

Matrix Meetinstrumenten voor Depressieve symptomen

Instrument	Eigenschappen	Psychometrische eigenschappen		Toepasbaarheid binnen de cardiologie
		<i>Sensitiviteit/Specificiteit & Afkapwaardes</i>	<i>Betrouwbaarheid & Validiteit</i>	
<p>1.</p> <p>4-Dimensionele Klachtenlijst/ 4-Dimensional Symptom Questionnaire (4DKL/4DSQ) (Terluin, 1996)</p>	<p>Meerdimensionale maat voor depressie, angst, <i>distress</i> en somatisatie</p> <p>Meetpretentie: Het meten van depressieve en angststoornissen die ernstig genoeg zijn om specifieke behandeling te overwegen</p> <p>50 items betreffende de afgelopen week</p> <p>4 subschalen voor het meten van <i>distress</i>, depressie, angst en somatisatie</p> <p>Afnameduur is: 5-10 minuten (Terluin et al., 2006; Terluin et al., 2009)</p>	<p>Criterium standaard: SDI Voor de depressie-schaal: Bij scores ≥ 3 was de sensitiviteit: 91% spec: 57%, AUC:0.88 (<i>depressieve huisartspatiënten</i>; Terluin et al.,2007)</p> <p>Distress: laag:0-10 Matig verhoogd:11-20 Sterk verhoogd:21-32</p> <p>Depressie: laag:0-2 Matig verhoogd:3-5 Sterk verhoogd:6-12</p> <p>Angst: laag:0-7 Matig verhoogd:8-12 Sterk verhoogd:13-24</p> <p>Somatisatie: laag:0-10 Matig verhoogd:11-20 Sterk verhoogd:21-32 (<i>depressieve huisartspatiënten</i>; Terluin et al., 2008)</p>	<p>Criterium validiteit: Psychiatrische en klinische diagnose, alsmede vermoeden somatisatie door de huisarts werd toegepast</p> <p>Interne consistentie subschalen: Distress:0.90 Depressie: 0.89 Angst: 0.88 Somatisatie: 0.84 SDC (smallest detectable change)</p> <p>- Distress: 7 punten Depressie: 4 punten Angst: 6 punten Somatisatie: 8 punten</p> <p>Constructvaliditeit: De subschalen blijken aanzienlijke inter-correlaties te hebben ($r = 0.35-0.71$). Toch bleek 30-40% van de variantie van elke schaal uniek te zijn voor die bepaalde schaal. (<i>10 primary care studies</i>; Terluin, 2006)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De 4DKL is in staat om op depressieve stoornissen te screenen bij patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk (depressieve huisartspatiënten; Terluin et al.,2007) 2. De 4DKL schijnt een valide zelfrapportage instrument te zijn om <i>distress</i>, depressie, angst en somatisatie in eerstelijnszorg patiënten te meten (Terluin et al., 2006) 3. HADS en 4DKL maken even goed onderscheid tussen depressieve en angststoornissen (Terluin et al., 2006) 4. Instrument wordt aangeraden voor screening in de eerste revisie van de multidisciplinaire richtlijn depressie (Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie [eerste revisie], 2009)

			<p>Interne consistentie: 0.84-0.94 Test-hertest: 0.89-0.94 (Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie [eerste revisie], 2009)</p>	<p>5. Beoordeeld door de COTAN: Uitgangspunten testconstructie en begripsvaliditeit: goed. Kwaliteit testmateriaal, betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit: voldoende. Kwaliteit handleiding en normen: onvoldoende (Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie [eerste revisie], 2009).</p>
<p>2. Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) <i>Nederlandse vertaling</i> (Bouman, Luteyn, Albersnagel, & Van der Ploeg, 1985)</p>	<p>Meerdimensionale maat voor depressie</p> <p>Meetpretentie: meet intensiteit van tekenen en symptomen van depressie</p> <p>21 items</p> <p>2 subschalen: 1.cognitief-affectief 2.somatisch-prestaties</p> <p>Afnameduur: 5-10 minuten <i>(Beck et al., 1988)</i></p>	<p><10 geen - minimaal 10-18 mild - matig 19-29 matig - ernstig 30-63 - ernstig <i>(review; Beck, 1988)</i></p> <p>Criterium standaard: SCID Optimale afkapwaarde voor screening <i>majoren minor depression</i> $\geq 7/8$, sensitiviteit=83.8% specificiteit=71.7% PPV=25.3% NPV=98.3% AUC=0.84 <i>(MI patiënten; Strik et al., 2001)</i></p> <p>Criterium standaard: SCID Afkapwaarde ≥ 10: Voor <i>majoren minor depression</i> ≥ 10 sensitiviteit=81.1%, specificiteit=67.6%</p> <p>Empirisch afgeleide afkapwaarde: ≥ 8, sensitiviteit=83.8%, specificiteit=71.7%</p> <p><i>(AMI Review; Thombs, 2007)</i></p>	<p>Interne consistentie: 0.81 <i>(MI patiënten; Strik et al., 2001)</i></p> <p>Interne consistentie gemiddeld >0.75</p> <p>Inhoudsvaliditeit: hoog Convergente validiteit: gemiddeld tot hoog (0.58-0.79)</p> <p>Discriminante validiteit: goed voor onderscheid tussen depressie en non-depressie. Voor het maken van onderscheid tussen verschillende vormen van depressie en angst zijn de kwaliteiten van de BDI twijfelachtig <i>(Review; Richter et al., 1998)</i></p>	<p>1. Acceptabel instrument voor screening doeleinden voor post-MI depressie (MI patiënten; Strik et al., 2001)</p> <p>2. Score op somatische schaal kan beïnvloed worden door de specifieke medische gesteldheid van de patiënt. (Ziekenhuis patiënten; Furlanetto et al., 2005)</p> <p>3. Nadelen: Hoge item-moeilijkheid, gebrek aan representatieve normen, instabiliteit van scores over korte tijd (1 dag), twijfelachtige factoriële validiteit en slechte discriminante validiteit voor angst</p>

