

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Slaapstraat

Evaluatie van een slaapzorgprogramma in de huisartspraktijk

ANNEMIEKE VAN STRATEN, TANJA VAN DER ZWEERDE, INGRID VERBEEK
 & JAAP LANCEE

Samenvatting

Slaapstraat is een nieuw zorgprogramma dat huisartsen faciliteert bij de aanpak van slaapproblemen. Doel is verbetering van de slaapzorg in de huisartspraktijk. Om dit zorgprogramma te kunnen uitvoeren volgen professionals in hun eigen praktijk een training over slaapproblemen, en over de diagnostiek en behandeling ervan. Wij hebben in vijf regio's in Nederland de meerwaarde van de implementatie van Slaapstraat geëvalueerd door een voormeting en een nameting uit te voeren. De belangrijkste bevindingen zijn: (1) dat huisartsen na implementatie van Slaapstraat slaapproblemen eerder herkennen, maar (2) dat nog lang niet alle patiënten met slaapproblemen herkend worden, (3) dat de diagnostiek sterk verbeterd is, (4) dat patiënten de toegenomen aandacht voor diagnostiek heel prettig vinden, (5) dat patiënten minder vaak slaapmedicatie voorgeschreven krijgen, en (6) dat cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) weliswaar de eerstekeuzebehandeling is, maar dat die nog maar heel beperkt wordt toegepast. Slaapstraat is een goede eerste stap om de slaapzorg in de eerste lijn te verbeteren. Er is echter meer aandacht nodig voor brede implementatie van CGT-i. Dit kan onder andere door gerichte training van de POH-ggz.

Trefwoorden: huisartspraktijk, insomnie, slaapproblemen, CGT, CGT-i

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Slaapstraat, een nieuw zorgprogramma voor de eerste lijn gericht op slaapproblemen, verbetert de kennis en diagnostiek van slaapproblemen, en leidt tot minder voorschrijven van slaapmedicatie.

- ▶ Patiënten vinden het prettig dat slaapproblemen serieus genomen worden en zijn blij met de uitgebreidere diagnostiek en betere psycho-educatie in Slaapstraat.
- ▶ De bewezen effectieve behandeling voor insomnie (cognitieve gedragstherapie voor insomnie) wordt nog onvoldoende toegepast, wat specifieke nascholing van POH's essentieel maakt.

INLEIDING

.....

Aanleiding voor de ontwikkeling van Slaapstraat: prevalentie en gevolgen van slaapproblemen

.....

Slaapproblemen zijn een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. Meer dan 40% van de bevolking geeft aan onvoldoende slaap te krijgen en ongeveer een derde van de populatie ervaart symptomen van een slaapprobleem (Kocevska et al., 2021; Ohayon, 2002). Er zijn zes verschillende hoofdgroepen van slaapproblemen te onderscheiden, namelijk: (1) insomnie (slaapeloosheid), (2) parasomnie (ongewoon slaapedrag, zoals slaapwandelen en nachtmerries), (3) slaap-waakritmestoornissen, (4) overmatige slaperigheid, (5) slaapapneu, en (6) rusteloze benen.

Van alle slaapproblemen komt insomnie het meeste voor. Een kleine 10% van de bevolking voldoet aan de diagnose van een insomniestoornis, die we ook wel 'chronische insomnie' noemen (Kerkhof, 2017; Morin et al., 2006; Ohayon, 2002). We spreken van een insomniestoornis wanneer er problemen zijn met in- of doorslapen, of wanneer iemand te vroeg wakker wordt, gedurende ten minste drie nachten per week. Deze problemen moeten minstens drie maanden achtereen aanwezig zijn en bovendien het functioneren overdag beïnvloeden (APA, 2014). We spreken van acute insomnie als de klachten kortdurend zijn. Dit artikel betreft uitsluitend chronische insomnie, die we verder kortweg aanduiden als 'insomnie'.

Insomnie gaat vaak gepaard met een verminderde kwaliteit van leven op verschillende levensgebieden. Daarnaast komt insomnie vaak voor samen met andere somatische en psychische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten (He et al., 2017; Spiegelhalder et al., 2010) en depressie (Baglioni et al., 2011). Mensen die lijden aan insomnie maken vaker gebruik van zorg, melden zich vaker ziek voor hun werk en zijn over het algemeen minder productief dan mensen die goed slapen (Daley et al., 2009). De hoge prevalentie, de directe en indirecte gevolgen ervan, en de grote mate van comorbiditeit zorgen samen voor hoge maatschappelijke kosten (Wickwire et al., 2016). Om de gevolgen van insomnie en andere slaapproblemen zoveel mogelijk te beperken, is het van belang dat huisartsen ze goed herkennen, kunnen diagnosticeren en de juiste hulp aanbieden.

Optimale zorg van slaapstoornissen volgens NHG-standaard

122

Binnen de huisartsenpraktijk geldt als richtlijn de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) *Slaap en slaapmiddelen* (Gorgels et al., 2014). Om goede zorg te kunnen leveren, dienen slaapstoornissen op de eerste plaats goed gediagnosticeerd en gedifferentieerd te worden. De NHG-standaard beschrijft het afnemen van een slaapdagboek als optioneel, naast het afnemen van een anamnese. Een slaapdagboek is zeer nuttig omdat het in een oogopslag inzicht geeft in het slaap-waakritme van de patiënt. Onder slaapexperts bestaat consensus dat onderzoek in een slaapkliniek (zoals polysomnografie) lang niet altijd nodig is om een diagnose te stellen. Wel wordt verwijzing naar een slaap-waakcentrum aangeraden bij overmatige slaperigheid, bij een sterk vermoeden van een obstructief slaapapneu en bij ernstige vormen van *restless legs*.

