

Wanneer en hoe behandel je chronische slapeloosheid?

Annemieke van Straten, Ingrid Verbeek, Jaap Lancee

Chronische slapeloosheid komt veel voor, zeker bij mensen die ook andere lichamelijke of psychosociale problemen hebben. Patiënten melden hun slaapproblemen vaak niet bij hun huisarts, omdat ze denken dat er geen oplossing is. Het is echter goed mogelijk om chronische slapeloosheid in de eerste lijn te behandelen. Beter slapen geeft mensen meer veerkracht en kan daarom ook helpen bij het verminderen van andere problematiek.

CASUS: EEN SOMBERE VROUW DIE SLECHT SLAAPT

Mevrouw Bakker (38 jaar) is 2 jaar geleden bij haar man weggegaan en heeft het zwaar als alleenstaande moeder van 2 dochters van 10 en 12 jaar oud. Ze is voortdurend moe en maakt zich grote zorgen over de vraag of haar kinderen niets tekortkomen. Ook is de scheiding nog steeds niet helemaal rond en weet ze niet of ze voldoende geld zal hebben om in haar huis te blijven wonen. Ze komt op uw spreekuur vanwege moeheid. Bij navraag blijkt ze ook al langere tijd vrij somber te zijn en slecht te slapen.

NORMALE SLAAP, SLAAPPROBLEMEN EN SLAAPSTOORNISSEN

Bij patiënten die met slaapproblemen op uw spreekuur komen, moet u eerst vaststellen of er een slaapprobleem is. Wat is nog normaal en wat niet meer?

- Normale slaap: er bestaat geen objectieve definitie van 'normale' slaap. De slaapbehoefte bij een volwassene is doorgaans zo'n 7 à 8 uur, maar die behoefte varieert van persoon tot persoon. Bij een gezonde slaap duurt het inslapen niet langer dan ongeveer een half uur, word je een paar keer kortdurend wakker en ervaar je de slaapkwaliteit als voldoende. Bij het ouder worden nemen de slaapduur en slaapkwaliteit vaak af. Dit is normaal en hoort bij veroudering.
- Acute slapeloosheid: vanwege een acute stressor kun je slapeloze nachten krijgen. Als dit van korte duur is, is geen verdere behandeling nodig. Wel zijn psycho-educatie en slaaphygiëne nuttig om te voorkomen dat het probleem chronisch wordt.



Slaapproblemen zijn goed te behandelen, bijvoorbeeld met slaaprestrictie.

Foto: iStock

DE KERN

- Patiënten vinden het prettig wanneer hun huisarts aandacht schenkt aan slaapproblemen.
 - Slaapproblemen zijn goed te behandelen door de huisarts of POH-ggz met psycho-educatie, stimuluscontrole [het versterken van de associatie tussen bed en slaap] en slaaprestrictie [het beperken van de tijd in bed].
 - Het bijhouden van een slaapdagboek geeft veel inzicht.
 - Het verminderen van slaapproblemen geeft meer veerkracht, waardoor patiënten ook vaak minder last hebben van andere fysieke en psychosociale problemen.
-
- Er zijn 6 hoofdgroepen slaapstoornissen.¹
 - Chronische slapeloosheid (officiële benaming: insomniestoornis): mensen zijn 's nachts meer dan 30 minuten wakker, gedurende ten minste 3 dagen per week. De klachten moeten ten minste 3 maanden aanwezig zijn (DSM-5) of 3 weken (NHG-Standaard Slaapproblemen en slaadmiddelen).^{2,3} De betrokkene moet hiervan hinder ondervinden bij activiteiten tijdens de dag.
 - Slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen: de bekendste is slaapapneu (snurken met ademstops). Bij klinisch relevante slaapapneu is er sprake van ongewild in slaap vallen overdag.
 - Centrale stoornissen van hypersomnolentie: het gaat hier om een teveel aan slaap (narcolepsie, uitgesproken langslapers (zeker > 9 uur per dag), mensen die moeite hebben om overdag wakker te blijven).
 - Circadiane ritme-slaap/waakstoornissen: deze mensen slapen goed, maar niet in een 'normaal' ritme, zoals dat bijvoorbeeld nodig is voor werk.
 - Parasomnie: patiënten vertonen ongewenst (of 'vreemd') gedrag tijdens de nacht, bijvoorbeeld slaapwandelen of nachtmerries.
 - Slaapgerelateerde bewegingsstoornissen: hieronder vallen bewegingsonrust en het rustelozebenensyndroom.

