



**Bruikbaarheid van de Hospital Anxiety and  
Depression Scale (HADS) bij palliatieve zorgvragers**  
*Onderzoek in hospice Kuria*

**Bruikbaarheid van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)  
bij palliatieve zorgvragers**  
Onderzoek in hospice Kuria

|                                       |                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Datum:</b>                         | <b>Mei 2012</b>                                                                                                                 |
| <b>Opdracht gevende instellingen:</b> | <b>Hospice Kuria, te Amsterdam<br/>Lectoraat Zorg en Spiritualiteit, Gereformeerde Hogeschool, te Zwolle</b>                    |
| <b>Projectbegeleiders:</b>            | <b>Dr. R.S.G.M Perez, Research coördinator in het VUMC en hospice Kuria<br/>Drs. J.J. Gootjes, Zorgmanager in hospice Kuria</b> |
| <b>Afstudeerbegeleider:</b>           | <b>Dr. A.E. Schep – Akkerman, Epidemioloog aan het lectoraat Zorg en Spiritualiteit, Gereformeerde Hogeschool te Zwolle</b>     |
| <b>Auteurs:</b>                       | <b>G.J. Driebergen<br/>J. Kattenberg<br/>C.M. Pelleboer<br/>M.E. van der Veen</b>                                               |

**Alle rechten voorbehouden.**

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.



**Gereformeerde  
Hogeschool**

*Als je gelooft in je werk!*



**Lectoraat Zorg en Spiritualiteit**

## Samenvatting

In hospice Kuria, te Amsterdam, wordt palliatieve zorg aangeboden. Voor het meten van angst en depressie wordt gebruik gemaakt van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), ontworpen door Zigmond & Snaith (1983). Op basis van de hoge HADS-scores in hospice Kuria bleek dat veel bewoners angstig en depressief waren. De vraag die daarom centraal staat in dit onderzoek is of de HADS een bruikbaar screeningsinstrument is voor het meten van angst en depressie in de palliatieve fase.

**Methode.** Het onderzoek bevat twee delen. Bij het retrospectieve deel is statusonderzoek gedaan. Hierbij zijn alle HADS-vragenlijsten gebruikt van bewoners die van 26-06-2010 tot en met 31-12-2011 in hospice Kuria verbleven. Deze gegevens zijn vergeleken met waarden van de HADS uit de literatuur van de gezonde- en palliatieve populaties.

Bij het prospectieve deel zijn de HADS-vragenlijsten afgenomen in combinatie met een Numeric Rating Scale (NRS; een schaal van 0-10), bij bewoners die van 16-02-2012 tot en met 27-04-2012 in hospice Kuria verbleven. Er is gekeken of er een correlatie bestaat tussen de hoogte van de HADS-score en de NRS-score.

**Resultaten.** Bij het retrospectieve deel, bestaande uit 47 ingevulde HADS-vragenlijsten, kwam in hospice Kuria een gemiddelde HADS-score van 7,26 voor angst en 9,09 voor depressie, naar voren. Bij vergelijking met de literatuur, blijkt dat deze scores respectievelijk voor 84,2% en 50% overeen kwamen. De gemiddelde score van depressie in hospice Kuria (9,09) is vrijwel gelijk aan de gemiddelde score van depressie uit de literatuur (9,2). Er waren echter een aantal uitschieters in de HADS-scores vanuit de literatuur.

Uit het prospectieve deel blijkt dat er een relatief sterke positieve samenhang is tussen de HADS- en de NRS-score bij angst. Bij depressie is echter geen significante samenhang tussen de HADS-score en de NRS-score.

**Conclusie.** De HADS is een bruikbaar screeningsinstrument voor het screenen van angst en depressie bij zorgvragers in de palliatieve fase, mits dit screeningsinstrument op correcte wijze gebruikt wordt.

**Aanbevelingen.** De HADS ook afnemen bij bewoners met bepaalde aandoeningen, de afkapwaarden specifieker hanteren, de HADS consequent gebruiken en duidelijk rapporteren van de handelingen rondom het afnemen van de HADS.

## Inhoudsopgave

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Voorwoord.....                                     | 6  |
| 1. Inleiding.....                                  | 7  |
| Aanleiding.....                                    | 7  |
| Probleemstelling.....                              | 7  |
| Doelstelling.....                                  | 8  |
| Resultaatverwachting.....                          | 8  |
| Opbouw onderzoeksverslag.....                      | 8  |
| 2. Angst en depressie.....                         | 9  |
| 2.1 Inleiding.....                                 | 9  |
| 2.2 Angst en depressie.....                        | 9  |
| 2.3 Angst en depressie in de palliatieve fase..... | 11 |
| 2.4 Samenvatting.....                              | 14 |
| 3. Hospital Anxiety and Depression Scale.....      | 15 |
| 3.1 Inleiding.....                                 | 15 |
| 3.2 Gebruik HADS.....                              | 15 |
| 3.3 Validiteit HADS.....                           | 16 |
| 3.4 HADS en andere screeningsinstrumenten.....     | 16 |
| 3.5 Samenvatting.....                              | 17 |
| 4. Methode van onderzoek.....                      | 18 |
| 4.1 Inleiding.....                                 | 18 |
| 4.2 Onderzoeksdesign.....                          | 18 |
| 4.3 Onderzoekspopulatie.....                       | 18 |
| 4.4 Dataverzameling.....                           | 19 |
| 4.5 Validiteit.....                                | 20 |
| 4.6 Betrouwbaarheid.....                           | 20 |
| 4.7 Data-analyse.....                              | 21 |
| 4.8 Ethische aspecten.....                         | 22 |
| 4.9 Uitvoering onderzoek.....                      | 22 |
| 4.10 Samenvatting.....                             | 23 |

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5. Resultaten .....                                                              | 24 |
| 5.1 Inleiding.....                                                               | 24 |
| 5.2 Resultaten retrospectieve deel van het onderzoek.....                        | 24 |
| 5.3 Resultaten vanuit de literatuur .....                                        | 27 |
| 5.4 Resultaten prospectieve deel van het onderzoek.....                          | 32 |
| 5.5 Samenvatting.....                                                            | 32 |
| 6. Conclusie en discussie.....                                                   | 33 |
| 6.1 Inleiding.....                                                               | 33 |
| 6.2 Beantwoording deelvragen .....                                               | 33 |
| 6.3 Beantwoording centrale vraag .....                                           | 35 |
| 6.4 Discussie.....                                                               | 35 |
| 6.5 Samenvatting.....                                                            | 39 |
| 7. Aanbevelingen .....                                                           | 40 |
| 7.1 Aanbevelingen met betrekking over eenduidig beleid.....                      | 40 |
| 7.2 Aanbevelingen met betrekking tot de verpleegkundigen uit hospice Kuria. .... | 41 |
| 7.3 Samenvatting.....                                                            | 41 |
| 8. Literatuurlijst .....                                                         | 42 |
| 9. Bijlagen .....                                                                | 45 |
| Bijlage 1 Angst en depressie .....                                               | 46 |
| Bijlage 2 HADS-vragenlijst.....                                                  | 48 |
| Bijlage 3 NRS angst en depressie .....                                           | 50 |
| Bijlage 4 Tabel indeling HADS-scores per bewoner.....                            | 51 |

## Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag dat geschreven is door vier Hoger beroepsonderwijs Verpleegkunde (HBO-V) studenten als afstudeeronderzoek. Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit het lectoraat Zorg en Spiritualiteit van de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle.

Het onderwerp van het onderzoek is aangedragen vanuit hospice Kuria, te Amsterdam, bij het lectoraat Zorg en Spiritualiteit van de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle.

In het hospice is gebleken dat bij het invullen van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) hoge scores werden verkregen, dit betekent dat de bewoners veel angstige en/of depressieve gevoelens ervaren. Vanuit hospice Kuria kwam daarom de vraag naar voren om te onderzoeken of de HADS een bruikbaar meetinstrument is om angst en depressie te meten bij zorgvragers in de palliatieve fase.

Het was leerzaam en interessant om dit onderzoek uit te voeren voor hospice Kuria. Vanaf het begin waren wij allen erg enthousiast voor dit onderwerp, omdat het onderwerp angst en depressie in combinatie met palliatieve zorg, ons erg aansprak. Voor ons was het een uitdagend onderzoek waarin we veel hebben kunnen leren over het opzetten en uitvoeren van een onderzoek.

Er is daarnaast met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt. Dit was mogelijk door de hulp die wij van verschillende mensen hebben ontvangen. Graag willen wij hier van de gelegenheid gebruik maken om de volgende mensen te bedanken.

Allereerst gaat onze dank uit naar Annemiek Schep-Akkerman, voor haar enthousiasme en de begeleiding die zij heeft gegeven vanuit de Gereformeerde Hogeschool. Ze stond voor ons klaar en we konden met al onze vragen bij haar terecht. Daarnaast willen we Jaap Gootjes bedanken voor zijn gastvrije ontvangst in hospice Kuria en voor de begeleiding die hij ons heeft gegeven bij het verzamelen van de gegevens. Ook willen we de verpleegkundigen van hospice Kuria bedanken voor alle medewerking die zij ons hebben verleend. Tot slot willen wij Roberto Perez bedanken voor zijn kritische feedback op de onderzoeksopzet.

Met dit verslag hopen wij u inzicht te geven in de bruikbaarheid van de HADS-vragenlijst bij palliatieve zorgvragers.

Wij wensen u veel leesplezier!

Zwolle, 2012

Gerjanne Driebergen  
Arianne Kattenberg  
Marieke Pelleboer  
Mariëlle van der Veen

## 1. Inleiding

Voor u ligt het onderzoek over de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Dit onderzoek is geschreven als afstudeeronderzoek door vier Hoger beroepsonderwijs Verpleegkunde (HBO-V) studenten.

Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit het lectoraat Zorg en Spiritualiteit van de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle. Het onderwerp van het onderzoek is aangedragen vanuit hospice Kuria, te Amsterdam.

In dit onderzoek zal duidelijk worden of de HADS een bruikbaar meetinstrument is voor het meten van angst en depressie in de palliatieve fase. In deze inleiding zal de onderzoeksozet beschreven worden.

### Aanleiding

Stichting Kuria is een hospice waarin palliatieve (terminale) zorg geboden wordt. De behandelingsmogelijkheden voor palliatieve bewoners zijn niet meer gericht op herstel, maar op begeleiding en ondersteuning van de zorgvrager en zijn naaste, in de laatste levensfase. De zorg is gericht op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven van de bewoner (Kuria, 2011).

In de richtlijn 'Palliatieve zorg' wordt de HADS aanbevolen als screeningsinstrument voor het meten van angst en depressie (Graeff e.a., 2010). Omdat dit in de richtlijn beschreven staat werd er bij bewoners in Kuria die angstig of depressief leken een HADS-vragenlijst ingevuld. Vanaf 26-06-2010 is ervoor gekozen om op de derde dag van opname standaard bij iedere bewoner een HADS-vragenlijst in te vullen, om zo eerder te kunnen inspringen op een mogelijk probleem. Op deze manier hoopte hospice Kuria tijdig interventies toe te kunnen passen bij bewoners met angstige en/of depressieve gevoelens. Bij het standaard afnemen van de HADS-vragenlijst bleek dat er vaak hoge HADS-scores gemeten werden. Dit geeft aan dat er blijkbaar veel angst en depressie voorkomt bij de bewoners die in hospice Kuria verblijven. De vraag is of dit daadwerkelijk zo is, of dat de HADS misschien geen representatieve uitslag geeft voor de mate van angstige en/of depressieve gevoelens bij bewoners in de palliatieve fase. Bijvoorbeeld omdat zorgvragers in de palliatieve fase sneller angstig en depressief zijn dan gezonde mensen (Lloyd-Williams, e.a., 2001). Indien de HADS-scores wel representatief zijn, is de vraag van hospice Kuria wat er met deze hoge scores gedaan moet worden.

### Probleemstelling

Binnen hospice Kuria is de vraag ontstaan of de HADS-vragenlijst een bruikbaar screeningsinstrument is om angst en depressie bij bewoners in de palliatieve fase te meten. Een reële interpretatie van de mate van angstige en/of depressieve gevoelens bij bewoners in de palliatieve fase is belangrijk, om effectieve interventies toe te kunnen passen. Hierdoor kan het welzijn van de bewoners in de palliatieve fase verhoogd worden. Er bestaat twijfel over de bruikbaarheid van de HADS-vragenlijst binnen de palliatieve zorg vanwege de hoge scores die gemeten worden in hospice Kuria. Volgens de indeling van de HADS-scores, is er bij een score  $\geq 8$  sprake van een angstig en/of depressief psychiatrisch toestandbeeld. Op dit moment lijkt dit bij bijna alle bewoners in hospice Kuria het geval te zijn.

De vraag is of de hoge scores representatief zijn voor de mate van angst en depressie die bij de bewoners in de palliatieve fase aanwezig is. Dit vormt de probleemstelling van dit onderzoek en leidt tot de volgende centrale vraagstelling:

*'Is de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) een geschikt instrument voor het bepalen van angst en depressie bij bewoners binnen hospice Kuria, te Amsterdam?'*

### *Deelvragen*

- Wat zijn, vanuit de literatuur, waarden van de HADS binnen gezonde populaties (begrip definiëring: zonder diagnose) en binnen palliatieve populaties?
- Wat zijn de waarden van de HADS binnen hospice Kuria te Amsterdam?
- Hoe verhouden zich de uitkomsten vanuit het literatuuronderzoek ten opzichte van de data-analyse in hospice Kuria?
- Wat is de correlatie tussen de HADS-scores en de scores vanuit een numerieke schaal?

### **Doelstelling**

Door middel van dit onderzoek wordt er, door vier HBO-verpleegkunde studenten, in de periode van 01-09-2011 tot en met 23-05-2012, inzicht verkregen in de HADS en wordt er nagegaan of deze vragenlijst geschikt is voor het meten van angst en depressie bij palliatieve bewoners in hospice Kuria te Amsterdam.

Dit wordt gedaan door middel van een literatuurstudie en data-analyse van de HADS-vragenlijsten die door de verpleegkundige met de bewoners zijn ingevuld. Daarnaast zal er bij een aantal bewoners opnieuw een HADS-vragenlijst afgenomen worden in combinatie met een numerieke schaal.

### **Resultaatverwachting**

De hypothese voor dit onderzoek is dat de HADS-scores in hospice Kuria hoog zullen zijn. De verwachting is dat de waarden van de HADS in de palliatieve populatie vanuit de literatuur, overeenkomen met de HADS-scores in hospice Kuria. De verwachting ten aanzien van de Numeric Rating Scale (NRS)-meting is dat de HADS-scores hoger zullen liggen dan de NRS-meting.'

De verwachting is dat in mei 2012 aanbevelingen gedaan zijn rondom het effectief meten van angst en depressie bij zorgvragers in de palliatieve fase. Deze aanbevelingen worden onderbouwd door literatuuronderzoek en de resultaten van dit onderzoek.

### **Opbouw onderzoeksverslag**

Dit onderzoeksverslag bestaat uit meerdere hoofdstukken. In hoofdstuk twee zullen de begrippen angst en depressie toegelicht worden en welke rol angst en depressie speelt bij palliatieve zorgvragers. Vervolgens wordt in hoofdstuk drie uitgelegd wat de HADS inhoudt en wordt er ook gekeken naar eerdere onderzoeken over de HADS. Daarbij wordt een vergelijking gemaakt tussen de HADS en andere screeningsinstrumenten om angst en depressie te meten. Na de literatuurstudie volgt in hoofdstuk vier de methode van dit onderzoek, waarin de methodiek nader toegelicht wordt. In hoofdstuk vijf worden de resultaten van dit onderzoek uiteengezet. De conclusie en discussie worden in hoofdstuk zes beschreven. Dit hoofdstuk bevat tevens de beantwoording van de deelvragen. Tot slot volgen in hoofdstuk zeven de aanbevelingen van dit onderzoek.

## 2. Angst en depressie

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een literatuurstudie naar angst en depressie. Voordat angst en depressie beschreven worden, zal eerst uitgelegd worden wat palliatieve zorg is.

De WHO (2002) beschrijft palliatieve zorg als de actieve, totale zorg voor zorgvragers op het moment dat hun ziekte niet meer te genezen is. Het bereiken van de hoogst mogelijke kwaliteit van leven voor zowel de zorgvrager als zijn of haar naasten, is het algemene doel van de palliatieve zorg. Hierbij ligt de nadruk op de verzachting van pijn en andere problematische symptomen. Het gaat niet alleen om lichamelijke aspecten, maar er is ook aandacht voor de sociale, emotionele, psychologische en spirituele aspecten van het leven van de zorgvrager. Er wordt geprobeerd om zoveel mogelijk begeleiding en ondersteuning te bieden, bij de bijbehorende verlieservaringen en rouwverwerking van de zorgvrager en zijn of haar naasten (Bruntink, 2002).

De laatste periode van de palliatieve fase wordt ook wel de terminale fase genoemd. Er wordt gesproken van de terminale fase als een zorgvrager een levensverwachting heeft van 6 weken tot 3 maanden (Spreeuwenberg e.a., 2002). Als een terminale zorgvrager niet thuis kan of wil sterven, dan moet er een plek worden gezocht die daar erg op lijkt. Voorbeelden hiervan zijn een zelfstandig hospice, een bijna-thuis-huis of een speciale afdeling in een verpleeg- of ziekenhuis. Deze plaatsen hanteren een aantal criteria bij de beoordeling of een zorgvrager kan worden opgenomen; de zorgvrager heeft een ongeneeslijke ziekte en verkeerd in de terminale fase (Spreeuwenberg e.a., 2002). Verder gelden vooral sociale criteria, zoals dat er thuis onvoldoende hulp is voor de zorgvrager in de terminale fase. Een hospice is een plaats voor zorgvragers in de terminale fase samen met hun naasten, welke zoveel mogelijk op de thuissituatie lijkt. De zorgvrager kan bijvoorbeeld zelf zijn kamer inrichten. Daarnaast zijn er algemene ruimtes die gedeeld worden. Warmte, rust en privacy zijn belangrijke aspecten van de palliatieve zorg, die in een hospice verleend worden. De kleinschaligheid draagt bij aan een huiselijke sfeer. Echter, indien nodig, is er wel medisch-technische apparatuur aanwezig. Er bestaan twee soorten hospices, namelijk een high-care hospice en een low-care hospice. Een high-care hospice is een hospice met een eigen team waarin meerdere disciplines werkzaam zijn. Te denken valt aan: een arts, psycholoog, geestelijk verzorger, verpleegkundigen en vrijwilligers (Bruntink, 2011). In een low-care hospice wordt zogeheten laag complexe zorg geboden. Dit wil zeggen dat er alleen mensen kunnen verblijven die niet te maken hebben met ingewikkelde medische problematiek (Bruntink, 2002).

Binnen de palliatieve en terminale fase hebben veel zorgvragers te maken met angstige en depressieve gevoelens.

### 2.2 Angst en depressie

In deze paragraaf worden de definities en kenmerken van angst en van depressie beschreven. In de bijlage zijn angst en depressie dieper uitgewerkt en wordt gekeken naar de verschillende soorten angst en depressie<sup>1</sup>.

#### *Definitie & kenmerken angst*

De North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) omschrijft angst als een onbehaaglijk gevoel van ongemak of vrees. De oorzaak hiervan is niet specifiek te achterhalen of onbekend voor de betrokken persoon (Sparks Ralph e.a., 2003). Hoencamp e.a. (2008) beschrijven dat angst een fysiologische arousal is, een onaangename spanning met gevoelens van vrees en bezorgdheid.

---

<sup>1</sup> In bijlage 1 is de literatuurstudie over angst en depressie te vinden.

