

VU Research Portal

Begeleide web-based interventie voor slaapproblemen (I-Sleep) bij patiënten met een depressie in de ambulante gespecialiseerde ggz

Dozeman, E.; Van Straten, A.; Van Genugten, C. R.; Van Schaik, D. J.F.

published in

Tijdschrift voor Psychiatrie
2019

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

Article 25fa Dutch Copyright Act

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Dozeman, E., Van Straten, A., Van Genugten, C. R., & Van Schaik, D. J. F. (2019). Begeleide web-based interventie voor slaapproblemen (I-Sleep) bij patiënten met een depressie in de ambulante gespecialiseerde ggz: Een pilotstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(10), 683-691.
<https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/545/articles/12039>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Begeleide web-based interventie voor slaapproblemen (I-Sleep) bij patiënten met een depressie in de ambulante gespecialiseerde ggz: een pilotstudie

E. DOZEMAN, A. VAN STRATEN, C.R. VAN GENUGTEN, D.J.F. VAN SCHAİK

- ACHTERGROND** Slapeloosheid bij patiënten met een depressie wordt meestal behandeld met medicatie, terwijl cognitieve gedragstherapie voor insomnia (CGT-I) de voorkeursbehandeling is. Effectieve online-CGT-I is beschikbaar, maar wordt nog nauwelijks aangeboden in de specialistische ggz.
- DOEL** Onderzoeken van de toepasbaarheid van I-Sleep, een onlineversie van CGT-I, alsmede indicaties voor effectiviteit bij patiënten met uni- en bipolaire depressie in de specialistische ggz.
- METHODE** In een pilotstudie kregen alle 31 deelnemende patiënten I-Sleep (5 sessies) aangeboden. Patiënten die (nog) niet wilden meedoen aan de online-interventie en patiënten die geïncludeerd werden nadat de beoogde steekproefomvang was bereikt, vormden de controlegroep. Toepasbaarheid werd beoordeeld aan de hand van voltooiingspercentages en de tevredenheid van patiënten en therapeuten (CSQ). Effectiviteit werd zowel binnen als tussen de groepen gemeten met de Insomnia Severity Index (ISI) en de Patient Health Questionnaire (PHQ-9) op drie meetmomenten (T₀, na 6 en na 12 weken).
- RESULTATEN** In de interventiegroep voltooide 41% het totaal aantal sessies, 77% maakte 3 of meer sessies af. Patiënten beoordeelden de interventie positief (CSQ 23,6, uitersten: 4-32). De slaapproblemen namen af in de interventiegroep (Cohens $d = 1,93$) evenals de depressieve klachten (Cohens $d = 1,05$). Er was geen significante verbetering in de controlegroep. Het verschil tussen beide groepen was groot en significant voor slaapproblemen (Cohens $d = 0,99$), maar niet voor depressie.
- CONCLUSIE** Online-CGT-I is goed toepasbaar in de specialistische ggz. Er zijn aanwijzingen dat CGT-I ook bij ernstiger, complexe depressies een positief effect heeft op de slaapklachten.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)10, 683-691

TREFWOORDEN blended CGT-I, depressie, insomnia



ARTIKEL



Depressie en slaapproblemen komen vaak samen voor. Patiënten met slapeloosheid én een depressie hebben een verminderde kwaliteit van leven (Ishak e.a. 2012). Mensen die na een succesvolle depressiebehandeling nog slaapproblemen hebben, hebben een grotere kans op terugval (Franzen e.a. 2008; Manber e.a. 2008). Patiënten met ernstige slaapproblemen hebben een 2 tot 3 keer vergrote kans dat de depressie niet vermindert (Troxel e.a. 2012) en

ongeveer een kwart van alle patiënten die wel herstellen van een depressie hebben nog steeds slaapproblemen (Carney e.a. 2007). Dit alles pleit ervoor om naast de depressiebehandeling specifiek aandacht te besteden aan de slaapproblemen.

Vaak wordt aangenomen dat slaapproblemen na succesvolle behandeling van depressie verdwijnen, maar dit is niet altijd het geval (Haynes & Bootzin 2010). In de nieuw-

ste handleiding voor het classificeren van psychische stoornissen, DSM-5 (APA 2013), wordt insomnia erkend als een aandoening die onafhankelijke klinische aandacht vereist, ook als er sprake is van een depressie. Van insomnia is volgens de DSM-5 sprake wanneer iemand problemen heeft met in- of doorslapen, ten minste 3 nachten per week, ten minste 3 maanden. Bovendien moeten deze slaapproblemen het functioneren tijdens de dag beïnvloeden.

