

SLAAPPROBLEMEN EN PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN

Een kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek naar de prevalentie van slaapproblemen en slaap-waakstoornissen onder cliënten in behandeling bij een poli voor persoonlijkheidsproblematiek

Juni 2019

Marianne Postma
VS17V1 GGZ-VS 0458
HIC jeugd gesloten, Yulius
Onderzoeksbegeleider:
B. van Pelt MSc
Opleider:
Drs. I. de Hoop MSc

Trefwoorden

Slaapproblemen, slaap-waakstoornissen, persoonlijkheidsproblemen.

Samenvatting

Achtergrond: Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaak moeilijkheden op het gebied van cognities, affectiviteit, interpersoonlijk functioneren, impulsbeheersing, het zelfbeeld en de eigen effectiviteit. Het functioneren kan ernstig verstoord raken en de kwaliteit van leven kan afnemen. Slaapproblemen, mogelijk veroorzaakt door een slaap-waakstoornis, kunnen genoemde problemen verergeren of uitlokken.

Doel: Inzicht verkrijgen in de prevalentie van slaapproblemen en slaap-waakstoornissen bij de cliëntenpopulatie persoonlijkheidsproblematiek Yulius en daarmee bepalen of de behandeling verrijkt moet worden.

Methode: Cross-sectioneel onderzoek bij een gemakssteekproef onder 42 cliënten. Middels de PSQI en HSDQ werd de prevalentie van slaapproblemen en slaap-waakstoornissen onderzocht.

Resultaten: 91% scoorde meer dan vijf punten op de PSQI, wat duidt op een slaapprobleem. 67% scoorde op de HSDQ postief op de aanwezigheid van een algemene slaap-waakstoornis, 62% op de aanwezigheid van een slaap-waakstoornis. Meest voorkomend waren de insomniastoonis (36%), bewegingsgerelateerde slaap-waakstoornis (36%) en ademhalingsgerelateerde slaap-waakstoornis (21%).

Conclusie: Het is noodzakelijk de aanwezigheid van slaapproblemen en slaap-waakstoornissen te onderzoeken en behandelen in samenhang met de persoonlijkheidsstoornis.

Aanbevelingen: Blijf slaap-waakstoornissen onderzoeken middels de HSDQ. Behandel slaap-waakstoornissen in samenhang met de persoonlijkheidsstoornis. Onderzoek het functioneren van de cliënt en zijn kwaliteit van leven, waarbij het huidige zorgprogramma vergeleken wordt met een zorgprogramma, aangevuld met de behandeling van slaapproblemen en slaap-waakstoornissen.

Inleiding

Naar schatting heeft 4,4 tot 13,5% van de Nederlandse volwassen bevolking ten minste één persoonlijkheidsstoornis. Ongeveer 60% van de psychiatrische patiënten heeft één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen (RIVM, 2017). In 2016 werden 63.000 volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis behandeld in de gespecialiseerde GGZ, ongeveer twee van de drie cliënten is vrouw (Vektis, 2018). De jaarlijkse kosten van de behandeling met én zonder verblijf bedragen 391 miljoen, ongeveer tien procent van de totale GGZ-kosten. Een persoonlijkheidsstoornis is een ernstige psychiatrische aandoening. Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis kampen met moeilijkheden op het gebied van cognities, affectiviteit, interpersoonlijk functioneren, impulsbeheersing (American Psychiatric Association, 2014), het zelfbeeld en de eigen effectiviteit (GGZ Standaarden, 2019). Deze moeilijkheden tezamen leiden vaak tot ernstig lijden; het functioneren op het gebied van relaties met familie en vrienden en het werkzame leven kan ernstig verstoord raken en kan de kwaliteit van leven ernstig doen afnemen (GGZ Standaarden, 2019).

De genoemde problemen kunnen verergeren indien slaapproblemen aan de orde zijn (Selby, 2013). Moeite met inslapen, doorslapen, weer inslapen na ontwaken en vroeg wakker worden en niet meer kunnen inslapen zijn voorkomende slaapproblemen (American Psychiatric Association, 2014; Herdman & Kamitsuru, 2014).

Slaapproblemen hebben een nadelige invloed op het cognitieve, emotionele en interpersoonlijke functioneren (Baglioni et al., 2016; Harvey, Murray, Chandler, & Soehner, 2011) en de impulsiviteit (Van Veen, Karsten, & Lancel, 2017).

Slaapproblemen kunnen leiden tot emotionele disregulatie, ze vergroten het risico op suïcide (Winspera et al., 2017) en op de ontwikkeling van comorbide psychische stoornissen en het gebruik van middelen (American Psychiatric Association, 2014).

