



Wanneer een chronische aandoening de slaap verstoort: wat is de waarde van cognitieve gedragstherapie bij insomnie?

Referentie

Scott AJ, Correa AB, Bisby MA, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in people with chronic disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2025;185:1350-61. DOI: 10.1001/jamainternmed.2025.4610

Duiding

Ryan Tock, MSc Infirmières.
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Verbetert cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) bij volwassenen met een chronische aandoening en comorbide insomnie, in vergelijking met standaardzorg of andere actieve interventies, de slaapparameters en de aanvaardbaarheid van de behandeling?

Achtergrond

Het Belgisch BELHEALTH-cohortonderzoek rapporteert in zijn bulletin nr. 4 een hoge prevalentie van slechte slaapkwaliteit (42%), vaak gepaard gaand met angst- en depressieve symptomen, een verminderde kwaliteit van leven en een frequent en langdurig gebruik van slaapmedicatie en kalmerende middelen (1). Dit langdurige en frequente gebruik van kalmerende middelen wijst op een structureel probleem in de behandeling van slaapstoornissen in België. WOREL beveelt een stapsgewijze aanpak van slaapklachten aan, waarbij voorrang wordt gegeven aan niet-medicamenteuze interventies (slaaphygiëne, CGT-i). Het gebruik van hypnotica is beperkt tot situaties van acute en ernstige insomnie, voor een korte periode, en wordt niet aanbevolen bij patiënten die in aanmerking komen voor gedragstherapie of bij oudere personen (2). Minerva boog zich reeds over de doeltreffendheid van de verschillende componenten van cognitieve gedragstherapie voor insomnie om remissie van chronische slapeloosheid bij volwassenen te bereiken (3). Ondanks de nadruk op de effectiviteit van componenten zoals mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy, slaaprestrictie, stimuluscontrole en face-to-face behandelvormen, benadrukte Minerva de nood aan voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten. Minerva bespreekt in deze duiding een nieuwe systematische review met meta-analyse en beoordeelt of deze recente gegevens tot duidelijkere en beter onderbouwde conclusies leiden (4).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review met meta-analyse.

Geraadpleegde bronnen

- PsycINFO, MEDLINE, Embase, Cochrane Central Register of Randomized Controlled Trials (CENTRAL)
- vanaf de oprichting van de databanken tot 5 juni 2025
- aanvullende referenties werden opgespoord door de referentielijsten van relevante publicaties en tijdschriften door te nemen
- publicaties in het Engels.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria:
 - gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's)
 - volwassenen met een chronische aandoening en aan insomnie gediagnosticeerd of met klinisch significante symptomen van insomnie
 - uitsluitend gebruikmakend van een interventie type CGT-i (met mogelijkheid tot aanpassing)
 - waarbij ten minste één slaapresultaat wordt gemeten (insomnia severity, sleep efficiency, sleep onset latency)
 - met gegevens vóór/na behandeling of met statistische gegevens die kunnen worden omgezet in effectgrootte
- in totaal includeerde de systematische review 67 RCT's, voornamelijk uitgevoerd in de Verenigde Staten, maar ook in Europa, Australië en Azië; de RCT's evalueerden CGT-i in verschillende vormen (individueel, in groepsverband, digitaal of hybride), met inactieve, actieve of structureel gelijkwaardige controles.

Bestudeerde populatie

- inclusiecriteria:
 - volwassenen (≥ 18 jaar)
 - chronische aandoening gedefinieerd als een aandoening >3 maanden
 - klinisch significante insomnie
- exclusiecriteria:
 - personen bij wie de psychiatrische stoornis de hoofdklacht was, evenals personen met ernstige psychiatrische stoornissen zoals psychose of bipolaire stoornis
- in totaal includeerde de systematische review 5 232 personen met verschillende chronische aandoeningen, zoals kanker, chronische pijn, cardiovasculaire aandoeningen, CVA, nieraandoeningen, diabetes, neurologische of gastro-intestinale aandoeningen (prikkelbaredarmsyndroom); én klinisch significante slapeloosheid.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten:
 - ernst van de slapeloosheid: Insomnia Severity Index (ISI), een gevalideerde zelfrapportagevragenlijst
 - slaapefficiëntie: zelfgerapporteerde slaapdagboeken; actigrafie of polysomnografie in sommige studies
 - slaaplatentie: zelfgerapporteerde slaapdagboeken; actigrafie of polysomnografie in sommige studies
- secundaire uitkomstmaten:
 - remissiepercentage van slapeloosheid ($ISI < 8$)
 - aanvaardbaarheid van de behandeling: tevredenheid van de deelnemers; uitvalpercentage
 - ongewenste effecten: gerapporteerde gebeurtenissen tijdens de interventie
- statistische analyse: de auteurs berekenden gestandaardiseerde effectgroottes (**Hedges' g**) op basis van gemiddelden en standaarddeviaties (of statistisch converteerbaar); vervolgens voerden ze meta-analyses met random-effectsmodellen uit, met beoordeling van de heterogeniteit (I^2), subgroupanalyses (type aandoening, toedieningsvorm, aantal sessies, type controle en meetmethode), sensitiviteitsanalyses (met exclusie van outliers) en metaregressie van het uitvalpercentage

Resultaten

- primaire uitkomstmaten (zie tabel): significante verbetering in de CGT-i groepen, in vergelijking met controlegroepen, voor ernst van slapeloosheid, slaapefficiëntie en slaaplatentie

Tabel. Primaire resultaten.