Binnen de specialistische ggz (sggz) worden slaapproblemen meestal behandeld met medicatie, terwijl de voorkeursbehandeling cognitieve gedragstherapie, gericht op insomnia, is (CGT-I; Knuistingh Neven e.a. 2014; Riemann e.a. 2017). CGT-I is het laatste decennium als e-healthinterventie onderzocht (Seyffert e.a. 2016; Zachariae 2016). Voordeel is dat het onlineprotocol gemakkelijk toepasbaar is en patiënten ook buiten de therapie sessies ondersteunt. In insomniaonderzoek zijn aanzienlijke slaapverbeteringen gevonden na online-CGT-I in vergelijking met een wachtlijstconditie. Daarbij werd gevonden dat onder invloed van de slaapinterventie ook depressieve klachten afnamen (van der Zweerde e.a. 2018) of dat de interventie zelfs even effectief is als online-CGT voor (unipolaire) depressie (Blom e.a. 2015).

Over CGT-I bij bipolaire depressies is minder bekend. In één gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) was CGT-I bij patiënten met een bipolaire stoornis effectiever dan gebruikelijke zorg bij vermindering van slaapproblemen (Harvey e.a. 2015). Slaaprestrictie, een belangrijke behandelcomponent van CGT-I en door sommigen gezien als een risico voor deze patiënten, bleek zowel in deze als in een eerdere studie niet te leiden tot (hypo)manie of depressie in deze patiëntengroep (Kaplan & Harvey 2013).

Er zijn dus veelbelovende resultaten gevonden met slaapinterventies bij patiënten met uni- en bipolaire depressieve stoornis. Echter, het aanbieden van online-CGT-I is nog niet onderzocht in de sggz.

In de huidige pilotstudie richten wij ons op mensen met depressie (zowel uni- als bipolair) én slaapproblemen binnen de sggz. De door ons ontwikkelde I-Sleep-online-interventie (van Straten e.a. 2013; van Straten & Dozeman 2014) werd daarbij toegepast in een gemengde opzet (*blended format*), waarbij patiënten online het behandelprotocol doorlopen en in face-to-face- en onlinesessies door de behandelaar ondersteund worden.

Het doel van deze studie is om een indruk te krijgen van de toepasbaarheid en effectiviteit van I-Sleep bij patiënten met complexere depressie in de sggz.

AUTEURS

ELS DOZEMAN, senior onderzoeker en waarnemend opleider verpleegkundig specialist ggz, GGZ inGeest, Amsterdam, en Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Psychiatrie, Amsterdam Public Health (APH) Research Institute.

ANNEMIEKE VAN STRATEN, psycholoog en epidemioloog, hoogleraar Klinische psychologie en hoofd sectie Klinische Psychologie, afd. Klinische- Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

CLAIRE VAN GENUGTEN, psycholoog en promovendus, GGZ inGeest, Amsterdam, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Psychiatrie, Amsterdam Public Health (APH) Research Institute.

ANNEKE VAN SCHAIK, psychiater en universitair hoofddocent, GGZ inGeest, Amsterdam, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Psychiatrie, Amsterdam Public Health (APH) Research Institute.

CORRESPONDENTIEADRES

Els Dozeman, GGZ inGeest, Postbus 74077 1080BB, Amsterdam.

E-mail: e.dozeman@ggzingeest.nl

ED schreef de eerste versie van dit artikel en deed de analyses; ED en CvG waren verantwoordelijk voor de dataverzameling; AvSt is de auteur van de I-Sleep-interventie; ED, AvSt en AvSc zijn verantwoordelijk voor het conceptuele kader van dit artikel.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-6-2019.

METHODE

Onderzoeksgroep

Deelnemers werden geworven binnen de poliklinieken depressie en bipolair van GGZ inGeest, waren minimaal 18 jaar en voldeden aan de DSM-criteria voor een depressie en voor insomnia. De diagnose depressie (DSM-IV) werd gesteld op basis van het *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan e.a. 1989). Slapeloosheid werd gescreend met een zelf ontwikkelde vragenlijst die de DSM-5-criteria voor insomnia systematisch uitvraagt, omdat het MINI-interview nog niet beschikbaar is voor de DSM-5. Contra-indicaties waren andere slaapproblemen, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal en werken in nachtdiensten. Gebruik van antidepressiva en/of slaapmedicatie was toegestaan.

