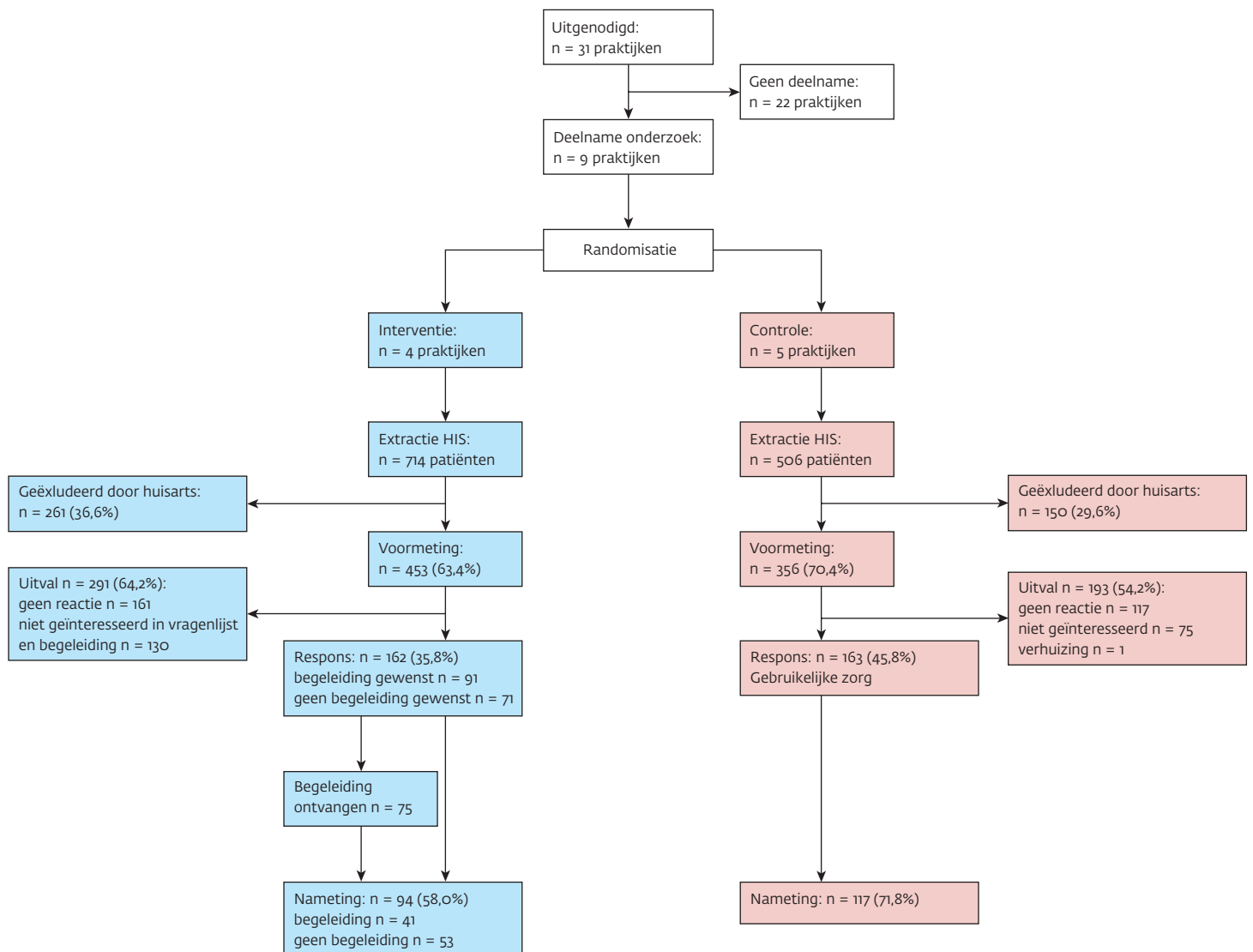
vergeleken. Tevens hebben we een subgroepanalyse uitgevoerd van patiënten die CGT kregen, waarbij we alleen de uitkomsten van patiënten die daadwerkelijk begeleiding van de POH ggz hebben ontvangen, met de controlegroep hebben vergeleken. Vanwege het grote aantal uitgevoerde toetsen beschouwden we een $p < 0,01$ als statistisch significante drempel.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Het onderzoek is gestart met negen POH ggz werkzaam in negen praktijken. In een van de praktijken waren twee POH ggz werkzaam en één POH ggz was in twee praktijken werkzaam. Gedurende het onderzoek zijn twee POH ggz uit de interventiegroep uit dienst gegaan. Van hen is er één vervangen.