Van deze 6 hoofdgroepen komt chronische slapeloosheid verreweg het meest voor. Ongeveer een derde van de mensen in de algemene bevolking heeft problemen met slaap, maar kan wel functioneren tijdens de dag en ongeveer 8% heeft chronische slaapproblemen die het functioneren belemmeren.^{4,5} Bij patiënten die op consult komen in de huisartsenpraktijk ligt de prevalentie hoger, deze is volgens schattingen zelfs 50%.⁶

DIAGNOSE: ANAMNESE EN SLAAPDAGBOEK

Andere slaapstoornissen dan chronische slapeloosheid kunt u uitsluiten op basis van de anamnese. Wanneer deze geen duidelijk beeld geeft, kan de Holland Sleep Disorder Questionnaire uitkomst bieden.⁷ Verwijzing naar een slaapcentrum voor een polysomnografie (PSG) is alleen nodig als er duidelijke aanwijzingen zijn voor een slaapgerelateerde ademhalings-

stoornis of bewegingsonrust in de nacht, of wanneer de patiënt overdag ongewild in slaap valt. In alle andere gevallen kan de patiënt starten met de behandeling voor chronische slapeloosheid.

Slaapdagboek

Bij een vermoeden van chronische slapeloosheid is een slaapdagboek het belangrijkste diagnostische instrument. Patiënten houden een week lang hun slaap bij, waardoor ze snel inzicht krijgen in het slaap-waakritme. In 1 oogopslag is te zien in hoeverre ze op dezelfde tijd opstaan en naar bed gaan, hoe vaak ze wakker worden en in welk deel van de nacht ze dat doen, en hoeveel uren ze slapen. Van belang is dat patiënten 's nachts niet op de klok kijken. Dat vergroot namelijk de spanning (nog maar 6 uur voor ik moet opstaan, nog maar 5 uur, enzovoort) en heeft geen toegevoegde waarde voor de slaap. Het dagboek wordt de volgende ochtend ingevuld op basis van schattingen. De praktijkassistente kan worden getraind om dit uit te leggen. Patiënten vinden het vaak fijn om een dagboek bij te houden: ze krijgen het gevoel dat hun klachten serieus worden genomen en het geeft inzicht. De ernst van de insomnie kunt u desgewenst ook meten met de Insomnia Severity Index (ISI, 6 vragen).⁸

Andere psychische klachten

Patiënten die last hebben van chronische slapeloosheid hebben vaak ook andere psychische klachten, zoals somberheid. Het is dan niet voldoende om alleen die andere psychische klachten te behandelen. Ook als de andere psychische klachten verdwijnen, blijft de chronische slapeloosheid vaak bestaan. Als dat het geval is, is de kans groot dat patiënten opnieuw psychische klachten ontwikkelen. Wij pleiten er daarom voor om de verschillende problemen apart te behandelen.⁹ In overleg met de patiënt stelt u vast aan welk probleem het eerst aandacht wordt geschonken.

CASUS (VERVOLG)

Bij mevrouw Bakker lijkt er geen sprake te zijn van een fysiek probleem. Ze vult een week lang het slaapdagboek in. Ze blijkt een vrij regelmatig ritme te hebben: ze gaat om 22:00 uur naar bed, maar slaapt meestal pas om 2:00 uur in. Op sommige nachten slaapt ze door, maar ze wordt ook geregeld wakker in de nacht, waarbij ze opnieuw moeite heeft om in te slapen. Doorgaans staat ze om 7:30 uur op om haar dochters te helpen, maar dat kost haar veel moeite. Overdag doet ze vaak een dutje.