Slaapproblemen hebben dus een negatieve invloed op gebieden waar personen met een persoonlijkheidsstoornis juist al met problemen kampen.

Een slaap-waakstoornis kan de oorzaak van het slaapprobleem zijn. Slaap-waakstoornissen gaan gepaard met zelf gerapporteerde ontevredenheid over de slaap en leiden tot lijdensdruk en beperkingen overdag (Sateia, 2014). Zeven hoofdcategorieën van slaap-waakstoornissen zijn te onderscheiden: insomniastoordnis, ademhalingsgerelateerde slaap-waakstoornis, hypersomnolentiestoornis, circadianeritme slaap-waakstoornis, bewegingsgerelateerde slaap-waakstoornis, parasomnia en overige

slaap-waakstoornissen (Sateia, 2014). Slaap-waakstoornissen zijn opgenomen in de DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

Selby (2013) en Winspera et al. (2017) pleiten ervoor dat in de behandeling van de borderline-persoonlijkheidsstoornis slaapproblemen expliciet behandeld moeten worden. Bij de polikliniek voor persoonlijkheidsproblematiek van Yulius wordt geen gebruikgemaakt van valide meetinstrumenten om een slaapprobleem of slaap-waakstoornis vast te stellen. De kans bestaat dat slaapproblemen niet herkend worden en dus niet meegenomen worden in de behandeling. De behandeling kan daardoor minder goed aanslaan of langer duren, wat nadelig is voor het herstel van het functioneren en de kwaliteit van leven van de cliënt. Maatschappelijk gezien bestaat het risico dat er onnodig lange en dus dure zorg geboden wordt.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in hoeverre er sprake is van slaapproblemen bij de cliëntenpopulatie van de polikliniek voor persoonlijkheidsproblematiek van Yulius en of er een noodzaak is om de huidige diagnostiek en behandeling hierop aan te passen.

Onderzoeksvraag

Wat is de prevalentie van slaapproblemen en slaap-waakstoornissen onder cliënten in zorg bij de polikliniek persoonlijkheidsproblematiek Yulius in Dordrecht?

Methode

Design

Het betreft een cross-sectioneel onderzoeksdesign bij een gemakssteekproef vanuit een positivistisch paradigma (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2016; Van der Zee, 2015). Bij een gemakssteekproef worden personen geselecteerd die gemakkelijk te benaderen zijn, zoals alle cliënten die uitgenodigd zullen worden voor een intake. Een positivistisch paradigma kenmerkt zich door het verzamelen van feiten; door het gebruik van valide vragenlijsten kan men de door de cliënt beoordeelde slaapkwaliteit, hoewel die subjectief is, zien als objectieve waarneming.

Onderzoeksveld

De polikliniek voor persoonlijkheidsproblematiek van Yulius maakt deel uit van de polikliniek Volwassenen Yulius en is gelegen in Dordrecht en in Gorinchem. De polikliniek voor persoonlijkheidsproblematiek biedt multidisciplinaire diagnostiek en behandeling aan circa 640 cliënten. Ongeveer de helft van hen is langer dan een jaar in zorg. De aangeboden zorgprogramma's bestaan uit onderbouwde en aangetoond werkzame behandelmethoden en worden zowel op individueel vlak als in groepsverband aangeboden (Yulius, 2019). Dit onderzoek richt zich enkel op de locatie Dordrecht, aangezien er ten tijde van het onderzoek geen draagvlak voor onderzoek was op de locatie Gorinchem in verband met personele redenen en lange wachtlijsten.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft volwassenen (18 jaar en ouder) die in behandeling zijn bij de polikliniek voor persoonlijkheidsproblematiek van Yulius. Om de prevalentie van slaapproblemen onder de gehele onderzoekspopulatie te onderzoeken werd, van 1 september 2018 tot 1 maart 2019, aan alle nieuwe cliënten van de polikliniek in Dordrecht gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Vooraf waren enkel het niet beheersen van de Nederlandse taal en het niet beschikken over voldoende lees- en schrijfvaardigheden als exclusiecriteria gesteld. Gekozen werd om de prevalentie van slaapproblemen te onderzoeken vóórdat de behandeling startte, zodat het onderzoek voor alle cliënten op een gelijk punt in hun behandeling plaatsvond.

Ethische aspecten

De onderzoeksopzet werd goedgekeurd op 23 juli 2018 door de werkgroep protocolbeoordeling Yulius en bleek niet WMO-plichtig te zijn (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, 2018). De werkwijze vanuit de "Richtlijn Omgaan met Onderzoeksdata" (Yulius, 2016) werd gehanteerd betreffende de privacy van de cliënt en de bewaartermijn. Deelnemers werd schriftelijk verteld wat het doel was van het onderzoek, dat de uitkomsten van de lijsten anoniem gebruikt worden en dat deelname aan het onderzoek vrijblijvend was. Cliënten tekenden voor 'informed consent'.