De onderzoeksgroep betrof patiënten met een complexe of chronische uni-of bipolaire depressie voor wie ambulante specialistische ggz in Nederland geïndiceerd is. Diegenen van hen die in aanmerking kwamen voor CGT voor de depressieve stoornis, en daarnaast een slaapprobleem hadden, konden deelnemen aan I-Sleep. Patiënten met psychotische en/of melancholische kenmerken vielen daarbuiten, evenals patiënten in crisis. Specialistische ggz betreft behandelingen voor complexe problematiek (voorheen tweedelijns behandeling).

Het betrof een verkennende of pilotstudie (Conn e.a. 2010), waarbij deelnemers zelf mochten aangeven of ze een voorkeur hadden voor de interventie- of de controlegroep. Patiënten in de controlegroep kregen de gebruikelijke behandeling voor depressie, maar geen extra behandeling voor slaapproblemen. Toestemmingsformulieren werden ondertekend door alle deelnemers en de studie werd door de medisch-ethische commissie van het VUmc beoordeeld als niet wmo-plichtig.

Interventie

I-Sleep bestaat uit 5 sessies (TABEL 1) waarbij geadviseerd wordt om één sessie per week uit te voeren. I-Sleep werd in blended format aangeboden. Er was ten minste één face-to-facesessie, waarin behandelafspraken werden gemaakt en de werkwijze werd uitgelegd. De verdere begeleiding was in principe online, maar indien gewenst vond er een telefonische of extra face-to-facesessie plaats. Deze begeleiding werd uitgevoerd door behandelaars van de e-health polikliniek van GGZ inGeest bestaande uit (basis)psychologen en verpleegkundig specialisten die ervaring hadden in het blended behandelen. I-Sleep kon gedurende het hele behandeltraject voor depressie worden ingezet naast de reguliere depressiebehandeling.

Metingen

MEETMOMENTEN

Er waren drie meetmomenten: bij het begin van de studie (direct na de screening), na zes weken (T1) en na drie maanden (T2). Alle vragenlijsten werden door de patiënten online ingevuld. Voor de interventiegroep werd ook de start- en einddatum van I-Sleep en het aantal afgeronde modules bijgehouden.

PRIMAIRE UITKOMSTMATEN

De toepasbaarheid van de interventie werd bij patiënten gemeten aan de hand van *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8; Larsen e.a. 1979) en de voltooiingspercentages van de interventie. De CSQ-8 is een likertschaal met 8 items op een schaal van 1 tot 4 en is een zeer kort instrument om klanttevredenheid met de geleverde interventie te onderzoeken. Deze schaal heeft goede psychometrische eigenschappen en is getest in studies naar verschillende interventies (Attkisson & Zwick 1982). Daarnaast vulden de I-Sleep-behandelaars de verkorte versie van de CSQ-8 in (CSQ-3; Larsen e.a. 1979).

Slaapproblemen werden gemeten met de *Insomnia Severity Index* (ISI; Bastien e.a. 2001), een gevalideerd instrument dat slaapproblemen in de afgelopen twee weken meet. De 7 items worden beantwoord op een 5-puntslikertschaal. De somscores worden als volgt ingedeeld: 0-7: geen klinisch significante insomnia; 8-14 subklinische insomnia; 15-21: matig ernstige klinische insomnia; 22-28 ernstige klinische insomnia.

Depressieve symptomen werden gemeten met de *Patient Health Questionnaire*. De PHQ-9 is een zelfbeheerde versie van het PRIME-MD-diagnostisch instrument voor veelvoorkomende psychische stoornissen (PHQ-9; Kroenke e.a. 2001). De lijst scoort de 9 DSM-5-criteria als '0' (helemaal