GEVOLGEN VAN CHRONISCHE SLAPELOOSHEID

Tijdens de slaap vindt er lichamelijk en psychisch herstel plaats. Mensen die lange tijd aan slapeloosheid lijden zijn vaak moe, hebben concentratieproblemen en zijn vergeetachtig. Slaap zorgt ook voor een goede emotieregulatie. Bij gebrek aan slaap kunnen er stemmingswisselingen optreden en is er een grotere kans dat patiënten psychische stoornissen ontwikkelen, zoals een depressie.¹⁰

Chronische slapeloosheid hangt ook samen met fysieke problemen. Zo is er een samenhang met pijn, hart- en vaat-aandoeningen en kanker.¹¹⁻¹³ Chronische slapeloosheid kan het gevolg zijn van de lichamelijke ziekte, maar er zijn ook onderzoeken die laten zien dat chronische slapeloosheid er een van de oorzaken van kan zijn.¹⁴

OOZAKEN VAN CHRONISCHE SLAPELOOSHEID

Slaap wordt gereguleerd door 2 processen: het circadiane ritme en de slaapdruk (de biologische behoefte aan slaap). Drie factoren zijn belangrijk in de ontwikkeling van een chronische slapeloosheid.¹⁵ Ten eerste kunnen mensen al dan niet een kwetsbaarheid hebben voor chronische slapeloosheid (genetisch of persoonlijkheid). Ten tweede is er een stressor nodig: slecht gaan slapen is een normale reactie na een stressvolle levensgebeurtenis. We spreken dan van 'acute slapeloosheid'. De derde factor is het contraproductieve gedrag dat sommige mensen gaan vertonen in een poging hun acute slapeloosheid onder controle te krijgen. Zo gaan patiënten vroeger naar bed, staan ze later op of doen ze dutjes overdag. Dit alles verstoort het 24-uursslaap-waakritme, vermindert de slaapdruk en houdt de chronische slaapproblemen in stand.

BEHANDELING VAN DE CHRONISCHE SLAPELOOSHEID

Slaapmedicatie tegen chronische slapeloosheid wordt ontra- den vanwege afnemende effectiviteit door tolerantie-ontwik- keling en bijwerkingen.¹⁶ Dit betekent dat mensen overdag duf kunnen zijn van de slaapmedicatie. Ouderen lopen daardoor een verhoogd risico op (val)incidenten. Bij regelmatig gebruik neemt de effectiviteit bovendien snel af. De NHG-Standaard en de Europese richtlijn voor slaapstoornissen adviseren dan ook cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGTi) als eerstekeusbehandeling.¹⁷ De meest effectieve elementen hier- van zijn stimuluscontrole en slaaprestrictie.¹⁸ Uit ons observa- tionele onderzoek onder 41 huisartsenpraktijken in 5 regio's bleek dat bijna niemand (10%) deze behandeling aangeboden krijgt.¹⁹

CGTi

Volledige CGTi bestaat uit de volgende componenten.²⁰

- Psycho-educatie: het gaat hier vooral om de uitleg over slaap en (de oorzaken van) insomnie. Dit is de informatie die hiervoor is beschreven.
- Slaaphygiëne: alles wat slaap kan bevorderen of belem- mern, bijvoorbeeld meer ontspanning tijdens de dag, afbouwen van de dag, geen alcohol, vanaf een uur voor het slapen geen beeldschermen meer.
- Stimuluscontrole: patiënten leren het bed (en de slaapkam- mer) weer te koppelen aan slapen en niet aan wakker zijn. Dit betekent dat ze in de slaapkamer niet mogen werken of schermen mogen gebruiken. Wanneer ze ongeveer 30 minuten wakker liggen, dienen ze op te staan en iets rustge- vends te gaan doen in gedimd licht (bijvoorbeeld puzzelen, lezen).
- Slaaprestrictie: mensen mogen minder lang in bed liggen