Variabelen en meetinstrumenten

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden werden de variabelen ‘aanwezigheid van een slaapprobleem’ en ‘aanwezigheid van een slaap-waakstoornis’ gemeten. Daarnaast werden de leeftijd, het geslacht en de hoofddiagnose geïnventariseerd om de demografie te kunnen beschrijven.

Om slaapproblemen te inventariseren werd gebruikgemaakt van de Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). De PSQI is een zelfrapportagevragenlijst die de ervaren slaapkwaliteit over een periode van een maand in beeld brengt (Buysse, Reynolds III, Berman, & Kupfer, 1989). De lijst bestaat uit 19 items. De items hebben betrekking op zeven componenten die elk maximaal 3 punten scoren; de subjectieve slaapkwaliteit, de slaaplatentie, de slaapduur, de gewoonlijke slaapefficiëntie, slaapverstoringen, gebruik van slaapmedicatie en het dagelijks functioneren. De opgetelde scores van deze zeven componenten leiden tot een totaalscore, die tot 21 punten kan oplopen. Bij een score van nul wordt de kwaliteit van de slaap als goed ervaren. Bij een maximale score van 21 worden ernstige slaapproblemen op alle gebieden ervaren. De auteurs suggereren dat er vanaf een score van vijf punten sprake is van een slaapprobleem. Naarmate de ervaren slaapkwaliteit afneemt, neemt de totaalscore toe.

Slaap-waakstoornissen werden vastgesteld middels de Holland Sleep Disorders Questionnaire (HSDQ), een zelfrapportagevragenlijst die meet of sprake is van een slaap-waakstoornis (Kerkhof et al., 2013). De HSDQ is in 2012 ontworpen en is gebaseerd op de International Classification of Sleep Disorders-2 (American Psychiatric Association, 2014). De vragenlijst bestaat uit 32 vragen die gescoord worden van één (helemaal niet van toepassing) tot vijf (helemaal wel van toepassing). Alle scores worden opgeteld en het totaal wordt gedeeld door 32; als het criterium van 2.02 overschreden wordt, is er sprake van een algemene slaap-waakstoornis. Per slaap-waakstoornis worden specifieke antwoorden gescoord en wordt gekeken of het criterium per stoornis overschreden wordt en de stoornis vastgesteld kan worden.

Dataverzameling

Cliënten van de polikliniek persoonlijkheidsproblematiek werden vóór intake schriftelijk uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek en de PSQI en de HSDQ in te vullen. De onderzoeker communiceerde met het secretariaat middels onderzoeksnummers om de privacy van de cliënten te waarborgen, zoals beschreven

werd in het informed consent. Het secretariaat beschikte over een sleutelbestand waarin onderzoeksnummers en cliëntenummers aan elkaar gelinkt waren. Daarnaast werd een sleutelbestand aangelegd waarin onderzoeksnummer en invoernummer SPSS gelinkt werden. Dit bestand was in het bezit van de onderzoeker.

In verband met een aanvankelijk geringe respons werden cliënten nogmaals schriftelijk uitgenodigd door het secretariaat om mee te doen. Het team werd tweemaal tijdens een bijeenkomst geïnformeerd over het onderzoek en over het belang van het inventariseren van slaapproblemen en slaap-waakstoornissen. Daarnaast werd middels een aantal e-mails aandacht voor het onderzoek gevraagd.

Bij intake werd gevraagd om de ingevulde vragenlijsten en beschreef de behandelaar de leeftijd, het geslacht en hoofddiagnose van de cliënt. De ingevulde vragenlijsten werden eens in de twee weken gescoord en de uitkomst werd door het secretariaat opgenomen in het dossier van de cliënt en aan de behandelaar doorgegeven.

De scores van de zeven componenten en de totaalscore van de PSQI werden ingevoerd in IBM SPSS Statistics 25 (Pallant, 2013). Daarnaast werd ingevoerd of er sprake was van een slaapprobleem (score hoger dan vijf) of niet. Wanneer de cliënt niet eenduidig zijn slaapduur, bedtijd en opstaantijd beschreef, werden deze scores als gemist genoteerd. Indien de slaapduur door de cliënt werd aangegeven met twee waardes werd het gemiddelde van die twee waardes gehanteerd.