Angst heeft verschillende lichamelijke kenmerken. Wanneer iemand angstig is uit dit zich veelal in onrust, het trillen van de ledematen, benauwd gevoel op de maag of borst, zware transpiratie, bezwete handpalmen, droge mond of keel, moeite met praten en ademen, snelle hartslag, duizeligheid, 'een brok in de keel', naar adem snakken of vaak moeten plassen. Naast lichamelijke kenmerken kan angst ook herkend worden aan gedragskenmerken zoals vermijdend gedrag, afhankelijk gedrag en geagiteerd gedrag. Tot slot heeft angst een aantal cognitieve kenmerken. Dit uit zich in een zeurend gevoel van onrust, zorgen maken en de gedachte dat er iets verschrikkelijks gaat gebeuren. Mensen met angst hebben steeds terugkerende verontrustende gedachten. De gedachten komen verward en onsamenhangend over. Mensen met angst hebben het gevoel dat ze in de steek gelaten worden en zij voelen zich bedreigd in situaties die normaal niet verontrustend zijn. Ze zijn angstig om de controle te verliezen en daardoor bezorgt dat ze hun eigen problemen niet aan kunnen (Hoencamp e.a., 2008).

### ***Verpleegkundige interventies angst***

Carpenito (2002) beschrijft verschillende interventies bij een zorgvrager met angst voor de dood, die als doel hebben dat de zorgvrager aangeeft minder angstig te zijn. Door open vragen te stellen kan de verpleegkundige de palliatieve zorgvrager de ruimte geven om zijn angsten te delen en zijn zorgen te bespreken. Samen met de zorgvrager kan de verpleegkundige herinneringen ophalen door de zorgvrager zijn/haar levensverhaal te laten vertellen. De verpleegkundige kan de zorgvrager stimuleren om te reflecteren. Daarnaast kan zij de mogelijkheid bieden om te praten over wat er gedaan moet worden na de dood, ook met betrekking tot de mogelijkheid om spullen na te laten aan vrienden of familie (Carpenito, 2002). Daarnaast kan gevraagd worden naar de betekenis van iemands levensbeschouwing: gelooft de zorgvrager in leven na de dood? De verpleegkundige kan hulp verlenen bij het beantwoorden van de vragen: 'Wat is de zin van het leven?' 'Gelooft de zorgvrager ook in een Hogere macht/God die straft, in lijden en verlossing?'. De verpleegkundige kan de zorgvrager zo de gelegenheid geven om te praten over de betekenis van het leven en over de betekenis van de dood. De verpleegkundige kan erkennen dat confrontatie met de dood, samen gaat met deze angstige gevoelens (Carpenito, 2002).

### ***Definitie & kenmerken depressie***

Er wordt gesproken van een depressie als er langer dan twee weken sprake is van een depressieve stemming gedurende een groot deel van de dag en/of een duidelijke vermindering van interesse en plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag (Trimbos, 2010 & Huyser e.a., 2008). Het Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) beschrijft naast deze 2 kernsymptomen nog 7 symptomen die aanwezig kunnen zijn bij een depressie (Huyser e.a., 2008 & APA, 2000):

- Duidelijke gewichtsverandering en/of verandering in de eetlust;
- Verandering in het slaappatroon: slapeloosheid of veel meer slapen;
- Agitatie of remming;
- Moeheid of verlies van energie;
- Gevoelens van waardeloosheid of extreme en onterechte schuldgevoelens;
- Concentratieproblemen of besluiteloosheid;
- Gedachten aan de dood die steeds terugkomen of aan zelfmoord.

Om een depressie vast te kunnen stellen moeten er minimaal 5 van de 9 symptomen aanwezig zijn. Hieronder moet in ieder geval één van de kernsymptomen vallen.

Tot slot wordt binnen de DSM-IV-classificaties gekeken of de depressieve gevoelens in verband staan met de eventueel aanwezige lichamelijke aandoeningen en/of het gebruik van (genees)middelen (Graeff e.a., 2006).

## ***Verpleegkundige interventies depressie***

Het Trimbos instituut (2010) beschrijft een aantal verpleegkundige interventies waarmee de verpleegkundige de zorgvrager met depressieve gevoelens kan ondersteunen in het dagelijks leven. Het is belangrijk dat de verpleegkundige een plan opstelt voor een crisissituatie, bijvoorbeeld ter preventie van zelfmoord. In dit plan moeten zowel signaleringspunten aanwezig zijn als begeleidende interventies om veiligheid te kunnen bieden. De verpleegkundige biedt steun door middel van gesprekken en activiteiten. Hiermee is de verpleegkundige gericht op de zorgvrager zodat deze steun en troost ervaart door middel van emotionele en liefdevolle zorg. De verpleegkundige kan de zorgvrager stimuleren tot (kleine) activiteiten, zoals fysieke inspanning, beweging en het verdelen van energie over de dag. Daarbij kan zij advies geven aan de zorgvrager en biedt zij ondersteuning bij de vragen of problemen waar de zorgvrager mee zit. Daarnaast is de verpleegkundige erop gericht dat het sociale netwerk van de zorgvrager versterkt wordt. De verpleegkundige is gericht op de continuïteit van de zorg rondom de zorgvrager en tevens kan zij andere disciplines bij de zorg voor de zorgvrager betrekken. De verpleegkundige is gericht op een zo hoog mogelijk niveau van welbevinden van de zorgvrager (Trimbos, 2010).

### **2.3 Angst en depressie in de palliatieve fase**

In de literatuur komt naar voren dat angst en depressie veel voorkomt bij zorgvragers met gevorderde kanker (Deliens e.a., 2009). Teunissen e.a. (2007) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen lichamelijke symptomen en angst en depressie bij zorgvragers met gevorderde kanker in de palliatieve fase. Uit dit onderzoek is gebleken dat 34% van deze zorgvragers te maken had met angst, en 56% had te maken met depressie. Deze waarden zijn gebaseerd op metingen met behulp van de HADS-vragenlijst. Uit de literatuur blijkt dat angst vaak voorkomt in een vroeg stadium van de kanker (Deliens e.a., 2009). Depressie daarentegen komt vaker voor in een gevorderd stadium van de ziekte. Uit het onderzoek van Teunissen e.a. (2007) is gebleken dat bij terminale zorgvragers uit het ziekenhuis, hoog gescoord werd op angst en depressie, gemeten met de HADS-vragenlijst. Echter is er geen relatie met de aanwezigheid van lichamelijke symptomen en een beperkte relatie met de intensiteit van de symptomen. Bij zorgvragers die aan het begin van hun ziekte staan, bestaat deze relatie mogelijk wel, dit verdwijnt echter tijdens het ziekteverloop (Deliens e.a., 2009).

### ***Angst in de palliatieve fase***

In de palliatieve fase worden zorgvragers met onzekerheden geconfronteerd, waardoor somberheid, boosheid en angst normale gevoelens zijn. De angst die zorgvragers in de palliatieve fase vaak kennen is angst voor het lijden dat komen gaat, de onzekerheid, het afscheid nemen, het sterven en het verliezen van de controle, waardigheid en autonomie. De momenten dat een zorgvrager zich angstig voelt, kunnen zich afwisselen met periodes van rust en het aanvaarden van het proces (Vos & Seerden, 2009). Mensen met dyspneu (ernstige benauwdheid), hebben vaak te maken met angstige gevoelens. Ook kan de angst een bijwerking zijn van bepaalde (genees)middelen, zoals benzodiazepinen. Binnen de oncologie wordt veel medicatie (bijvoorbeeld anti-emetica) gebruikt, wat motorische onrust veroorzaakt, dit wordt vaak als angst aangeduid. Ook kan longmedicatie, bijvoorbeeld bronchusverwijders en bètamimetica angstsymptomen veroorzaken, evenals een hormonale behandeling. Deze medicatie dient eerst gestopt te worden, om een correct beeld van de angst van een zorgvrager te krijgen. Allereerst is het belangrijk dat zo de oorzaak van de angst opgespoord wordt en daarnaast kan een symptomatische behandeling van de angstsymptomen plaatsvinden (Haes e.a., 2009).

Daarnaast kan rouw met angst gepaard gaan (Spreeuwenberg e.a., 2005). De mate van angst hangt af van de mate van ernst en duur van de symptomen die iemand ervaart bij de aandoening en hoe deze angst het functioneren van de zorgvrager verstoort.

Het is moeilijk om een diagnose 'angststoornis' te stellen bij een zorgvrager die somatisch ziek is, omdat de symptomen van angst ook uit de onderliggende aandoening kunnen voortkomen, zonder dat het daadwerkelijk een angststoornis is. Symptomen als vermoeidheid, transpireren, slaapproblemen, duizeligheid, slikproblemen, etc. kunnen ook door de onderliggende aandoening tot stand komen.

Het is moeilijk om specifiek aan te geven wat de angst veroorzaakt. Voor zorgvragers in de palliatieve fase is het belangrijk om de angst in hanteerbare delen op te splitsen. De meeste mensen zijn angstig rondom het sterven. Dit is bij iedereen een verschillend proces, afhankelijk van persoonlijkheid, ervaringen uit het verleden, de manier waarop de zorgvrager angst verwerkt en de steun die aanwezig is in de omgeving van de zorgvrager (Orschoven & Menten, 2000).

Hoencamp e.a. (2008) beschrijven vrees als het gevoel van angst en agitatie in reactie op een te verwachten dreiging. Angst beschrijft hij als een gegeneraliseerde toestand van vrees of voorgevoelens. Een terminale zorgvrager kan bevreesd zijn voor verschillende dingen.

Orschoven & Menten (2000) benoemen een aantal factoren:

- *Vrees voor het onbekende.* Mensen zijn bevreesd over alles waar ze niet mee vertrouwd zijn of waar ze geen grip op hebben. Ieder mens houdt vast aan de veiligheid van het vertrouwde.
- *De vrees voor eenzaamheid.* Door contact te hebben met anderen ontstaat er veiligheid. Voor de mensen in de omgeving van de terminale zorgvrager kan het moeilijk zijn om met de terminale zorgvrager te communiceren, omdat zij door het stervensproces ook geconfronteerd worden met eigen angst. Dit maakt dat de terminale zorgvrager zich eenzaam voelt op het moment van sterven. Het is belangrijk om ook de angst die er is bij familie of vrienden bespreekbaar te maken, zodat zij het aankunnen om er voor de terminale zorgvrager te zijn in de laatste levensfase.
- *De vrees voor verlies van familie en vrienden.* De zorgvrager rouwt over het achterlaten van zijn geliefden.
- *De vrees voor verlies van controle.* Bij het stervensproces gaat het er niet om *dat* men sterft, maar *hoe* men sterft. In de begeleiding van de terminale zorgvrager is het belangrijk om de zorgvrager zoveel mogelijk zijn of haar eigen identiteit te laten behouden en hem ook te betrekken in het leven buiten de ziekte en het stervensproces, zodat hij een echt lid van de maatschappij kan zijn en zich tot de laatste dag een waardevol mens kan voelen. Dit kan gedaan worden door de zorgvrager te betrekken in dingen die spelen rondom de zorgvrager, bijvoorbeeld het vragen naar de mening van de zorgvrager in het kopen van een huis, etc.
- *De vrees voor pijn en lijden.* Wanneer zorgvragers ernstig ziek zijn, is er voortdurend de angst voor pijn en lijden. Men kan bang zijn voor het toenemen van de klachten en zo angstig worden voor het verloop van het ziekteproces. Door hulpverleners wordt snel naar medicatie gegrepen om de pijn te verlichten. Naast de medicatie is het belangrijk dat pijn aangepakt wordt op psychosociaal en geestelijk vlak. Pijn op deze vlakken kan te maken hebben met dat mensen zich niet erkend of nuttig voelen of dat zij het gevoel hebben dat ze weinig met het leven gedaan hebben (Orschoven & Menten, 2000).

### ***Depressie in de palliatieve fase***

Depressie komt veel voor bij mensen die ongeneeslijk ziek zijn. Een normale depressieve reactie op de ongeneeslijke ziekte kenmerkt zich door wisselende momenten van somberheid en wanhoop. Deze somberheid en wanhoop belemmeren het leven van de zorgvrager niet in belangrijke mate. Andere woorden voor deze depressiviteit zijn somberheid en neerslachtigheid. In de eerste tijd na het aanbreken van een stressvolle situatie voor de zorgvrager kan de zorgvrager symptomen hebben van een depressie of een aanpassingsstoornis. De meeste mensen kunnen zich echter binnen enkele weken weer in hun evenwicht herstellen (Graeff e.a., 2006).

Als de depressie voor een groot deel van de dag aanwezig is en echt lijden gaat veroorzaken in het leven van de zorgvrager dan wordt er gesproken van pathologische depressiviteit (Spreeuwenberg e.a., 2005).

Een aantal factoren geven aanleiding tot pathologische depressiviteit. Pijn is een duidelijke factor die als hij chronisch is kan leiden tot depressiviteit. De depressiviteit, maakt de pijngewaarwording op zijn beurt erger, waardoor de pijn ernstiger wordt ervaren. Andere factoren voor pathologische depressie zijn de ernst van de lichamelijke beperkingen, de plaats waar de tumor zich bevindt (alvleesklierkanker kent bijvoorbeeld een hogere depressieprevalentie), bijwerkingen van de behandelingen en de gevolgen die de ziekte heeft voor het gezin en het werk. Tot slot zijn snel achter elkaar voorkomende verliezen en familiale belasting, een risicofactor voor depressie (Spreeuwenberg e.a., 2005).

Uit onderzoek komt naar voren dat er hoge prevalentiecijfers zijn voor depressiviteit in de palliatieve fase. Toch wordt dit maar zelden zo herkend (Graeff e.a., 2006). Dit heeft te maken met uitspraken als: 'een sombere stemming hoort er gewoon bij', 'moet er ook nog een diagnose depressie gesteld worden, want de naderende dood en de lichamelijke klachten vragen al genoeg aandacht' (Spreeuwenberg e.a., 2005).

Daarnaast is het lastiger om een diagnose met de DSM-IV te stellen bij zorgvragers met kanker. Verschillende kenmerken van een depressie, zoals moeheid, verlies van eetlust, verlies of toename van gewicht, slapeloosheid en concentratieproblemen, kunnen bij zorgvragers met kanker namelijk ook door de ziekte of de behandeling worden veroorzaakt. Daarom geven vooral de psychologische symptomen de doorslag voor het bestaan van een depressie bij zorgvragers met kanker (Haes, e.a., 2009 & Koelewijn e.a., 2005).

Bij zorgvragers met kanker zijn er verschillende oorzaken te noemen die kunnen leiden tot een depressie. Zo kunnen tumoren in de hersenen, behandelingen als radiotherapie, chemotherapie, hormonale therapie of bepaalde medicatie, een depressie veroorzaken (Haes, e.a., 2009).

Daarnaast kan het een depressie betreffen die helemaal niets met de kanker te maken heeft, omdat er tegenwoordig veel mensen uit de normale bevolking ook een depressie hebben. Een depressie kan zijn oorsprong hebben in de onzekerheid die ontstaat bij het ziektebeeld kanker. Er zijn onzekerheden over het beloop van de kanker en schuldgevoelens over de oorzaak van de kanker. De zorgvrager kan daarnaast veel verliezen ervaren. In combinatie met een verminderd sociaal functioneren kunnen er depressieve gevoelens ontstaan (Haes, e.a., 2009).

Ten slotte wordt er in de literatuur aangegeven dat een depressie 'normaal' is bij terminale zorgvragers. Het is namelijk erg moeilijk om onderscheid te maken tussen een depressie en het verdriet dat bij het naderen van het levenseinde hoort (Lloyd-Williams, e.a., 2001).

## **2.4 Samenvatting**

In dit hoofdstuk zijn definities en kenmerken van angst en van depressie beschreven. Angst is een onbehaaglijk gevoel van ongemak of vrees (Sparks Ralph e.a., 2003). Depressie is een depressieve (sombere) stemming die langere tijd aanhoudt. Uit het onderzoek van Teunissen e.a. (2007) is gebleken dat bij terminale zorgvragers uit het ziekenhuis, hoog gescoord werd op angst en depressie, gemeten met de HADS-vragenlijst. Het is moeilijk om specifiek aan te geven wat de angst veroorzaakt. De meeste zorgvragers zijn angstig rondom het sterven. In de literatuur wordt beschreven dat depressie 'normaal' is bij terminale zorgvragers. Het is moeilijk om onderscheid te maken tussen een depressie en het verdriet dat bij het naderen van het levenseinde hoort (Lloyd-Williams, e.a., 2001).

Toch is het belangrijk om met behulp van een screeningsinstrument de eventueel aanwezige angstige en/of depressieve gevoelens op te sporen, zodat vervolgens effectieve interventies toegepast kunnen worden door de verpleegkundige, waardoor het welzijn van de bewoners in de palliatieve fase verhoogd kan worden. Een van de screeningsinstrumenten die gebruikt kan worden om te screenen op depressie, is de HADS-vragenlijst. In hoofdstuk drie wordt de HADS nader toegelicht.

### 3. Hospital Anxiety and Depression Scale

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal beschreven worden wat de HADS is en wanneer hij gebruikt wordt. Ook zal de validiteit van de HADS beschreven worden. Tot slot wordt de HADS vergeleken met andere meetinstrumenten.

De HADS is een schaal die 14 stellingen omvat, ontworpen door Zigmond & Snaith (1983)<sup>2</sup>. 7 vragen daarvan zijn gerelateerd aan depressie en de andere 7 vragen zijn gerelateerd aan angst. Per stelling loopt de score op van 0 tot 3. De HADS is gebaseerd op anhedonie, oftewel een compleet verlies van vreugde. Het is een screeningsinstrument om de symptomen van angst en depressie op te kunnen sporen. Wanneer er bij de vragen over angst een totale score van boven de 8 gemeten wordt, geeft dit een indicatie voor angst als psychiatrisch toestandsbeeld. Wanneer er bij de vragen over depressie een totale score boven de 8 gemeten wordt, geeft dit een indicatie voor depressie als psychiatrisch toestandsbeeld (Kuria, 2011). Dit heeft hospice Kuria gebaseerd op de richtlijn 'Palliatieve zorg' (Graeff e.a., 2010) welke aangeeft dat bij scores boven de 8 nadere diagnostiek geïndiceerd moet worden. In de literatuur zijn meer specifieke afkapwaarden gevonden voor het indelen van de HADS-scores. 0-7: geen aanleiding tot verdere actie. 8-10: grensgeval, actie kan worden overwogen.  $\geq 11$ : actie moet worden ondernomen (Hinz e.a., 2010 & Holtom & Barraclough, 2000).

De HADS is in eerste instantie ontwikkeld voor somatische, poliklinische zorgvragers, die tussen de 16 en 65 jaar oud zijn. De auteurs van de HADS gaven als aanbeveling om eerst nog wel aanvullend onderzoek te doen naar de bruikbaarheid en validiteit van de HADS bij oudere zorgvragers (Zigmond & Snaith, 1983). Uit de resultaten vanuit aanvullend onderzoek blijkt dat de eigenschappen van de HADS invariant zijn voor leeftijd (Spinhoven e.a., 1997).

De HADS is het meest gebruikte instrument om angst en depressie op te sporen bij lichamelijk zieke zorgvragers. Hoge scores van de HADS geven echter niet aan dat de zorgvrager ook daadwerkelijk angstig en/of depressief is. In tegenstelling tot de DSM-IV kan er met de HADS geen diagnose voor angst en/of depressie gesteld worden, omdat de HADS een screeningsinstrument is (Teunissen e.a., 2007). Wel kan er vanuit worden gegaan dat er bij een score van 10 of meer per subschaal, vrijwel zeker sprake is van pathologische angst of depressie (Spreeuwenberg e.a., 2005).

#### 3.2 Gebruik HADS

Om na te gaan of een zorgvrager te maken heeft met angst en depressie, is de meest eenvoudige methode om de zorgvrager naar zijn of haar gemoedstoestand te vragen (Graeff e.a., 2006). Deze methode is uiteraard geen bruikbaar screeningsinstrument, maar het kan al wel een belangrijk diagnostisch signaal vormen. Een volgende stap is dan een screeningsinstrument, zoals de HADS. Het doel van de HADS is inzicht krijgen in de aanwezigheid van angstige en/of depressieve gevoelens bij een zorgvrager. Daarnaast kunnen de klachten worden vastgesteld en kan er op basis van de score een verwijzing naar een psycholoog of psychiater plaatsvinden (Palliatief consult, 2011). De HADS kan ook het effect van eventuele ingestelde behandelingen tegen depressie of angst evalueren.