dan normaal.²¹ Het idee hierachter is dat de slaapdruk hoger wordt. Doorgaans zijn er eerst een paar slechte nach- ten, maar daarna vallen mensen direct in slaap als ze naar bed gaan en slapen ze door tot de wekker gaat. Doordat mensen aaneengesloten gaan slapen, voelen ze zich veel beter. Als mensen eenmaal voldoende doorslapen, mogen ze in kleine stapjes de slaaptijd weer gaan uitbreiden. In eerste instantie wordt de tijd in bed gelijkgesteld aan het gemiddelde aantal uren dat mensen de week daarvoor per nacht hebben geslapen plus 30 tot 60 minuten (met een minimum van 5 uur). Na de start met slaaprestrictie moeten patiënten de slaapefficiëntie bijhouden. Dit is het percentage van de tijd dat ze slapen op het totaal aantal uren dat in bed wordt doorgebracht (bijvoorbeeld 6 uur slaap op 8 uur in bed = slaapefficiëntie van 75%). Als de slaapefficiëntie 85% is, mag de bedtijd met 15 minuten worden uitgebreid. De allerbelangrijkste regel is echter dat mensen minder uren in bed liggen. Hierdoor neemt de slaapdruk toe en slapen ze meer en dieper gedurende de tijd dat ze in bed liggen.

- Ontspanningsoefeningen: vaak kunnen mensen niet slapen vanwege de spanning die zij in hun lichaam vasthouden. Leren ontspannen door oefening kost tijd en moeite.
- Cognitieve therapie: het veranderen van gedachten die spanning oproepen en niet waar zijn. Een voorbeeld is 'Ik heb 8 uur slaap nodig om te kunnen functioneren'.

U voert de diagnostiek van chronische slapeloosheid uit. Ook biedt u psycho-educatie aan en geeft u tips om beter te slapen (zoals steeds op dezelfde tijd naar bed en opstaan, niet te lang in bed liggen). Het uitvoeren van een CGTi-behandeling met alle elementen vergt echter meer tijd. Dit is daarom volgens ons bij uitstek een taak voor de POH-ggz.

CASUS (VERVOLG)

Mevrouw Bakker gaat overdag geen dutjes meer doen. Ze neemt wel tijd voor ontspanning door wat te lezen. Normaal ligt ze 9,5 uur in bed, waarvan ze zo'n 6 uur slaapt. Tijdens haar behandeling beperkt ze haar tijd in bed tot 7 uur (van 24:00 tot 7:00 uur). In het begin kost het haar veel moeite, maar al snel merkt ze dat ze de hele nacht zonder te woelen en te piekeren doorslaapt. Dit voelt goed en stimuleert haar om het vol te houden. Langzamerhand breidt ze haar tijd in bed uit. Ze slaapt nu een stuk beter en heeft meer energie gekregen om haar problemen het hoofd te bieden. Soms valt ze wel eens terug en ligt ze weer een nacht te piekeren. Ze weet nu echter wat ze kan doen om dit aan te pakken.

DE EFFECTEN VAN DE BEHANDELING

Er zijn veel gerandomiseerde trials uitgevoerd die laten zien dat CGTi effectief is, ook op de langere termijn.^{22,23} De reduc- tie van slaapklachten is zeer groot: Cohen's d ligt tussen 1,0 en 2,0, ofwel een behandelrespons bij 60 tot 80% van de patiën- ten.²⁴ Dit is ook aangetoond voor mensen met fysieke comor- biditeit en mensen met andere psychische problemen.^{25,26} Onderzoek in de huisartspopulatie laat dezelfde grote effecten

zien.^{27,28} Bovendien blijkt uit een (nog niet gepubliceerd) pilot-onderzoek dat het in de praktijk goed haalbaar is om de POH-ggz te trainen en effectieve behandelingen te laten uitvoeren. Naast de effectiviteit op slaapklachten laat onderzoek ook effecten zien op andere klachten, zoals angst en depressie, en op het dagelijks functioneren.²⁹⁻³¹ Er is inmiddels ook bewijs dat alleen slaaprestrictie (zonder alle andere elementen) in de huisartsenpraktijk effectief is.³²

WAT TE DOEN BIJ ONVOLDOENDE EFFECT?