De scores van de algemene en de specifieke slaap-waakstoornissen werden ingevoerd, evenals de conclusie of de stoornis aanwezig was of niet. Indien bij de HSDQ een antwoord ontbrak, werd als score “één” ingevoerd, wat staat voor “helemaal niet van toepassing”.

Data-analyse

Om de vraagstelling te beantwoorden werd middels ‘descriptive statistics/frequencies’ berekend:

- Hoeveel cliënten een slaapprobleem hebben ten opzichte van de netto-respons.
- Hoeveel cliënten een algemene of minimaal één specifieke slaap-waakstoornis hebben ten opzichte van de netto-respons.
- Hoe vaak elke slaap-waakstoornis voorkomt ten opzichte van de netto-respons.

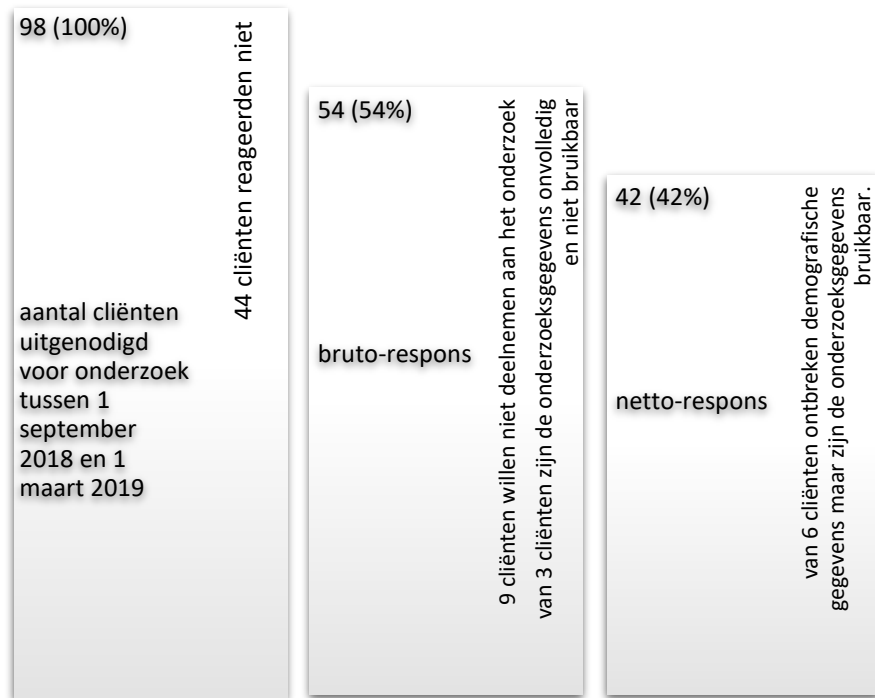
Daarnaast werden de frequenties berekend van geslacht, leeftijd, hoofddiagnose en de scores van de zeven componenten van de PSQI om de demografie te kunnen beschrijven.

Methodologische kwaliteit

Het gebruik van meetinstrumenten die aantoonbaar betrouwbaar zijn vergroot de interne validiteit. De betrouwbaarheid van de PSQI komt tot uitdrukking in de meting van de interne consistentie (Chronbach's alfa globaal: 0.83, gemiddelde componenten: 0.58) en de test-hertest (Pearsons correlatie coëfficiënt 0.82, $p < 0.001$) (Buysse et al., 1989). De constructvaliditeit scoorde, vergeleken met de Insomnia Severity Index, $r = 0.80$, $p < 0.05$ (Morin, Belleville, Belanger, & Ivers, 2011). Andere onderzoeken laten echter ook lagere uitkomsten zien. In de meta-analyse en systematische review (37 onderzoeken) onderzochten Mollayeva et al. (2016) uitgebreid de betrouwbaarheid en validiteit van de PSQI. Zij constateerden dat dit instrument voldoet aan zijn beoogde doel, met een hoge betrouwbaarheid en validiteit, maar een matige structuurvaliditeit. De betrouwbaarheid van de HSDQ scoorde op de Cronbach's alpha 0.90, op de zes afzonderlijke slaap-waakstoornissen van 0.73 tot 0.81. De stoornissen worden voor 81,5-98% goed geclassificeerd, met als uitschieter insomnia (69%). Gemiddeld werd 84,5% van de deelnemers juist geclassificeerd (Kerkhof et al., 2013). Door onderzoek te doen bij alle nieuwe cliënten wordt gepoogd een selectiebias te voorkomen. Hierdoor is de verwachting dat de onderzoekspopulatie representatief is voor de gehele bronpopulatie en de uitkomsten ook extern valide zijn. Uit alle vragenlijsten werden er steekproefsgewijs vijf uitgekozen waarvan de de scoring en invoering in SPSS gecontroleerd werden op juiste invoer door een medewerker van Yulius.