TABEL 1 Overzicht van de I-Sleep-interventie

Sessie	Inhoud
1	Psycho-educatie: over normale slaap, slapeloosheid en slaaphygiëne. Slaaphygiëne: informatie over gedrag waarvan bekend is dat het de slaap bevordert of belemmert.
2	Slaapbeperking en training stimuluscontrole: aanleren de slaapkamer alleen te gebruiken om te slapen en om de tijd in bed te beperken tot de gemiddelde nachtrust
3	Ontspanning: audiobestanden met progressieve spierontspanning, oefeningen en technieken om te stoppen met piekeren
4	Foutieve cognities over slaap: de basisbeginselen van cognitieve therapie en de meest voorkomende foutieve ideeën over slapeloosheid
5	Samenvatting en plan voor de toekomst

niet) tot '3' (bijna elke dag). De somscores worden als volgt ingedeeld: 0-5 geen depressie; 5-9 lichte symptomen; 10-14 matig ernstige symptomen; 15-19 matig tot ernstige symptomen; > 20 ernstige symptomen.

SECUNDAIRE UITKOMSTMATEN

Kwaliteit van leven werd gemeten met de *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA; Priebe e.a. 1999) en het dagelijks functioneren met de *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS; Mundt e.a. 2002). Het gebruik van slaapmiddelen werd bij alle deelnemers nagevraagd op To.

Statistische analyses

Voor het beschrijven en vergelijken van de basiskenmerken van de groepen gebruikten wij descriptieve technieken, t-tests en χ^2 -toetsen. Voor de effectiviteit van I-Sleep werden effectgroottes in (*within*) en tussen (*between*) de groepen getoetst (Cohens d) (Cohen 1988). Effectgroottes van 0,2 werden als 'klein' beschouwd, van 0,5 als 'matig' en van 0,8 of meer als 'groot'. Beschrijvende en toetsende statistiek werd uitgevoerd met SPSS 22.0. Cohens d werd berekend met socscistatistics.com

RESULTATEN

Onderzoeksgroep

In totaal namen 31 patiënten deel aan de studie, van wie 22 in de interventiegroep (15 met een unipolaire en 8 met een bipolaire depressie) en 9 in de controlegroep (8 met een unipolaire en 1 met een bipolaire depressie). De kenmerken van de deelnemers staan beschreven in **TABEL 2**. We gingen na in hoeverre de groep die de interventie wilde doen, verschilde van de controlegroep die de interventie (nog) niet wilde doen bij aanvang van de studie. Er bleken geen significante verschillen te zijn voor depressie (PHQ-9; $t = 0,22$; $p = 0,65$) of ernst van de slaapproblemen (ISI; $t = 0,32$; $p = 0,32$). Omdat de assumpties voor toetsing met χ^2 -toets waren geschonden, gebruikten we de exacte test van Fisher, deze liet geen significante verschillen voor geslacht ($p = 0,23$), patiëntgroep ($p = 0,38$) en slaapmiddelengebruik ($p = 0,46$) zien.

Toepasbaarheid

De interventiepatiënten hadden gemiddeld 2,9 van de 5 sessies doorlopen ($SD = 1,7$). 17 patiënten (77%) hadden 3 of meer sessies, dus 60% van de behandeling, doorlopen. 9 patiënten (41%) ronden alle sessies af. 5 patiënten (23%) vielen uit na de eerste sessie. Alle patiënten hadden eenmalig face-to-facecontact. Patiënten bleken geen behoefte te hebben aan meer. Bij een enkele patiënt werd de behandeling afgesloten met een telefonisch contact op verzoek van de patiënt.

Gebruikers waren over het algemeen tevreden met I-Sleep, de gemiddelde score op de CSQ-8 was 23,6 (CSQ range 4-32; **TABEL 3**). Patiënten scoorden op alle vragen gemiddeld rond de 3 (op een schaal van 1 tot 4; **TABEL 4**). Er waren geen punten waarover men uitgesproken (on)tevreden was. De zes I-Sleep-behandelaars scoorden op de verkorte tevredenheidsvragenlijst gemiddeld een 9,8 (uitersten: 4-12). Ze vonden I-Sleep een geschikte interventie voor deze doelgroep. In algemene zin gaven zij aan dat het prettig is om een beknopte collectie slaaptools beschikbaar te hebben als behandelaar. Een behandelaar zei in aanvullend commentaar: 'Mijn ervaring is dat het helpt tegen de machteloosheid die cliënten ervaren bij langdurende slaapproblemen. Het goed invullen van het slaapdagboek en zeker het (begrijpen van en) werken met slaapefficiëntie blijft voor veel cliënten best lastig, maar is voor de therapeut behulpzaam.'