---

<sup>2</sup> In bijlage 2 is de HADS-vragenlijst te vinden.

In tegenstelling tot het DSM-IV, is de HADS niet gebaseerd op de lichamelijke symptomen bij angst en depressie, maar op de anhedonie. Het is het meest gebruikte screeningsinstrument bij zorgvragers met kanker. Deze zorgvragers bevinden zich veelal binnen de palliatieve zorgsector (Deliens e.a., 2009).

Artsen en psychologen gebruiken de HADS met succes voor de diagnostiek van angststoornissen en depressies binnen de algehele bevolking. De HADS is dus niet per definitie een screeningsinstrument voor de zorgvragers in het ziekenhuis (Psychisch & Werk, 2010). De HADS is zeer sensitief, maar weinig specifiek. Dit betekent dat weinig depressies gemist zullen worden, maar dat er een aantal hoge uitslagen zullen zijn, waarbij de zorgvrager niet depressief blijkt te zijn, maar wellicht wel begeleiding nodig heeft (Mitchell e.a., 2010).

Omdat de HADS een screeninginstrument is, zal de diagnose depressie nooit gesteld worden aan de hand van de HADS, maar wordt de diagnose gesteld aan de hand van de DSM-IV criteria (Graeff e.a., 2006).

### **3.3 Validiteit HADS**

De meningen over de validiteit en de bruikbaarheid van de HADS in palliatieve instellingen zijn verdeeld. In de richtlijn 'Palliatieve zorg' wordt de HADS aanbevolen als screeningsinstrument voor het meten van angst en depressie (Graeff e.a., 2010). Teunissen e.a. (2007) beschrijven dat de Nederlandse vertaling van de HADS een gevalideerd meetinstrument is om zorgvragers te screenen op angst en depressie. Le Fevre e.a. (1999) geven aan dat dit ook geldt voor zorgvragers in de palliatieve fase. Zij beschrijven als conclusie bij het vergelijkend onderzoek tussen de General Health Questionnaire (GHQ) en de HADS, dat er gezegd kan worden dat de HADS een gevalideerd screeningsinstrument is voor psychische disfunctie, met name voor depressie, bij zorgvragers in de palliatieve fase.

Er zijn echter ook een aantal onderzoeken die aantonen dat de HADS juist geen gevalideerd instrument is voor gebruik in de palliatieve zorg. Lloyd-Williams e.a. (2001) geven aan dat de HADS ontworpen is, voor het meten van angst en depressie in algemene medische instellingen en dat hij dus niet gevalideerd is voor de zorg van palliatieve zorgvragers. De HADS is succesvol gebruikt in een aantal verschillende instellingen als een screeningsinstrument voor het meten van angst en depressie. Er is alleen wel aangegeven dat de HADS te complex zou zijn voor klinisch gebruik. Daarnaast wordt aangegeven dat de HADS ongeschikt zou zijn voor zorgvragers die in een hospice verblijven. Urch e.a. (1998) geven in hun onderzoek aan dat de meeste zorgvragers die in een hospice verblijven te ziek zijn om de HADS compleet in te kunnen vullen. Zij geven dan ook de suggestie om voor deze zorgvragers een ander instrument te gebruiken op basis van waarneming en observatie. Dit zou volgens hen meer geschikt zijn dan de HADS (Urch e.a., 1998). Ook Mitchell e.a. (2010) geven aan dat de HADS eerder een geschikte aanvulling zou zijn bij het screenen op angst en depressie, maar dat het beter is dat de HADS niet als een op zichzelf staand meetinstrument gebruikt wordt. Lloyd-Williams e.a. (2001) zeggen hierover ook dat als de HADS gebruikt wordt als screeningsinstrument in de palliatieve zorg, deze gebruikt zou moeten worden in combinatie met een ander meetinstrument.

### **3.4 HADS en andere screeningsinstrumenten**

Zoals in voorgaande hoofdstukken ook al is genoemd, is de HADS in veel verschillende onderzoeken vergeleken met andere screeningsinstrumenten. Drie onderzoeken, met bijbehorende conclusies, worden hieronder nader toegelicht.

#### ***HADS vs. ESAS***

De Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is een vragenlijst voor het meten van tien symptomen, waaronder angst en depressie (Vignaroli e.a., 2006). De ESAS is een gevalideerd, betrouwbaar instrument die ontwikkeld is om negen verschillende symptomen in de palliatieve zorg bij zorgvragers te meten.

Teunissen e.a. (2007) hebben onderzoek gedaan in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) op de afdeling Medische Oncologie, naar de HADS in vergelijking tot de ESAS. De HADS werd in dit onderzoek als standaard gekozen, maar de verhoogde scores bewijzen niet dat zorgvragers angstig of depressief zijn, althans niet in de psychiatrische betekenis van deze termen. Uit dit onderzoek kwamen de volgende gegevens naar voren. Het bleek dat wanneer de angst door de ESAS gemeten werd, duidelijk hoger scoorde dan wanneer angst met de HADS gemeten werd. Bij depressie was het de HADS die juist een hogere score aangaf dan de ESAS. Bij de scores van angst en depressie samen, bleek dat er met de ESAS en de HADS een vrijwel gelijke score van angst en depressie gemeten werd. Echter is er geen relatie met de aanwezigheid van lichamelijke symptomen en een beperkte relatie met de intensiteit van de symptomen (Deliens e.a., 2009).

### ***HADS vs. General Health Questionnaire***

Om algemene psychische problematiek te meten, is de General Health Questionnaire (GHQ) ontworpen. De uitslagen van dit meetinstrument verwijzen niet direct naar specifieke diagnoses. Wat opvalt, is dat depressieve mensen meestal hoog scoren op deze lijst (Le Fevre e.a., 1999). De HADS en de GHQ zijn met elkaar vergeleken in een palliatieve zorginstelling. Hierbij werd duidelijk dat de HADS beter te gebruiken is bij het identificeren van psychische dysfunctie in deze groep zorgvragers.

De HADS is beter te gebruiken omdat deze zich richt op de kernsymptomen van depressies en angst en daarbij lichamelijke symptomen buiten beschouwing laat, dit in tegenstelling tot de GHQ (Le Fevre e.a., 1999).

### ***HADS vs. Rotterdam Symptom Checklist***

De Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) is ontworpen om de kwaliteit van leven te indiceren bij zorgvragers met kanker. De RSCL meet de lichamelijke en geestelijke nood, daarbij is er aandacht voor de activiteiten van het dagelijks leven. De lijst bestaat uit 38 items waar zorgvragers zichzelf kunnen scoren met punten van 1 tot en met 4 (Le Fevre e.a., 1999).

Hopwood e.a. (1991) vergeleken de HADS met de RSCL bij 81 zorgvragers met borstkanker die thuis verbleven. De HADS scoorde hierbij zichtbaar hoger dan de RSCL (Le Fevre e.a., 1999).

## **3.5 Samenvatting**

De HADS is een screeningsinstrument om te meten of zorgvragers te maken hebben met angst en depressie. Le Fevre e.a. (1999) beschrijven dat de HADS een valide meetinstrument is voor gebruik in de palliatieve fase. Toch blijft er twijfel bestaan over de bruikbaarheid van de HADS-vragenlijst in de palliatieve fase, omdat de meeste zorgvragers die in een hospice verblijven te ziek zijn om de HADS compleet in te kunnen vullen (Urch e.a., 1998). Verschillende onderzoeken geven aan dat de HADS gebruikt kan worden als screeningsinstrument in combinatie met andere meetinstrumenten. Daarom is gekeken naar andere meetinstrumenten om angst en depressie te meten, in vergelijking met de HADS. Le Fevre e.a. (1999) beschrijven dat de HADS duidelijk hogere scores geeft dan de RSCL. Daarnaast beschrijven Le Fevre e.a. (1999) dat de HADS in vergelijking tot de GHQ een beter meetinstrument is voor het identificeren van psychische dysfunctie bij palliatieve zorgvragers, omdat deze zich richt op de kernsymptomen van depressie en angst en daarbij lichamelijke symptomen buiten beschouwing laat. De ESAS geeft verschillende scores weer ten opzichte van de HADS op het gebied van angst en het gebied van depressie. De scores van angst en depressie samen zijn vergelijkbaar in hoogte bij de HADS en de ESAS. Echter is er geen relatie met de aanwezigheid van lichamelijke symptomen en een beperkte relatie met de intensiteit van de symptomen (Deliens e.a., 2009).

In hoofdstuk vier wordt onderzocht of de HADS op zichzelf staande, een bruikbaar screeningsinstrument is voor zorgvragers in de palliatieve fase.

## 4. Methode van onderzoek

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksmethode die gehanteerd wordt bij dit onderzoek en bevat de concrete stappen die genomen worden om het onderzoek uit te kunnen voeren.

Achtereenvolgens wordt het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, de data-verzameling, de validiteit, de betrouwbaarheid, de data-analyse en tot slot de ethische aspecten van dit onderzoek weergegeven.

### 4.2 Onderzoeksdesign

Er is gekozen voor een kwantitatief onderzoek, welke een retrospectief deel en een prospectief deel bevat. Bij het retrospectieve deel wordt gebruik gemaakt van reeds verzamelde data, ook wel statusonderzoek genoemd. Deze data bestaan uit ingevulde HADS-vragenlijsten uit de zorgdossiers van de bewoners in hospice Kuria in de periode van 26-06-2010 tot en met 31-12-2011. Binnen het prospectieve deel wordt een HADS-vragenlijst afgenomen in combinatie met een numerieke schaal (NRS). De NRS is een cijferschaal van 0 tot en met 10. Bij deze NRS-meting kan de zorgvrager aangeven welk cijfer hij/zij geeft voor de maat van de angst en depressie die hij/zij ervaart. Deze NRS-meting zal één keer worden afgenomen om angst te meten en één keer om depressie te meten. Bij angst staat het cijfer 10 voor de ergst denkbare angst en het cijfer 0 staat voor geen angst. Bij depressie staat het cijfer 10 voor de ergst denkbare depressie en het cijfer 0 staat voor geen depressie<sup>3</sup>. Vervolgens wordt er gekeken of er een correlatie (lineaire samenhang) bestaat tussen de hoogte van de NRS-score en de HADS-score.

Binnen dit onderzoek is gekozen voor een beschrijvende en vergelijkende vraagstelling (Verhoeven, 2007). De vraagstelling is beschrijvend, omdat er objectief gekeken wordt naar de uitslagen van de HADS-vragenlijsten binnen hospice Kuria en de uitkomst hiervan beschreven wordt. De vraagstelling met betrekking tot het retrospectieve deel van het onderzoek is vergelijkend, omdat gezocht wordt naar de correlatie tussen de literatuur en de data-analyse van de zorgdossiers. Daarbij worden de gegevens uit de data-analyse van de zorgdossiers vergeleken met de waarden van de HADS uit de literatuur binnen de gezonde- en palliatieve populaties. Ook is de vraagstelling met betrekking tot het prospectieve deel van het onderzoek vergelijkend, omdat tevens de correlatie tussen de HADS-scores en scores vanuit de NRS-meting wordt berekend.

### 4.3 Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek bestaat uit een retrospectief en een prospectief deel.

De onderzoekspopulatie van het retrospectieve deel bestaat uit de bewoners die van 26-06-2010 tot en met 31-12-2011 in high-care hospice Kuria, te Amsterdam, verbleven. Voor dit deel van het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de reeds ingevulde HADS-vragenlijsten uit de zorgdossiers van deze bewoners.

Bij het prospectieve deel is gekozen voor een gelegenheidssteekproef. Hieronder wordt verstaan; de bewoners die van 16-02-2012 tot en met 27-04-2012 in hospice Kuria verblijven en in staat zijn tot het afnemen van de HADS-vragenlijst en de NRS-meting. Deze vragenlijsten worden door de onderzoeksleden zelf afgenomen.

---

<sup>3</sup> De NRS voor het meten van angst en depressie is te vinden in bijlage 3.

#### 4.4 Dataverzameling

De gegevens over de waarden van de HADS binnen de gezonde- en palliatieve populaties, worden verzameld door te zoeken op zoektermen in de Engelstalige databank Pubmed. Er wordt gezocht op de volgende zoektermen: HADS general population values, HADS normal values en HADS palliative care.

De waarden van de HADS binnen hospice Kuria, worden verzameld door de HADS-scores uit de zorgdossiers van de bewoners van hospice Kuria in Amsterdam te bekijken en te analyseren. Bij deze retrospectieve gegevensverzameling, wordt ook gekeken naar geslacht, leeftijd, onderliggende aandoeningen, duur van het verblijf in hospice Kuria (ligduur) en de acties die na het afnemen van de HADS ondernomen zijn bij scores  $\geq 8$ .

Bij de leeftijd wordt gerekend vanaf de geboortedatum tot en met de datum van afname van de HADS-vragenlijst.

Bij de onderliggende aandoeningen wordt gekeken naar de voorgeschiedenis van de bewoner. Daarbij wordt gekeken naar de aanwezigheid van kanker op het moment van afname van de HADS-vragenlijst. Ook wordt gekeken naar de aanwezigheid van hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis van de bewoner. Hypertensie wordt daarbij niet meegerekend, omdat dit op zichzelf geen aandoening is, maar een risicofactor op hart- en vaatziekten. Tot slot wordt gekeken naar de aanwezigheid van COPD op het moment van afname van de HADS-vragenlijst. Bij aanwezigheid van andere aandoeningen wordt gekeken of er andere aandoeningen in de voorgeschiedenis van de bewoner aanwezig waren.

Voor de ligduur wordt geteld vanaf de dag van opname tot en met de dag van afname van de HADS-vragenlijst. De opnamedag en de afnamedag worden beiden meegerekend.

Er wordt beschreven of de bewoner in de voorgeschiedenis bekend is met een angststoornis en/of een depressie. Dit wordt opgemaakt uit het medisch dossier van de bewoner.

Tot slot worden de acties beschreven, die ondernomen zijn bij bewoners met een HADS-score  $\geq 8$ . Daarbij wordt het overleg met een arts ook tot een actie gerekend.

In hospice Kuria wordt op dit moment geen eenduidig beleid aangehouden met betrekking tot het afnemen van de HADS-vragenlijst bij bewoners met hersenmetastasen. Een reden die de medewerkers van hospice Kuria hiervoor hebben is, dat het moeilijk te achterhalen is of de oorzaak van de angstige en/of depressieve gevoelens afkomstig zijn van de hersenmetastasen of door andere omstandigheden. Wanneer de ingevulde HADS-vragenlijsten toch aanwezig waren in het zorgdossier van een bewoner met hersenmetastasen, zijn deze wel meegenomen in dit onderzoek. Dit omdat de onderzoeksleden van mening zijn dat de bewoner ondanks de hersenmetastasen eveneens de angstige en/of depressieve gevoelens ervaart en het belangrijk is om daar als verpleegkundige aandacht aan te besteden.

Bij de prospectieve gegevensverzameling wordt in de periode van 16-02-2012 tot en met 27-04-2012 bij de bewoners die in hospice Kuria verblijven, een HADS-vragenlijst afgenomen en daarbij wordt ook een NRS-meting gedaan. Ook hier wordt gekeken naar geslacht, leeftijd, onderliggende aandoeningen en duur van het verblijf in hospice Kuria (ligduur).

Bij de leeftijd wordt gerekend vanaf de geboortedatum tot en met de datum van afname van de HADS-vragenlijst en de NRS-meting. Bij de onderliggende aandoeningen wordt gekeken naar de voorgeschiedenis van de bewoner. Daarbij wordt gekeken naar de aanwezigheid van kanker op het moment van afname van de HADS-vragenlijst. Ook wordt gekeken naar de aanwezigheid van hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis van de bewoner. Hypertensie wordt daarbij niet meegerekend, omdat dit op zichzelf geen aandoening is, maar een risicofactor op hart- en vaatziekten. Tot slot wordt gekeken naar de aanwezigheid van COPD op het moment van afname van de HADS-vragenlijst. Bij aanwezigheid van andere aandoeningen wordt gekeken of er andere aandoeningen in de voorgeschiedenis van de bewoner aanwezig waren.

Voor de ligduur wordt geteld vanaf de dag van opname tot en met de dag van afname van de HADS-vragenlijst. De opnamedag en de afnamedag worden beiden meegerekend.

Er wordt beschreven of de bewoner in de voorgeschiedenis bekend is met een angststoornis en/of een depressie. Dit wordt opgemaakt uit het medisch dossier van de bewoner. Voor deze gegevensverzameling bij de prospectieve gegevensverzameling, wordt bij gelegenhedssteekproef een HADS-vragenlijst afgenomen en een NRS-meting gedaan. Door de zorgmanager en verpleegkundigen wordt aangegeven welke bewoners in staat zijn om dit in te vullen. Bewoners die verward en/of niet meer aanspreekbaar zijn, worden als 'missing' opgenomen in de gegevensverzameling voor dit prospectieve deel.

#### **4.5 Validiteit**

De validiteit gaat na in hoeverre het onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2007). Er zijn verschillende keuzes gemaakt om de validiteit van dit onderzoek te waarborgen. Er wordt voorafgaand aan het onderzoek een duidelijk onderzoeksplan opgesteld, waarin de centrale vraagstelling en bijbehorende deelvragen zijn weergegeven. Er wordt literatuurstudie verricht naar angst en depressie in het algemeen en in de palliatieve zorg. Daarnaast worden er wetenschappelijke onderzoeken gelezen over het gebruik van de HADS binnen de gezonde populaties.

Door de waarden van de HADS in hospice Kuria naast de waarden uit de literatuur te leggen, welke van gezonde- en palliatieve populaties zijn, wordt gekeken of de waarden van de HADS in hospice Kuria overeenkomen met deze waarden vanuit de literatuur. Daarnaast worden de waarden van de NRS-meting en de HADS-vragenlijsten naast elkaar gelegd, om te kijken of de mate van angst en/of depressie overeenkomt bij beide meetinstrumenten. Op deze manier wordt nagegaan of de HADS een eerlijk beeld geeft van de mate van angstige en/of depressieve gevoelens bij de palliatieve bewoners in hospice Kuria.

De verzamelde scores van de HADS-vragenlijsten uit het retrospectieve- en prospectieve deel en de NRS-meting, worden geregistreerd met het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Tevens wordt deze informatie vergeleken met elkaar, door middel van de berekeningen die met het programma SPSS worden uitgevoerd. Alle relevante, verzamelde gegevens uit de literatuur, worden in schema's genoteerd.

Er is gekozen om de HADS naast de NRS te leggen, omdat in de richtlijn 'Palliatieve zorg' staat beschreven dat er vooral gebruik wordt gemaakt van de NRS om de intensiteit van symptomen te meten (Graeff e.a., 2010). In deze richtlijn is het Utrecht Symptoom Dagboek (USD) toegevoegd. In deze USD wordt gebruik gemaakt van een NRS, waaronder voor de symptomen angst en somberheid. Als afkapwaarde voor de NRS wordt  $\geq 4-5$  genoemd. Bij een symptoom met een score gelijk aan of hoger dan 4-5, heeft de bewoner behandeling nodig. Door deze afkapwaarde te hanteren, wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de bewoner. (Graeff e.a., 2010).

Het gehele onderzoek wordt meegelezen door Dr. A.E. Schep – Akkerman die dit proces begeleidt en tevens kijkt of dit onderzoek vrij is van systematische meetfouten.

#### **4.6 Betrouwbaarheid**

Met betrouwbaarheid wordt de mate bedoeld, waarin herhaalde metingen onder dezelfde omstandigheden, dezelfde uitkomst geven. Ook wel nauwkeurigheid, precisie, herhaalbaarheid of reproduceerbaarheid genoemd (Frederiks & Wierik, 2004).

