

# Een screeningsinstrument voor slaapstoornissen

## INLEIDING

Slaapstoornissen komen veel voor. Ongeveer 6% van de bevolking in de westerse wereld lijdt aan slapeloosheid. De prevalentie in de eerstelijns populatie is 10-40%. Er is een sterke relatie tussen chronische insomnie en functionele beperkingen, psychische en somatische klachten, kwaliteit van leven en een beroep doen op de gezondheidszorg. Onderzoek toont aan dat de betekenis van insomnie wordt onderschat en te weinig wordt herkend. Eerder onderkennen van slaapproblemen in de eerste lijn zou bovenstaande kunnen voorkomen. Er is een screeningsinstrument ontwikkeld dat behulpzaam zou kunnen zijn: de *Insomnia Severity Index* (ISI). Deze is samengesteld op basis van criteria die beschreven zijn in de DSM-IV en de *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD). De ISI was nog niet onderzocht voor gebruik in de eerste lijn. In dit onderzoek wordt de ISI gevalideerd voor de eerstelijns populatie.

Bij het meetinstrument ISI gaat het om zeven items: inslaapklachten, frequent wakker worden, te vroeg ontwaken, tevredenheid over de genoten slaap, klachten over het functioneren overdag, klachten geuit door de directe omgeving en stress als gevolg van slapeloosheid. De patiënt vult zelf de screeningslijst in met een Likertschaal variërend van 0 tot 4 (0 = geen klacht; 4 = veel last). In totaal kan men dus maximaal 28 punten scoren. Hoe hoger het getal, des te ernstiger de klacht.

## ONDERZOEK

**Design** In dit onderzoek werd de ISI gevalideerd met de *Insomnia Diagnostic Interview* (IDI) Dit is een semi-gestructureerd interview, afgenomen door een gekwalificeerd onderzoeker, waarbij alle factoren over de slaapklacht aan bod kwamen. De IDI fungeerde als 'gouden standaard'. De diagnose werd gesteld op basis van een combinatie van criteria afgeleid van de DSM-IV en de ICSD. Ontevredenheid over de kwaliteit en kwantiteit van de slaap is de belangrijkste klacht hierbij. Inslaapproblemen ( $\geq 30$  minuten), doorslaapproblemen, te vroeg ontwaken, moeheid en slaperigheid overdag zijn andere zaken. De slaapproblemen moesten ten minste 3 nachten per week aanwezig zijn en ten minste 1 maand geduurd hebben.

**Resultaten** De ISI werd door 410 volwassenen in de wachtkamer van de huisarts ingevuld. Bij 101 patiënten kon de IDI telefonisch binnen 2 weken afgenomen worden. Bij 34 patiënten werd insomnie vastgesteld; bij 67 was dit niet het geval. Met een ROC-curve werd vastgesteld in hoeverre de ISI de diagnose voorspelde. De *area under the curve* (AUC) was hoog (0,87; 95%-BI 0,80 tot 0,94). Bij het afkappunt 14 was de sensitiviteit van de ISI 82,4% en de specificiteit was 82,1%. Met dit afkappunt werden de beste resultaten verkregen: bij 82,2% was de voorspelling correct. In deze onderzochte populatie was de positief voorspellende waarde 70%; de negatief voorspellende waarde was 90,2%.

**Conclusie** Met de ISI als screeningsinstrument kan de klacht slapeloosheid in de eerste lijn opgespoord worden. Een afkappunt 14 geeft de beste resultaten.

## INTERPRETATIE

De ISI kan gebruikt worden om vast te stellen in hoeverre insomnie te maken heeft met het klachtenpatroon van de patiënt. De sensitiviteit en specificiteit bij een afkappunt van 14 zijn hoog. Het belangrijkste diagnostische instrument van de huisarts is echter de anamnese. Dit geldt zeker bij de klacht slapeloosheid. Het gebruik van een vragenlijst in het consult verstoort het contact van de huisarts met de patiënt. De in de ISI gebruikte items worden beschreven in de NHG-Standaard Slapeloosheid en slaapmiddelen. Deze items komen nadrukkelijk terug in de anamnese bij de huisarts. In de herziene standaard, die later dit jaar wordt gepubliceerd, zal dat niet anders zijn. Als huisartsen tijdens consulten met screeningslijstjes gaan werken, komt dat nogal gekunsteld over. De relevante items zijn verweven in de systematisch gestructureerde anamnese zoals die in de NHG-Standaard staat beschreven. Voor onderzoeksdoeleinden is de ISI natuurlijk prima te gebruiken. Concluderend: een fraai onderzoek, maar vragenlijsten zijn nu eenmaal minder goed bruikbaar in de alledaagse huisartsenpraktijk. ■

## LITERATUUR

- 1 Gagnon C, Bélanger L, Ivers H, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index in primary care. *J Am Board Fam Med* 2013;26:701-10.