Insomnie, de meest voorkomende slaapstoornis, kan doorgaans goed behandeld worden in de huisartspraktijk (Bothelius et al., 2013; van der Zweerde et al., 2020). Het voorschrijven van slaapmedicatie, zoals benzodiazepinen, wordt ontraden bij insomnie. Deze medicatie is zeer verslavend en heeft negatieve bijwerkingen, zoals sufheid en duizeligheid overdag (Holbrook et al., 2000). Wanneer iemand deze middelen enige tijd heeft gebruikt, is het erg lastig om het gebruik ervan weer af te bouwen. Zoals in de NHG-standaard wordt beschreven, dient dergelijke medicatie alleen bij uitzondering en alleen voor de korte termijn te worden voorgeschreven. Naast benzodiazepinen worden ook andere (niet-geregistreerde) middelen voorgeschreven om slapen te bevorderen, zoals sommige soorten antidepressiva en antipsychotica. Er is tot op heden nog onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid hiervan. De vraag of de voordelen opwegen tegen de nadelen is nog niet beantwoord (Bakker et al., 2021).

Volgens alle huidige insomnierichtlijnen is de eerstekeuzebehandeling cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i; Gorgels et al., 2014; Qaseem et al., 2016; Riemann et al., 2017). De belangrijkste elementen hiervan zijn: psycho-educatie, slaaphygiëne (aandacht voor gedrag dat de slaap kan belemmeren c.q. bevorderen, zoals het opbouwen van een 24-uursritme), stimuluscontrole (bed en slaapkamer leren associëren met slapen en niet met wakker liggen) en slaaprestrictie (beperken van de tijd in bed om zo de slaapdruk op te voeren). Voor een verdere beschrijving van CGT-i, zie het artikel van Rauwerda en Verbeek (2023) in deze uitgave. Lastig is dat de huisarts niet kan doorverwijzen naar een psycholoog, omdat de behandeling van insomnie niet wordt vergoed door zorgverzekeraars (indien insomnie de primaire diagnose is). De CGT-i-behandeling kan echter ook goed worden uitgevoerd door de praktijkondersteuner van de huisarts op het vlak van geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz).

Huidige zorg voor slaapstoornissen in de huisartspraktijk

Wij kunnen ons goed vinden in hoe de zorg nu in de NHG-richtlijnen beschreven staat. De praktijk is echter weerbarstig en de zorg die nu in de huisartspraktijk geboden wordt is vaak nog niet optimaal. Huisartsen hebben niet altijd voldoende kennis over slaapproblemen om een goede diagnose te kunnen stellen. Verder wordt bij insomnie nog vaak slaapmedicatie voorgeschreven, en wel bij ongeveer 60% van alle nieuwe patiënten (Hoebert et al., 2012). Dit is vaak niet de voorkeur van de huisartsen, maar zij ervaren een gebrek aan goede alternatieven (Everitt et al., 2014). Onbekend is hoeveel patiënten een volledige CGT-i krijgen aangeboden, maar waarschijnlijk gaat het om een kleine minderheid.

Een nieuw slaapzorgprogramma voor de huisartspraktijk: Slaapstraat

Uit onvrede over de huidige situatie heeft een groep eerstelijns zorgprofessionals uit Utrecht het initiatief genomen tot het opzetten van een slaapzorgprogramma: Slaapstraat (www.slaapstraat.nl). Om slaap(problematiek) regionaal te agenderen en professionals met het zorgprogramma te leren werken, zijn tegelijkertijd een Theater Talkshow en een training ontwikkeld:

- 1 De Theater Talkshow brengt op enigszins luchtige wijze slaapproblematiek voor het voetlicht en nodigt hulpverleners uit de regio uit om met elkaar in gesprek te gaan over de huidige werkwijze rond slaapproblemen.
- 2 De training wordt op locatie in een huisartspraktijk verzorgd, richt zich primair op huisartsen en POH's-ggz en bestaat uit twee dagdelen van ieder ongeveer 3,5 uur. Het eerste dagdeel is voornamelijk gericht op slaapfysiologie, slaapproblematiek en diagnostiek. Tijdens het tweede dagdeel ligt de focus op de behandeling van slaapproblemen. De praktijk-assistenten krijgen aanvullend een aparte training aangeboden van ongeveer 2 uur. In deze training wordt ook achtergrondinformatie gegeven over slaapproblematiek en is er specifiek aandacht voor hoe de assistenten de huisarts kunnen ondersteunen bij het uitvoeren van Slaapstraat.

Nadat de training doorlopen is, kan gestart worden met het uitvoeren van Slaapstraat. Dit betekent het volgende:

- 1 Iedere patiënt bij wie men een slaapprobleem vermoedt, wordt uitgenodigd voor de zogeheten Slaapmeetweek (www.slaapmeetweek.nl). De patiënt ontvangt een uitnodiging om online een vragenlijst in te vullen en om gedurende een week een slaapdagboek bij te houden. De vragenlijst die wordt afgenomen is de Holland Sleep Disorders Questionnaire (HSDQ; Kerkhof et al., 2013). Deze vragenlijst bestaat uit 32 stellingen.

De score geeft weer of de klachten inderdaad wijzen op een slaapprobleem. Bovendien kan er op basis van de subschaalscores gedifferentieerd worden tussen de zes meest voorkomende slaapproblemen. Indien er sprake blijkt te zijn van een insomniestoornis, wordt bovendien de Insomnia Severity Index (ISI; Morin et al., 2011; Thorndike et al., 2011) afgenomen om de ernst van de klachten te bepalen. De vragenlijsten kunnen als pdf gekoppeld worden aan het huisartseninformatiesysteem (HIS), waardoor de uitslagen (inclusief normscores) direct terug te vinden zijn in het dossier van de patiënt.

- 2 Na de meetweek volgt een tweede, lang consult, waarin het ingevulde slaapdagboek wordt besproken, samen met de scores op de vragenlijst. Tijdens dit gesprek worden de diagnose gesteld, psycho-educatie gegeven en een behandelplan opgesteld. De huisartsen krijgen een klapper die gebruikt kan worden voor psycho-educatie aan de patiënt.
- 3 De huisarts kan de CGT-i zelf in zes tot acht consulten uitvoeren, maar ook kan de patiënt hiervoor verwezen worden naar de POH-ggz. In de klapper staat het stroomschema van de behandeling.

VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

.....

Slaapstraat is ontwikkeld in de regio Utrecht. De positieve ervaringen in deze regio hebben ertoe geleid dat Slaapstraat in 2018 en 2019 is uitgerold naar vijf andere regio's. Tegelijk met deze uitrol werd een evaluatieonderzoek gestart, dat door de Hersenstichting (GH-2017-00247) is gefinancierd en door de auteurs van dit artikel uitgevoerd. De evaluatie was gericht op het in kaart brengen van: (1) verandering in kennis van de professionals, (2) verandering in het zorgproces, (3) vermindering van klachten van patiënten, en (4) tevredenheid van patiënten en professionals over de nieuwe werkwijze. Hoewel Slaapstraat betrekking heeft op alle slaapproblemen, richt deze evaluatie zich primair op insomnie, omdat deze stoornis verreweg het meeste voorkomt.

METHODE

.....

Deelnemende regio's

.....

In de vijf deelnemende regio's, verspreid over het land, waren in totaal 41 huisartsen, 19 POH's-ggz en ruim 20 assistenten werkzaam. Iedere regio bediende ongeveer 11.000 tot 13.000 patiënten. De dataverzameling vond plaats in 2019.

Dataverzameling

De data werden op verschillende manieren verzameld:

- 1 Voor en na implementatie van Slaapstraat moesten alle professionals een vragenlijst invullen om het volgende na te gaan: (A) veranderingen in kennis over diagnostiek en behandeling van slaapproblematiek, (B) tevredenheid over het gebruik van Slaapstraat, en (C) knelpunten in de slaapzorg. Er kon geen gebruik worden gemaakt van een bestaande vragenlijst. De vragen zijn door de onderzoekers zelf opgesteld, in samenwerking met enkele somnologen. Voorbeelden van open vragen zijn: ‘Wat is slaaprestrictie?’ en ‘Wanneer is slaapmedicatie geïndiceerd voor insomnie?’
- 2 Verder is gebruikgemaakt van data uit het huisartseninformatiesysteem (HIS). Er werd informatie verzameld over het jaar *voorafgaand* aan de invoering van Slaapstraat en het jaar *na* invoering van Slaapstraat. De medewerkers van de huisartspraktijken haalden deze data zelf uit het HIS, nadat zij precieze instructies van de onderzoekers hadden gekregen over de gewenste variabelen. Aan de hand van de HIS-data werd gekeken naar: (A) de prevalentie van slaapproblemen (het aantal nieuwe patiënten dat gediagnosticeerd werd met een slaapprobleem, namelijk zij die voldeden aan de International Classification of Primary Care (ICPC)-codes Po6-slapeloosheid, Po6.01-apneu of No4-rusteloze benen), en (B) prevalentie van het voorschrijven van slaapmedicatie aan mensen met een consult voor insomnie (ICPC-code Po6).
- 3 Bij de huisarts of POH-ggz werd gecheckt hoe het beloop was van de behandeling van patiënten die meededen aan Slaapstraat (het ging dan bijvoorbeeld om informatie over verwijzingen naar de POH-ggz, de behandeling die de POH-ggz heeft toegepast, en verwijzingen naar elders). In sommige gevallen wist huisarts of POH-ggz dit uit het hoofd (zij konden zich de patiënt herinneren), in andere gevallen werd de informatie opgezocht in het dossier.
- 4 Alle patiënten in Slaapstraat is gevraagd om mee te doen aan het onderzoek. De patiënten kregen na het invullen van de vragenlijst in het kader van de Slaapmeetweek informatie over het onderzoek, met de vraag om medewerking. Alle patiënten die online *informed consent* hadden gegeven, kregen bij de start van Slaapstraat extra vragen voorgelegd én werden 3 maanden later opnieuw benaderd. Op deze manier werd: (A) het beloop van de slaapklachten in kaart gebracht (ISI, zeven vragen; Morin et al., 2011), (B) het beloop in angst- en depressieve klachten (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, 14 vragen; Olssen et al., 2005; Spinhoven et al., 1997), (C) het functioneren in het dagelijks leven (Work and

Social Adjustment Scale, WSAS, vijf vragen; Mundt et al., 2002), en (D) de tevredenheid over de zorg (zelf opgesteld).

- 5 In alle regio's werden ongeveer een half jaar na de start van het onderzoek evaluatiebijeenkomsten gehouden. Alle medewerkers uit huisartspraktijken die de Slaapstraat-training hadden gevolgd werden hiervoor uitgenodigd, maar niet alle medewerkers waren aanwezig. De onderzoekers noteerden de knelpunten die besproken werden. Deze data zijn een aanvulling op de vragenlijst aan de professionals waarin naar (on)tevredenheid is gevraagd over de slaapzorg na invoering van Slaapstraat (zie punt 1 hierboven).

Respons

De respons op de vragenlijst onder professionals voorafgaand aan de invoering van Slaapstraat was 80% (34 van de 41 huisartsen, en 14 van de 19 POH's). De respons op de nameting was aanzienlijk lager, namelijk 46% (17 van de 39 huisartsen, en 9 van de 17 POH's).

In totaal werden 263 patiënten uitgenodigd voor deelname aan Slaapstraat. Van hen vulde 71% ($n = 187$) de online vragenlijst in. Deze 187 patiënten zijn benaderd voor het onderzoek, van wie 117 patiënten (63%) toestemming gaven voor het kwantitatieve deel (vragenlijsten). Zij zijn 3 maanden later opnieuw benaderd met een vragenlijst en de respons was toen 43% (50 van de 117). Tot slot gaven 98 van de 117 patiënten toestemming om de huisarts te bevragen over hun zorg.

Ethiek

Het onderzoek is voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het VUmc, die heeft geoordeeld dat dit onderzoek niet onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt. Alle patiënten werd schriftelijk toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek na te zijn geïnformeerd over het doel en de werkwijze ervan.