De betrouwbaarheid in het retrospectieve deel wordt gewaarborgd doordat de gegevens die bij dit deel van het onderzoek gebruikt worden, bestaan uit reeds verzamelde data in de zorgdossiers van de bewoners in hospice Kuria. De HADS-vragenlijsten zijn al ingevuld en kunnen niet meer gewijzigd worden. Er wordt gekeken naar geslacht, leeftijd, onderliggende aandoeningen en duur van het verblijf in hospice Kuria (ligduur) om hier bij de analyses rekening mee te kunnen houden.

De betrouwbaarheid wordt gewaarborgd door alle dossiers van bewoners in hospice Kuria uit de periode van 26-06-2010 tot en met 31-12-2011 te analyseren en alle ingevulde HADS-vragenlijsten daaruit te gebruiken.

Door *alle* ingevulde HADS-vragenlijsten uit deze periode in hospice Kuria te gebruiken, is de kans dat er 'toevallig' een bepaalde groep bewoners met zeer specifieke HADS-waarden in het onderzoek terecht komen niet aan de orde. In verband met de reproduceerbaarheid van dit onderzoek worden de zorgdossiers genummerd. Dit wordt gedaan door de namen van de bewoners op de lijst met gegevens van de bewoners te nummeren. Daarnaast worden de gegevens van de bewoners anoniem verwerkt.

De betrouwbaarheid in het prospectieve deel wordt gewaarborgd doordat de onderzoeksleden bij gelegenheidssteekproef een HADS-vragenlijst gaan afnemen en een NRS-meting doen bij de bewoners die op dit moment in hospice Kuria liggen en die in staat zijn om deze lijst in te vullen. Ook hier wordt gekeken naar geslacht, leeftijd, onderliggende aandoeningen en duur van het verblijf in hospice Kuria (ligduur) om hier bij de analyses rekening mee te kunnen houden. De onderzoeksleden zullen aan de verpleegkundige en bewoner vragen of de bewoner de HADS-vragenlijst zelf in wil/kan vullen of dat de vragen hardop moeten worden voorgelezen. Bij het laatste geval wordt aan de bewoner aangeboden om met de vragen mee te lezen. Door de bewoners zoveel mogelijk zelf de vragenlijst te laten invullen, of de bewoners mee te laten lezen, is de uitkomst betrouwbaarder. Dit omdat de bewoner zelf de vraag beantwoordt en er geen verschil kan ontstaan in wat de bewoner bedoeld en wat de onderzoeksleden denken dat de bewoner bedoeld. Dit laatste kan tot gevolg hebben dat de lijst verkeerd wordt ingevuld. Daarnaast wordt door de onderzoeksleden zelf de NRS-meting uitgevoerd. Daarbij zullen ze de vraag luid en duidelijk stellen en indien nodig de vraag herhalen. De volgende vragen worden aan de bewoner gesteld, in het kader van de NRS-meting; Bij angst: *'Als u het gevoel van angst op dit moment een cijfer moet geven tussen de 0 en de 10, waarbij 0 geen angst is en 10 de ergst denkbare angst, welk cijfer geeft u dan?'* en bij depressie: *'Als u het gevoel van depressie op dit moment een cijfer moet geven tussen de 0 en de 10, waarbij 0 geen depressie is en 10 de ergst denkbare depressie, welk cijfer geeft u dan?'* Door bij alle bewoners op dezelfde manier dezelfde vragen te stellen wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd.

#### **4.7 Data-analyse**

Er bestaan verschillende methoden voor het analyseren van de kwantitatieve gegevens van het onderzoek. Binnen dit onderzoek worden de gegevens geanalyseerd aan de hand van het stappenmodel beschreven door Migchelbrink (2006). Dit model geeft op een duidelijke en overzichtelijke manier weer welke verschillende stappen ondernomen worden.

##### *Stappenplan:*

##### Retrospectieve gedeelte:

- Dossiers nagaan op aanwezigheid HADS-vragenlijsten.
- De HADS-vragenlijsten controleren op volledigheid en of er acties zijn ondernomen bij een score  $\geq 8$ .
- Afhankelijk van de aard van de data (nominaal, ordinaal of ratio) is er een keuze gemaakt in de weergave van de resultaten.

##### Prospectieve gedeelte:

- De HADS-vragenlijst afnemen in combinatie met de NRS-meting, bij de bewoners van hospice Kuria.
- De HADS-scores en scores vanuit de NRS-meting, samenbrengen tot een totaaloverzicht.
- Afhankelijk van de aard van de data (nominaal, ordinaal of ratio) is er een keuze gemaakt in de weergave van de resultaten.

Bovengenoemde data zijn op cijfermatige wijze geanalyseerd met SPSS.

#### Analyse van de gegevens:

- Bij het retrospectieve deel van het onderzoek wordt gekeken naar de uitkomsten van de HADS-vragenlijsten. Hierbij wordt gekeken naar geslacht, leeftijd, onderliggende aandoeningen, duur van het verblijf in hospice Kuria en de acties die na het afnemen van de HADS ondernomen zijn bij een score  $\geq 8$ .
  - Verschil in uitkomst van de HADS-score bij mannen en vrouwen;
  - Relatie tussen uitkomst van de HADS-score en de leeftijdscategorieën;
  - Relatie tussen uitkomst van de HADS-score en de onderliggende aandoeningen;
  - Relatie tussen uitkomst van de HADS-score en de verblijfsduur in hospice Kuria.
- De resultaten van bovengenoemde punten, zijn met behulp van het programma SPSS en Word verwerkt.
- Bij het retrospectieve deel van het onderzoek wordt er een vergelijking gemaakt tussen de HADS-scores in Kuria en de waarden van de HADS vanuit de literatuur, door middel van een one-sample-T-test in SPSS.
- Bij het prospectieve deel van het onderzoek worden de HADS-scores en de scores van de NRS-meting bij bewoners in Kuria door middel van Pearson's productmomentcorrelatieopdracht met elkaar vergeleken<sup>4</sup>.

Bij het maken van de berekening wordt er gekozen voor 'Bivariate', omdat er twee variabelen met elkaar vergeleken worden. Bij options wordt er gekozen voor de optie 'exclude cases pairwise', als er veel missings (ontbrekende HADS-vragenlijsten) zijn. Dit omdat er dan zo min mogelijk informatie verloren zal gaan. Er wordt gekozen voor Pearson, omdat er sprake is van twee ratio variabelen die met elkaar vergeleken moeten worden (Baarda e.a., 2007).

Daarna wordt er gekozen voor 'two-tailed', dit betekent dat de hypothese van het onderzoek, tweezijdig getoetst wordt. Voorafgaande aan het onderzoek, kan nog niet gezegd worden of er sprake is van een verschil en/of de richting van dat verschil. Kortom, de tweezijdige toets wordt gebruikt, omdat er nog niet gezegd kan worden of de HADS-scores wel of niet overeenkomen met de NRS-scores.
- Tot slot volgt er een verdieping van de analyse van zowel het retrospectieve als het prospectieve deel van dit onderzoek: wat zeggen de uitkomsten?

#### 4.8 Ethische aspecten

Vanuit hospice Kuria is toestemming verkregen voor het uitvoeren van dit onderzoek binnen de instelling. Hospice Kuria heeft toestemming gegeven om, voor het retrospectieve deel van dit onderzoek, de HADS-vragenlijsten uit de zorgdossiers van de bewoners te analyseren. Deze gegevens worden anoniem verwerkt om de privacy van de bewoners te waarborgen. Op deze manier wordt de privacy van de bewoners bij dit onderzoek gewaarborgd. Bij het prospectieve deel van dit onderzoek, is een voorstel aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) gedaan, om toestemming te vragen voor het uitvoeren van een NRS-meting bij de bewoners. Toestemming hiervoor is gevraagd, omdat het onderzoek niet tot de dagelijkse zorg behoort en omdat de onderzoeksleden niet bij het verpleegkundig team van hospice Kuria horen.

#### 4.9 Uitvoering onderzoek

De uitkomst van dit onderzoek wordt gepresenteerd aan het hele team van hospice Kuria en aan de research coördinator van hospice Kuria. Tevens worden de uitkomsten gepresenteerd aan de afstudeerbegeleider van het lectoraat Zorg en Spiritualiteit van de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle. De onderzoeksleden hebben een aantal deadlines gesteld binnen de uitvoering van dit onderzoek, zoals in het schema op de volgende pagina is weergegeven.

---

<sup>4</sup> Een getal die het verband aangeeft tussen twee variabelen (in dit geval tussen de HADS en de NRS). De waarde van de productmomentcorrelatieopdracht varieert van -1 tot +1 (Baarda e.a., 2007).

| <b>Datum</b>                  | <b>Wat</b>                                                                             | <b>Wie</b>                                                                                                |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| December 2011                 | Concept onderzoeksplan + literatuurstudie inleveren                                    | Gerjanne Driebergen<br>Marieke Pelleboer<br>Mariëlle van der Veen                                         |
| Januari 2012                  | Definitief onderzoeksplan + literatuurstudie inleveren                                 | Gerjanne Driebergen<br>Marieke Pelleboer                                                                  |
| Januari 2012                  | Gesprek over vaststellen onderzoeksplan                                                | Gerjanne Driebergen<br>Marieke Pelleboer<br>Mariëlle van der Veen<br>Annemiek Schep                       |
| Januari 2012                  | Gesprek over vaststellen onderzoeksplan met hospice Kuria                              | Jaap Gootjes<br>Roberto Perez<br>Annemiek Schep                                                           |
| Februari 2012                 | Onderzoeksplan is definitief. Afspraken maken over vervolg.                            | Annemiek Schep<br>Arianne Kattenberg<br>Mariëlle van der Veen<br>Gerjanne Driebergen<br>Marieke Pelleboer |
| Februari, maart en april 2012 | Uitvoeren retrospectief en prospectief deel van het onderzoek en resultaten weergeven. | Arianne Kattenberg<br>Mariëlle van der Veen<br>Gerjanne Driebergen<br>Marieke Pelleboer                   |
| April 2012                    | Schrijven van conclusie, aanbevelingen en discussie                                    | Arianne Kattenberg<br>Mariëlle van der Veen<br>Gerjanne Driebergen<br>Marieke Pelleboer                   |
| Mei 2012                      | Concept eindverslag inleveren                                                          | Arianne Kattenberg<br>Mariëlle van der Veen<br>Gerjanne Driebergen<br>Marieke Pelleboer                   |
| Mei 2012                      | Definitief eindverslag inleveren                                                       | Arianne Kattenberg<br>Mariëlle van der Veen<br>Gerjanne Driebergen<br>Marieke Pelleboer                   |
| Mei 2012                      | Presentatie Hospice Kuria<br>Gereformeerde Hogeschool                                  | Arianne Kattenberg<br>Mariëlle van der Veen<br>Gerjanne Driebergen<br>Marieke Pelleboer                   |

#### 4.10 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de methode en de opzet van het onderzoek beschreven en daarbij is onderbouwd hoe dit onderzoek is opgezet. Er is gekozen voor een tweedelig onderzoek, waarmee verwacht wordt dat er een antwoord op de centrale vraag van dit onderzoek gegeven kan worden. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek beschreven.

## 5. Resultaten

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Allereerst zullen de gegevens van het retrospectieve deel van dit onderzoek beschreven worden. Daarbij zal er een vergelijking gemaakt worden met waarden van de gezonde- en palliatieve populaties, vanuit de literatuur. Tot slot wordt beschreven wat de resultaten uit het prospectieve deel van dit onderzoek zijn.

### 5.2 Resultaten retrospectieve deel van het onderzoek

#### *Populatie*

De populatie van het retrospectieve deel van dit onderzoek bestaat uit 143 bewoners die in hospice Kuria verbleven vanaf 26-06-2010 tot en met 31-12-2011.

Er zijn 47 volledig ingevulde HADS-vragenlijsten gevonden in de zorgdossiers (32,9%). Dit betekent dat in 96 zorgdossiers geen ingevulde HADS-vragenlijst zaten (missings). Deze missings kunnen zijn ontstaan door verschillende omstandigheden, zoals verwardheid, niet meer aanspreekbaar zijn, overlijden op korte termijn of andere persoonlijke redenen van de bewoner.

De groep van 47 bewoners waarin een HADS-vragenlijst aanwezig was, bestond uit 24 mannen en 23 vrouwen. De 47 bewoners hadden verschillende aandoeningen. Hiervan hadden 46 bewoners onder andere kanker, 12 bewoners hadden (ook) hart- en vaatziekten en 5 bewoners hadden (ook) COPD. Daarnaast zijn er 27 bewoners die (ook) een overige aandoening hadden, bijvoorbeeld diabetes mellitus, astma of psoriasis.

De leeftijd van de 47 bewoners varieert van 43 tot en met 91 jaar. De ligduur varieert van 3 tot en met 22 dagen.

#### *Resultaten*

In tabel 1 zijn alle zorgdossiers van de periode van 26-06-2010 tot en met 31-12-2011 weergegeven. De tabel laat zien welke van deze zorgdossiers bruikbaar waren en welke als missing zijn opgegeven.

**Tabel 1. Zorgdossiers van bewoners in hospice Kuria**

|                            | Aantal bewoners (n) |
|----------------------------|---------------------|
| <b>Bruikbaar</b>           | 47                  |
| <b>Missing<sup>1</sup></b> | 96                  |

<sup>1</sup> Missing= Aantal bewoners waarbij geen HADS-vragenlijst is gevonden in het zorgdossier.

In tabel 2 zijn de gemiddelde HADS-scores van angst en depressie te lezen van de 47 bruikbare zorgdossiers, onderverdeeld per geslacht. Hierin zien we dat vrouwen gemiddeld hogere HADS-scores hebben dan mannen.

**Tabel 2. Gemiddelde HADS-score per geslacht**

| Geslacht             | Gemiddelde HADS-score bij angst | Gemiddelde HADS-score bij depressie |
|----------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Man (n=24)</b>    | 6,92                            | 8,33                                |
| <b>Vrouw (n=23)</b>  | 7,61                            | 9,87                                |
| <b>Totaal (n=47)</b> | 7,26                            | 9,09                                |

In tabel 3 zijn de gemiddelde HADS-scores van angst en depressie weergegeven van de 47 bruikbare zorgdossiers, onderverdeeld in leeftijdscategorieën. De leeftijdscategorieën van 91-100 en 61-70 lijken het meest angst te ervaren. De leeftijdscategorieën 51-60 en 61-70 lijken het meest depressie te ervaren.

**Tabel 3. Gemiddelde HADS-score per leeftijdscategorie**

| Leeftijdscategorie | Gemiddelde HADS-score bij angst | Gemiddelde HADS-score bij depressie |
|--------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| 41-50 (n=4)        | 5,00                            | 9,00                                |
| 51-60 (n=5)        | 8,80                            | 10,60                               |
| 61-70 (n=10)       | 9,30                            | 10,00                               |
| 71-80 (n=16)       | 6,19                            | 9,19                                |
| 81-90 (n=11)       | 6,82                            | 7,64                                |
| 91-100 (n=1)       | 10,00                           | 7,00                                |
| Totaal (n=47)      | 7,26                            | 9,09                                |

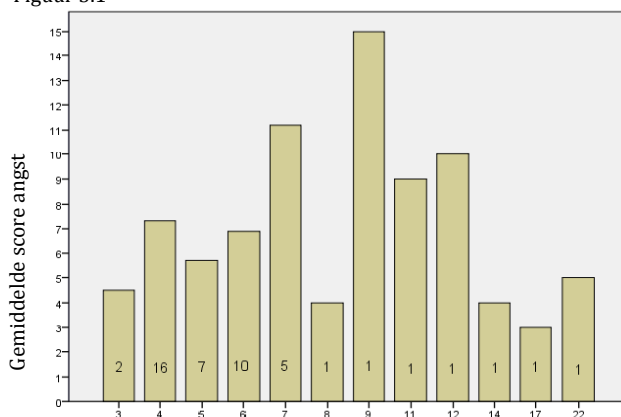
In tabel 4 zijn de gemiddelde HADS-scores van angst en depressie weergegeven van de 47 bruikbare zorgdossiers, onderverdeeld in de meest voorkomende aandoeningen. Er is weinig verschil te zien in scores tussen de verschillende aandoeningen, uitgezonderd de HADS-score voor depressie bij COPD, die is redelijk hoog. Er waren echter maar 5 bewoners met de aandoening COPD.

**Tabel 4. Gemiddelde HADS-scores per aandoening**

| Aandoening     | Gemiddelde HADS-score bij angst | Gemiddelde HADS-score bij depressie |
|----------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Kanker (n= 46) | 7,30                            | 8,98                                |
| HVZ (n= 12)    | 7,92                            | 8,08                                |
| COPD (n= 5)    | 7,40                            | 10,80                               |
| Anders (n= 27) | 6,33                            | 8,78                                |

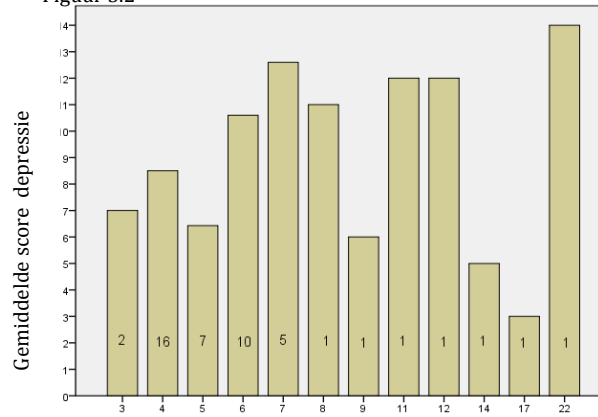
In figuur 5.1 en 5.2 wordt weergegeven hoeveel dagen een bewoner in hospice Kuria lag, op de dag dat de HADS werd afgenomen. Het aantal dagen zijn in combinatie met de gemiddelde HADS-score die de bewoner voor angst of depressie scoorde, in de grafiek verwerkt. De cijfers in de balken geven aan hoeveel personen een HADS-vragenlijst hebben ingevuld, en daarvan is de gemiddelde HADS-score genomen. Het is lastig om een conclusie uit deze gegevens te trekken, aangezien de gegevens van mensen met een langere ligduur, van slechts 1 bewoner afkomstig zijn. Over het algemeen kan gezegd worden dat naarmate de ligduur langer is, ook de score voor angst en depressie toeneemt tot en met een ligduur van 7 dagen.

**Figuur 5.1**



Aantal dagen dat een bewoner in hospice Kuria lag, op het moment dat de HADS werd afgenomen

**Figuur 5.2**



Aantal dagen dat een bewoner in hospice Kuria lag, op het moment dat de HADS werd

In tabel 5 is het totaal aantal HADS-vragenlijsten weergegeven per afkapwaarde<sup>5</sup>. Ook is te zien of er actie volgens de literatuur of hospice Kuria nodig was en of deze actie ook uitgevoerd is. In de literatuur zijn afkapwaarden gevonden voor het indelen van de HADS-scores; 0-7: geen aanleiding tot verdere actie (nee), 8-10: grensgeval, actie kan worden overwogen (twijfel),  $\geq 11$ : actie moet worden ondernomen (ja) (Hinz e.a., 2010 & Holtom & Barraclough, 2000). Op basis van deze literatuur kunnen de gemiddelde scores voor angst en depressie in hospice Kuria ingedeeld worden in de groepen. Zelf hanteert hospice Kuria alleen de afkapwaarde  $\geq 8$  voor het overgaan tot actie. Dit heeft hospice Kuria gebaseerd op de richtlijn 'Palliatieve zorg' (Graeff e.a., 2010) welke aangeeft dat bij scores boven de 8 nadere diagnostiek geïndiceerd moet worden. In de tabel is in de laatste kolom te zien of er ook daadwerkelijk een actie is uitgevoerd. Daarbij wordt het overleg met een arts ook tot een actie gerekend.