Figuur 2 Diagram met het overzicht van de doorstroom van patiënten in de verschillende fasen van het onderzoek



Tabel 1 Kenmerken van de praktijken, POH ggz en patiënten bij de voormeting

Praktijkniveau (n = 9)	Interventie (n = 4)	Controle (n = 5)
Type praktijk:		
▪ eenmanspraktijk	1	1
▪ maatschap	1	1
▪ HOED	1	1
▪ groepspraktijk	1	2
Aantal huisartsen in de praktijk (gem.)	4,0 (sd 2,6)	2,8 (sd 1,9)
Aantal POH ggz in praktijk (gem.)	1,3 (sd 0,5)	1,0 (sd 0,0)
POH ggz (n = 9)	Interventie (n = 5)	Controle (n = 4)
Leeftijd (gemiddeld)	43,50 (sd 12,50)*	41,50 (sd 20,51)†
Jaren werkzaam in functie (gem.)	4,99 (sd 4,25)*	1,75 (sd 0,35)†
Jaren werkzaam in praktijk (gem.)	1,13 (sd 0,63)*	1,75 (sd 0,35)†
Patiëntniveau (n = 325)	Interventie (n = 162)	Controle (n = 163)
Leeftijd	63,7 jaar† (sd 12,32)	69,8 jaar† (sd 11,86)
Geslacht (% man)	34,4%	28,8%
Woonsituatie:		
▪ alleenwonend	28,2%	28,5%
▪ met partner	53,2%	56,3%
▪ met partner en kinderen	14,1%	11,4%
▪ anders	4,5%	3,8%
Hoogst genoten opleiding:		
▪ basisschool	20,3%	23,2%
▪ middelbare school	22,2%	23,2%
▪ lager beroepsonderwijs	17,6%	18,7%
▪ middelbaar beroepsonderwijs	21,6%	20,6%
▪ hoger beroepsonderwijs	3,3%	3,9%
▪ wetenschappelijke opleiding	5,2%	6,2%

* Gebaseerd op gegevens van 4 POH ggz

† Gebaseerd op gegevens van 2 POH ggz

‡ Significant $p < 0,05$ tussen de groepen

We hebben in totaal 1220 patiënten als chronische gebruiker geïdentificeerd [figuur 2]. Hiervan heeft de huisarts er 411 geëxcludeerd, met als meest voorkomende reden dat de patiënt in de tweede lijn een behandeling kreeg. Achthonderd-negen patiënten ontvingen een brief met een vragenlijst, van wie de huisarts er 453 begeleiding aanbod.

[Tabel 1] toont de kenmerken van de deelnemende praktijken, POH ggz en patiënten bij de voormeting. De patiënten in de controlegroep bleken ouder dan patiënten in de interventiegroep. Op de overige kenmerken waren er geen verschillen tussen de groepen.

In [tabel 2] staan de verschillen tussen de patiënten uit de interventiegroep die hadden aangegeven gebruik te willen maken van de begeleiding en patiënten die geen begeleiding wensten. Mannen waren vaker bereid gebruik te maken van de begeleiding dan vrouwen. Ook de woonsituatie verschilde voor zover het geen alleenstaanden betrof: patiënten die begeleiding wensten, woonden relatief vaker in gezinsverband en minder vaak met alleen een partner. Ook op slaapperelateerde klachten zagen we significante verschillen. Patiënten die begeleiding wensten, ervoeren ernstigere klachten in vergelijking met patiënten die van begeleiding afzagen.