Analyses

Waar mogelijk hebben wij het verschil tussen de voormeting en de nameting getoetst met een gepaarde *t*-toets.

.....

Veranderingen in kennis over insomnie van huisartsen en POH's-ggz

.....

Kennis over insomnie is getoetst door middel van 35 open vragen. Een vraag werd alleen goed gerekend indien het antwoord volledig goed was. Bij de voormeting antwoordden de huisartsen 30% van de vragen geheel correct en de POH's 34%. Bij de nameting waren deze percentages respectievelijk 43% en 45%. De verbeteringen (respectievelijk 13% en 11%) zijn niet statistisch significant (respectievelijk $p = 0,36$ en $p = 0,60$).

Veranderingen in het zorgproces

.....

Er zijn anoniem HIS-data verzameld over de zorg in het jaar voorafgaand aan de invoering van Slaapstraat en in de 9 tot 12 maanden na invoering van Slaapstraat. Daarnaast is bij de professionals nagevraagd welke zorg deelnemers aan Slaapstraat kregen.

- 1 *Herkennen van slaapproblematiek.* Er is gekeken naar de incidentie van slaapproblematiek, dat wil zeggen: naar het aantal nieuwe patiënten dat op consult kwam voor een slaapprobleem op een totaal aantal van ongeveer 57.000 consulten. Het gaat om de drie slaapproblemen met een eigen code in het huisartsdossier: insomnie (P06), apneu (P06.01) en rusteloze benen (N04). Voorafgaand aan de invoering van Slaapstraat is de incidentie van deze drie stoornissen samen 2,0% en na invoering is ze 2,4%. De toename is klein, maar wel statistisch significant ($p < 0,01$).
- 2 *Diagnostiek.* In totaal kreeg 89% van de patiënten die meededen aan Slaapstraat (en toestemming gaven voor onderzoek) na het invullen van de vragenlijst een vervolgsconsult met de huisarts. Van hen had het merendeel (96%) tevens een ingevuld slaapdagboek bij zich. Tijdens dit vervolgsconsult is bij al deze patiënten een diagnose gesteld. De HSDQ-vragenlijst ($n = 117$) liet bij 80% van de patiënten een verhoogde totaalscore zien. Van deze groep met een verhoogde score had 77% een verhoogde score op insomnie, 27% op circadianeritmestoornissen, 17% op hypersomnolentie, 17% op rusteloze benen, 16% op ademhalingsgerelateerde slaapproblemen, en 13% op parasomnieën. Het totaal komt boven de 100% uit, omdat patiënten op meerdere schalen een verhoogde score konden hebben.
- 3 *Slaapmedicatie.* Uit de HIS-data voorafgaand aan de invoering van Slaapstraat bleek dat 64% van de patiënten bij wie insomnie werd vastgesteld slaapmedicatie krijgt voorgeschreven. Een jaar na de invoering is dit ge-

- daald tot 50%. Er is dus sprake van een duidelijke afname van 14% en deze afname is ook statistisch significant ($p < 0,01$).
- 4 *Behandeling met CGT-i.* Gemiddeld kregen patiënten met insomnie vijf consulten bij de huisarts tijdens het jaar na invoering van Slaapstraat. Twee van deze vijf consulten waren daadwerkelijk voor insomnie (code Po6 in HIS), terwijl de overige consulten voor andere mentale of fysieke problemen waren (andere HIS-codering). In de twee consulten voor insomnie werd wel psycho-educatie gegeven, maar het aantal consulten is onvoldoende voor een volledige CGT-i. De helft van de patiënten (50%) werd doorverwezen naar de POH-ggz. De POH-ggz besteedde wel aandacht aan de slaapproblemen, maar daarbij ging het veelal om uitleg van slaaphygiëne. Andere belangrijke onderdelen van CGT-i kwamen veel minder vaak aan bod. Zo kreeg maar 9% van de patiënten bij de POH-ggz slaaprestrictie voorgeschreven.

Slaapklachten van patiënten die meededen aan Slaapstraat en aan het onderzoek

Uit de vragenlijst die 117 deelnemende patiënten hebben ingevuld bleek dat 80% vrouw is, 88% geboren is in Nederland en 49% hoog is opgeleid (minimaal hbo-opleiding). Ongeveer de helft van de patiënten heeft al langere tijd (10 jaar of meer) continue slaapproblemen. Bij de andere helft zijn de slaapproblemen meer periodiek: zij komen en gaan. Ongeveer de helft geeft aan al eerder hulp te hebben gezocht voor de slaapproblemen.

Tabel 1 geeft het klinische profiel weer van de patiënten bij de start van Slaapstraat en 3 maanden later. De gemiddelde score op de ISI was bij aanvang 18,2 (SD = 3,9). Dit staat voor klinisch relevante, matig ernstige slaapproblemen. De patiënten scoorden daarnaast ook depressieve klachten (gemiddeld 14,7; SD = 3,7) en angstklachten (gemiddeld 14,3; SD = 4,0). Van al deze patiënten heeft 43% ($n = 50$) ook een nameting ingevuld. Deze groep, die dus zowel een voormeting als een nameting heeft ingevuld, verbetert significant ($p < 0,01$) op hun slaapklachten: de afname van de ISI-score was gemiddeld 4 punten, wat neerkomt op een effectgrootte van Cohens $d = 0,6$. De overige resultaten zijn minder eenduidig. Angstklachten bleken significant toe te nemen (effectgrootte +0,5; $p < 0,01$). Ook de depressieve klachten bleken iets toe te nemen (effectgrootte van $d = +0,3$), maar het verschil was niet statistisch significant ($p = 0,07$). Het functioneren tijdens de dag leek wel iets te verbeteren (effectgrootte $d = 0,3$), maar ook dit was niet statistisch significant ($p = 0,20$).