**Tabel 5. Indeling HADS-scores**

|               | Angst |        |           | Depressie |        |           | Actie nodig volgens literatuur  | Actie nodig volgens Kuria | Actie uitgevoerd <sup>1</sup> |
|---------------|-------|--------|-----------|-----------|--------|-----------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
|               | 0 - 7 | 8 - 10 | $\geq 11$ | 0 - 7     | 8 - 10 | $\geq 11$ |                                 |                           |                               |
| <b>Totaal</b> | 26    | 11     | 10        | 20        | 8      | 19        | Ja: 24<br>Twijfel: 7<br>Nee: 16 | Ja: 31<br>Nee: 16         | Ja: 20<br>Nee: 27             |

<sup>1</sup> Actie is als dusdanig herkenbaar beschreven in zorgdossier van bewoner.

#### *Acties n.a.v. HADS*

Bij 27 bewoners is er in het dossier niet dusdanig herkenbaar beschreven of er een actie is uitgevoerd, naar aanleiding van de HADS-score.

Van de 20 bewoners waarbij wel een actie ondernomen is, gaf de arts, na bespreking met de verpleegkundigen, bij 14 bewoners aan geen verdere actie te willen.

Bij 1 van de 6 overige bewoners gaf de bewoner aan geen actie te willen, ondanks de hoge score.

Bij 4 van de 6 bewoners werd de HADS-vragenlijst opnieuw afgenomen na enige tijd.

Bij 4 van de 6 bewoners werd een andere discipline ingeschakeld, zoals een maatschappelijk werker, een geestelijk verzorger of een psycholoog.

Bij 3 van de 6 bewoners werd er een medicatieverandering doorgevoerd, naar aanleiding van een hoge HADS-score.

Bij 31 bewoners bleek uit de HADS-score, dat er actie ondernomen zou moeten worden. Echter, bij maar 20 bewoners is dit ook daadwerkelijk uitgevoerd (64,5%). Hieruit blijkt dat bij 11 bewoners geen aantoonbare actie is ondernomen, terwijl dit wel had gemoeten (35,5%).

<sup>5</sup> In bijlage 4 zijn de HADS-scores per bewoner weergegeven.

### 5.3 Resultaten vanuit de literatuur

In de literatuur is gezocht naar waarden van de HADS binnen gezonde populaties. Er is gezocht in Pubmed op de volgende zoekterm: 'HADS normal values'. Daarbij zijn 29 artikelen gevonden en de bijbehorende 29 abstracts zijn gelezen. Er zijn 17 artikelen volledig gelezen, omdat deze het meest relevant leken. Van deze 17 artikelen, bevatten 8 artikelen relevante/buikbare HADS-waarden.

Vervolgens is in Pubmed gezocht op de volgende zoekterm: 'HADS general population values'. Hierbij zijn 19 artikelen gevonden en de bijbehorende 19 abstracts zijn gelezen. Er zijn 15 artikelen volledig gelezen, omdat deze het meest relevant leken. Van deze 15 artikelen, bevatten 9 artikelen relevante/buikbare HADS-waarden. Van deze 9 artikelen kwamen 5 overeen met de artikelen die gevonden werden bij 'HADS normal values'. De buikbare artikelen zijn met de HADS-waarden in tabel 6 weergegeven.

Tot slot, is in de literatuur gezocht naar waarden van de HADS binnen de palliatieve zorg. Er is gezocht in Pubmed op de volgende zoekterm: 'HADS palliative care'. Daarbij zijn 65 artikelen gevonden en de bijbehorende 65 abstracts zijn gelezen. Er zijn 53 artikelen volledig gelezen omdat deze het meest relevant leken. Van deze 53 artikelen, bevatten 10 artikelen relevante/buikbare HADS-waarden. De buikbare artikelen zijn met de HADS waarden in tabel 7 weergegeven.

Bij een aantal artikelen zijn waarden per geslacht weergegeven. Dit is middels de volgende som omgerekend naar een gemiddelde score:  $(\text{score mannen} \times \text{aantal mannen}) + (\text{score vrouwen} \times \text{aantal vrouwen}) / \text{delen door (aantal mannen} + \text{aantal vrouwen)}$ .

De gemiddelde waarden van de HADS die in de literatuur gevonden zijn, worden in tabel 6 en 7 vergeleken met de gemiddelde HADS-scores uit hospice Kuria. In de laatste twee kolommen is te lezen of de HADS-scores vanuit hospice Kuria wel of niet overeenkomen met de HADS-scores (NS/S), welke gevonden zijn de in de literatuur. Dit wil zeggen of de gemiddelde HADS-scores voor angst en depressie, wel of niet afwijkend zijn van de gemiddelde waarde van de HADS voor angst en depressie uit de literatuur.

Wanneer de gemiddelde HADS-score van angst of depressie uit hospice Kuria significant (afwijkend) is aan het genoemde artikel, betekend dit dat de gemiddelde waarde van hospice Kuria afwijkt met de gemiddelde waarde uit het artikel. In de tabel staat significant aangegeven als: (S).

Wanneer de gemiddelde HADS-score van angst of depressie uit hospice Kuria niet significant (hetzelfde) is aan genoemde artikel, betekend dit dat de gemiddelde waarde van hospice Kuria overeenkomt met de gemiddelde waarde uit het artikel. In de tabel staat niet-significant aangegeven als: (NS).

**Tabel 6. Vergelijking HADS-waarden van gezonde populaties in de literatuur met waarden vanuit hospice Kuria**

| Bron                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Land             | Mean 'angst' <sup>1</sup>                                   | Mean 'depressie' <sup>2</sup>                               | Significantie verschil angst. (S of NS <sup>3</sup> ) | Significantie verschil depressie |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Christodoulou C, Michopoulos J, Tournikioti K, Douzenis A, Bouras G, Seretis D, Kontaxakis V, Lykouras L. <i>Hospital anxiety and depression scale. A quantitative analysis in medical outpatients, psychiatric outpatients and normal subjects.</i> Psychiatriki, 2012 Mar-Apr;34(2):113-20                                                                                                                                   | Griekenland      | 5,5                                                         | 4,0                                                         | 0,017 (S)                                             | 0,000(S)                         |
| Hinz A, Brähler E. <i>Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population.</i> Journal of psychosomatic research. 2011 Aug;71(2):74-8                                                                                                                                                                                                                                       | Duitsland        | 4,7                                                         | 4,74                                                        | 0,001(S)                                              | 0,000(S)                         |
| Kaiser N, Sjölander P, Liljegren AE, Jacobsson L, Renberg ES. <i>Depression and anxiety in the reindeer-herding Sami population of Sweden.</i> International journal of circumpolar health. 2010 Sep;69(4):383-93                                                                                                                                                                                                              | Zweden           | 6,26 <sup>4</sup><br>5,32 <sup>5</sup><br>4,25 <sup>6</sup> | 4,05 <sup>4</sup><br>3,46 <sup>5</sup><br>3,41 <sup>6</sup> | 0,166 (NS)<br>0,009 (S)<br>0,000 (S)                  | 0,000(S)<br>0,000(S)<br>0,000(S) |
| Crawford JR, Garthwaite PH, Lawrie CJ, Henry JD, MacDonald MA, Sutherland J, Sinha P. <i>A convenient method of obtaining percentile norms and accompanying interval estimates for self-report mood scales (DASS, DASS-21, HADS, PANAS, and sAD).</i> The British journal of clinical psychology/The british psychological Society. 2009 Jun;48(Pt 2):163-80                                                                   | Engeland         | 6,42                                                        | 3,71                                                        | 0,244(NS)                                             | 0,000(S)                         |
| Dekkers OM, Biermasz NR, Smit JW, Groot LE, Roelfsema F, Romijn JA, Pereira AM. <i>Quality of life in treated adult craniopharyngioma patients.</i> European Journal of endocrinology. 2006 Mar;154(3):483-9.                                                                                                                                                                                                                  | Nederland        | 4,02                                                        | 3,33                                                        | 0,000 (S)                                             | 0,000(S)                         |
| Crawford JR, Henry JD, Crombie C, Taylor EP. <i>British Normative data for the HADS from a large non-clinical sample.</i> Journal of Clinical Psychology Volume 40, Issue 4, pages 429–434, November 2001                                                                                                                                                                                                                      | Engeland         | 6,14                                                        | 3,68                                                        | 0,122 (NS)                                            | 0,000(S)                         |
| Hinz A, Schwarz R. <i>Anxiety and depression in the general population: normal values in the Hospital Anxiety and Depression Scale.</i> Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie [2001, 51(5):193-200]                                                                                                                                                                                                          | Duitsland        | 4,7                                                         | 4,66                                                        | 0,001(S)                                              | 0,000(S)                         |
| Riaz H, Reza H. <i>The evaluation of an Urdu version of the GHQ-28.</i> Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998 Jun;97(6):427-32.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Engeland         | 6,26                                                        | 3,56                                                        | 0,166(NS)                                             | 0,000(S)                         |
| Andreas Hinz, Jörg Kittel, Marthin Karoff, Isolde Daig. <i>Anxiety and Depression in Cardiac Patients: Age Differences and Comparisons with the General Population</i> Psychopathology 2011;44:289–295                                                                                                                                                                                                                         | Duitsland        | 5,01                                                        | 5,45                                                        | 0,003(S)                                              | 0,000(S)                         |
| Andreas A. Argyriou, MD, PhD, Panagiotis Karanasios, MD, Konstantinos Assimakopoulos, MD, PhD, Gregoris Iconomou, PhD, Alexandra Makridou, MD, Foteini Giannakopoulou, MD, and Nicolaos Makris, MD, PhD <i>Assessing the Quality of Sleep in Greek Primary Caregivers of Patients With Secondary Progressive Multiple Sclerosis: A Cross-Sectional Study</i> Journal of Pain and Symptom Management Vol. 42 No. 4 October 2011 | Griekenland      | 0,3                                                         | 0,5                                                         | 0,000(S)                                              | 0,000(S)                         |
| Hinz A, Krauss O, Hauss JP, Höckel M, Kortmann RD, Stolzenburg JU, Schwarz R. <i>Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population.</i> European Journal of cancer care. 2010 Jul;19(4):522-9                                                                                                                                                                                                     | Duitsland        | 4,74                                                        | 4,68                                                        | 0,001(S)                                              | 0,000(S)                         |
| Hinz A, Kittel J, Karoff M, Schwarz R. <i>Age and sex dependencies of anxiety and depression in cardiologic patients compared with the general population.</i> Psychosoc Med. 2004; 1: Doc09.                                                                                                                                                                                                                                  | Duitsland        | 4,74                                                        | 4,70                                                        | 0,001(S)                                              | 0,000(S)                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>RANGE</b>     | <b>0,3 – 6,42</b>                                           | <b>0,5 – 5,45</b>                                           |                                                       |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Gemiddeld</b> | <b>4,9</b>                                                  | <b>3,9</b>                                                  |                                                       |                                  |

<sup>1</sup> Gem. waarde angst gezonde populatie.

<sup>3</sup>S: P-waarde significant verschil. Kuria wijkt hier af van de literatuur.

Kuria waarde: Angst: 7,26. Depressie: 9,09.

<sup>5</sup> Bevolkingsgroep uit Zweden: Urban.

<sup>2</sup> Gem. waarde depressie gezonde populatie.

NS: P-waarde niet significant verschil. Kuria wijkt hier niet af van de literatuur.

<sup>4</sup> Bevolkingsgroep uit Zweden; Sami.

<sup>6</sup> Bevolkingsgroep uit Zweden; Rural.

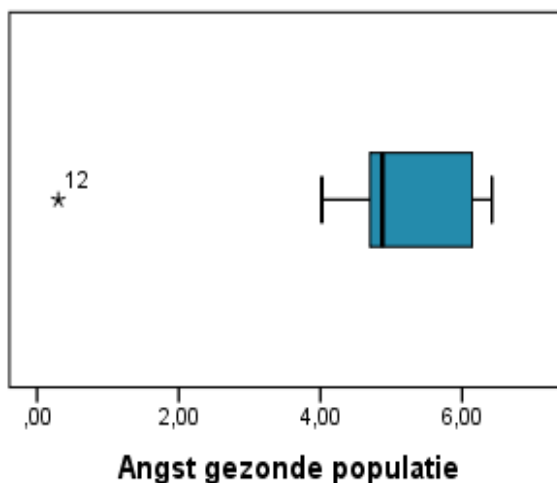
In de literatuur zijn 12 artikelen gevonden met betrekking tot de gezonde populaties. Hierin zijn 14 bruikbare waarden van de HADS bij angst gevonden. De score van hospice Kuria komt overeen met 4 waarden (NS). Dit betekent dat hospice Kuria met 10 waarden afwijkt (S). Bij depressie zijn 14 bruikbare waarden van de HADS gevonden in de literatuur. De waarde van hospice Kuria komt overeen met geen van de waarden (NS). Dit betekent dat hospice Kuria met 14 waarden afwijkt (S). Dit houdt in dat de gemiddelde HADS-score voor depressie van Kuria niet overeenkomt met de waarden van de HADS van de gezonde populaties uit de literatuur. In onderstaande boxplots zijn de waarden uit de literatuur schematisch weergegeven.

In figuur 1 en 2 is een boxplot weergegeven van de waarden van de HADS van de gezonde populatie. Het blauwe vlak is het gebied waar de meeste waarden van de HADS uit de artikelen in vallen. De zwarte streep die te zien is in de boxplot, is de mediaan, het middelste getal van alle waarden. De mediaan van de waarden van de HADS uit de literatuur (gezonde populaties) is 4,88 bij angst en 3,86 bij depressie. De gemiddelde HADS- scores van Kuria (7,26 bij angst en 9,09 bij depressie) liggen hier niet dichtbij.

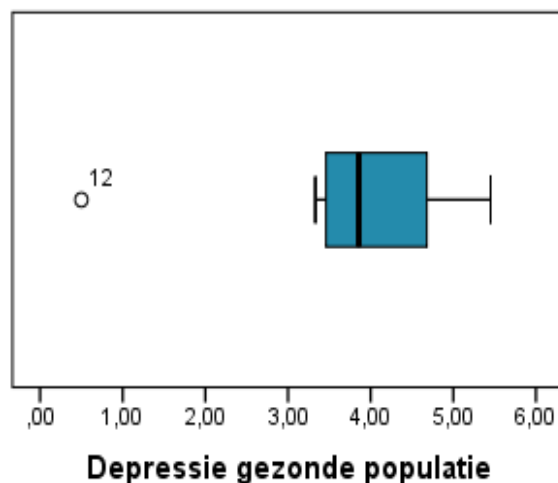
In figuur 1 is een boxplot weergegeven over de waarden van de HADS voor angst uit de artikelen van de gezonde populatie. Deze waarden variëren van 0,3 tot 6,42. De gemiddelde HADS-score voor angst van hospice Kuria is 7,26 en valt buiten deze range.

In figuur 2 is een boxplot weergegeven over de waarden van de HADS voor depressie uit de artikelen van de gezonde populatie. Deze waarden variëren van 0,5 tot 5,45. De gemiddelde HADS-score voor depressie van hospice Kuria is 9,09 en valt buiten deze range.

Figuur 1



Figuur 2



\*12= De 12<sup>e</sup> waarde die gevonden is in de literatuur (zie 10<sup>e</sup> artikel in tabel 6, waarde: 0,3) wijkt meer dan 3 keer af van de waarde waarbij de eerste verticale streep van links begint. Daarom is deze waarde buiten de boxplot weergegeven.

○12= De 12<sup>e</sup> waarde die gevonden is in de literatuur (zie 10<sup>e</sup> artikel in tabel 6, waarde: 0,5) wijkt meer dan 1,5 keer af van de waarde waarbij de eerste verticale streep vanaf links begint. Daarom is deze waarde buiten de boxplot weergegeven.

**Tabel 7. Vergelijking HADS-waarden van palliatieve populaties in de literatuur met waarden vanuit hospice Kuria**

| Bron                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Land             | Mean 'angst'                   | Mean 'depressie'                  | Significantie verschil angst           | Significantie verschil depressie    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| Ahn SH, An YL, Yoo YS, Ando M, Yoon SJ. <i>Effects of a Short-term Life Review on Spiritual Well-being, Depression, and Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients</i> , Journal of Korean Academy of Nursing. 2012 Feb;42(1):28-35                                                                              | Korea            | 6,33                           | 8,39                              | 0,197 (NS)                             | 0,305 (NS)                          |
| Lee MK, Baek SK, Kim SY, Heo DS, Yun YH, Park SR, Kim JS. <i>Awareness of incurable cancer status and health-related quality of life among advanced cancer patients: A prospective cohort study</i> Palliative Medicine. 2011 Dec5.                                                                             | Korea            | 8,1                            | 8,7                               | 0,238(NS)                              | 0,568(NS)                           |
| Austin P, Wiley S, McEvoy PM, Archer L. <i>Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home</i> , Palliative Support Care 2011 9(4): 393-400                                                                                                          | Australië        | 7,16                           | 7,45                              | 0,893 (NS)                             | 0,019 (S)                           |
| Schillani G, Capozzo MA, Era D, De Vanna M, Grassi L, Conte MA, Giraldi T. <i>Pharmacogenetics of escitalopram and mental adaptation to cancer in palliative care: report of 18 cases</i> . Tumori. A Journal of Experimental and Clinical Oncology 2011 May-Jun;97(3):358-61.                                  | Italië           | 7,8 <sup>4</sup><br>8,2<br>8,8 | -                                 | 0,445 (NS)<br>0,188 (NS)<br>0,034 (S)  | -                                   |
| Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, Theuns P. <i>The 'Distress Barometer': validation of method of combining the Distress Thermometer with a rated complaint scale</i> . Psycho oncology. 2009 May;18(5):534-42                                                                                                 | België           | 7,06                           | 5,06                              | 0,784 (NS)                             | 0,000 (S)                           |
| Schillani G, Capozzo MA, Aguglia E, De Vanna M, Grassi L, Conte MA, Giraldi T. <i>5-HTTLPR polymorphism of serotonin transporter and effects of sertraline in terminally ill cancer patients: report of eleven cases</i> . Tumori. A Journal of Experimental and Clinical Oncology 2008 Jul-Aug;94(4):563-7.    | Italië           | 6,7 <sup>4</sup><br>6,0<br>7,3 | 11,3 <sup>4</sup><br>10,8<br>11,7 | 0,436 (NS)<br>0,082 (NS)<br>0,950 (NS) | 0,002 (S)<br>0,014 (S)<br>0,000 (S) |
| Moorey S, Cort E, Kapari M, Monroe B, Hansford P, Mannix K, Henderson M, Fisher L, Hotopf M. <i>A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer</i> . Psychological Medicine, Page 1 of 11. f 2008 Cambridge University Press | Engeland         | 10,91                          | 9,91                              | 0,000 (S)                              | 0,225 (NS)                          |
| Tookman AJ, Jones CL, DeWitte M, Lodge PJ. <i>Fatigue in patients with advanced cancer: a pilot study of an intervention with infliximab</i> . Support Care Cancer. 2008 Oct;16(10):1131-40                                                                                                                     | Engeland         | 7,1                            | 6,9                               | 0,827(NS)                              | 0,002(S)                            |
| Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kyriakopoulos D, Malamos N, Damigos D. <i>Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer</i> . The Breast 17 (2008) 382e386                                                                                                                             | Griekenland      | 7,36                           | 8,16                              | 0,883 (NS)                             | 0,174 (NS)                          |
| Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A, Vlahos L. <i>Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain</i> . General Hospital Psychiatry. 2005 Jul-Aug;27(4):258-62.                                                                                | Griekenland      | 8,03                           | 8,24                              | 0,279(NS)                              | 0,214(NS)                           |
| Soo-Mee Bang, Se Hoon Park, Hee Geun Kang, Jung In Jue, In Hee Cho, Young Ho Yun, Eun Kyung Cho, Dong Bok Shin and Jae Hoon Lee. <i>Changes in quality of life during palliative chemotherapy for solid cancer</i> . Support Care Cancer (2005) 13: 515-521                                                     | Korea            | 6,8                            | 7,9                               | 0,523(NS)                              | 0,084 (NS)                          |
| Strömberg AS, Goldschmidt D, Groenvold M, Petersen MA, Jensen PT, Pedersen L, Hoermann L, Helleberg C, Sjogren P. <i>Self-assessment in cancer patients referred to palliative care: a study of feasibility and symptom epidemiology</i> . Cancer. Volume 94, Issue 2, pages 512-520, 15 January 2002           | Denemarke<br>n   | 8,2                            | 10,0                              | 0,188 (NS)                             | 0,179 (NS)                          |
| Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. <i>How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)?A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer</i> .Thorax 2000;55:1000-1006                                                                    | Engeland         | 7,20                           | 7,22                              | 0,938 (NS)                             | 0,008 (S)                           |
| Lees N, Lloyd-Williams M. <i>Assessing depression in palliative care patients using the visual analogue scale: a pilot study</i> . Journal of Cancer Care, Dec99, Vol. 8 Issue 4, p220-223, 4p                                                                                                                  | Engeland         | 8,6                            | 9,96                              | 0,063 (NS)                             | 0,198 (NS)                          |
| Maher EJ, Mackenzie C, Young T, Marks D. <i>The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the EORTC QLQ-C30 questionnaires to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy</i> . Cancer Treatment Reviews. 1996 Jan;22 Suppl A:123-9.                    | Engeland         | 9,3                            | 6,4                               | 0,006(S)                               | 0,000(S)                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>RANGE</b>     | <b>6,0 - 10,91</b>             | <b>5,06 - 11,7</b>                |                                        |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Gemiddeld</b> | <b>7,7</b>                     | <b>9,2</b>                        |                                        |                                     |

1 Gemiddelde waarde angst palliatieve populatie. <sup>3</sup>S: P-waarde significant verschil. Kuria wijkt hier af van de literatuur.