Deelname aan de interventie

Van de 91 patiënten die gebruik wilden maken van de begeleiding, zijn in totaal 75 patiënten door 5 POH ggz begeleid

(gemiddeld 15 per POH ggz; sd 8,22). Er zijn 185 consulten geweest (gemiddeld 37 per POH ggz; sd 20,55). In plaats van de vooraf ingeschatte 6 consulten per patiënt, hadden de patiënten gemiddeld 2,47 (sd 1,10) consulten. Zeven patiënten waren ten tijde van de nameting nog onder behandeling bij de POH ggz.

Uitkomsten

In [tabel 3] staan de effecten van de CGT op basis van de multilevel-analyse op een aantal stoornisgerelateerde uitkomsten. Op de totaalscore van de PSQI zien we een significant verschil in effect van 1,26 ten gunste van de interventiegroep. Een somscore van 11 of hoger op de PSQI betekent dat de patiënt een chronisch slaapprobleem ervaart. In de interventiegroep zien we een toename van 12,2% van de patiënten die lager dan 11 scoren, en dus geen chronisch slaapprobleem meer ervaren. In de controlegroep is deze toename 6,8%. In de interventiegroep zien we een toename van 10,3% van de patiënten die in de categorie ‘goede slaper’ vallen (somscore PSQI ≤ 6), ten opzichte van een toename van 4,1% in de controlegroep.

Ook op de DBAS-16 komt bij patiënten uit de interventiegroep een significant grotere afname van een disfunctionele houding en gedachten ten opzichte van de slaap naar voren. Vooral de subschalen ‘medicatiegebruik’, ‘ervaren consequenties van de slapeloosheid’ en ‘piekeren/hopeloosheid over de slapeloosheid’ laten een groot verschil zien in het voordeel van de interventiegroep.

Uit de subgroepanalyse van patiënten die CGT kreeg blijkt dat het effect is versterkt [tabel 4]. Deze groep patiënten ervaart naast de bovengenoemde effecten ook minder slaapproblemen, zoals hoesten of nachtmerries (subschaal 5 van de PSQI). Patiënten in de controlegroep laten op deze subschaal een toename zien van 0,12, terwijl de patiënten die begeleiding hebben ontvangen een afname van slaapproblemen vertonen van 0,18 ($p \leq 0,001$). Ook zien we bij de begeleide patiënten een verminderde ernst van slapeloosheid (somscore ISI) vergeleken met de controlegroep. De controlegroep scoort hierop een afname van 0,12, terwijl de patiënten die begeleiding hebben gehad een afname van 2,92 laten zien ($p \leq 0,055$).

BESCHOUWING

We vonden significante verschillen ten gunste van de interventiegroep op slaapkwaliteit, disfunctionele gedachten en houdingen ten opzichte van de slaap, en zelfgerapporteerd medicatiegebruik. Hoewel het percentage patiënten met een chronische slaapprobleem in beide groepen afnam, was dit circa twee keer zo groot in de interventiegroep als in de controlegroep. Ook is het aantal ‘goede slapers’ in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep meer toegenomen. De effecten waren sterker in de groep die feitelijk begeleiding heeft ontvangen. Ook zagen we in deze groep minder slaapproblemen en nam ook de ernst van de slapeloosheid af.

Tabel 2 Verschillen tussen patiënten die wel en geen begeleiding wensten (interventiegroep)