Tevredenheid van patiënten en professionals over de nieuwe werkwijze

Uit de vragenlijst die is afgenomen bij patiënten 3 maanden na inclusie in Slaapstraat (respons 43%) bleek dat patiënten vooral tevreden waren over de

TABEL 1 Scores van patiënten op ernst van de insomnie (ISI), depressieve en angstklachten (HADS), en functioneren (WSAS) tijdens voormeting en nameting

	Totale groep (n = 117)	Groep met zowel voormeting als nameting (n = 50)			
		Gemiddelde voormeting (SD)	Gemiddelde voormeting (SD)	Gemiddelde nameting (SD)	Effectgrootte (Cohens d)
Ernst insomnie (ISI)	18,2 (3,9)	18,7 (4,0)	14,7 (5,8)	- 0,6	< 0,01
Depressie (HADS)	14,7 (3,7)	15,4 (3,9)	16,5 (1,8)	+ 0,3	0,07
Angst (HADS)	14,3 (4,0)	15,1 (4,4)	18,2 (2,3)	+ 0,5	< 0,01
Functioneren (WSAS totaal)	4,1 (2,1)	4,5 (1,9)	4,0 (2,0)	- 0,3	0,20

Noot. ISI = Insomnia Severity Index, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, SD = standaarddeviatie, WSAS = Work and Social Adjustment Scale.

aandacht die werd geschonken aan het slaapprobleem. Ze vonden het fijn dat de huisarts de tijd nam om te luisteren en zij voelden zich serieus genomen. Ook het slaapdagboek werd erg gewaardeerd. Patiënten gaven aan tevreden te zijn met het verkregen inzicht in het slaappatroon en de kennis over de oorzaken van slecht slapen. Men is echter minder tevreden over het vervolg. Patiënten gaven aan dat zij na de diagnose behoefte hadden aan meer begeleiding, nazorg en adviezen. Gegevens over de tevredenheid van professionals over de implementatie van Slaapstraat was afkomstig uit zowel vragenlijsten (respons 46%) als evaluatiebijeenkomsten per regio. De vragenlijsten die waren ingevuld lieten positieve resultaten zien. De huisartsen zien een duidelijke meerwaarde in Slaapstraat, omdat het programma leidt tot meer aandacht, erkenning en alertheid voor slaapproblemen. Men is heel tevreden over het slaapdagboek als diagnostisch instrument. De POH's-ggz vinden het prettig dat zij een belangrijker rol hebben gekregen in de slaapzorg. Zij hebben meer taken gekregen, in zowel de diagnostiek als de behandeling.

Zowel huisartsen als POH's-ggz noemen als knelpunt dat zij te weinig mensen met slaapproblemen zien om zich de methode goed eigen te kunnen maken. Er wordt onvoldoende routine en handigheid opgebouwd. Daarnaast ervaart men een gebrek aan tijd om de diagnostiek en behandeling optimaal te kunnen uitvoeren.

DISCUSSIE

.....

Om de slaapzorg in de huisartspraktijk te verbeteren is het zorgprogramma Slaapstraat ontwikkeld. Dit programma is uitgerold in vijf regio's. De resultaten ervan zijn geëvalueerd aan de hand van een voormeting en een nameting, en beantwoorden vier vragen. De eerste vraag is naar veranderingen in de kennis van professionals. We zien aanwijzingen dat deze kennis toeneemt, maar de toename bleek niet statistisch significant te zijn. De tweede vraag, naar veranderingen in het zorgproces, laat zien dat huisartsen slaapproblemen eerder herkennen, dat zij uitgebreidere slaapdiagnostiek verrichten en minder slaapmedicatie voorschrijven. Volledige CGT-i wordt echter nog zelden toegepast. De derde vraag betrof het effect op patiënten. We zien dat patiënten significant verbeteren op slaapklachten, maar niet op depressie, angst of functioneren. De laatste vraag betrof de tevredenheid met de nieuwe slaapzorg. Patiënten zijn met name tevreden over het feit dat er aandacht is voor het probleem en de uitgebreidere diagnostiek. Huisartsen zien de meerwaarde van Slaapstraat vooral rond de diagnostiek.

Herkennen van slaapprobleem

.....

Het programma leidt tot meer aandacht voor slaapproblematiek. Er is ook een (statistisch significante) toename te zien van het aantal patiënten bij wie in het dossier een slaapprobleem wordt geregistreerd. Het totale aantal patiënten (2,4% van alle patiënten op consult) is echter nog steeds erg laag. Dit aantal is niet in verhouding met de prevalentie van slaapklachten in de bevolking: ongeveer 30% voor slaapklachten in het algemeen en een kleine 10% voor insomniestoornissen (Ohayon, 2002). Verwacht mag worden dat dit percentage nog hoger is bij patiënten die op het spreekuur van de huisarts komen.

Slaapproblemen worden om twee redenen niet herkend. Ten eerste omdat patiënten ze zelf niet naar voren brengen, bijvoorbeeld omdat zij denken dat er weinig aan gedaan kan worden. Ten tweede omdat slaapproblemen vaak tegelijk optreden met andere klachten (bijvoorbeeld pijn of stemmingsklachten) en zowel huisartsen als POH's-ggz de neiging hebben om vooral daar aandacht aan te besteden: men denkt dan dat na behandeling van die andere klachten ook de slaapklachten vanzelf zullen overgaan. Uit de wetenschappelijke literatuur komt echter duidelijk naar voren dat slaapklachten apart te onderscheiden problemen zijn, die behandeling verdienen (Bjorvatn et al., 2021; Troxel et al., 2012). Zo is de kans dat stemmingsklachten aanhouden of weer terugkeren vele malen groter wanneer er sprake is van onbehandelde slaapproblemen.

Diagnostiek

Invoering van Slaapstraat genereert duidelijk meer aandacht voor de diagnostiek, hoewel de kennis niet duidelijk toeneemt. Vooral de invoering van het slaapdagboek (en in mindere mate de vragenlijst) speelt een belangrijke rol bij het verkrijgen van meer inzicht in het slaapprobleem. Overigens hebben wij binnen dit onderzoek niet kunnen checken in hoeverre de slaapstoornissen correct gediagnosticeerd waren of niet. Het merendeel van de patiënten vindt het fijn om een slaapdagboek in te vullen. Patiënten hebben hierdoor het gevoel dat hun klachten serieus genomen worden en het geeft hun zelf ook meer inzicht.