2 Gemiddelde waarde depressie palliatieve populatie. NS: P-waarde niet significant verschil. Kuria wijkt hier niet af van de literatuur.

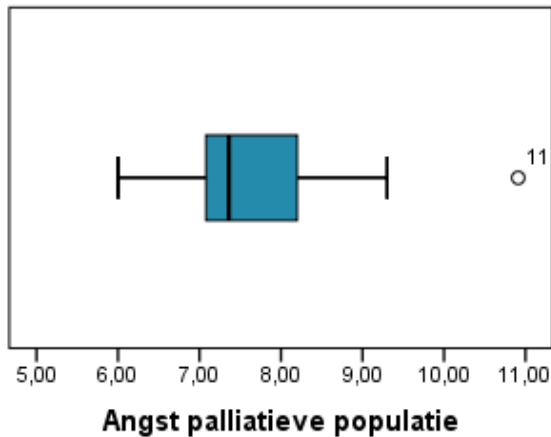
Kuria waarde: Angst: 7,26. Depressie: 9,09.

<sup>4</sup> 3 patiëntengroepen op eerste dag van medicatieonderzoek; nog geen medicatie toegediend.

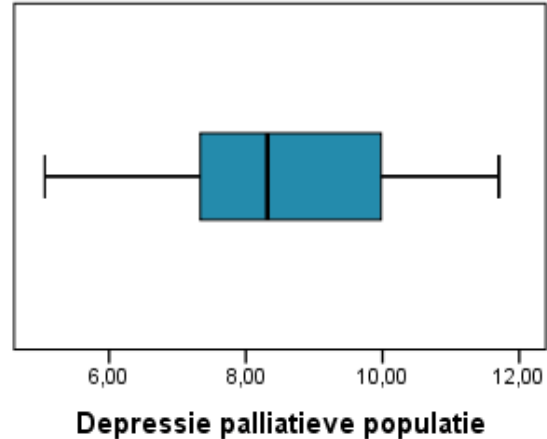
In de literatuur zijn 15 artikelen gevonden met betrekking tot palliatieve populaties. Hierin zijn 19 bruikbare HADS-waarden bij angst gevonden. De waarde van hospice Kuria komt overeen met 16 waarden (NS). Dit betekent dat hospice Kuria met 3 waarden afwijkt (S).

Bij depressie zijn 16 bruikbare HADS-waarden gevonden in de literatuur. De waarde van hospice Kuria komt overeen met 8 waarden (NS). Dit betekent dat hospice Kuria met 8 waarden afwijkt (S). Dit houdt in dat de gemiddelde HADS-score voor depressie niet overeenkomt met de helft van de gevonden waarden in de literatuur.

Figuur 3



Figuur 4



○11= De 11<sup>e</sup> waarde die gevonden is in de literatuur (zie 7<sup>e</sup> artikel in tabel 7, waarde: 10,91) wijkt meer dan 1,5 keer af van de waarde waarbij de laatste verticale streep vanaf links eindigt. Daarom is deze waarde buiten de boxplot weergegeven.

In figuur 3 en 4 is een boxplot weergegeven over de waarden van de HADS van de palliatieve populatie. Het blauwe vlak is het gebied waar de meeste waarden van de HADS uit de artikelen in vallen. De zwarte streep die te zien is in de boxplot, is de mediaan, dit is het middelste getal van alle scores. De mediaan is 7,36 voor angst en 8,32 voor depressie. De gemiddelde HADS-scores van Kuria (7,26 voor angst en 9,09 voor depressie) liggen hier dichtbij.

In figuur 3 is een boxplot weergegeven met de waarden van de HADS voor angst uit de artikelen van de palliatieve populatie. Deze waarden variëren van 6,0 tot 10,91. In figuur 4 is een boxplot weergegeven met de waarden van de HADS voor depressie uit de artikelen van de palliatieve populatie. Deze waarden variëren van 5,06 tot 11,7. De gemiddelde score voor depressie van hospice Kuria (9,09), ligt dicht bij de mediaan en de gemiddelde waarde voor depressie in de palliatieve populatie (9,2) in de literatuur.

#### 5.4 Resultaten prospectieve deel van het onderzoek

Het prospectieve deel van dit onderzoek is uitgevoerd bij de bewoners die in de periode van 16-02-2012 tot en met 27-04-2012 in hospice Kuria verbleven. Bij dit deel van het onderzoek is de correlatie berekend tussen de HADS-score en de NRS-score. De gemiddelde HADS-score van deze bewoners bij angst is 9,9 en de gemiddelde HADS-score bij depressie is 10,1.

De populatie van het prospectieve deel van dit onderzoek bestaat uit 21 bewoners. 10 van hen (47,6%) hebben hieraan deelgenomen door een HADS vragenlijst in te vullen en een NRS-score te geven. Van de 21 bewoners hebben er 11 door verschillende omstandigheden, zoals verwardheid, niet meer aanspreekbaar of andere persoonlijke redenen, niet mee kunnen doen in dit onderzoek.

In tabel 8 is de correlatie weergegeven tussen de HADS-score van angst en de NRS-score van angst.

**Tabel 8. Correlatie HADS-scores en NRS-scores angst**

|                          |                                    | HADS-score angst | NRS-score angst |
|--------------------------|------------------------------------|------------------|-----------------|
| HADS-score angst (n= 10) | Pearson Correlatie Sig. (2-zijdig) | 1                | ,916**<br>,000  |
| NRS-score angst (n= 10)  | Pearson Correlatie Sig. (2-zijdig) | ,916**<br>,000   | 1               |

\*\* = Correlatie is significant op het niveau van 0.01(2-zijdig).

Er blijkt een relatief sterke positieve samenhang ( $r=0,92$  ;  $p < 0,001$ ;  $n= 10$ ) te zijn tussen de HADS-score bij angst en de NRS-score bij angst. Wanneer de HADS-score hoger is, dan neemt de NRS-score eveneens toe.

In tabel 9 is de correlatie weergegeven tussen de HADS-score van depressie en de NRS-score van depressie.

**Tabel 9. Correlatie HADS-scores en NRS-scores depressie**

|                              |                                    | HADS-score depressie | NRS-score depressie |
|------------------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------|
| HADS-score depressie (n= 10) | Pearson Correlatie Sig. (2-zijdig) | 1                    | ,311<br>,382        |
| NRS-score depressie (n= 10)  | Pearson Correlatie Sig. (2-zijdig) | ,311<br>,382         | 1                   |

Er blijkt geen significante samenhang te zijn ( $r=0,31$ ;  $p > 0,10$ ;  $n=10$ ) tussen de HADS-score bij depressie en de NRS-score bij depressie. Dit betekent dat de HADS-score en de NRS-score niet gelijk oplopen in hoogte.

#### 5.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het retrospectieve en het prospectieve deel van het onderzoek weergegeven. In het volgende hoofdstuk volgen de conclusies vanuit deze resultaten.

## 6. Conclusie en discussie

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van dit onderzoek beschreven. Alle deelvragen worden beantwoord en er wordt een antwoord geformuleerd op de centrale vraag van dit onderzoek. Vanuit de conclusie worden discussiepunten beschreven voor het gebruik van de HADS-vragenlijst voor hospice Kuria.

### 6.2 Beantwoording deelvragen

*1. Wat zijn, vanuit de literatuur, waarden van de HADS binnen gezonde populaties (begrip definiëring: zonder diagnose) en binnen palliatieve populaties?*

In paragraaf 5.3 zijn de waarden van de HADS binnen de gezonde populaties beschreven. De range van de HADS-scores voor angst loopt van 0,3 – 6,42 en bij depressie loopt de range van 0,5 – 5,45. Daarnaast zijn, in paragraaf 5.3, de waarden van de HADS van de palliatieve populaties uit de literatuur beschreven. De range van de HADS-scores voor angst loopt van 6,0 – 10,91 en bij depressie loopt de range van 6,4 – 11,7.

Vanuit deze ranges komt naar voren dat de HADS-scores vanuit de palliatieve populaties hoger liggen dan de HADS-scores van de gezonde populaties. De verwachting is dat de HADS-scores in hospice Kuria ook hoger zullen liggen dan de waarden van de gezonde populaties.

*2. Wat zijn de waarden van de HADS binnen hospice Kuria te Amsterdam?*

Uit de zorgdossiers van de bewoners in hospice Kuria, die in de periode vanaf 26-06-2010 tot en met 31-12-2011 in hospice Kuria hebben gelegen, zijn de HADS-scores van de HADS-vragenlijsten gebruikt. De gemiddelde score voor angst, bij 47 bewoners, is 7,26 en de gemiddelde score voor depressie is 9,09.

*3. Hoe verhouden zich de uitkomsten vanuit het literatuur onderzoek ten opzichte van de data-analyse in hospice Kuria?*

#### **Gezonde populaties**

##### **- Angst**

Uit de vergelijking tussen de waarden van de HADS bij angst uit de literatuur met de HADS-scores bij angst vanuit hospice Kuria, blijkt dat de HADS-score van hospice Kuria, afwijkt van 10 (van de 14) waarden uit de literatuur. De HADS-scores van de gezonde populaties hebben een range van 0,3 - 6,42 bij angst. De gemiddelde HADS-score van hospice Kuria voor angst is 7,26. Deze waarde ligt dus buiten de range van 0,3 – 6,42.

##### **- Depressie**

Uit de vergelijking tussen de waarden van de HADS bij depressie uit de literatuur met de HADS-scores bij depressie vanuit hospice Kuria, blijkt de HADS-score van hospice Kuria, afwijkt van alle waarden uit de literatuur. De waarden van de HADS van de gezonde populaties hebben een range van 0,5 - 5,45 voor depressie. De gemiddelde HADS-score van hospice Kuria voor depressie is 9,09 en ligt dus buiten de range van 0,5 - 5,45.

Uit bovenstaande gegevens kan worden geconcludeerd dat de palliatieve populatie van hospice Kuria hoger scoort dan de gezonde populaties uit de literatuur.

Deze conclusie is niet onverwacht, omdat men kan verwachten dat mensen in de palliatieve fase meer angstige en/of depressieve gevoelens zullen ervaren dan mensen uit de gezonde populaties.

## **Palliatieve populaties**

### **- Angst**

Uit de vergelijking tussen de gemiddelde HADS-score in hospice Kuria en de waarden van de HADS in de palliatieve populaties uit de literatuur, blijkt dat de waarde van hospice Kuria overeenkomt met 16 waarden (van de 19) met de palliatieve populaties uit de literatuur.

Bij de vergelijking tussen de HADS-scores bij angst in hospice Kuria en de waarden van de HADS bij angst in de palliatieve populaties uit de literatuur, wijken er 3 waarden af. De waarden van de artikelen lopen uiteen van 6,0 - 10,91. Het gemiddelde van hospice Kuria bij angst is 7,26 en het gemiddelde van de literatuur is 7,7. Hieruit valt te concluderen dat deze gemiddelden weinig afwijken van elkaar. Dit is zichtbaar in figuur 3. De gemiddelde HADS-score van angst (7,26) uit hospice Kuria, valt in het blauwe vlak. Dit houdt in dat de gemiddelde HADS-score van hospice Kuria alleen afwijkt van de uitersten van de range, maar als er gekeken wordt naar de gemiddelde HADS-scores, dan vallen deze vrijwel gelijk.

### **- Depressie**

Uit de vergelijking tussen de gemiddelde HADS-score in hospice Kuria en de waarden van de HADS in de palliatieve populaties uit de literatuur, blijkt dat de waarde van hospice Kuria overeenkomt met 8 waarden (van de 16) van de palliatieve populaties uit de literatuur.

Uit deze gegevens kan worden geconcludeerd dat de waarde bij angst in hospice Kuria afwijkt van 3 waarden van de palliatieve populaties uit de literatuur. De waarde bij depressie van hospice Kuria wijkt af van 8 waarden uit de palliatieve populatie uit de literatuur.

De vergelijking tussen de HADS-scores bij depressie in hospice Kuria en de waarden van de HADS bij depressie in de palliatieve populaties vanuit de literatuur, is minder betrouwbaar, aangezien de waarden van de artikelen uiteenlopen van 5,06 - 11,7 (zie range). Gezien de breedte van deze range, zal de gemiddelde HADS-score van hospice Kuria bij meerdere artikelen niet overeenkomen. Bijvoorbeeld de waarde 5,06 zal altijd afwijken van het gemiddelde van 9,09 uit hospice Kuria, omdat hier een verschil van 4,03 tussen zit. Deze liggen dus te ver van elkaar af om als overeenkomend beschreven te worden(NS). Dit is ook het geval met 7 andere waarden uit de literatuur.

Hospice Kuria heeft een gemiddelde HADS-score van 9,09 bij depressie. De gemiddelde HADS-score van depressie van alle artikelen uit de literatuur is 9,2. Hieruit valt te concluderen dat de HADS-score van depressie in hospice Kuria vrijwel gelijk is aan het gemiddelde van de literatuur. Dit is ook zichtbaar in figuur 4, omdat de gemiddelde HADS-score van depressie (9,09) uit hospice Kuria, in het blauwe vlak valt. Hospice Kuria wijkt alleen af van de uitersten van de range maar als er gekeken wordt naar de gemiddelde HADS-scores, dan vallen deze vrijwel gelijk.

#### **4. Wat is de correlatie tussen de HADS-scores en de scores vanuit een numerieke schaal?**

In de eerste plaats is de correlatie tussen de HADS-scores bij angst en de NRS-scores bij angst berekend. De resultaten van deze berekening zijn weergegeven in tabel 8 'Correlatie HADS-scores en NRS-scores angst'. Over de samenhang tussen de HADS-scores bij angst en de NRS-scores bij angst, kan de volgende conclusie getrokken worden:

*'Er blijkt een relatief sterke positieve samenhang ( $r=0,92$  ;  $p < 0,001$ ;  $n= 10$ ) te zijn tussen de HADS-scores bij angst en de NRS-scores bij angst.'*

Dit betekent dat de HADS-scores bij angst voor 99% overeenkomen met de NRS-scores bij angst. Wanneer de HADS-score hoger is, dan neemt de NRS-score eveneens toe.

Vervolgens is de correlatie tussen de HADS-scores bij depressie en de NRS-scores bij depressie berekend. De resultaten van deze berekening zijn weergegeven in tabel 9 'Correlatie HADS-scores en NRS-scores depressie'. Over de samenhang tussen de HADS-scores bij depressie en de NRS-scores bij depressie, kan de volgende conclusie getrokken worden:

*'Er blijkt geen significante samenhang te zijn ( $r=0,31$ ;  $p> 0,10$ ;  $n=10$ ) tussen de HADS-scores bij depressie en de NRS-scores bij depressie.'*

Dit betekent dat er geen overeenkomende samenhang is gevonden tussen de HADS-scores bij depressie en de NRS-scores bij depressie. Dit betekent dat de HADS-score en de NRS-score niet gelijk oplopen in hoogte. De kans dat deze berekening op toeval berust is groot.

### **6.3 Beantwoording centrale vraag**

Met behulp van de deelvragen kan nu de centrale vraag beantwoord worden.

De centrale vraag van dit onderzoek luidt als volgt:

*'Is de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) een geschikt instrument voor het bepalen van angst en depressie bij bewoners binnen hospice Kuria, te Amsterdam?'*

Uit de antwoorden op de deelvragen is af te leiden dat de HADS een bruikbaar screeningsinstrument is voor het screenen van angst en depressie bij zorgvragers in de palliatieve fase, mits hospice Kuria correct omgaat met dit screeningsinstrument. In hoofdstuk zeven worden er aanbevelingen gedaan hoe dit in de praktijk uitgevoerd kan worden.

De HADS-scores van hospice Kuria bij angst komen overeen met de waarden van de HADS van de palliatieve populaties uit de literatuur. Daarnaast bevestigt ook de NRS-meting dat de HADS-score van angst representatief is voor de angst die de bewoner ervaart.

Dit geldt ook voor de HADS-scores van hospice Kuria bij depressie, deze komen vrijwel overeen met de waarden van de HADS van de palliatieve populaties uit de literatuur. Echter de vergelijking met de HADS-score en de NRS-meting bevestigt dit niet, want bij deze vergelijking is er geen overeenkomende samenhang gevonden.

### **6.4 Discussie**

*Inhoudelijke discussie*

#### **- Methode**

Het eerste en tevens grootste discussiepunt in dit onderzoek, was of de grootte van de populatie, van zowel het retrospectieve als het prospectieve deel, een negatieve invloed zou hebben op de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Bij het retrospectieve gedeelte is bij 32,9% van de bewoners een HADS-vragenlijst gevonden in de zorgdossiers. Door verschillende omstandigheden, zoals verwardheid, niet meer aanspreekbaar zijn, overlijden in korte tijd, of andere persoonlijke redenen van de bewoner, kon er geen HADS-vragenlijst afgenomen worden. Bij het prospectieve gedeelte is bij 47,6% de HADS-vragenlijst afgenomen. Voor dit prospectieve gedeelte spelen dezelfde belemmerende omstandigheden mee. Daarnaast waren de onderzoeksleden niet elke dag beschikbaar om de HADS-vragenlijst bij eventuele nieuwe bewoners af te nemen. Vanuit bovenstaande kan gezegd worden dat er bij een soortgelijke populatie in een onderzoek altijd een gedeeltelijk percentage missing zal zijn.

Uiteindelijk kan vanuit de resultaten van dit onderzoek, gezegd worden dat de gebruikte populatie wel representatief is. Dit wordt geconcludeerd, omdat de waarden van hospice Kuria in de meeste gevallen overeen komen met de waarden van een aantal palliatieve populaties, welke gevonden zijn in 15 verschillende artikelen.

Wat betreft de populatie is er in dit onderzoek gekozen om de bewoners in hospice Kuria met de diagnose hersenmetastasen mee te nemen in dit onderzoek, mits de HADS-vragenlijst bij hen ingevuld was en in het zorgdossier aanwezig was. Hospice Kuria hanteert hierover geen eenduidig beleid. Soms wordt de HADS-vragenlijst wel ingevuld en soms ook niet. Redenen hiervoor waren dat de bewoner geen objectief beeld meer kon geven van zijn of haar gevoelens en dat zij veelal ook geen adequate antwoorden meer kon geven op de gestelde vragen. Door de verpleegkundigen in hospice Kuria werd aangegeven dat zij dit ook een verwarrend onderwerp vonden. Het is belangrijk dat hierover duidelijke afspraken gemaakt worden binnen hospice Kuria.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de afkapwaarden die de auteurs van de HADS bij het ontwerpen daarvan, vastgesteld hebben. Het gaat dan om de volgende afkapwaarden;  $\geq 8$  en  $\geq 11$ . In de literatuur is echter veelal gebruik gemaakt van verschillende afkapwaarden, variërend van 7 tot 11. In het retrospectieve deel, waarbij er waarden van een gezonde- en palliatieve populaties gezocht zijn, is gebruik gemaakt van de gemiddelde waarden bij angst en depressie, ongeacht welke afkapwaarden in de artikelen gehanteerd werden. Dit omdat er bij dit onderzoek uitgegaan wordt van de gemiddelde HADS-scores van een bepaalde populatie.