Mocht de CGTi-behandeling onvoldoende effect hebben, dan kunt u de patiënt doorsturen naar een slaappoli of een gespecialiseerd slaapcentrum. Zie voor een overzicht van instellingen die zijn aangesloten bij de Slaapgeneeskundige Vereniging Nederland de website www.slaapgeneeskundevereniging.nl.

MEER WETEN?

Slaapstraat is een zorgprogramma dat is gericht op patiënten met chronische slapeloosheid in de huisartsenpraktijk. U kunt hierin getraind worden. Meer informatie staat op www.slaapstraat.nl. Hier kunt u ook slaapdagboeken, vragenlijsten en ander nuttig materiaal downloaden. De Slaapstraattraining richt zich vooral op diagnostiek. Mocht u behoefte hebben aan scholing op het gebied van CGTi, dan kunt u terecht bij www.leerslapen.nl voor een online scholing. U kunt ook gratis een CGTi-zelfhulpboek downloaden.

CONCLUSIE

Patiënten rapporteren slaapklachten lang niet altijd spontaan, maar stellen het zeer op prijs wanneer u hieraan aandacht besteedt. Uit onderzoek blijkt dat het behandelen van chronische slapeloosheid goed mogelijk is in de huisartsenpraktijk en zeer effectief is, ook bij patiënten die daarnaast andere lichamelijke of psychische klachten hebben. Zo mogelijk stelt u de diagnose mede op basis van een slaapdagboek en voert de POH-ggz de behandeling uit. De voorkeursbehandeling is cognitieve gedragstherapie – iedereen die aan insomnie leidt kan baat hebben bij goede CGTi. Wij hopen dat het percentage patiënten dat slaaprestrictie krijgt aangeboden over enige tijd veel hoger is dan de huidige 10%. ■

LITERATUUR

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
2. Becker ES, Rinck M, Türke V, Kause P, Goodwin R, Neumer S. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom, 2013.
3. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht, NHG, 2014. Geraadpleegd op 3 mei 2023.
4. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of insomnia: prevalence, course, risk factors, and public health burden. *Sleep Med Clin* 2022;17:173-91.
5. Kerkhof GA. Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Med* 2017;30:229-39.
6. Bjorvatn B, Meland E, Flo E, Mildestvedt T. High prevalence