Slaapmedicatie

Het percentage patiënten dat slaapmedicatie krijgt voorgeschreven neemt af met 14% (en is statistisch significant). Dit is een grote winst. Desondanks krijgt de helft van de patiënten nog steeds medicatie voorgeschreven. Dit is niet in overeenstemming met de richtlijnen, die voorschrijven om heel terughoudend te zijn met slaapmedicatie. Er is dus een grote en belangrijke verbetering, maar ook is er nog meer winst te behalen.

Psycho-educatie

Er is bij de hulpverleners niet gevraagd in hoeverre zij meer (of betere) psycho-educatie geven. Patiënten gaven echter duidelijk aan dat er meer aandacht en tijd was om het slaapprobleem te bespreken. Ook vinden zij het fijn om meer te weten over (de oorzaken van) hun slaapprobleem.

CGT-i

CGT-i is de eerstekeuzebehandeling bij insomnie volgens alle insomnie-richtlijnen en de NHG-standaard. Uit dit onderzoek blijkt echter dat ook na invoering van Slaapstraat het percentage patiënten dat een volledige CGT-i krijgt (inclusief stimuluscontrole en slaaprestrictie) nog heel klein is. Dit betekent dat de slaapproblemen van patiënten minder verbeteren dan mogelijk is. Slaapstraat draagt uit dat CGT-i aangeboden kan worden door huisartsen. Wij zijn het daar in principe mee eens, maar tegelijkertijd constateren wij dat de meeste huisartsen aangeven daar onvoldoende tijd voor te hebben. Wij menen dan ook dat CGT-i beter aangeboden kan worden door de POH-ggz. Tijdens de Slaapstraattraining wordt nog maar beperkt aandacht geschonken aan CGT-i-training voor POH's. In eerder onderzoek hebben wij aangetoond dat POH's-ggz na training goed in staat zijn om CGT-i aan te bie-

den en dat dit grote effecten heeft op slaapkachten (van der Zweerde et al., 2020).

Effecten op klachten van patiënten

De slaapkachten van patiënten in Slaapstraat namen significant af. Gemiddeld genomen daalde de ISI-score met 4 punten. Dit komt overeen met een middelgroot effect ($d = 0,6$), maar niet met een klinisch relevant effect, dat gedefinieerd is als een daling van 6 punten of meer. De meest waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat patiënten onvoldoende behandeling hebben gehad (CGT-i).

Naast een daling van slaapkachten zagen wij een significante toename van angstklachten. Dit is een onverwacht resultaat, aangezien angst- en depressieve klachten doorgaans afnemen als slaapkachten verbeteren (Ballesio et al., 2017; Gebara et al., 2018; Staines et al., 2022). Wellicht is dit te wijten aan het feit dat men geen controle leerde te krijgen over de slaapkachten. Ook kan het natuurlijk een toevalsbevinding zijn.

Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek in vijf regio's in Nederland, waarin professionals en patiënten zijn benaderd om veranderingen in slaapzorg in kaart te brengen na invoering van Slaapstraat, kent een aantal beperkingen.

Ten eerste is dit een observationeel onderzoek. Dit wil zeggen dat we geen controlegroep hadden (van patiënten die niet aan Slaapstraat hebben deelgenomen) om de uitkomsten mee te vergelijken. Dit betekent dat we niet met zekerheid kunnen zeggen of de veranderingen in de scores ook daadwerkelijk door invoering van Slaapstraat zijn veroorzaakt.

Ten tweede was er een hoge non-respons onder de professionals. Bij aanvang wilde nog 80% van hen onze vragenlijst invullen, maar een jaar later was dit nog maar 46%. Waarschijnlijk valt deze hoge non-respons te verklaren door de grote werkdruk onder huisartsen en de relatief lange vragenlijst. Bovendien zijn slaapkachten slechts een van de vele problemen waar huisartsen mee te maken krijgen. Het is aannemelijk dat huisartsen die het meest gemotiveerd zijn door het thema 'slaapzorg' het vaakst de vragenlijst hebben ingevuld. Dit betekent dat de non-significante toename van kennis wellicht een overschatting is.

Ten derde was er ook een hoge non-respons onder patiënten. Bij aanvang wilde nog 63% van de patiënten die meededen aan Slaapstraat onze vragenlijst invullen, maar na een jaar was dat nog maar 43%. Patiënten die de nameting niet hebben ingevuld lieten bij aanvang wat minder klachten zien (slaap, angst, depressie) dan patiënten die de nameting wel hebben ingevuld. Mogelijk hadden deze patiënten bij de nameting geen klachten meer en hebben ze daarom de nameting niet ingevuld. In dat geval is het gevon-

den effect een *onderschatting* van het daadwerkelijke effect. Het kan ook zijn dat juist de meest ontevreden patiënten de nameting niet meer hebben ingevuld. In dat geval zou het gevonden effect ook een *overschatting* kunnen zijn van het daadwerkelijke effect. Het enige wat we hier met zekerheid over kunnen zeggen is dat een volledige CGT-i in de huisartspraktijk, aangeboden door de POH-ggz, zeer effectief is op slaapklachten (van der Zwerde et al., 2020).

Klinische implicaties: verdere verbeteringen van de slaapzorg

.....