	Interventiegroep wel begeleiding gewenst (n = 91)	Interventiegroep geen begeleiding gewenst (n = 71)
Leeftijd	63,2 jaar (sd 12,41)	64,3 (sd 12,26)
Geslacht (% man)	41,1%*	25,7%*
Woonsituatie:		
▪ alleenwonend	28,7%	27,5%
▪ met partner	47,1%	60,9%
▪ met partner en kinderen	18,4%	8,7%
▪ anders	5,7%	2,9%
Hoogst genoten opleiding:		
▪ basisschool	21,8%	18,2%
▪ middelbare school	19,5%	25,8%
▪ lager beroepsonderwijs	18,4%	16,7%
▪ middelbaar beroepsonderwijs	25,3%	16,7%
▪ hoger beroepsonderwijs	9,2%	10,6%
▪ wetenschappelijke opleiding	1,1%	6,1%
▪ anders	4,6%	6,1%
PSQI: Hoe zou u uw slaapkwaliteit in de afgelopen maand beoordelen? (spreiding: 0-3)	1,81 (sd 0,70) [†]	1,41 (sd 0,75) [†]
PSQI: Hoe vaak nam u de afgelopen maand medicijnen in als hulp bij het slapen (al dan niet door een arts voorgeschreven)? (spreiding: 0-3)	2,49 (sd 0,77) [†]	2,02 (sd 1,14) [†]
ISI: Moeite met doorslapen (spreiding: 0-4)	2,50 (sd 1,11) [†]	1,79 (1,35) [†]
ISI: Hoe tevreden/ontevreden bent u met uw huidige slaapritme? (spreiding: 0-4)	2,90 (sd 0,94) [†]	2,21 (1,12) [†]
ISI: In welke mate vindt u dat uw slaapprobleem invloed heeft op uw dagelijks functioneren? (spreiding: 0-4)	1,91 (sd 1,10) [†]	1,30 (1,29) [†]
ISI: Hoe ongerust/van streek bent u over uw huidige slaapprobleem? (spreiding: 0-4)	1,73 (sd 1,03) [†]	1,06 (sd 1,12) [†]
DBAS-16: Ik ben bang dat ik de controle over mijn slaap heb verloren (spreiding: 0-4)	1,15 (sd 1,19) [†]	1,95 (sd 1,55) [†]
DBAS-16: Als ik overdag moe ben of geen energie heb, komt dat omdat ik de vorige nacht niet goed geslapen heb. (spreiding: 0-4)	1,22 (sd 1,26) [†]	1,85 (sd 1,35) [†]

* Significant p < 0,05 tussen de groepen

† Significant p < 0,01 tussen de groepen

Tabel 3 Effecten op slaapperelateerde uitkomsten (PSQI, ISI en DBAS-16), per protocol analyse

Uitkomstmaat	Gemiddelde voormeting controlegroep (sd) n = 163	Effect controlegroep (sd) n = 163	Gemiddelde voormeting interventiegroep (sd) n = 162	Effect interventiegroep (sd) n = 162	Verskil effect interventie en controlegroep (sd)