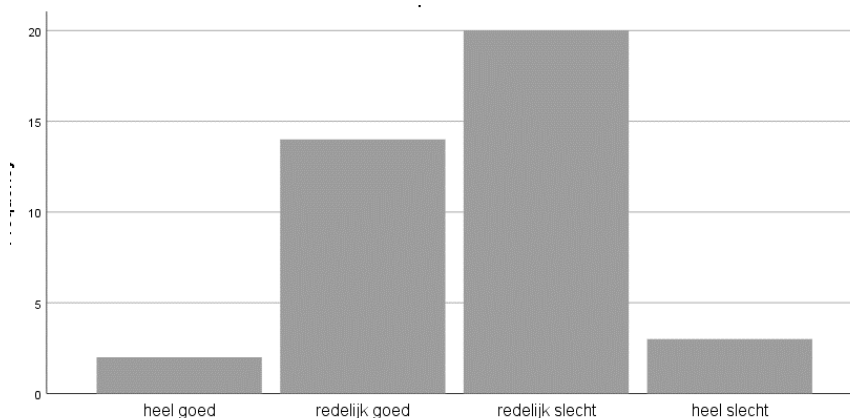
Resultaten

De steekproef bestond uit alle 98 cliënten die uitgenodigd werden voor een intake tussen 1 september 2018 en 1 maart 2019. Uiteindelijk werden 42 cliënten geïncludeerd, zie Figuur 1. Aangezien er sprake was van anonimiteit kon er geen non-responsonderzoek plaatsvinden en is er over de non-responsverdeling geen uitspraak te doen.



Figuur 1. Stroomschema responsonderzoek.

In Tabel 1 worden de kenmerken van de respondenten beschreven. De gemiddelde leeftijd was 36 jaar, met een spreiding tussen 21 en 64 jaar. De helft bevindt zich in de leeftijdscategorie van 20 tot 39 jaar. Bij 48% van de cliënten werd als voorlopige hoofddiagnose een persoonlijkheidsstoornis gesteld, waarbij de borderline-persoonlijkheidsstoornis het meest voorkwam (17% van de netto-respons). De meeste cliënten scoorden hun slaapkwaliteit redelijk goed (33%) of redelijk slecht (48%) (Figuur 2).



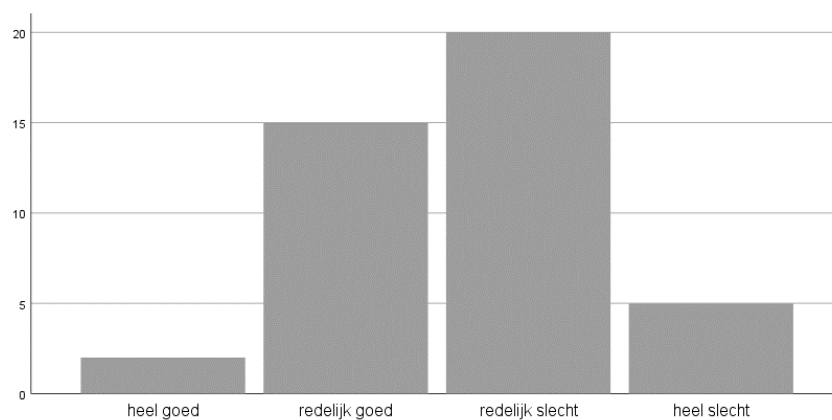
Figuur 2. Frequentieverdeling van de ervaren slaapkwaliteit over de afgelopen maand, gescoord door de cliënt.

Tabel 1*Kenmerken respondenten (N=42)*

| Kenmerken | Frequentie | Percentage |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Man | 11 | 26% |
| Vrouw | 25 | 60% |
| 20-29 jaar | 13 | 31% |
| 30-39 jaar | 10 | 24% |
| 40-49 jaar | 8 | 19% |
| 50-59 jaar | 4 | 10% |
| 60-69 jaar | 1 | 2% |
| Persoonlijkheidsstoornis | 20 | 48% |
| PTSS | 5 | 12% |
| Andere stoornis | 5 | 12% |
| Onbekend bij intake | 6 | 14% |