Als laatst was de vraag of de resultaten van dit onderzoek gegeneraliseerd zouden kunnen worden. Deze vraag ontstond, omdat dit onderzoek is uitgevoerd in een hospice met een christelijke identiteit.

Echter, deze christelijke identiteit zorgt er juist voor dat er geen onderscheid wordt gemaakt, op grond van afkomst, geloofsovertuiging en/of religie, bij het opnemen van bewoners. Dit blijkt ook uit de visie van hospice Kuria:

*“Iedereen is welkom, ongeacht achtergrond, afkomst of levensbeschouwing, er is respect voor elk mens. De visie van stichting Kuria vindt zijn oorsprong in de christelijke levensovertuiging (Kuria, 2011).”*

Wel zegt deze christelijke identiteit iets over de zorgverlening en benaderingswijzen die gehanteerd worden door de verschillende disciplines, welke werkzaam zijn in hospice Kuria. Deze zorgverlening en/of benaderingswijzen, kunnen wel van invloed zijn op de psychische gesteldheid van de bewoner. Dit zegt echter niets over de populatie op zich zelf staande. Daarom kan geconcludeerd worden dat de resultaten van dit onderzoek wel gegeneraliseerd kunnen worden.

#### - Beantwoording centrale vraag en deelvragen

De hypothese wordt gesteund door de resultaten vanuit het retrospectieve deel. De hypothese van dit onderzoek was als volgt;

*‘De hypothese voor dit onderzoek is dat de HADS-scores in hospice Kuria hoog zullen zijn. De verwachting is dat de waarden van de HADS in de palliatieve populatie vanuit de literatuur, overeenkomen met de HADS-scores in hospice Kuria. De verwachting ten aanzien van de Numeric Rating Scale (NRS)-meting is dat de HADS-scores hoger zullen liggen dan de NRS-meting.’*

De HADS-scores in hospice Kuria van angst en depressie lagen hoger dan de HADS-scores van de gezonde populaties. De HADS-scores van hospice Kuria kwamen overeen met de waarden van de HADS uit de palliatieve populaties uit de literatuur. De hypothese wordt enerzijds wel gesteund door het prospectieve deel, namelijk de HADS-scores bij angst kwamen voor 99% overeen met de NRS-scores bij angst. Anderzijds wordt de hypothese niet gesteund door het prospectieve deel, want de totale HADS-scores bij depressie kwamen niet overeen met de NRS-scores bij depressie. Daarbij was er een grote kans dat deze berekening op toeval berustte.

De HADS-scores van depressie bij deze berekening waren zichtbaar hoger dan de NRS-scores. Hiermee kan gezegd worden dat de vragen in de HADS-vragenlijst over depressie, een minder reëel beeld geven van de mate van depressieve gevoelens bij de bewoner. Er zou ook een mogelijkheid kunnen zijn dat de bewoner de vraag over depressie bij de NRS-meting niet goed begrepen heeft. Er kan gezegd worden dat de NRS geen goed meetinstrument is voor het meten van de depressieve gevoelens van een bewoner. Dit vraagt om nader onderzoek.

Uit onderzoek van Graeff e.a. (2006) komt naar voren dat er hoge prevalentiecijfers zijn voor depressiviteit in de palliatieve fase. Toch wordt dit maar zelden zo herkend door zorgvrager en/of zorgverlener. Dit betekent dat het niet uitzonderlijk is dat de HADS-scores van depressie bij het onderzoek in hospice Kuria hoog uitkomen. Echter, het kan zo zijn dat de bewoner zelf de depressieve gevoelens niet herkend en daarom bij de NRS-meting een laag cijfer scoort. Hieruit kan geconcludeerd worden dat depressie wel vaak in de palliatieve fase aanwezig is bij mensen, maar dat dit geaccepteerd mag worden. De HADS-vragenlijst kan daarom wel gewoon gebruikt worden om te screenen op angst en depressie.

Bij het vergelijken van de HADS-scores vanuit hospice Kuria met de waarden van de HADS van de gezonde populaties in de literatuur is het logisch dat de HADS-scores in hospice Kuria hoger liggen. Dit omdat er verwacht kan worden dat de bewoners in hospice Kuria meer angstig en/of depressief zijn, omdat zij zich in de laatste fase van hun leven bevinden.

#### - HADS-vragenlijst

Teunissen e.a. (2007) beschrijven dat de Nederlandse vertaling van de HADS een gevalideerd meetinstrument is om zorgvragers te screenen op angst en depressie. Le Fevre e.a. (1999) geven aan dat dit ook geldt voor zorgvragers in de palliatieve fase. De resultaten van dit onderzoek ondersteunen voorgaande bevindingen.

Er zijn echter ook een aantal onderzoeken die aantonen dat de HADS juist geen gevalideerd instrument is voor gebruik in de palliatieve zorg. Lloyd-Williams e.a. (2001) geven aan dat de HADS ontworpen is, voor het meten van angst en depressie in algemene medische instellingen en dat hij dus niet gevalideerd is voor de zorg van palliatieve zorgvragers. Daarnaast wordt aangegeven dat de HADS ongeschikt zou zijn voor zorgvragers die in een hospice verblijven. Urch e.a. (1998) geven in hun onderzoek aan dat de meeste zorgvragers die in een hospice verblijven te ziek zijn om de HADS compleet in te kunnen vullen. Dit blijkt uit de resultaten van dit onderzoek en tevens uit de ervaringen bij het afnemen van de HADS-vragenlijst in combinatie met de NRS-meting, in het prospectieve deel van dit onderzoek.

Zo zijn er in dit onderzoek veel missings en dit kan wat zeggen over de bruikbaarheid van de HADS in de palliatieve fase. Bij veel bewoners in het prospectieve deel van dit onderzoek, kon de HADS-vragenlijst niet afgenomen worden. Dit kwam onder andere doordat ze veelal verward en/of niet meer aanspreekbaar waren.

Bij het analyseren van de zorgdossiers bleek de HADS in een aantal zorgdossiers wel afgevinkt, te zijn als 'gedaan', maar was de ingevulde HADS-vragenlijst vervolgens niet in het zorgdossier terug te vinden. Hierdoor moest een dergelijk zorgdossier als missing opgegeven worden bij dit onderzoek.

De zorgmanager is, na het lezen van de resultaten, op zoek gegaan naar een eventuele oorzaak voor de vele missings. Hij kwam erachter dat er een administratief medewerker is geweest die niet alle HADS-vragenlijsten aan de zorgdossiers heeft toegevoegd. Dit omdat de medewerker dacht dat deze gegevens niet in het zorgdossier thuis hoorden. Hiermee kan wellicht verklaart worden waarom sommige HADS-vragenlijsten wel afgevinkt zijn als 'gedaan', maar vervolgens niet terug te vinden waren in het zorgdossier.

Een vraag die ook ontstond, tijdens het afnemen van de HADS-vragenlijst in combinatie met de NRS-meting, was of de bewoner de vraag over depressie begreep. De vraag luidde als volgt: *‘Als u het gevoel van depressie op dit moment een cijfer moet geven tussen de 0 en de 10, waarbij 0 geen depressie is en 10 de ergst denkbare depressie, welk cijfer geeft u dan?’*.

Er bestaat twijfel over het feit of de bewoner het woord ‘depressie’ op de juiste wijze interpreteerde. De vraag is of er beter gekozen had kunnen worden voor het woord ‘somberheid’.

Eveneens werd tijdens het afnemen van de HADS-vragenlijst in combinatie met de NRS-meting, ervaren dat de vragen en daarbij behorende keuzemogelijkheden van de HADS, complex en lang zijn. Bij de vragen worden telkens meerdere antwoorden beschreven, echter deze antwoorden verschillen soms maar weinig van elkaar. Een bewoner kan bijvoorbeeld kiezen uit de antwoorden ‘af en toe’ en ‘regelmatig’. In een volgende vraag wordt voor dezelfde keuzemogelijkheid, weer heel andere benamingen gebruikt, zoals ‘soms’ en ‘tamelijk vaak’ of ‘heel af en toe’ en ‘soms’.

Als laatst werd opgemerkt dat sommige keuzemogelijkheden in lange zinnen zijn geformuleerd, bijvoorbeeld bij vraag 10 van de HADS-vragenlijst:

*“Het interesseert me niet meer hoe ik er uitzie:*

- *Inderdaad, het interesseert me helemaal niet meer*
- *Ik besteed minder aandacht aan mijzelf dan ik zou moeten*
- *Ik besteed misschien iets minder aandacht aan mijzelf*
- *Ik besteed minstens net zoveel aandacht aan mijzelf als gewoonlijk.”*

Concluderend kan vanuit de resultaten van dit onderzoek gezegd worden dat de HADS-vragenlijst bruikbaar is, maar vanuit ervaring kan gezegd worden dat het niet mogelijk is om altijd en bij iedereen in de palliatieve fase een HADS-vragenlijst af te nemen.

Er zal dus zorgvuldig en kritisch omgegaan moeten worden met het afnemen van de HADS-vragenlijst bij deze zorgvragers. De literatuur laat zien dat bij het screenen van zorgvragers in de palliatieve fase op angst en depressie, er niet zomaar alleen maar van de HADS-vragenlijst uit gegaan kan worden. Het blijkt dat het eveneens belangrijk is om af te gaan op gerichte observatie van de zorgvrager, door de zorgverleners. In de literatuur komt namelijk naar voren dat angst en depressie in de palliatieve fase veel voorkomt. Daarom moet er, ongeacht of een zorgvrager de HADS-vragenlijst kan invullen, aandacht besteedt worden aan angstige en/of depressieve gevoelens van de zorgvrager.

#### *Vormtechnische discussie*

Er kan gediscussieerd worden over de periode van het afnemen van de HADS-vragenlijst, in combinatie met de NRS-meting, door de onderzoeksleden. Gesuggereerd wordt, dat als hier een langere periode voor genomen was, er meer bewoners deel hadden kunnen nemen aan dit onderzoek. Daardoor zou de betrouwbaarheid van het prospectieve deel van dit onderzoek groter zijn.

#### *Suggesties voor vervolgonderzoek*

Naar aanleiding van dit onderzoek kan er een suggestie voor vervolgonderzoek gegeven worden. Er zou een vervolgonderzoek gedaan kunnen worden nadat de HADS-vragenlijst een half jaar consequent, volgens de richtlijn gebruikt wordt. De bruikbaarheid van de HADS binnen hospice Kuria kan dan opnieuw onderzocht worden.

Wanneer dan blijkt dat de HADS onvoldoende bruikbaar is binnen hospice Kuria, kan er onderzoek gedaan worden naar andere bruikbare meetinstrumenten of observatieschalen voor het meten van angst en depressie. Vanuit de literatuur wordt verwezen naar de ESAS. De richtlijn “Palliatieve zorg”, beschrijft de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) als bruikbaar meetinstrument.

Vanuit dit onderzoek kan gezegd worden dat er nog een vervolg onderzoek naar de validiteit van de NRS gedaan kan worden. Dit omdat in de vergelijking tussen de HADS-scores en de NRS-scores bij depressie, er geen samenhang gevonden werd, zonder duidelijke oorzaak.

Tot slot zou er nog een vervolgonderzoek kunnen worden verricht naar de HADS-vragenlijst, welke dan in combinatie met een ander meetinstrument gebruikt wordt. Dit is aan te raden, omdat Williams e.a. (2001) in hun onderzoek aangeven dat in de palliatieve zorg, de HADS-vragenlijst in combinatie met een ander meetinstrument gebruikt zou moeten worden.

### **6.5 Samenvatting**

In dit hoofdstuk is de conclusie van dit onderzoek beschreven. Alle deelvragen zijn beantwoord en er is een antwoord geformuleerd op de centrale vraag van dit onderzoek. Vanuit de conclusie zijn discussiepunten beschreven voor het gebruik van de HADS-vragenlijst voor hospice Kuria. In het volgende hoofdstuk zullen de aanbevelingen voortkomend uit de resultaten en conclusies beschreven worden.

## 7. Aanbevelingen

### 7.1 Aanbevelingen met betrekking over eenduidig beleid.

#### *Afkapwaarden*

Binnen hospice Kuria wordt, bij het gebruik van de HADS, een afkapwaarde van  $\geq 8$  gehanteerd. Echter, de literatuur geeft aan dat er een specifiekere indeling gehanteerd kan worden.

In verschillende artikelen zijn afkapwaarden gevonden voor het indelen van de HADS-scores in 3 categorieën. Een score van 0-7: geen aanleiding tot verdere actie, een score van 8-10 is een grensgeval: actie kan worden overwogen en tot slot een score van  $\geq 11$ : actie moet worden ondernomen (Hinz e.a., 2010 & Holtom & Barraclough, 2000).

Als de score laat zien dat er actie overwogen kan worden of ondernomen moet worden, valt hieronder ook het bespreken van de HADS-score met de arts en het bespreken van de hoge score met de bewoner. Wanneer er een HADS-score van 8-10 is, kan het zijn dat er in principe geen actie wordt ondernomen, maar dat deze score geaccepteerd wordt. Dit gegeven wordt in de literatuur bevestigd door bijvoorbeeld Lloyd-Williams e.a. (2001), welke zeggen dat een depressie 'normaal' is bij terminale zorgvragers.

Op basis van de literatuur kan de gemiddelde score voor angst en depressie in hospice Kuria ingedeeld worden in één van de drie categorieën. Dit geeft een concreter beeld van de mate van angstige en/of depressieve gevoelens die de bewoner ervaart. De categorieën geven een duidelijke indeling en bieden ondersteuning om eventuele acties tijdig te overwegen en daaropvolgend te ondernemen.

#### *Afnemen HADS bij bewoners met bepaalde aandoeningen*

Bij bewoners in hospice Kuria met bepaalde aandoeningen, zoals hersenmetastasen, wordt op dit moment niet standaard een HADS-vragenlijst afgenomen. Dit omdat deze niet objectief schijnt te zijn, volgens de medewerkers van hospice Kuria. De reden die zij hiervoor hebben, is dat het moeilijk is om te achterhalen of de oorzaak van de angstige en/of depressieve gevoelens afkomstig is van de hersenmetastasen, of dat dit komt door andere omstandigheden. Zo kunnen behandelingen als radiotherapie, chemotherapie, hormonale therapie of bepaalde medicatie, ook een depressie veroorzaken (Haes, e.a., 2009).

Tijdens de verzameling van de gegevens van het prospectieve deel, kwam naar voren dat er door de verpleegkundigen verschillend wordt gehandeld met betrekking tot het wel of niet afnemen van de HADS-vragenlijst bij bewoners met hersenmetastasen. De verpleegkundigen verschilden onderling van mening of bij deze groep bewoners wel of niet een HADS-vragenlijst ingevuld moest worden.

Bij het verzamelen van de gegevens van het retrospectieve deel waren zorgdossiers aanwezig van bewoners met hersenmetastasen, waarbij de ene keer wel een HADS-vragenlijst in is gevuld en de andere keer niet. Hier wordt op dit moment geen eenduidige lijn in gehanteerd.

Aanbevolen wordt aan hospice Kuria dat ze hier een eenduidig beleid in gaan hanteren en kijken of ze deze doelgroep wel willen betrekken bij de HADS-vragenlijst of een ander alternatief voor deze bewoners gaan hanteren.

De aanbeveling van de onderzoeksleden is om ook bij deze doelgroep wel de HADS-vragenlijst af te nemen. Los van de hersenmetastasen, ervaren deze bewoners wel angstige en/of depressieve gevoelens. Of deze gevoelens nu afkomstig zijn van de hersenmetastasen of van andere omstandigheden, het blijft een feit dat de bewoner wellicht een hoog angstig en/of depressief gevoel ervaart, wat om begeleiding vraagt.

## **7.2 Aanbevelingen met betrekking tot de verpleegkundigen uit hospice Kuria.**

### *Consequent gebruiken*

De onderzoeksleden hebben bij het retrospectieve deel van het onderzoek de zorgdossiers van 26-06-2010 tot en met 31-12-2011 doorgenomen. Bij het doornemen van de zorgdossiers bleken de HADS-vragenlijsten niet consequent te zijn afgenomen. Uit de 143 zorgdossiers van de eerder genoemde periode, zijn 47 bruikbare HADS-vragenlijsten gehaald. Dit wil zeggen dat 67,1% van alle zorgdossiers geen aantoonbaar (volledig) ingevulde HADS-vragenlijst bevatte. Er zal echter ook bij consequent gebruik, altijd een percentage missings blijven vanwege de eerder genoemde omstandigheden.

### *Duidelijk rapporteren*

Bij een groot deel van de zorgdossiers zonder (ingevulde) HADS-vragenlijst, was in de rapportage niet als dusdanig herkenbaar terug te vinden waarom deze ontbrak of onvolledig was. Daarnaast waren er een aantal zorgdossiers die wel een ingevulde HADS-vragenlijst bevatte, maar waarbij vervolgens geen aantoonbare acties waren beschreven of uitgevoerd, hieronder vielen ook HADS-scores van  $\geq 11$ .

We bevelen hospice Kuria aan om de HADS-vragenlijsten consequenter te gaan gebruiken en duidelijker te rapporteren waarom het invullen van de HADS-vragenlijst niet van toepassing of niet mogelijk is, bij de bewoner. Ook is het belangrijk om te rapporteren waarom er wel of geen actie ondernomen wordt. Dit alles zal voor meer continuïteit en kwaliteit zorgen in de zorgverlening.

## **7.3 Samenvatting**

Vanuit dit onderzoek is gebleken dat de HADS een bruikbaar screeningsinstrument is voor hospice Kuria, ondanks dat deze niet consequent en eenduidig werd gebruikt. Wij bevelen dan ook aan dat de HADS-vragenlijst gebruikt kan worden, mits er één lijn wordt getrokken, zodat de HADS correct en consequent gebruikt gaat worden. Indien dit niet haalbaar is kan er gezocht worden naar een ander geschikt meetinstrument om de aanwezigheid van angst en depressie bij bewoners te meten.

Omdat uit dit onderzoek naar voren komt dat angst en depressie veel voorkomt bij zorgvragers in de palliatieve fase, is het belangrijk om niet alleen op de HADS-vragenlijst af te gaan. Het is ook van belang om als verpleegkundige tijdens de zorgverlening altijd alert te zijn op angstige en/of depressieve gevoelens, hier aandacht aan te besteden en adequaat op te reageren.