PSQI totaal [0-21] [†]	11,28 (3,66)	-0,45 (0,32)	11,58 (4,01)	-1,71 (0,35)	-1,26 (0,57) [‡]
1. subjectieve slaapkwaliteit [0-3] [†]	1,52 (0,69)	-0,17 (0,06)	1,64 (0,75)	-0,19 (0,06)	-0,02 (0,09)
2. inslaapduur [0-3] [†]	2,05 (1,00)	+0,12 (0,10)	2,05 (1,00)	-0,14 (0,11)	-0,26 (0,15)
3. totale slaaptijd [0-3] [†]	1,30 (1,06)	-0,18 (0,09)	1,38 (1,09)	-0,30 (0,09)	-0,12 (0,13)
4. slaapefficiëntie [0-3] [†]	1,84 (1,11)	-0,17 (0,11)	1,83 (1,12)	-0,21 (0,13)	-0,05 (0,17)
5. slaapverstoorders [0-3] [†]	1,43 (0,55)	+0,12 (0,06)	1,51 (0,67)	-0,04 (0,06)	-0,16 (0,09)
6. slaapmedicatiegebruik [0-3] [†]	2,28 (1,05)	-0,09 (0,09)	2,28 (0,98)	-0,63 (0,10)	-0,54 (0,14) [‡]
7. functioneren overdag [0-3] [†]	0,92 (0,74)	+0,01 (0,07)	1,00 (0,83)	-0,18 (0,08)	-0,19 (0,10)
ISI [0-28] [†]	12,20 (5,57)	-0,27 (0,45)	12,91 (6,23)	-1,26 (0,48)	-1,00 (0,66)
1. inslapen [0-4] [†]	1,77 (1,28)	+0,01 (0,11)	1,92 (1,33)	-0,24 (0,12)	-0,24 (0,16)
2. doorslapen [0-4] [†]	2,15 (1,21)	+0,02 (0,10)	2,18 (1,27)	-0,16 (0,11)	-0,18 (0,15)
3. ontwaken [0-4] [†]	1,86 (1,35)	+0,02 (0,11)	1,92 (1,38)	+0,01 (0,12)	-0,01 (0,17)
4. tevredenheid [0-4] [†]	2,46 (0,96)	-0,19 (0,10)	2,60 (1,07)	-0,30 (0,10)	-0,11 (0,14)
5. invloed [0-4] [†]	1,62 (1,18)	-0,11 (0,10)	1,64 (1,22)	-0,20 (0,10)	-0,09 (0,14)
6. merkbaarheid [0-4] [†]	1,09 (1,00)	-0,03 (0,09)	1,17 (1,15)	-0,06 (0,10)	-0,03 (0,13)
7. ongerustheid [0-4] [†]	1,31 (1,19)	+0,01 (0,09)	1,43 (1,11)	-0,33 (0,10)	-0,34 (0,14) [‡]
DBAS-16 [0-64] [‡]	34,74 (13,70)	+0,87 (0,87)	35,52 (12,27)	-5,21 (0,95)	-6,01 (1,29) [‡]
1. ervaren consequenties van de slapeloosheid [0-20] [‡]	10,56 (5,79)	+0,13 (0,38)	10,79 (4,82)	-1,42 (0,42)	-1,54 (0,57) [‡]
2. piekeren/hulpeloosheid over de slapeloosheid [0-24] [‡]	12,13 (5,71)	+0,42 (0,45)	13,06 (5,47)	-2,31 (0,49)	-2,73 (0,67) [‡]
3. verwachtingen van de slaap [0-8]	4,56 (2,55)	+0,10 (0,20)	4,60 (2,61)	-0,27 (0,22)	-0,37 (0,30)
4. medicatie [0-12] [‡]	7,52 (3,29)	+0,18 (0,27)	7,08 (2,95)	-1,26 (0,29)	1,44 (0,39) [‡]