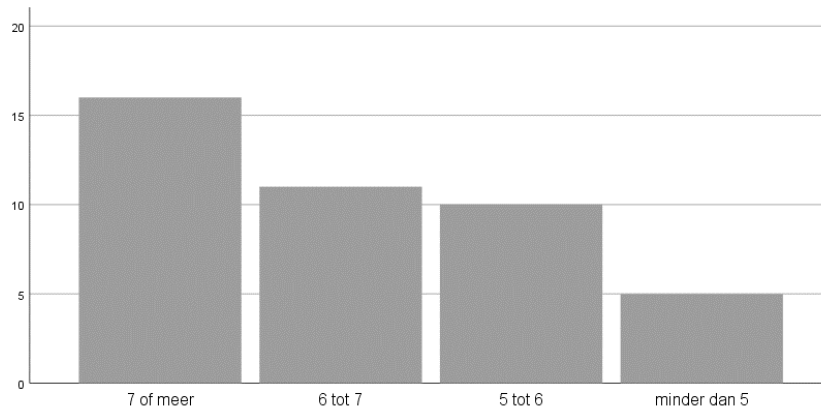
Opmerking. Het totale percentage bereikt geen 100% in verband met missende gegevens van 6 respondenten.

Het dagelijks functioneren werd door 36% als redelijk goed beoordeeld en door 46% als redelijk slecht (Figuur 3).



Figuur 3. Frequentieverdeling van het dagelijks functioneren over de afgelopen maand, gescoord door de cliënt.

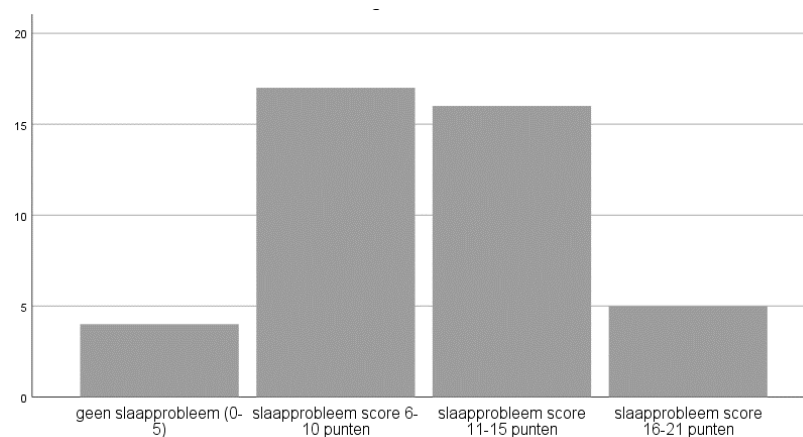
De slaapduur was meer dan zeven uur voor 38% van de respondenten. 36% sliep minder dan zes uur per nacht (Figuur 4).



Figuur 4. Frequentieverdeling van het gemiddeld aantal uren slaap per nacht over de afgelopen maand, gescoord door de cliënt.

De slaapefficiëntie (het aantal uren slaap gedeeld door het aantal uren in bed) liet een dergelijke verdeling zien: 31% van de respondenten scoorde 85% of meer, 41% van de respondenten scoorde 74% of minder. Een score van 85% of hoger wordt als wenselijk beschouwd. Een grote groep cliënten (61%) gebruikt nooit slaapmedicatie.

Bij de meerderheid (91%) werd een slaapprobleem vastgesteld (score > vijf): 41% scoorde 6-10 punten, 38% scoorde 11-15 punten en 12% scoorde 16-21 punten (Figuur 5).



Figuur 5. Frequentieverdeling van de ernst van het slaapprobleem, gebaseerd op de totaalscore van de PSQI.

Daarnaast werd bij een meerderheid van de respondenten een algemene slaap-waakstoornis (67%) of ten minste één specifieke slaap-waakstoornis (62%) vastgesteld, zie Tabel 2. De insomniastoornis (36%), de bewegingsgerelateerde slaap-waakstoornis (36%) en de ademhalingsgerelateerde slaap-waakstoornis (21%) werden het meest vastgesteld.

Tabel 2

Aanwezigheid van een slaapprobleem of slaap-waakstoornis (N = 42)

| Vastgesteld probleem/stoornis | Criterium | Frequentie | Percentage | Gemiddelde | Range |
|--|------------------|------------|------------|------------|------------|
| Slaapprobleem | (totaalscore >5) | 38 | 91% | 10.13 | 1.00-21.00 |
| Algemene slaap-waakstoornis | (2.02) | 28 | 67% | 2.41 | 1.00-3,75 |
| Minimaal één slaap-waakstoornis | | 26 | 62% | | |
| Insomniastoornis | (3.68) | 15 | 36% | 3.33 | 1.00-5.00 |
| Parasomnia | (2.42) | 7 | 17% | 1.80 | 1.00-4.00 |
| Circadianeritme slaap-waakstoornis | (3.41) | 6 | 14% | 2.52 | 1.00-4.33 |
| Hypersomnolentiestoornis | (2.90) | 4 | 10% | 2.05 | 1.00-4.40 |
| Bewegingsgerelateerde slaap-waakstoornis | (2.70) | 15 | 36% | 2.21 | 1.00-4.20 |
| Ademhalingsgerelateerde slaap-waakstoornis | (2.87) | 9 | 21% | 2.25 | 1.00-4.50 |