Effect van de interventie

De slaapproblemen, gemeten met de ISI, namen in de interventiegroep significant af tussen To en T2, met een grote within effect-size ($d = 1,93$). De depressie, gemeten met de PHQ-9, nam eveneens significant af met een grote effect-size ($d = 1,05$). Bij de controlegroep bleek dit niet het geval, zowel de slaapproblemen als de depressie namen niet significant af (**TABEL 4**).

TABEL 2 Kenmerken van de deelnemers

	Interventiegroep (n = 22)	Controlegroep (n = 9)	Totaal (n = 31)
Vrouw; n (%)	8 (36)	6 (67)	14 (45)
Leeftijd; M (SD)	41,5 (10,7)	45,8 (14,1)	42,7 (11,7)
Unipolaire depressie; n (%)	15 (68)	8 (89)	23 (74)
Slaapmedicatie; n (%)	11 (50)	6 (67)	17 (55)

TABEL 3 Tevredenheid van patiënten met I-Sleep, CSQ-8 (score 1-4)*

	N	M	SD
Hoe beoordeelt u de kwaliteit van de I-Sleep-module?	18	3,1	0,4
Kreeg u het soort behandeling waar u behoefte aan had?	18	3,0	0,6
Voldeed de I-Sleep-behandeling aan uw behoefte?	18	2,8	0,7
Zou u een vriend met vergelijkbare problemen de I-Sleep-module aanbevelen?	18	3,0	0,6
Bent u tevreden met de hoeveelheid (online)hulp die u kreeg?	18	2,8	0,7
Hield I-Sleep u om effectiever met uw slaapproblemen om te gaan?	18	2,8	0,6
Bent u in het algemeen tevreden met de hulp die u kreeg?	18	3,1	0,7
Als u opnieuw hulp zocht, zou u terugkomen bij ons?	18	2,9	0,4

*Hogere score is meer tevredenheid.

TABEL 4 Effecten voor- en nameting op alle parameters voor interventie- en controlegroep

	To		T1		T2		Effectsize (To-T2) within (p)	Effectsize T2 between (p)
	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)		
Slaapproblemen (ISI)								
Interventiegroep	22	19,2 (4,3)	18	14,8 (5,2)	19	10,7 (4,5)	1,93 (0,04)*	0,99 (0,02)*
Controlegroep	9	19,8 (5,3)	4	12,3 (5,3)	6	17,7 (8,9)	0,30 (0,32)	
Depressie (PHQ-9)								
Interventiegroep	22	17,9 (5,1)	18	14,7 (6,5)	19	11,5 (7,1)	1,05 (0,001)**	0,55 (0,19)
Controlegroep	9	18,3 (6,0)	4	15,8 (8,7)	7	15,0 (7,1)	0,50 (0,43)	
Kwaliteit van leven (MANSA)								
Interventiegroep	22	40,5 (6,4)	18	41,9 (6,7)	19	44,1 (5,0)	0,63 (0,01)*	0,98 (0,11)
Controlegroep	9	38,4 (5,7)	4	38,3 (9,0)	7	39,8 (3,7)	0,30 (0,97)	
Dagelijks functioneren (WSAS)								
Interventiegroep	22	26,3 (8,5)			19	24,8 (8,0)	0,18 (0,02)*	0,31 (0,50)
Controlegroep	9	28,4 (8,5)			6	27,5 (9,2)	0,10 (0,28)	

d = Cohens d; To = voor start interventie/na screening; T1 = 6 weken na To; T2 = 3 maanden na To.

*p < 0,05; **p < 0,01.