* significant bij p < 0,01; † hoe hoger de score, hoe slechter de slaapkwaliteit; ‡ hoe hoger de score, hoe ernstiger het slaapprobleem; § hoe hoger de score, hoe disfunctioneler de gedachten

Tabel 4 Effecten op slaapgerelateerde uitkomsten (PSQI, ISI en DBAS-16), subgroepanalyse van patiënten die CGT kregen

Uitkomstmaat	Gemiddelde voormeting controlegroep (sd) n = 163	Effect controlegroep (sd) n = 163	Gemiddelde voormeting begeleid interventiegroep (sd) n = 75	Effect begeleid interventiegroep (sd) n = 75	Verskil effect begeleid interventiegroep en controlegroep (sd)
PSQI totaal [0-21] [†]	11,28 (3,66)	-0,45 (0,32)	12,20 (3,63)	-2,43 (0,51)	-1,97 (0,60) [*]
1. subjectieve slaapkwaliteit [0-3] [†]	1,52 (0,69)	-0,17 (0,06)	1,78 (0,71)	-0,36 (0,10)	-0,19 (0,11)
2. inslaapduur [0-3] [†]	2,05 (1,00)	+0,12 (0,10)	2,06 (0,97)	-0,14 (0,16)	-0,26 (0,18)
3. totale slaaptijd [0-3] [†]	1,30 (1,06)	-0,18 (0,09)	1,52 (1,11)	-0,33 (0,14)	-0,14 (0,17)
4. slaapefficiëntie [0-3] [†]	1,84 (1,11)	-0,17 (0,11)	1,88 (1,16)	-0,04 (0,19)	+0,13 (0,22)
5. slaapverstoorders [0-3] [†]	1,43 (0,55)	+0,12 (0,06)	1,56 (0,67)	-0,16 (0,09)	-0,28 (0,10) [*]
6. slaapmedicatiegebruik [0-3] [†]	2,28 (1,05)	-0,09 (0,09)	2,52 (0,77)	-0,96 (0,15)	-0,88 (0,17) [*]
7. functioneren overdag [0-3] [†]	0,92 (0,74)	+0,01 (0,07)	0,99 (0,75)	-0,28 (0,11)	-0,29 (0,13) [*]
ISI [0-28] [†]	12,20 (5,57)	-0,27 (0,45)	14,64 (5,30)	-2,45 (0,73)	-2,18 (0,85) [*]
1. inslapen [0-4] [†]	1,77 (1,28)	+0,01 (0,11)	2,12 (1,37)	-0,40 (0,18)	-0,40 (0,21)
2. doorslapen [0-4] [†]	2,15 (1,21)	+0,02 (0,10)	2,50 (1,18)	-0,39 (0,16)	-0,40 (0,19) [*]
3. ontwakken [0-4] [†]	1,86 (1,35)	+0,02 (0,11)	2,06 (1,36)	-0,05 (0,19)	-0,08 (0,22)
4. tevredenheid [0-4] [†]	2,46 (0,96)	-0,19 (0,10)	2,90 (0,93)	-0,61 (0,15)	-0,41 (0,17) [*]
5. invloed [0-4] [†]	1,62 (1,18)	-0,11 (0,10)	1,88 (1,14)	-0,33 (0,16)	-0,22 (0,19)
6. merkbaarheid [0-4] [†]	1,09 (1,00)	-0,03 (0,09)	1,39 (1,15)	-0,11 (0,15)	-0,08 (0,18)
7. ongerustheid [0-4] [†]	1,31 (1,19)	+0,01 (0,09)	1,68 (1,09)	-0,48 (0,18)	-0,48 (0,18) [*]
DBAS-16 [0-64] [‡]	34,74 (13,70)	+0,87 (0,87)	36,56 (11,58)	-7,58 (0,14)	-8,47 (1,67) [*]
1. ervaren consequenties van de slapeloosheid [0-20] [‡]	10,56 (5,79)	+0,13 (0,38)	11,18 (4,41)	-1,75 (0,64)	-1,88 (0,75) [*]
2. piekeren/hulpeloosheid over de slapeloosheid [0-24] [‡]	12,13 (5,71)	+0,42 (0,45)	13,81 (5,18)	-3,18 (0,76)	-3,58 (0,90) [*]
3. verwachtingen van de slaap [0-8]	4,56 (2,55)	+0,10 (0,20)	4,56 (2,63)	-0,54 (0,34)	-0,64 (0,40)
4. medicatie [0-12] [‡]	7,52 (3,29)	+0,18 (0,27)	7,16 (2,94)	-1,88 (0,44)	-2,06 (0,51) [*]

* significant bij p < 0,01; † hoe hoger de score, hoe slechter de slaapkwaliteit; ‡ hoe hoger de score, hoe ernstiger het slaapprobleem; § hoe hoger de score, hoe disfunctioneler de gedachten

Sterke-zwakteanalyse

Dit onderzoek was een cluster-RCT in de dagelijkse praktijk. Ondanks de zorgvuldig uitgevoerde onderzoeksopzet was de continuïteit van het onderzoek niet optimaal. Tijdens de duur van het onderzoek zijn twee POH ggz uit dienst gegaan, van wie er een is vervangen. De vervangende POH ggz is op basis van zelfstudie geschoold en heeft de training niet gevolgd. Het vertrek van de POH ggz die niet werd vervangen betekende ook dat er in de betreffende praktijk minder patiënten zijn begeleid dan we hadden verwacht.

Daarnaast is de follow-upperiode mogelijk te kort geweest om bepaalde effecten zichtbaar te maken. Doordat de instroom van patiënten bij de POH ggz aan de start van het onderzoek hoog was, zijn sommige patiënten op een wachtlijst voor begeleiding terechtgekomen. Deze late instroom heeft in verband met de planning van het onderzoek tot gevolg gehad dat zeven begeleidde patiënten de nameting ontvingen op een moment dat de begeleiding nog niet was afgerond. Hierdoor konden we het optimale effect van de CGT mogelijk nog niet meten. Wat betreft het effect op de slaapkwaliteit zoals we dat met de PSQI hebben gemeten verschilden de patiënten bij wie begeleiding was afgerond echter nauwelijks van de patiënten die nog begeleiding ontvingen.