Discussie

Slaapproblemen, mogelijk veroorzaakt door een slaap-waakstoornis, kunnen een nadelige invloed hebben op het functioneren en de kwaliteit van leven. Aannemelijk is dat slaapproblemen kunnen leiden tot verergering van klachten bij cliënten die kampen met persoonlijkheidsproblemen (Selby, 2013; Winspera et al., 2017). Eerder onderzoek naar slaapproblemen en hun invloed op persoonlijkheidsstoornissen is met name gericht op de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Selby (2013) concludeert uit kwantitatief onderzoek (n=5692, deelnemers met en zonder psychiatrische problemen) dat 63% van de deelnemers met borderline-persoonlijkheidssymptomen ten minste één slaapprobleem rapporteert. Winspera et al. (2017) beschrijven dat cliënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis slaapproblemen lijken te hebben die vergelijkbaar zijn met die van cliënten met een depressieve stoornis. In de zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen (GGZ Standaarden, 2019) wordt gesproken over comorbide stoornissen, waarbij slaap-waakstoornissen niet genoemd worden, wat gezien de huidige literatuur wijst op een onvolledigheid. Dit onderzoek heeft naar voren gebracht dat een meerderheid van de onderzochte cliënten een slaapprobleem en een slaap-waakstoornis heeft. Een aantal cliënten gaven aan, in een open vraag van de PSQI, dat piekeren en

nachtmerries oorzaken zijn van slaapproblemen, problemen die samen kunnen hangen met de persoonlijkheidsstoornis. Grove, Smith, Crowell, & Ellis (2017) stellen dat slaapproblemen veelvuldig voorkomen bij borderline-persoonlijkheidsproblematiek, maar dat de reden daarvan nog onbekend is. Zolang nog niet bekend is op welke wijze de slaapproblemen, slaap-waakstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zich tot elkaar verhouden, dienen deze zaken in samenhang behandeld te worden. Aangeraden wordt vervolgonderzoek te doen naar die samenhang, zodat kan worden ingezet op gepaste behandeling om de verbetering van het functioneren van de cliënt en zijn kwaliteit van leven te vergroten. Hierbij kan het huidige zorgprogramma vergeleken worden met een zorgprogramma dat is aangevuld met een behandelaanbod van slaapproblemen en slaap-waakstoornissen. Samenwerking met een gespecialiseerd slaapcentrum is aan te raden.

Het onderzoek kent enkele limitaties. Al eerder werd beschreven dat de HSDQ insomnia voor 69% juist kwalificeert (Kerkhof et al., 2013); het gevonden percentage van 63% voor de insomniastoonis dient in dit licht bezien te worden. Van de jaarlijks circa 360 cliënten die in zorg zijn op de locatie Dordrecht, zijn er 98 uitgenodigd voor het onderzoek. 42 van de uitgenodigde cliënten hebben vóór intake deelgenomen aan het onderzoek. Van der Zee (2015) meent dat een steekproefgrootte van 150 à 200 respondenten nodig is om een nauwkeurige schatting van prevalentie te kunnen geven. Bovendien is het onderzoek uitgevoerd op één locatie. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen daarom niet zonder meer gegeneraliseerd worden voor de gehele cliëntenpopulatie. De kans bestaat dat voornamelijk cliënten deelnamen die met slaapproblemen kampen. Metingen laten echter zien dat de respondentengroep gemêleerd is op dit vlak: 55% van de cliënten beoordeelde de slaapkwaliteit als redelijk tot heel slecht en 38% beoordeelde deze als redelijk tot heel goed. Ten slotte dient opgemerkt te worden dat de uitkomsten niet alleen betrekking hebben op cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, aangezien dit bij 48% van de respondenten bij de intake werd ingesteld als hoofddiagnose. Niet uitgesloten is dat voor de restgroep de diagnose persoonlijkheidsstoornis alsnog gesteld wordt gaandeweg het diagnostiekproces.

Conclusie

Doel van dit onderzoek was inzicht te verkrijgen in de mate waarin er sprake is van slaapproblemen bij de cliëntenpopulatie en of er een noodzaak is om de huidige

diagnostiek en behandeling hierop aan te passen. Van de 42 onderzochte cliënten scoorde 91% vijf punten of meer op de PSQI, wat duidt op de aanwezigheid van een slaapprobleem. Daarnaast scoorde 62% positief op de aanwezigheid van een slaap-waakstoornis. Meest voorkomend waren de insomniastoonis (36%), de bewegingsgerelateerde slaap-waakstoornis (36%) en de ademhalingsgerelateerde slaap-waakstoornis (21%).