We concluderen dat invoering van Slaapstraat een goede eerste stap is in het verbeteren van de slaapzorg in de huisartspraktijk, maar ook dat CGT-i vaker toegepast kan en moet worden. Naar onze mening zijn er een aantal manieren om implementatie van CGT-i te bevorderen:

- 1 *CGT-i-behandeling laten geven door de POH-ggz.* Om dit te faciliteren, is het belangrijk om de POH-ggz goed te trainen in CGT-i. Het slaap-waakcentrum Kempenhaeghe heeft een pilotonderzoek uitgevoerd, waarbij POH's-ggz uit een zestal huisartspraktijken een driedaagse training kregen aangeboden en daarna maandelijkse intervisie. Vervolgens is nagegaan in hoeverre de slaapklachten afnamen van patiënten met insomnie in deze huisartspraktijken. De gemiddelde ISI-score vóór behandeling was 17, wat neerkomt op matig ernstige klachten. Na behandeling was de gemiddelde score gedaald tot 7, wat betekent dat er geen slaapprobleem meer is. Meerdere organisaties in Nederland bieden CGT-i-cursussen aan voor POH's en psychologen. Recent hebben wij zelf een kortdurende online CGT-i-cursus ontwikkeld. Deze is specifiek ontwikkeld voor POH's-ggz, maar kan ook goed gevolgd worden door bijvoorbeeld psychologen of verpleegkundig specialisten. Het voordeel van online training is dat de kosten ervan relatief laag zijn en de training uitgevoerd kan worden op zelfgekozen tijdstippen, zonder te hoeven reizen. Na afloop kan de cursist desgewenst nog intervisiebijeenkomsten bijwonen onder leiding van een ervaren slaapbehandelaar. Voor meer informatie, zie: www.leerslapen.nl.
- 2 *Toepassing van CGT-i aan de hand van een boek.* Er zijn meerdere goede CGT-i-boeken beschikbaar voor patiënten (Jespen et al., 2022; van Straten & Lancee, 2019; Verbeek et al., 2014). Dit betekent dat de patiënt de behandeling zelf kan doorlezen en in stappen kan uitvoeren, inclusief huiswerk. Uiteraard is het mogelijk om dit samen met een POH-ggz te doen via face-to-faceconsulten, waarin vragen of problemen rond de behandeling besproken kunnen worden. Het voordeel voor de POH-ggz is dat die niet alles hoeft uit te leggen (en hoeft te onthouden), omdat alle belangrijke informatie ook in het boek beschreven staat.
- 3 *Gebruik van online CGT-i.* Er zijn meerdere online slaapcursussen beschikbaar in Nederland. Omdat helaas niet iedere cursus de gehele CGT-i

bevat, is het wel van belang om goed op te letten voor welke cursus er gekozen wordt. Een van de mogelijkheden is de door ons ontwikkelde i-Sleep-cursus, die in verschillende gerandomiseerde onderzoeken effectief is gebleken (van der Zweerde et al., 2019, 2020; van Straten et al., 2014). Deze kan worden afgenomen via Minddistrict of via www.leerslapen.nl. Net als bij een boek, kan de patiënt alle informatie naslaan, in dit geval online. Het voordeel van een online cursus is dat er ook filmpjes en audiofragmenten beschikbaar zijn. Bovendien heeft de behandelaar online toegang tot het ingevulde slaapdagboek en het huiswerk, en kan dus nog gemakkelijker monitoren hoe de voortgang is van de cursus. Ook een online cursus kan goed aangevuld worden met face-to-facecontacten. Tijdens deze contacten kan er tevens aandacht geschonken worden aan eventuele andere problemen van de patiënt.

- 4 *Behandeling van primaire insomnie door een psycholoog laten vergoeden door de zorgverzekeraar.* CGT-i-behandelingen zijn bij uitstek behandelingen die passen in het domein van de psycholoog. Bovendien is insomnie een taaie stoornis, met verstrekken gevolgen. Wij zien daarom geen reden waarom insomnie niet door een psycholoog behandeld kan worden, wanneer behandeling door de POH-ggz niet afdoende blijkt.

De implementatie van Slaapstraat en het evaluatieonderzoek naar deze implementatie zijn mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van de Hersenstichting.

Annemieke van Straten is verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, en aan het Amsterdam Public Health Research Instituut.

Tanja van der Zweerde is werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Amsterdam, locatie VUmc, afdeling Psychiatrie, en bij het Amsterdam Public Health Research Instituut.

Ingrid Verbeek is verbonden aan Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe.

Jaap Lancee is werkzaam bij Universiteit van Amsterdam, programmagroep Klinische Psychologie.

Correspondentieadres: Annemieke van Straten, Vrije Universiteit Amsterdam, Afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam. E-mail: a.van.straten@vu.nl.

Summary *Evaluation of a new care program for sleep problems in primary care*

A new care program for people with sleep problems was developed called 'Slaapstraat'. All care professionals received training to distinguish and diagnose different sleep disorders. We evaluated the effects of implementation of this program in five Dutch regions. The main results were (1) that physicians more often recognize sleep problems, (2) that (by far) not every patient is recognized, (3) that the diagnostic procedures strongly improved, (4) that patients liked the

improved diagnostic attention, (5) that patients were less often prescribed sleep medication, and (6) that cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i), the treatment of choice, is still rarely being used. This new care program is a good first step in improving care for sleep disorders, but there is also a need for better implementation of CBT-i. This might be reached by training the nursing staff and by using books or online CBT-i courses.

Keywords *primary care, general practitioner, insomnia, sleep problems, CBT, CBT-i*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. American Psychiatric Association.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>
- Bakker, M. H., Hugtenburg, J. G., van Straten, A., van der Horst, H. E., & Slottje, P. (2021). Effectiveness of low-dose amitriptyline and mirtazapine for insomnia disorder: Study protocol of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in general practice (the DREAMING study). *BMJ Open*, 11, e047142. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047142>
- Ballesio, A., Aquino, M. R. J. V., Feige, B., Johann, A. F., Kyle, S. D., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2017). The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 37, 114-129. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.01.006>
- Bjorvatn, B., Jernelöv, S., & Pallesen, S. (2021). Insomnia – A heterogenic disorder often comorbid with psychological and somatic disorders and diseases: A narrative review with focus on diagnostic and treatment challenges. *Frontiers in Psychology*, 12, 639198. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.639198>
- Bothelius, K., Kyhle, K., Espie, C. A., & Broman, J. E. (2013). Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: A randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Sleep Research*, 22, 688-696. <https://doi.org/10.1111/jsr.12067>
- Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoir, J. P., Savard, J., & Baillargeon, L. (2009). Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Medicine*, 10, 427-438. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.04.005>
- Everitt, H., McDermott, L., Leydon, G., Yules, H., Baldwin, D., & Little, P. (2014). GPs' management strategies for patients with insomnia: A survey and qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, 64, e112-9. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X677176>
- Gebara, M. A., Siripong, N., DiNapoli, E. A., Maree, R. D., Germain, A., Reynolds, C. F., Kasckow, J. W., Weiss, P. M., & Karp, J. F. (2018). Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis.