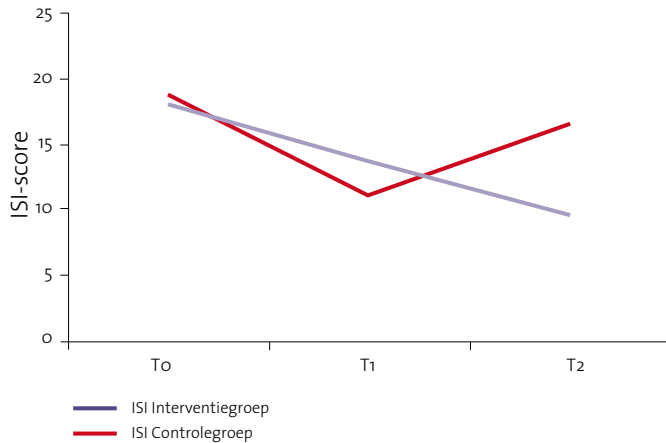
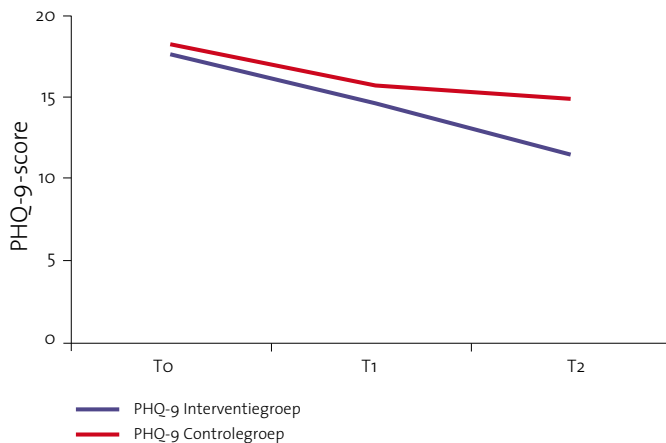
De effectsize tussen de interventie- en de controlegroep na 3 maanden was groot en significant voor slaapproblemen (d = 0,99; p = 0,02; **TABEL 4** en **FIGUUR 1**) en gemiddeld en niet significant, voor depressie (d = 0,55; p = 0,19; **TABEL 4** en **FIGUUR 2**). Ook op kwaliteit van leven waren within- en between-effecten groot, waar dit niet het geval was bij dagelijks functioneren (**TABEL 4**).

DISCUSSIE

Voor zover wij weten, is dit de eerste studie naar een onlineslaapinterventie bij patiënten met een complexe depressieve stoornis in de sggz, die ook insomnia hebben

volgens de classificatie van de DSM-5. De antwoorden op de CSQ-8 laten zien dat I-Sleep positief beoordeeld werd door patiënten en therapeuten in de onlinekliniek.

Van de deelnemende patiënten doorliep 77% essentiële onderdelen van het protocol namelijk psycho-educatie, vaste bedtijden, beperking van het aantal uur in bed en ontspanningsoefeningen. 41% van de patiënten maakte de hele behandeling af. In onderzoek naar I-Sleep in de algemene bevolking werd een hoger percentage (73%) afronding gevonden (van Straten e.a. 2014). Deelnemers aan deze studies waren echter mensen die zelf hulp zochten voor hun slaapproblemen en geen ernstige comorbide

FIGUUR 1 Vergelijking interventie- en controlegroep op slaapproblemen (ISI)**FIGUUR 2** Vergelijking interventie- en controlegroep op depressieve symptomen (PHQ-9)

stoornissen hadden. Mogelijk is de interventie voor patiënten in de sggz moeilijker vol te houden of is meer begeleiding noodzakelijk.

Echter, patiënten die drie van de vijf sessies afronden, hebben belangrijke onderdelen als psycho-educatie, slaaprestrictie, stimuluscontrole en ontspanning doorlopen. Het is aannemelijk dat deze onderdelen, met name de slaaprestrictie, al invloed hebben op een verbeterde slaapuitkomst, waardoor de motivatie om de interventie geheel af te ronden vermindert. Dit zou ervoor pleiten om het aantal sessies terug te brengen, of met name te focussen op genoemde onderdelen.

In een recente studie van Forsell e.a. (2019) is het aantal deelnemers dat de interventie geheel doorloopt, verhoogd, door een algoritme toe te passen waarmee vooraf bepaald werd wie risico liep om uit te vallen. Op basis daarvan werd aan hen de interventie aangepast aangeboden. De behan-

delaar besprak dit risico vooraf telefonisch met de patiënt en paste vervolgens het doorlopen van de interventie aan in overleg, bijvoorbeeld door meer telefonische begeleiding, met geprinte materialen of door meer onlineherinneringen te sturen.

Een andere mogelijke verklaring voor uitval tijdens de behandeling is dat de behandeling vaak naast een CGT-behandeling werd gegeven, hetgeen mogelijk een te zware belasting is. Dit pleit ervoor om de I-Sleep als aparte behandeling aan te bieden in plaats van naast een lopende behandeling, hetgeen ook in lijn is met de resultaten van Van der Zweerde e.a. (2018) en Blom e.a. (2015).