De prevalentiecijfers tonen een noodzaak aan om het huidige behandel aanbod te verrijken met de behandeling van slaapproblemen en slaap-waakstoornissen. Geadviseerd wordt ten minste de slaap-waakstoornissen bij intake te blijven onderzoeken met de HSDQ. Aangeraden wordt de gevonden slaap-waakstoornissen te behandelen in samenhang met de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis, mogelijk middels samenwerking met een gespecialiseerd slaapcentrum. Dit alles met het streven het functioneren van de cliënt en zijn kwaliteit van leven te helpen verbeteren.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam, Nederland; Boom.
- Baglioni, C., Nanovska, N., Regen, W., Spiegelhalder, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C. F., & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: a meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin*, *142*(9), 969–990. doi:10.1037/bul0000053.
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practise and research. *Psychiatry Research*, *volume 28*(2), 193-213.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (2018). *Niet-WMO-onderzoek*. Verkregen op 23 februari, 2018 van <http://www.ccmo.nl/nl/niet-wmo-onderzoek>
- Dassen, W. N., Keuning, F. M., Jansen, G. J., & Jansen, W.S. (2016). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties: Een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen*. Amersfoort, Nederland: ThiemeMeulenhoff.
- GGZ Standaarden (2019). *Zorgstandaard persoonlijkheidsproblematiek*. Verkregen op 13 april 2019 van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen/specifieke-omschrijving-persoonlijkheidsstoornissen>
- Grove, J., L., Smith, T., W., Crowell, S., E., & Ellis, J., H. (2017). Preliminary evidence for emotion dysregulation as a mechanism underlying poor sleep quality in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *31*(4), 542-552. doi/10.1521/pedi_2016_30_261.
- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychological Review*, *31*(2), 225–235. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.003.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International, NURSING DIAGNOSES: Definitions & Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.

- Kerkhof, G. A., Geuke, M. E., Brouwer, A., Rijsman, R. M., Schimsheimer, R. J., & Van Kasteel, V. (2013). Holland Sleep Disorders Questionnaire: a new sleep disorders questionnaire based on the International Classification of Sleep Disorders-2. *Journal of Sleep Research, 22*(1), 104-107.
- Mollayeva, T., Thurairajah, P., Burton, K., Mollayeva, S., Shapiro, C. M., & Colantonio, A. (2016). The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for Sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews, 25*, 52-73.
- Morin, C. M., Belleville, G., Belanger, L., Ivers, H. (2011). The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep, 34*, 601-608.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS. 5th edition*. Berkshire, Engeland: McGraw-Hill Companies.
- RIVM. (2017). *Prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in de algemene bevolking*. Verkregen op 28 januari, 2018, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/persoonlijkheidsstoornissen/cijfers-context/persoonlijkheidsstoornissen-algemeen#node-prevalentie-van-persoonlijkheidsstoornissen-de-algemene-bevolking>
- Sateia, M. J. (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. *Chest Journal, 146*(5), 1387–1394. doi: 10.1378/chest.14-0970.
- Selby, E. A. (2013). Chronic sleep disturbances and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(5), 941–947. doi:10.1037/a0033201.
- Van der Zee, F. (2015). *Methodologie voor onderzoek in zorg, welzijn en hulpverlening*. Groningen, Nederland: Hulp bij Onderzoek.
- Van Veen, M. M., Karsten, J., & Lancel, M. (2017). Poor sleep and its relation to impulsivity in patients with antisocial or borderline personality disorders. *Behavioral Medicine, 43*(3), 218-226. doi: 10.1080/08964289.2017.1313719.
- Vektis (2018). *Zorgthermometer GGZ*. Verkregen op 12 januari 2019 van <https://www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Zorgthermometer%20Inzicht%20in%20de%20ggz%202017.pdf>
- Winspera, C., Tangb, N. K. Y., Marwahaa, S., Lereyad, C. S. T., Gibbse, M., Thompsona, A., & Singha, S. P. (2017). The sleep phenotype of borderline

personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 73, 48–67.

Yulius (2016). *Werkinstructie Omgaan met Onderzoeksdata*. Verkregen op 4 april 2018 van <http://yulia/kennisbank/werkinstructie-omgaan-met-onderzoeksdata>

Yulius (2019). *Poliklinieken volwassenen. Individuele en groepsbehandeling op de poli*. Verkregen op 14 april 2019 van <http://yulia/poliklinieken-volwassenen>