## 8. Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>e</sup> ed., Text Revision.) Washington, DC: Author
- Baarda, D.B., Goede, de M.P.M., Dijkum, van C.J. (2007). Basisboek Statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv
- Bruntink, R. (2002) Een goede plek om te sterven. Zutphen/Apeldoorn: Uitgeverij Plataan
- Bruntink, R. (2011) Stichting Voorlichting Palliatieve Zorg. Hospices en bijna-thuis-huizen. Geraadpleegd op: 28-10-2011, via: [www.palliatievezorg.nl](http://www.palliatievezorg.nl)
- Carpenito, L.J. (2002). Zakboek verpleegkundige diagnosen. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff
- Centraal BegeleidingsOrgaan (2005). *Multidisciplinaire richtlijn depressie*. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Geraadpleegd op 3-11-2011, via [http://www.cbo.nl/Downloads/300/sv\\_depressie\\_2005.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/300/sv_depressie_2005.pdf)
- Deliens, L., Echteld, M.A., Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2009). Palliatieve zorg. Medische en verpleegkundige praktijk in Nederland en België. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Frederiks, C.M. A. & Wierik, M.J.M. te, (2004) Verpleegkundig onderzoek, inleiding in methoden en technieken, 5e druk. Dwingeloo, Kavanah.
- Graeff, A de, Hesselman, G.M, Krol, R.J.A, Kuyper, M.B, Verhagen, E.H, Vollaard, E.J (2006) Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. Laren: Drukkerij van Wijland BV
- Graeff, A. de, Bommel, J.M.P. van, Deijck, R.H.P.D. van, Eynden, B.R.L.C. van den, Krol, R.J.A., Oldenmenger, W.H., Vollaard, E.J. (2010) Palliatieve zorg: Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Jongbloed BV
- Haes de, H., van Weezel, L.G., Sanderma, R. (2009) Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional. Assen: Koninklijke van Gorcum
- Hoencamp, E., Haffmans, J., Bos, A. (2008) Psychiatrie in de verpleegkunde. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV
- Hopwood P, Howell, A, Maguire P (1991) Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. Cancer nr 64, blz 353-356
- Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J.P., Höckel, M., Kortmann, R.D., Stolzenburg, J.U., Schwarz, R. (2010) *Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population*. European Journal of Cancer Care. Nr. 19, blz. 522 - 529
- Holtom, N., Barraclough, J. (2000) *Is the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care?* Palliative Medicine, Nr. 14 , blz. 219-220.
- Huyser, J., Schene, A.H., Sabbe, B., Spinhoven, Ph. (2008) Handboek depressieve stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij

Koelewijn, M., Dijksterhuis P.H., Wanrooij, B.S. (2005) Herkenning en behandeling van depressie in de palliatieve fase . Huisarts en Wetenschap, jaargang 2005, nr. 8: p. 420-425

Kuria (2011) HADS-NL. Amsterdam: stichting Kuria

Le Fevre, P, Devereux, J, Smith, S, Lawrie, S.M, Cornbleet, M (1999) Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. Palliative Medicine nr. 13, p.399-407

Lloyd-Williams, M, M.D., M.R.C.G.P, Trevor Friedman, M.R.C.Psych, Nicky Rudd, F.R.C.P (2001) An Analysis of the Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a Screening Tool in Patients with Advanced Metastatic Cancer, jaargang 22, nr. 6, p. 990-996

Migchelbrink, F. (2006) Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Mitchell, A.J, Meader, N, Symonds, P (2010) Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. Journal of Affective disorders nr.126, p.335-348

Orshoven, van A., Menten, J. (2000) Palliatieve zorg, stervensbegeleiding, rouwbegeleiding. Handboek voor deskundige hulpverlening in de thuiszorg en in het ziekenhuis. Leuven: Acco

Palliatief Consult (2011) Ondersteuningspunt Palliatieve Zorg Nijmegen. Geraadpleegd op 27-10-2011, via [www.palliatiefconsult.nl](http://www.palliatiefconsult.nl)

Psychisch & Werk (2010). Psychische aandoeningen en vermoeidheid in de arbeidssituatie. Geraadpleegd op 27-10-2011, via <http://www.psychischenwerk.nl/pw/subarticle.php?id=61&aid=983>

Sparks Ralph, S., Craft-Rosenberg, M., Heather Herdman, T., Lavin, M.A. (2003) North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Verpleegkundige diagnoses. Definities en classificatie 2003-2004. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P., Kempen, G.I., Speckens, A.E., Van Hermert, A.M. (1997) A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. Psychological Medicine, nr. 27, p. 363-370

Spreeuwenberg C. dr., Bakker D.J. dr., Dillmann R.J.M. dr. (2002) Handboek palliatieve zorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg

Spreeuwenberg, C. dr., Bakker, D.J. dr., Dillmann, R.J.M. dr. Blijham, G.H. dr., Teunissen, S. drs., Zylicz, Z. dr. (2005) Handboek palliatieve zorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg

Teunissen, S.C.C.M., Graeff, de A., Voest, E.E., Haes, de J.C.J.M. (2007) Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. Palliative Medicine, nr. 21, p. 341-346

Trimbos (2010) Depressie. Geraadpleegd op 3-11-2011, via <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/symptomen>

Urch, C.E., Chamberlain, J., Field, G. (1998). The drawback of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the assessment of depression in hospice inpatients. *Palliative Medicine*, nr. 12, p. 395-396

Verhoeven, N. (2007) *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom onderwijs

Vignaroli, E., Pace, E.A., Willey, J., Palmer, J.L., Zhang, T., Bruera, E. (2006) The Edmonton Symptom Assessment System as a screening tool for depression and anxiety. *J Palliat Med* 2006; 9: 296-303

Vos, M.S., Seerden, P. (2009) *Palliatieve zorg. Angst 1.0. Landelijke richtlijn*. Den Haag: Redactie palliatieve zorg; richtlijnen voor de praktijk

World Health Organisation (WHO) (2002) Stichting Voorlichting Palliatieve Zorg. Geraadpleegd op 17-11-2011, via [www.palliatievezorg.nl](http://www.palliatievezorg.nl)

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 67, p. 361-370

**9. Bijlagen**

## Bijlage 1 Angst en depressie

In deze bijlage worden angst en depressie uitgewerkt.

### Angst

Angst is een van de vijf basis gevoelens die ieder mens naast liefde, woede, blijheid en bedroefdheid heeft. Angst is een respons op dreigend gevaar. Wanneer het niveau van angst niet in verhouding staat tot de dreiging of wanneer de angst spontaan opkomt, dan is het een abnormale, buitensporige reactie. Deze abnormale reactie wordt een angststoornis genoemd als het de persoon in zijn functioneren belemmert. Angst kent verschillende lichamelijke, gedragsmatige en cognitieve kenmerken (Hoencamp e.a., 2008).

Vos (2009) beschrijft een aantal soorten angst: reactieve angst, organische angst en angststoornissen volgens het Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

#### *Reactieve angst*

Reactieve angst houdt in dat mensen het gevoel van beklemming en vrees hebben als reactie op (dreigend) gevaar of onheil. Mensen met reactieve angst voelen zich op dat moment bezorgd, zenuwachtig, gespannen en bang (Vos, 2009).

#### *Organische angst*

Vos (2009) beschrijft dat uit neurobiologisch onderzoek is gebleken dat verschillende hersengebieden betrokken zijn bij het reguleren van angst. Er wordt van organische angst gesproken als symptomen van een onderliggende ziekte of door medicatie, de oorzaak van de angst zijn. Het is daarom belangrijk dat als een zorgvrager angst aangeeft, er eerst gekeken wordt naar de oorzaak van de angst. De angst kan veroorzaakt worden door de aandoening van de zorgvrager of door het gebruik van medicatie, waarbij het een bijwerking zou kunnen zijn.

#### *Angststoornissen volgens het DSM-IV*

Vos (2009) beschrijft dat er van een angststoornis gesproken wordt, wanneer angst continu aanwezig is, wanneer de angst een hoge lijdensdruk veroorzaakt en daarbij het dagelijks functioneren beïnvloed. Het DSM-IV heeft een aantal angststoornissen omschreven (Hoencamp e.a., 2008):

- **Agorafobie:** de betrokkene heeft angst en vermijdt plaatsen waarin het lastig of gênant is om te vluchten. Dit wordt ervaren op open, drukke plaatsen.
- **Paniekstoornis zonder agorafobie:** terugkerende, onverwachte paniekaanvallen, waarbij de betrokkene zich continu zorgen maakt, zonder dat daarbij plaatsen vermeden worden (agorafobie). De paniek stoornis ontstaat zonder waarschuwing of duidelijke aanleiding.
- **Paniekstoornis met agorafobie:** terugkerende, onverwachte paniekaanvallen waarbij de betrokkene zich continu zorgen maakt, hierbij worden plaatsen vermeden (agorafobie).
- **Gegeneraliseerde angststoornis:** de betrokkene heeft continu buitensporige angst en is bezorgd, zonder dat dit in verband staat met een specifiek object, een situatie of een activiteit.
- **Specifieke fobie:** de betrokkene heeft een langdurige en buitensporige vrees voor een specifiek object of voor een specifieke situatie heeft.
- **Sociale fobie:** de betrokkene heeft een intense angst voor sociale situaties en probeert deze situaties zoveel mogelijk te vermijden.
- **Obsessieve-compulsieve stoornis:** de betrokkene heeft te maken met dwangmatige gedachten (obsessies) die gevolgd worden door dwangmatige handelingen (compulsies).

- **Posttraumatische stressstoornis:** de betrokkene ervaart opnieuw een traumatische gebeurtenis, en heeft daarbij een angstig gevoel waarbij hij objecten en situaties vermijdt die met de traumatische gebeurtenis worden geassocieerd.
- **Acute stressstoornis:** de betrokkene heeft dezelfde kenmerken als bij de posttraumatische stressstoornis, maar deze kenmerken zijn beperkt tot enkele dagen of weken na het trauma.

Het optreden van een angststoornis is afhankelijk van de ernst van de aandoening en hoe ingrijpend dit is, de behandeling die nodig is, de sociale steun die de zorgvrager krijgt vanuit de omgeving en of de zorgvrager al eerder (symptomen van) een angststoornis heeft gehad. Een angststoornis kan de kwaliteit van leven van de zorgvrager nadelig beïnvloeden en door de angst die een zorgvrager heeft, is hij soms niet in staat om een weloverwogen keuze te maken in de voorgestelde behandeling (Haes, 2009).

## Depressie

Er wordt gesproken van een depressie als er langer dan twee weken sprake is van een depressieve stemming gedurende een groot deel van de dag en/of een duidelijke vermindering van interesse en plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag (Trimbos, 2010 & Huyser e.a., 2008). Er zijn 9 symptomen van depressie. Afhankelijk van het aantal symptomen dat aanwezig is kan er een indeling worden gemaakt naar de ernst van de depressie. Van een lichte depressie wordt gesproken als er 5 symptomen aanwezig zijn. Er wordt gesproken van een matige depressie als er 6 of 7 symptomen aanwezig zijn en van een ernstige depressie als er 8 of 9 symptomen aanwezig zijn (CBO, 2005).

Naast de indeling op basis van de ernst van de depressie zijn er nog drie andere typen depressie te noemen (Trimbos, 2010 & Huyser e.a., 2008).

- Een depressie met psychotische kenmerken: wanen of hallucinaties.
- Een postnatale depressie die ontstaat bij vrouwen binnen 4 maanden na de geboorte van hun kind.
- Een depressie met atypische kenmerken. Hierbij is er een sombere stemming die opklaart als reactie op een positieve gebeurtenis samen met gewichtstoename, toegenomen eetlust, overmatig slapen, enorme oververmoeidheid en/of een langdurige overgevoeligheid voor afwijzing tussen mensen. Onder dit type valt ook de seizoens- of winterdepressie.

Een depressie belemmert mensen om normaal te kunnen functioneren in het dagelijkse leven. Veel mensen denken een depressie zelf op te kunnen lossen en krijgen daardoor geen behandeling. Een ernstige depressie is het meest voorkomende type diagnosticeerbare stemmingsstoornis. In Nederland krijgt ongeveer 20 procent van de vrouwen en circa 10 procent van de mannen ooit een depressie (Hoencamp, 2008).

Risicofactoren voor het ontstaan van een ernstige depressie zijn leeftijd (het begint meestal bij jongvolwassenen), sociaal-economische factoren (mensen die laag op de sociaal-economische ladder staan hebben een hoger risico), huwelijks staat (de prevalentie is hoger bij gescheiden mensen). Daarnaast hebben vrouwen twee keer zoveel kans op het krijgen van een depressie (Hoencamp e.a., 2008).

## Bijlage 2 HADS-vragenlijst

Lees elke vraag aandachtig door. Zet een kruisje in het vierkantje voor het antwoord dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende de afgelopen week gevoeld heeft. Denk niet te lang na. Uw eerste reactie is waarschijnlijk de meest nauwkeurige.

| Vraag                                                                      | Antwoorden                                                                                                                                                                      | Punten           |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1. Ik voel me gespannen                                                    | <input type="radio"/> Bijna altijd<br><input type="radio"/> Vaak<br><input type="radio"/> Soms<br><input type="radio"/> Nooit                                                   | 3<br>2<br>1<br>0 |
| 2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik gewoonlijk van kon genieten: | <input type="radio"/> Zeker zo veel<br><input type="radio"/> Wat minder<br><input type="radio"/> Duidelijk minder<br><input type="radio"/> Nauwelijks nog                       | 0<br>1<br>2<br>3 |
| 3. Ik heb een angstig gevoel alsof er iets vreselijks gaat gebeuren:       | <input type="radio"/> Zeer zeker<br><input type="radio"/> Zeker<br><input type="radio"/> Een beetje<br><input type="radio"/> Helemaal niet                                      | 3<br>2<br>1<br>0 |
| 4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien:                   | <input type="radio"/> Net zoveel als gewoonlijk<br><input type="radio"/> Nu wat minder<br><input type="radio"/> Nu duidelijk minder<br><input type="radio"/> Helemaal niet meer | 0<br>1<br>2<br>3 |
| 5. Ik maak me zorgen:                                                      | <input type="radio"/> Heel vaak<br><input type="radio"/> Vaak<br><input type="radio"/> Niet zo vaak<br><input type="radio"/> Heel soms                                          | 3<br>2<br>1<br>0 |
| 6. Ik voel me opgewekt:                                                    | <input type="radio"/> Nooit<br><input type="radio"/> Heel af en toe<br><input type="radio"/> Soms<br><input type="radio"/> Meestal                                              | 3<br>2<br>1<br>0 |
| 7. Ik kan me ontspannen:                                                   | <input type="radio"/> Altijd<br><input type="radio"/> Meestal<br><input type="radio"/> Af en toe<br><input type="radio"/> Nooit                                                 | 0<br>1<br>2<br>3 |
| 8. Ik heb het gevoel dat bij mij alles moeizamer gaat:                     | <input type="radio"/> Bijna altijd<br><input type="radio"/> Heel vaak<br><input type="radio"/> Soms<br><input type="radio"/> Nooit                                              | 3<br>2<br>1<br>0 |
| 9. Ik heb een angstig, gespannen gevoel in mijn buik:                      | <input type="radio"/> Nooit<br><input type="radio"/> Soms<br><input type="radio"/> Vrij vaak<br><input type="radio"/> Heel vaak                                                 | 0<br>1<br>2<br>3 |

|                                                                             |                                                                                          |   |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 10. Het interesseert me niet meer hoe ik er uit zie:                        | <input type="radio"/> Inderdaad, het interesseert me helemaal niet meer                  | 3 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Ik besteed minder aandacht aan mijzelf dan ik zou moeten           | 2 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Ik besteed misschien iets minder aandacht aan mijzelf              | 1 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Ik besteed minstens net zoveel aandacht aan mijzelf als gewoonlijk | 0 |
| 11. Ik voel me onrustig:                                                    | <input type="radio"/> Inderdaad, zeer vaak                                               | 3 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Tamelijk vaak                                                      | 2 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Soms                                                               | 1 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Nooit                                                              | 0 |
| 12. Ik kijk met plezier uit naar dingen:                                    | <input type="radio"/> Net zo veel als gewoonlijk                                         | 0 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Iets minder dan gewoonlijk                                         | 1 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Veel minder dan gewoonlijk                                         | 2 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Nauwelijks                                                         | 3 |
| 13. Ik raak plotseling in paniek:                                           | <input type="radio"/> Inderdaad, zeer vaak                                               | 3 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Tamelijk vaak                                                      | 2 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Soms                                                               | 1 |
|                                                                             | <input type="radio"/> nooit                                                              | 0 |
| 14. Ik kan genieten van een goed boek of een radio- of televisie-programma: | <input type="radio"/> Vaak                                                               | 0 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Regelmatig                                                         | 1 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Af en toe                                                          | 2 |
|                                                                             | <input type="radio"/> Zelden                                                             | 3 |

#### **Uitleg puntentelling HADS score:**

Vraag 1, 3, 5, 7, 9, 11 en 13 hebben betrekking op ANGST

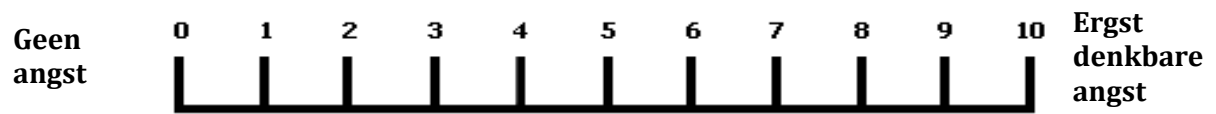
Vraag 2, 4, 6, 8, 10, 12 en 14 hebben betrekking op DEPRESSIE

#### **Bij een score:**

**Angst** > 8 indicatie psychiatrisch toestandsbeeld

**Depressie** > 8 indicatie psychiatrisch toestandsbeeld

### Bijlage 3 NRS angst en depressie



Afkapwaarde: score  $\geq 4$ -5 behoeft behandeling (Graeff e.a., 2010).

**Bijlage 4 Tabel indeling HADS-scores per bewoner**

| Nr. <sup>1</sup> | Angst |        |      | Depressie |        |      | Actie nodig volgens literatuur  | Actie nodig volgens Kuria | Actie uitgevoerd <sup>3</sup> |
|------------------|-------|--------|------|-----------|--------|------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
|                  | 0 - 7 | 8 - 10 | ≥ 11 | 0 - 7     | 8 - 10 | ≥ 11 |                                 |                           |                               |
| 1                |       |        | X    |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 2                | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 5                |       | X      |      |           | X      |      | Twijfel                         | Ja                        | Ja                            |
| 7                |       |        | X    |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| 8                | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 12               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 16               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 18               | X     |        |      |           | X      |      | Twijfel                         | Ja                        | Nee                           |
| 20               | X     |        |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| 21               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 24               | X     |        |      |           | X      |      | Twijfel                         | Ja                        | Nee                           |
| 27               | X     |        |      |           | X      |      | Twijfel                         | Ja                        | Ja                            |
| 33               |       | X      |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| 34               |       |        | X    | X         |        |      | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 39               | X     |        |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| 43               |       |        | X    |           | X      |      | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| 44               |       | X      |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 51               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 52               | X     |        |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| 55               | X     |        |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| 60               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 61               | X     |        |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| 64               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 67               |       | X      |      | X         |        |      | Twijfel                         | Ja                        | Ja                            |
| 77               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 83               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 84               |       |        | X    |           | X      |      | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 85               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 89               | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Ja <sup>2</sup>               |
| 94               |       | X      |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| 96               |       | X      |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 97               |       |        | X    |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 103              |       |        | X    | X         |        |      | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 105              |       |        | X    |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 106              |       |        | X    |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 109              | X     |        |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 112              |       | X      |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 115              | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 118              |       | X      |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 119              |       | X      |      |           | X      |      | Twijfel                         | Ja                        | Ja                            |
| 121              | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 123              | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Ja <sup>2</sup>               |
| 124              |       | X      |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 125              | X     |        |      | X         |        |      | Nee                             | Nee                       | Nee                           |
| 136              |       | X      |      |           | X      |      | Twijfel                         | Ja                        | Nee                           |
| 138              | X     |        |      |           |        | X    | Ja                              | Ja                        | Ja                            |
| 139              |       |        | X    | X         |        |      | Ja                              | Ja                        | Nee                           |
| <b>Totaal</b>    | 26    | 11     | 10   | 20        | 8      | 19   | Ja: 24<br>Twijfel: 7<br>Nee: 16 | Ja: 31<br>Nee: 16         | Ja: 20<br>Nee: 27             |

<sup>1</sup> Nr. = Nummer van het zorgdossier met aanwezige HADS-vragenlijst.

<sup>2</sup> Ja = Overleg met arts. Vanuit het overleg is geen verdere actie ondernomen bij deze bewoner.

<sup>3</sup> Actie is als dusdanig herkenbaar beschreven in zorgdossier van bewoner.