Ook is er mogelijk sprake van bias in de selectie van patiënten. Huisartsen uit de interventiegroep hebben minder patiënten voor het onderzoek aan de lijst met chronische gebruikers toegevoegd dan huisartsen uit de controlepraktijken (respectievelijk 63,4% versus 70,4%). Tevens was de uitval bij het invullen van de voormetingvragenlijst in de interventiegroep groter dan in de controlegroep (65,0% versus 54,2%). Uit de circa

25 ontvangen telefoontjes van patiënten uit de interventiegroep bleek dat het aanbieden van de begeleiding weerstand kon oproepen bij patiënten die niet wensten te stoppen met slaapmiddelen, wat een reden was om ook de vragenlijst niet in te vullen.

Daarnaast zijn we met vijf POH ggz in de interventiegroep erg afhankelijk geweest van de manier waarop de POH ggz hun functie invulden. Het aantal patiënten dat door POH ggz is begeleid en het gemiddelde aantal sessies per POH ggz verschilden sterk. In welke mate de persoonlijke attitude van de POH ggz en de wijze waarop ze de functie uitvoeren van invloed zijn geweest op de uitkomsten, konden we in dit onderzoek niet vaststellen.

Ook hebben we nieuwe patiënten die zich met slaapproblemen op het spreekuur meldden niet in het onderzoek betrokken. In de dagelijkse praktijkvoering is dit echter een groep die in aanmerking komt voor CGT door getrainde POH ggz. Bij de interpretatie van de uitkomsten moet men bedenken dat we een kleine groep patiënten beschrijven, namelijk de chronische slaapmiddelengebruikers die gemotiveerd zijn om hun slaapprobleem aan te pakken. De resultaten kunnen we niet zonder meer generaliseren naar patiënten die zich voor het eerst met een slaapprobleem melden.

Het onderzoek is kleinschalig en exploratief van aard. We vinden een significante, maar geringe verschuiving in de scores op de vragenlijsten. De klinische relevantie van deze verschillen is nog onduidelijk. Het lijkt er wel op dat de POH ggz een bijdrage kan leveren bij de aanpak van slaapproblemen en het is niet ondenkbaar dat de gevonden effecten nog verder doorzetten in de tijd.

Implicaties voor de praktijk

Andere onderzoeken toonden aan dat het versturen van een stopbrief aan chronische gebruikers effectief is.¹⁵⁻¹⁷ Deze interventie kost weinig tijd en inspanning, en kan men relatief eenvoudig in de huisartsenpraktijk of via de apotheek aanbieden. Aansluitend op de stopbrief kan men een begeleide dosisafbouw aanbieden. Deze begeleiding is weliswaar intensiever van aard, maar ook effectiever ten opzichte van alleen het aanbieden van een stopbrief.¹⁸⁻²¹ Bij nieuwe patiënten met slaapstoornissen is het direct aanbieden van CGT op termijn effectiever, omdat men hiermee chronisch slaapmiddelengebruik kan voorkomen. Huisartsen zijn vanwege het tijdsaspect in het algemeen echter niet in de gelegenheid CGT aan te bieden.

Vergeleken met het benaderen van chronisch benzodiazepinegebruikers (bijvoorbeeld bij het aanvragen van een herhaalreceptuur) vormt het aanspreken van nieuwe patiënten met slaapstoornissen tijdens het spreekuur een andere strategie, die goed aansluit bij de dagelijkse praktijk. Ook tijdens dit onderzoek kon de huisarts nieuwe patiënten doorverwijzen naar de POH ggz. Van deze mogelijkheid hebben slechts twee huisartsen gebruikgemaakt. Het betrof vijf patiënten, die we niet hebben meegenomen in de analyses. In zorgprogramma's zou men deze component verder kunnen uitwerken. Het lijkt hierbij wenselijk dat huisartsen alerter worden op de signaalfunctie en patiënten goed screenen op motivatie, alvorens ze door te verwijzen naar de POH ggz.

