

Handleiding

HSDQ

Vragenlijst over slaapstoornissen



Gerard A. Kerkhof

HSDQ

Vragenlijst over slaapstoornissen

Handleiding

Gerard A. Kerkhof

Foto omslag: iStock/LeoPatrizi
Vormgeving: Annelies Bast, Amsterdam

© 2021 Hogrefe Uitgevers B.V., Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Artikelnummer: 5707002

Inhoud

1 Inleiding en theoretische achtergrond	5
De HSDQ	5
2 Afname en scoring	7
Het afnemen van de HSDQ	7
Het scoren van de HSDQ	7
Ontbrekende antwoorden	8
3 Interpretatie	9
Totaalscore	9
Schaalscores	9
Vervolgstappen	10
Comorbiditeit	10
Sekseverschillen	11
4 Normering en psychometrische eigenschappen	13
Beschrijving populatiesteekproef	13
Sekseverschillen	14
Effecten van leeftijd	14
Betrouwbaarheid	14
Validiteit	15
Afkappunten	17
Percentielscores	17
Prevalentie	18
Referenties	19
Bijlage Percentielscores	21

1 Inleiding en theoretische achtergrond

Een groeiend aantal publicaties constateert dat zowel korte (≤ 6 uur) als lange (≥ 9 uur) slaap samengaat met verhoogde risico's op ziekte/stoornis, zoals metabole, cardiovasculaire, affectieve en cognitieve stoornissen (Cappuccio, Miller, & Lockley, 2010). Juist nu baart dit zorgen, omdat er sprake is van een wereldwijde ontwikkeling in de richting van een 24-uurseconomie, waarin het aandeel van allerlei vormen van ploegendienst toeneemt en ongestoorde en voldoende slaap onder toenemende druk komt te staan. Met name korte slaap kan een teken zijn van verstoorde slaap, getuige de onderzoeksresultaten die laten zien dat mensen die korte slaap rapporteren gewoonlijk ook klachten hebben over slapeloosheid/insomnie, en problemen ervaren met inslapen, doorslapen, voortijdig ontwaken, en slaapkwaliteit in het algemeen (Bin, 2017; Grandner & Kripke, 2004). Lange slaap is over het algemeen het gevolg van eerder bestaande ziekte, terwijl korte slaap meestal voorafgaat aan ziekte.

Een representatieve steekproef (genomen in november 2012) van ruim 2.000 Nederlanders met leeftijden tussen 18 en 70 jaar, laat zien dat maar liefst 43 procent van hen een slaapttekort van minstens een uur per nacht meldt (Kerkhof, 2017). Vergelijking met gegevens die verzameld zijn over de laatste twee decennia van de vorige eeuw (Kronholm et al., 2008; Luyster, Strollo, Zee, & Walsh, 2012) leert dat de prevalentie van slaapttekort inmiddels verdubbeld is. Vaak in combinatie met een slaapttekort kan bovendien de kwaliteit van de slaap verstoord zijn, bijvoorbeeld door het optreden van nachtmerries, ademstops, beenbewegingen, et cetera.

Gezien het grote belang van voldoende én kwalitatieve slaap, is goede diagnostiek en behandeling van gestoorde slaap essentieel. Er bestaan meerdere algemene slaapvragenlijsten (zie bijvoorbeeld Spoormaker et al., 2005), maar geen enkele vragenlijst gebaseerd op de *International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2, American Academy of Sleep Medicine, 2005)*. Toepassing van deze classificatie is een vereiste voor organisaties om geaccrediteerd te worden door de Europese Vereniging voor Slaaponderzoek (ESRS) en de *American Academy of Sleep Medicine*. Om die reden wordt de ICSD door de meerderheid van alle centra voor slaapstoornissen als classificatie gebruikt bij het stellen van klinische diagnoses en het documenteren van patiëntgegevens (Buysse et al., 2003). Een vragenlijst gebaseerd op de ICSD zou klinici kunnen helpen bij efficiëntere diagnostiek en betere doorverwijzing.

De HSDQ

Om die reden is er in 2011 een zelfrapportage-vragenlijst ontwikkeld over slaapstoornissen, gebaseerd op de tweede versie van de ICSD: de *Holland Sleep Disorders Questionnaire (HSDQ, Kerkhof et al., 2012)*. Inmiddels is in 2014 de derde versie uitgebracht (ICSD-3). De diagnostische structuur van de ICSD-2 verschilt nauwelijks van die van de ICSD-3 (Mayer, Rodenbeck, Geisler, & Schulz, 2015) en deze nieuwe versie heeft dan ook geen invloed op de bruikbaarheid van de HSDQ. De HSDQ kwam tot stand op basis van onderzoek aan de Universiteit van Amsterdam en het Centrum voor slaap- en waakstoornissen van het Medisch Centrum Haaglanden. In de ICSD-2 worden zes categorieën van slaapstoornissen beschreven. Op basis van de beschrijvingen, symptomen en diagnostische criteria van die categorieën werden 40 items opgesteld. Elk item werd geformuleerd als een zelfrapportage (bijvoorbeeld: 'Ik heb moeite om in slaap te vallen'), waarbij op een vijfpuntsschaal (1: helemaal niet, 2: meestal niet, 3: soms, 4: meestal, 5: altijd) moet worden aangegeven in hoeverre het item de afgelopen drie maanden van toepassing was op de invuller. Op basis van item-, factor- en betrouwbaarheidsanalyses werd een

uiteindelijke vragenlijst van 32 items samengesteld. Zie hoofdstuk 4 voor meer informatie over het uitgevoerde onderzoek.

De HSDQ is in de eerste plaats bedoeld voor gebruik in centra voor slaapstoornissen, om op efficiënte wijze een indicatie te krijgen van de slaapgerelateerde domeinen waarin verder onderzoek nodig is. Ook kan de HSDQ van nut zijn tijdens het diagnostische proces van andere stoornissen, zoals ADHD, autisme, depressie en angststoornissen. Van deze stoornissen is bekend dat er regelmatig ook slaapproblemen bij optreden. In dergelijke gevallen is tijdige onderkenning van deze comorbiditeit van belang, vanwege de implicaties die dit kan hebben voor het verdere behandelplan (zie bijvoorbeeld Ohayon, 1997). Ten slotte is de HSDQ ook geschikt voor gebruik als screeningsinstrument voor slaapstoornissen in bijvoorbeeld de eerstelijns zorg. Het kan daar van toegevoegde waarde zijn om te screenen op veelvoorkomende slaapstoornissen.

Vanuit dit laatste oogpunt is de HSDQ in 2012 dan ook afgenomen bij een representatieve steekproef van 2.089 Nederlandse volwassenen. Hierbij bleek meer dan 32 procent een slaapprobleem te rapporteren; de prevalentie van de zes belangrijkste specifieke slaapstoornissen lag tussen de 5,3 en 12,5 procent (Kerkhof, 2017). Bevindingen die het belang van goede diagnostiek op dit gebied benadrukken.