- of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Fam Pract* 2017;34:20-4.
7. Kerkhof GA, Geuke MEH, Brouwer A, Rijsman RM, Schimsheimer RJ, Van Kasteel V. Holland Sleep Disorders Questionnaire: a new sleep disorders questionnaire based on the International Classification of Sleep Disorders-2. *J Sleep Res* 2013;22:104-7.
8. Slaapstraat. Slaapevaluatielijst. Bereikbaar via www.slaapstraat.nl.
9. Lustberg L, Reynolds CF. Depression and insomnia: questions of cause and effect. *Sleep Med Rev* 2000;4:253-62.
10. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord* 2011;135:10-9.
11. Afolalu EF, Ramlee F, Tang NKY. Effects of sleep changes on pain-related health outcomes in the general population: a systematic review of longitudinal studies with exploratory meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018;39:82-97.
12. Khan MS, Aouad R. The effects of insomnia and sleep loss on cardiovascular disease. *Sleep Med Clin* 2017;12:167-77.
13. Harris B, Ross J, Sanchez-Reilly S. Sleeping in the arms of cancer: a review of sleeping disorders among patients with cancer. *Cancer J* 2014;20:299-305.
14. Redline S, Foody J. Sleep disturbances: time to join the top 10 potentially modifiable cardiovascular risk factors? *Circulation* 2011;124:2049-51.
15. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1987;10:541-53.
16. Gorgels WJM, Oude Voshaar RC, Mol AJJ, Breteler MHM, Van de Lisdonk EH, Zitman FG. Het langdurig gebruik van benzodiazepinen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1342-6.
17. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 2017;26:675-700.
18. Maurer LF, Schneider J, Miller CB, Espie CA, Kyle SD. The clinical effects of sleep restriction therapy for insomnia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev* 2021;58:101493.
19. Van Straten A, Van der Zweerde T, Verbeek, Lancee. Slaapstraat: evaluatie van een slaapzorgprogramma in de huisartspraktijk. In druk.
20. Morin CM, Espie CA. *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum, 2003.
21. Falloon K, Elley CR, Fernando A 3rd, Lee AC, Arroll B. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2015;65:e508-15.
22. Van Straten A, Van der Zweerde T, Kleiboer A, Cuijpers P, Morin CM, Lancee J. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018;38:3-16.
23. Van der Zweerde T, Bisdounis L, Kyle SD, Lancee J, Van Straten A. Cognitive behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep Med Rev* 2019;48:101208.
24. Perlis ML, Posner D, Riemann D, Bastien CH, Teel J, Thase M. Insomnia. *Lancet* 2022;400:1047-60.
25. Wu JQ, Appleman ER, Salazar RD, Ong JC. Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015;175:1461-72.
26. Bélanger L, Harvey AG, Fortier-Brochu É, Beaulieu-Bonneau S, Eidelman P, Talbot L, et al. Impact of comorbid anxiety and depressive disorders on treatment response to cognitive behavior therapy for insomnia. *J Consult Clin Psychol* 2016;84:659-67.
27. Cheung JMY, Jarrin DC, Ballot O, Bharwani AA, Morin CM. A systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia implemented in primary care and community settings. *Sleep Med Rev* 2019;44:23-36.

-
28. Van der Zweerde T, Lancee J, Slottje P, Bosmans JE, Van Someren EJW, Van Straten A. Nurse-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in general practice: results from a pragmatic randomized clinical trial. *Psychother Psychosom* 2020;89:174-84.
 29. Staines AC, Broomfield N, Pass L, Orchard F, Bridges J. Do non-pharmacological sleep interventions affect anxiety symptoms? A meta-analysis. *J Sleep Res* 2022;31:e13451.
 30. Gebara MA, Siripong N, DiNapoli EA, Maree RD, Germain A, Reynolds CF, et al. Effect of insomnia treatments on depression: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2018;35:717-31.
 31. Benz F, Knoop T, Ballezio A, Bacaro V, Johann AF, Rücker G, et al. The efficacy of cognitive and behavior therapies for insomnia on daytime symptoms: a systematic review and network meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2020;80:101873.
 32. Kyle S, Siriwardena AN, Espie C, Yang Y, Petrou S, Ogburn E, et al. Clinical and cost-effectiveness of nurse-delivered sleep restriction therapy for insomnia in primary care: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, in press.

Van Straten A, Verbeek I, Lancee J. Wanneer en hoe behandel je chronische slapeloosheid? *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2318-4.

Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Klinische neuro- en ontwikkelingspsychologie, Amsterdam: prof. dr. A. van Straten, hoogleraar Klinische psychologie, a.van.straten@vu.nl. Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe, Heeze: dr. I. Verbeek, somnoloog-slaaptherapeut. Universiteit van Amsterdam, programmagroep Klinische Psychologie, Amsterdam: dr. J. Lancee, universitair docent.

Mogelijke belangenverstremgeling: Van Straten and Lancee hebben de online interventie 'i-Sleep' ontwikkeld. Het IP berust bij Van Straten. De interventie is beschikbaar via Minddistrict.com, waarvoor geen inkomsten worden ontvangen. De interventie is verder beschikbaar via leerslapen.nl dat eigendom is van het Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe, waar Verbeek werkzaam is. Op deze site wordt ook een online CGTi-training aangeboden voor professionals. De organisaties waar de auteurs werkzaam zijn, ontvangen een bescheiden Return of Investment (ROI) zodat het platform onderhouden kan worden.