- Depression and Anxiety*, 35, 717-731. <https://doi.org/10.1002/da.22776>
- Gorgels, W., Knuistingh Neven, A., Lucassen, P. L. B. J., Smelt, A., Damen-van Beek, Z., Bouma, M., Verduijn, M. M., & van Venrooij, M. (2014). NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (Tweede herziening). *Huisarts & Wetenschap*, 7, 352-361.
- He, Q., Zhang, P., Li, G., Dai, H., & Shi, J. (2017). The association between insomnia symptoms and risk of cardio-cerebral vascular events: A meta-analysis of prospective cohort studies. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24, 1071-1082. <https://doi.org/10.1177/2047487317702043>
- Hoebert, J., Souverein, P., Mantel-Teeuwisse, A., Leufkens, H., & van Dijk, L. (2012). Benzodiazepinegebruik daalt als de gebruiker zelf betaalt. *Huisarts & Wetenschap*, 7, 286-288.
- Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C., & King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 225-233.
- Jepsen, J., & van Daele, A. (2022). *Nooit meer niet slapen: De ultieme gids voor slechtslapers*. Spectrum.
- Kerkhof, G. A. (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Medicine*, 30, 229-239. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.09.015>
- Kerkhof, G. A., Geuke, M. E., Brouwer, A., Rijsman, R. M., Schimsheimer, R. J., & van Kasteel, V. (2013). Holland Sleep Disorders Questionnaire: A new sleep disorders questionnaire based on the International Classification of Sleep Disorders-2. *Journal of Sleep Research*, 22, 104-107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2012.01041.x>
- Kocevska, D., Lysen, T. S., Dotinga, A., Koopman-Verhoeff, M. E., Luijk, M. P. C. M., Antypa, N., Biermasz, N. R., Blokstra, A., Brug, J., Burk, W. J., Comijs, H. C., Corpeleijn, E., Dashti, H. S., de Bruin, E. J., de Graaf, R., Derks, I. P. M., Dewald-Kaufmann, J. F., Elders, P. J. M., Gemke, R. J. B. J., ... Tiemeier, H. (2021). Sleep characteristics across the lifespan in 1.1 million people from The Netherlands, United Kingdom and United States: A systematic review and meta-analysis. *Nature Human Behaviour*, 5, 113-122. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-00965-x>
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34, 601-608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Mérette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7, 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.08.008>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 97-111. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>
- Olssen, I., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*, 5, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-46>
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M. A., Cooke, M., & Denberg, T. D. for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Inter-*

- nal Medicine*, 165, 125-133. <https://doi.org/10.7326/M15-2175>
- Rauwerda, N., & Verbeek, I. (2023). Cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i): Effectiviteit en inhoud van de behandeling. *Gedragstherapie*, 56, 138-162.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hersteinstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26, 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Spiegelhalder, K., Scholtes, C., & Riemann, D. (2010). The association between insomnia and cardiovascular diseases. *Nature and Science of Sleep*, 2, 71-78. <https://doi.org/10.2147/nss.s7471>
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G. I., Speckens, A. E., & van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004382>
- Staines, A. C., Broomfield, N., Pass, L., Orchard, F., & Bridges, J. (2022). Do non-pharmacological sleep interventions affect anxiety symptoms? A meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 31, e13451. <https://doi.org/10.1111/jsr.13451>
- Thorndike, F. P., Ritterband, L. M., Saylor, D. K., Magee, J. C., Gonder-Frederick, L. A., & Morin, C. M. (2011). Validation of the Insomnia Severity Index as a web-based measure. *Behavioral Sleep Medicine*, 9, 216-223. <https://doi.org/10.1080/15402002.2011.606766>
- Troxel, W. M., Kupfer, D. J., Reynolds, C. F., Frank, E., Thase, M. E., Miewald, J. M., & Buysse, D. J. (2012). Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 478-485. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m07184>
- van der Zweerde, T., Lancee, J., Slottje, P., Bosmans, J. E., van Someren, E. J. W., & van Straten, A. (2020). Nurse-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in general practice: Results from a pragmatic randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 174-184. <https://doi.org/10.1159/000505600>
- van der Zweerde, T., van Straten, A., Eftting, M., Kyle, S. D., & Lancee, J. (2019). Does online insomnia treatment reduce depressive symptoms? A randomized controlled trial in individuals with both insomnia and depressive symptoms. *Psychological Medicine*, 49, 501-509. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001149>
- van Straten, A., Emmelkamp, J., de Wit, J., Lancee, J., Andersson, G., van Someren, E. J., & Cuijpers, P. (2014). Guided internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: A randomized trial. *Psychological Medicine*, 44, 1521-1532. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002249>
- van Straten, A., & Lancee, J. (2019). *i-Sleep: overwin uw slaapproblemen*. Vrije Universiteit Amsterdam. Gratis te downloaden van www.i-sleep.nl/wp-content/uploads/2019/03/i-Sleep-webversie.pdf
- Verbeek, I., van der Laar, M., Pijnenborg, M., & Scholten, W. J. (2014). *Verbeter je slaap: Werkboek voor de cliënt*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Wickwire, E. M., Shaya, F. T., & Scharf, S. M. (2016). Health economics of insomnia treatments: The return on investment for a good night's sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 30, 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.11.004>