Ten slotte is het mogelijk dat een verwijzing naar het team van onlinebehandelaars een te grote drempel is omdat patiënten ook al te maken hebben met een psycholoog voor de depressiebehandeling en vaak ook nog met een psychiater in verband met medicatie. Wij pleiten er

daarom voor dat de I-Sleep-behandeling wordt begeleid door de behandelaar die ook de CGT voor depressie uitvoert. Wij verwachten dat dit zal leiden tot minder uitval.

De gevonden resultaten in deze studie sluiten aan bij eerder onderzoek naar deze interventie in andere populaties. Zo waren de within effect sizes op de ISI vergelijkbaar met die van een onderzoek naar slaapproblemen bij vrouwen na borstkanker ($d = 2,15$) (Dozeman e.a. 2017) en binnen de algemene bevolking ($d = 1,01$) (van Straten e.a. 2013). De afname van de depressiesymptomen zoals eerder gevonden (Blom e.a. 2015; van Zweerde e.a. 2018) zagen wij wel in de within group analyses, maar niet tussen de groepen.

Beperkingen

Een beperking van een pilotstudie, en dus ook van onze studie, is dat die uitgevoerd wordt met beperkte aantallen patiënten die bovendien niet op basis van toeval aan de 2 groepen zijn toegewezen. Het kan daarom zijn dat de 2 groepen verschilden in (observeerbare of niet observeerbare) kenmerken die samenhangen met het effect op de interventie.

Ook hebben we het medicatiegebruik niet gemonitord. Bij aanvang lijkt er een (niet significant) verschil te zijn in het gebruik van slaapmedicatie, de controlegroep krijgt iets vaker slaapmedicatie voorgeschreven (67%) dan de interventiegroep (50%). Dit zou tot gevolg kunnen hebben gehad dat het verschil in effect dat wij vonden tussen de I-Sleep- en de controlegroep iets lager is uitgevallen, omdat meer mensen uit de controlegroep profiteerden van de slaapmedicatie.

Echter, de mogelijke invloed van slaapmedicatie kan ook op andere manieren een rol hebben gespeeld. Zo weten we niet of slaapmedicatie en/of antidepressiva tijdens de stu-

die zijn toegevoegd en zo ja, of deze ook daadwerkelijk gebruikt zijn. Het kan zijn dat meer patiënten in de interventiegroep medicatie (slaapmedicatie en/of antidepressiva) kregen voorgeschreven dan de patiënten in de controlegroep. In dat geval zou het effect van de interventie ook aan medicatie toegeschreven kunnen worden.

Kortom: er zijn alternatieve verklaringen mogelijk voor de door ons gevonden effecten. Een grootschalige gerandomiseerde studie is nodig om na te gaan in hoeverre I-Sleep de effectiviteit van de behandeling kan bevorderen.

De resultaten uit deze verkennende studie geven echter aanwijzingen dat I-Sleep een waardevolle aanvulling kan zijn op de reguliere depressiebehandeling van patiënten met uni- en bipolaire depressie en dat een grotere kosteneffectiviteitsstudie zinvol is.

CONCLUSIE

Het is van belang de kennis die er inmiddels is over slaapproblemen bij patiënten met psychiatrische stoornissen (waaronder depressies) beter te verspreiden. Deze studie laat zien dat veel patiënten met een depressie positief zijn over een aanvullende slaapbehandeling en er zijn aanwijzingen dat de klachten meer gereduceerd worden dan zonder slaapbehandeling. Dit ondersteunt het idee dat een grotere gerandomiseerde studie naar deze effecten, in deze doelgroep, zinvol is. Een online-interventie kan laagdrempelig aangeboden worden door verschillende disciplines met basiskennis over CGT, zoals verpleegkundig specialisten, artsen in opleiding tot specialist, basispsychologen en psychiaters. Het is daarom belangrijk dat meer behandelaars vertrouwd raken met blended behandelen. Organisaties moeten behandelaars faciliteren om zich deze werkwijze eigen te kunnen maken.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington, DC, American Psychiatry Association; 2013.
- Attkisson CC, Zwick R. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Progr Plann* 1982; 5: 233-237
- 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.
- Blom K, Jernelöv S, Kraepelien M, Bergdahl MO, Jungmarker K, Ankartjärn L, e.a. Internet treatment addressing either insomnia or depression, for patients with both diagnoses - a randomized trial. *Sleep* 2015; 38: 267-77.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd edition. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Conn VS, Algate DL, Rawl SM, Zerwic JJ, Wyman JF. Publishing pilot intervention work. *West J Nurs Res* 2010; 32: 994-1010.
- Carney CE, Segal ZV, Edinger JD, Krystal AD. A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 254-60.
- Dozeman E, Verdonck-de Leeuw IM, Savard J, van Straten A. Guided web-based intervention for insomnia targeting breast cancer patients: Feasibility and effect. *Internet Interv* 2017; 9: 1-6.

- Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci* 2008; 10: 473-81.
- Harvey AG, Soehner AM, Kaplan KA, Hein K, Lee J, Kanady J, e.a. Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 564-77.
- Haynes PL, Bootzin RR. Insomnia treatments: moving from efficacy to effectiveness. *J Clin Psychol* 2010; 66: 1131-6.
- Ishak WW, Bagot K, Thomas S, Magakian N, Bedwani D, Larson D, e.a. Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innov Clin Neurosci* 2012; 9: 13-26.
- Kaplan KA, Harvey AG. Behavioral treatment of insomnia in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 716-20.
- Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2014; 57: 352-61.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
- Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann* 1979; 2: 197-207.
- Manber R, Edinger JD, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid MDD and insomnia. *Sleep* 2008; 31: 489-95.
- Mundt JC, Marks IM, Shear K, Greist JH. The work and social adjustment scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 461-4.
- Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans, S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45: 7-12.
- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Grosej L, Ellis JG, e.a. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017; 26: 675-700.
- Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML e.a. Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016; 11: e0149139.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33.
- van Straten A, Dozeman E. Een begeleide internetcursus voor de behandeling van slaapproblemen. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* 2014; 3: 4-8.
- van Straten A, Emmelkamp J, de Wit J, Lancee J, Andersson G, van Someren EJ, e.a. Guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: a randomized trial. *Psychol Med* 2013; 44: 1521-32.
- Troxel WM, Kupfer DJ, Reynolds CF 3rd, Frank E, Thase ME, Miewald JM, e.a. Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 478-85.
- Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev* 2016; 30: 1-10.
- van der Zweerde T, van Straten A, Eftting M, Kyle SD, Lancee J. Does online insomnia treatment reduce depressive symptoms? A randomized controlled trial in individuals with both insomnia and depressive symptoms. *Psychol Med* 2018; 11: 1-9.

SUMMARY

Guided web-based intervention for sleeping problems (I-Sleep) in depressed patients within outpatient specialist mental health care: a pilot study

E. DOZEMAN, A. VAN STRATEN, C.R. VAN GENUGTEN, D.J.F. VAN SCHAIK

BACKGROUND Insomnia in depressed patients is usually targeted by medication, while cognitive behavioural treatment for insomnia (CBT-I) is the treatment of first choice. Effective online CBT-I is available but is not frequently offered in regular care.

AIM To determine the feasibility and indications for effectiveness of I-Sleep, an online CBT-I module, for uni- and bipolar depressed patients in specialised mental health care settings.

METHOD In a pilot study I-Sleep (5 sessions) was offered to all 31 patients. Patients who did not (yet) want to participate in the online intervention, and patients who were included after the intended sample size was reached, participated in the control-group. Feasibility was assessed by compliance rates and satisfaction of patients and therapists (CSQ). Effectiveness was assessed within and between groups by the Insomnia Severity Index (ISI) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) at baseline and after 6 and 12 weeks.

RESULTS In the intervention group 41% completed all treatment sessions and 77% completed 3 or more sessions. Patients rated the intervention positively (CSQ 23.6, range 4-32). Sleep improved in the intervention group (Cohen's $d = 1.93$), as well as depression (Cohen's $d = 1.05$). In the control group there was no significant improvement. The difference between the two groups was high and significant for sleep problems (Cohen's $d = 0.99$) but not for depressive symptoms.

CONCLUSION Online CBT-I is a feasible treatment option for depressed patients in mental health care settings. There are indications that CBT-I is also effective in reducing sleep problems in more severely depressed patients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)10, 683-691

KEY WORDS blended CBT-I, depression, insomnia