Resultaat	Aantal vergelijkingen	Effectgrootte (Hedges' g)	95% BI	Significantie
Ernst van slapeloosheid	55	0,98	0,81 tot 1,16	significant
Ernst van slapeloosheid (zonder outliers)	49	0,85	0,69 tot 1,01	significant
Slaapefficiëntie	51	0,77	0,63 tot 0,91	significant
Slaapefficiëntie (zonder outliers)	47	0,68	0,54 tot 0,81	significant
Slaaplatentie	38	0,64	0,50 tot 0,78	significant
Slaaplatentie (zonder outliers)	37	0,58	0,45 tot 0,71	significant

- subgroepanalyse (statistisch significante resultaten):
 - type chronische aandoening:
 - geen statistisch significant verschil qua effect van CGT-i naargelang het type chronische aandoening (kanker, chronische pijn, cardiovasculaire aandoening)
 - wijze van toediening:
 - geen statistisch significant verschil qua effect van CGT-i tussen digitale interventies en face-to-face interventies
- secundaire uitkomstmaten:
 - remissie van slapeloosheid (ISI <8): 54,0% met een 95% BI van 40,3 tot 67,0 met CGT-i versus 18,0% met een 95% BI van 11,9 tot 26,5 in controlegroep (OR van 5,35, met 95% BI van 2,66 tot 10,75)
 - aanvaardbaarheid (stopzetting van de behandeling)
 - gemiddeld percentage stopzetting: 12,7% (95% BI van 0% tot 45%)
 - ongewenste effecten
 - rapportering van ongewenste effecten bij CGT-i is sterk heterogeen, waardoor attributie onzeker is; daarom is verdere monitoring aangewezen
 - geen statistisch significante signalen inzake veiligheid gerapporteerd.

Besluit van de auteurs

Deze systematische review met meta-analyse toont dat cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-i) zeer effectief en aanvaardbaar is bij mensen met chronische aandoeningen. De effectgroottes zijn matige tot hoog en die lijken vergelijkbaar met die bij mensen zonder chronische aandoeningen. CGT-i toonde een vergelijkbare effectiviteit in een breed scala aan subgroepen van aandoeningen.

Financiering van de studie

Het onderzoek werd gefinancierd door de Macquarie University, die geen rol had in de opzet van de studie, de gegevensverzameling, -analyse of -interpretatie, noch in het schrijven van het artikel of de beslissing om te publiceren.

Belangenconflicten van de auteurs

Eén auteur ontving financiering van Macquarie University voor de uitvoering van dit onderzoek; de andere auteurs melden geen belangenconflicten.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze systematische review met meta-analyse hanteerde een methodologie met meerdere elementen die de interne validiteit van de resultaten versterken. Het protocol werd prospectief geregistreerd in het Open Science Framework. Dat beperkt het risico van a posteriori aanpassingen van doelstellingen of analysemethoden. Bovendien geven de auteurs aan dat zij de PRISMA-richtlijnen hebben gevolgd, wat garant staat voor een gestructureerde, transparante en reproduceerbare aanpak. De beperking tot gerandomiseerde klinische studies versterkt het niveau van bewijs en vermindert bias inherent aan observationele studies. De studieselectie en de gegevensextractie werden onafhankelijk uitgevoerd door verschillende beoordelaars; discrepanties werden opgelost via consensus, hetgeen het risico van selectiebias beperkt. De auteurs geven echter geen overzicht van geëxcludeerde studies. Een random-effectsmodel is geschikt gezien de verwachte klinische en methodologische heterogeniteit. Het risico van bias werd beoordeeld met behulp van de Cochrane Risk of Bias 2-tool. De meeste studies hadden enig risico van bias ($N = 37$), 21 hadden een hoog risico van bias en 9 een laag risico van bias. Het risico van bias was voornamelijk toe te schrijven aan ontbrekende uitkomstgegevens, vaak doordat geen intention-to-treat-analyses werden uitgevoerd of ontbrekende data niet adequaat werden behandeld. De sensitiviteitsanalyses en het systematisch nagaan van publicatiebias (funnelplot, Egger-test, trim-and-fill-methode) versterken de robuustheid en de transparantie van de interpretatie van de resultaten.