Tot slot kunnen we op basis van de bevindingen en interviews met de POH ggz en huisartsen aanbevelen om ook de training van de POH ggz uit te breiden. Uitgebreidere training en meer en langere bijeenkomsten per patiënt versterken naar verwachting de effecten.^{14,22}

CONCLUSIE

We vinden een significante, maar geringe verschuiving in de scores op de vragenlijsten bij de begeleide patiënten wat betreft slaapgerelateerde klachten en zelfgerapporteerd medicatiegebruik. Gezien het potentieel van CGT door de POH ggz bevelen we kleinschalige implementatie aan, ondersteund door begeleidend onderzoek, waarbij men de effecten op de lange termijn (minimaal één jaar) op praktijk- en patiënteniveau kan vaststellen. Hierbij zou men uitdrukkelijk ook nieuwe patiënten moeten meenemen. Verder is het aan te bevelen de kosteneffectiviteit van deze behandelvorm vast te stellen vergeleken met die van de stopbrief in combinatie met gedoseerde afbouw. Bij positieve effecten is verdere uitrol aan te bevelen. ■

LITERATUUR

- 1 Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. www.nhg.org.
- 2 Maassen H. Kwart Nederlanders heeft slaapttekort. Med Cont, artsennet. Nieuwsartikel 16 maart 2011. <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuwsartikel/Kwart-Nederlanders-heeft-slaapttekort.htm>.
- 3 Nivel. Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de EL-GGZ. Utrecht: Nivel, 2006.
- 4 Vincent N, Lewycky S. Logging on for better sleep: RCT of the effectiveness of online treatment for insomnia. *Sleep*. 2009;32:807-15.
- 5 VWS. Factsheet afschaffen vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen per 1 januari 2009. Den Haag: Ministerie van VWS, 2009.
- 6 Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, et al. Cognitive Behavioral Therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: A randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301:2005-15.
- 7 Van Straten A, Cuijpers P, Smit F, Spermon M, Verbeek I. Self-help treatment for insomnia through television and book: A randomized trial. *Patient Educ Couns* 2009;74:29-34.
- 8 Brandsma F. Cognitieve gedragstherapie: win-winsituatie voor huisarts en patiënt. *Huisarts Wet* 2003;46:284-5.
- 9 Gorgels WJM, Oude Voshaar RC, Mol AJ, Van de Lisdonk EH, Van Balkom AJLM, Van den Hoogen HJM, et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study. *Drug Alcohol Depend* 2005;78:49-56.
- 10 Gorgels W, Oude Voshaar R, Mol A, Van de Lisdonk E, Mulder J, Van den Hoogen H, et al. A benzodiazepine discontinuation programme does not increase the frequency of contacts with the family practice. *Scand J Prim Health Care* 2008;26:74-9.
- 11 Verbeek I, Klip E. Slapeloosheid. BOOM Hulpboek. Amsterdam: BOOM, 2005.
- 12 Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
- 13 Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001;2:297-307.
- 14 Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep* 2007;30:1547-54.
- 15 Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 2003;53:923-8.
- 16 Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:5-8.
- 17 Gorgels W. Stoppen met benzodiazepinen. *Huisarts Wet* 2009;52:1-8.
- 18 Niessen WJ, Stewart RE, Broer J, Haaijer-Ruskamp FM. Vermindering van gebruik van benzodiazepinen door een brief van de eigen huisarts aan chronische gebruikers. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;7:356-61.
- 19 Oude Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ, Couvée JE, Van Balkom AJ, Zitman FG. Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1347-50.
- 20 Oude Voshaar RC, Krabbe PF, Gorgels WJ, Adang EM, Van Balkom AJ, Van de Lisdonk EH, et al. Tapering off benzodiazepines in long-term users: an economic evaluation. *Pharmacoeconomics* 2006;24:683-94.
- 21 Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, Van de Lisdonk EH, Mulder J, Van den Hoogen H, et al. Consequences of a benzodiazepine discontinuation programme in family practice on psychotropic medication prescription to the participants. *Fam Pract* 2007;24:504-10.
- 22 Gorgels W, Oude Voshaar R, Mol A, Van de Lisdonk E, Mulder J, Van den Hoogen H, et al. A benzodiazepine discontinuation programme does not increase the frequency of contacts with the family practice. *Scand J Prim Health Care* 2008;2:74-9.
- 23 Edinger JD, Wohlgenuth WK, Radtke RA, Coffman CJ, Carney CE. Dose-response effects of cognitive-behavioral insomnia therapy: a randomized control trial. *Sleep* 2007;30:203-12.