Er zijn nochtans een aantal methodologische beperkingen te melden. De statistische heterogeniteit blijft hoog (I^2 vaak hoger dan 60%), wat wijst op een grote variabiliteit tussen de studies, die niet volledig kan worden verklaard met subgroepanalyses. Er wordt een 'small study effect' waargenomen voor 25 vergelijkingen afkomstig uit kleinschalige studies. Dat betekent dat kleinere studies systematisch grotere effecten rapporteren dan grotere studies, wat kan wijzen op publicatiebias of grotere statistische onzekerheid. Dat beperkt de statistische power en kan leiden tot een overschatting van de effectgroottes. De auteurs onderzochten deze factor nochtans expliciet en stelden vast dat de effecten ook in grotere studies behouden blijven, zij het in mindere mate. De beschrijving van de controle-interventies, in het bijzonder voor de actieve of actief-equivalente controlegroepen, blijft beperkt. Ook de beschikbare informatie over de kwalificaties en ervaring van de personen die de interventies uitvoerden, is schaars. Dat kan de vergelijkbaarheid tussen de groepen beïnvloeden. Hoewel de kerncomponenten doorgaans behouden blijven, kan de variabiliteit in de modaliteiten van CGT-i (formaat, duur en aanpassingen aan de context), eveneens bijdragen aan de spreiding van de effecten. De exclusie van niet-Engelstalige publicaties en het ontbreken van een systematische zoektocht naar lopende of niet-gepubliceerde studies verhogen het risico van taal- en publicatiebias, ook al werden hiervoor corrigerende analyses uitgevoerd. De financiering van de primaire studies wordt niet samengevat.

Beoordeling van de resultaten

De onderzochte populatie, bestaande uit volwassenen met chronische aandoeningen én klinisch significante insomnie, komt grotendeels overeen met de patiënten die men in de klinische praktijk ziet. De voornaamste geïnccludeerde aandoeningen, waaronder kanker, chronische pijn en cardiovasculaire aandoeningen, komen veel voor in de dagelijkse zorg. Dat ondersteunt de externe validiteit van de resultaten, ondanks de heterogeniteit van de klinische situaties en de beperkte vertegenwoordiging van sommige subgroepen, zoals cardiovasculaire aandoeningen ($N=5$). CGT-i is een gestructureerde niet-medicamenteuze interventie, aanbevolen door WOREL, met zowel digitaal als face-to-face een vergelijkbare effectiviteit (2). Dat versterkt de haalbaarheid en toepasbaarheid in verschillende zorgcontexten. De gebruikte controlegroepen variëren van standaardzorg tot actieve interventies en geven een realistisch beeld van de opties die in de praktijk beschikbaar zijn. Ze zijn echter wel zeer heterogeen. De gekozen uitkomstmaten, waaronder slaapmetingen, remissiepercentages en aanvaardbaarheid van de behandeling, zijn klinisch relevant voor patiënten. Omdat er geen significante verschillen werden gevonden naargelang het type aandoening of de wijze van toediening, wijst dit op een transversale effectiviteit van CGT-i. Daardoor

kan deze interventie, met de nodige voorzichtigheid, worden geëxtrapoleerd naar volwassenen met uiteenlopende chronische aandoeningen. Ten slotte lijkt de risico-batenverhouding gunstig, aangezien de waargenomen voordelen gepaard gaan met een goede aanvaardbaarheid en zeldzame, niet-ernstige ongewenste effecten.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

WOREL beveelt een stapsgewijze aanpak van slaapklachten en insomnie aan en geeft voorrang aan niet-medicamenteuze interventies (slaaphygiëne, CGT-i) (5). Het gebruik van slaapmedicatie wordt beperkt tot situaties van acute en ernstige insomnie, voor een korte periode, en wordt niet aanbevolen bij patiënten die in aanmerking komen voor gedragstherapie of bij oudere personen.

Besluit van Minerva

Deze systematische review met meta-analyse toont dat cognitieve gedragstherapie voor insomnie zeer effectief en goed aanvaardbaar is bij mensen met chronische aandoeningen. De matige tot grote effectgroottes lijken vergelijkbaar met die bij personen zonder chronische aandoeningen. Deze meta-analyse, hoewel van goede methodologische kwaliteit, is gebaseerd op originele studies met enkele belangrijke beperkingen waarmee we rekening moeten houden. In het bijzonder is er een hoge statistische heterogeniteit en een mogelijk ‘small study effect’, dat kan leiden tot een overschatting van de effectgroottes.

Referenties

1. Drieskens S, Duveau C, Hermans L, Nélis G. Belgian health and well-being cohort (BELHEALTH). Bulletin n°4. Sciensano, March 2024. (Accessed 16/12/2025.)
2. Janssens T, Pauwen N. Executive summary: Implementation actions for the WOREL guideline “Management of sleep disorders and insomnia in adults in primary care”. Ebpracticenet, 2018. (Accessed 16/12/2025).
3. Stas P. Cognitieve gedragstherapie bij chronische slapeloosheid: werkzame behandelcomponenten en behandelvormen? Minerva 2024;23(6):148-52.
Duiding van Furukawa Y, Masatsugu S, Yamamoto R, et al. Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults : a systematic review and component network meta-analysis. JAMA Psychiatry 2024;81:357-65. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.5060
4. Scott AJ, Correa AB, Bisby MA, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in people with chronic disease: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med 2025;185:1350-61. DOI: 10.1001/jamainternmed.2025.4610
5. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, et al. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn 2018. Beschikbaar op www.ebp-guidelines.be