		<p>Criterion standaard: DISH Screening voor <i>major depression</i>: ≥12, sensitiviteit=100%, specificiteit=74.6%, AUC:0.91 (<i>CABG vrouwen</i>; Doering, 2007)</p>	<p>Interne consistentie: gemiddeld 0.81 bij non- psychiatrische patiënten (0.73-0.92). Bij 214 mannelijke poliklinische cardiologie patiënten: 0.83</p> <p>concurrerende validiteit met klinische beoordeling en HRSD hoog: 0.60-0.74 (<i>review</i>; Beck, 1988)</p> <p>Interne consistentie in CABG patiënten: 0.82 In de huidige studie: 0.92 (<i>CABG vrouwen</i>; Doering, 2007)</p> <p>Convergente validiteit: r= 0.64 tussen BDI en Ham-D, 2 weken post-MI (<i>AMI Review</i>; Thombs, 2007)</p>	<p>4. Voordelen:Hoge interne consistentie, hoge inhoudsvaliditeit, hoge convergente validiteit met depressie schalen en gevoeligheid voor verandering onomstotelijk bewezen. Door de item-kenmerken en de voorwaarde voor introspectie is de BDI het best geschikt voor het meten van de intensiteit van depressie bij matig depressieve patiënten. (Review; Richter et al., 1998)</p>
<p>3. BDI-Short Form (BDI-SF) (Beck & Beck, 1972) <i>Nederlandse vertaling</i> (Bouman, Luteyn, Albersnagel, & Van der Ploeg, 1985)</p>	<p>Eendimensionale maat voor depressie</p> <p>Meetpretentie: meet intensiteit van tekenen en symptomen van depressie</p> <p>13 items (cognitief- affectieve schaal van de BDI)</p>	<p>Criterion standaard: CIS Afkapwaarde 9/10, sensitiviteit=100%, specificiteit=83.1%, AUC=98.4, Bij deze afkapwaarde detectie van <i>alle</i> depressieve patiënten maar veel false pos. (40.4%)</p> <p>Afkapwaarde 13/14: weinig false pos. maar 2 depr. patiënten werden niet geïdentificeerd</p>	<p>Interne consistentie: 0.89 (<i>CABG vrouwen</i>; Doering, 2007)</p>	<p>1. Ontwikkelaars raadde aan om alleen de cognitief-affectieve schaal te gebruiken voor de 'medically ill', en suggereerden een afkapwaarde van >10</p> <p>2. Goede psychometrische eigenschappen al aangetoond voor BDI zowel in normale bevolkingsgroepen als in klinische groepen.</p>

	(Furlanetto et al., 2005)	(<i>Ziekenhuis patiënten</i> ; Furlanetto et al., 2005) Criterium standard: DISH Screening voor <i>major depression</i> : ≥ 4 , sensitiviteit=100%, specificiteit=69.0%, AUC: 0.91 (<i>CABG vrouwen</i> ; Doering, 2007)		3. Valide instrument voor detecteren van gemiddelde en zware depressie in medische 'inpatients' (Ziekenhuis patiënten; Furlanetto et al., 2005)
4. Brief Symptom Inventory (BSI) (Verkorte vorm van SCL-90; Derogatis, 1983) <i>Nederlandse vertaling</i> (de Beurs & Zitman, 2006)	Multidimensionaal instrument met 9 dimensies (9 dimensies: somatisatie, obsessief-compulsief, interpersoonlijke sensitiviteit, depressie , angst, vijandigheid, fobische angst paranoïde ideatie & psychotisme) Meetpretentie: meet verscheidenheid aan psychologische problemen (waaronder depressie) over afgelopen week 53 items (subschaal depressie 6 items) Afnameduur is ± 1 minuut voor de depressie subschaal (Derogatis, 1983)	Gebruikte afkapwaarde voor depressie schaal is gebaseerd op gemiddelde score van niet depressieve populatie: 0.28 oftewel afkapwaarde ≥ 1 (0.28 x 6= 1.68 ; Derogatis, 1983; <i>AMI patiënten</i> ; Abu Ruz et al., 2010)	Interne consistentie depressie schaal: 0.76 (<i>AMI patiënten</i> ; Martin et al., 2000) & 0.89 (<i>forensische psychiatrische patiënten</i> ; Boulet et al., 1991) Convergente validiteit: correleert hoog met MMPI (Derogatis, 1983)	1. Factoriële validiteit is beter dan van de HADS (de Jong et al., 2006) 2. Het instrument wordt effectief gebruikt om het effect van interventie te meten (de Jong et al., 2006) 3. Kan door verpleging worden afgenomen 4. Het is een kort, betrouwbaar & valide meetinstrument voor AMI patiënten (AMI patiënten; Abu Ruz et al., 2010)

<p>5.</p> <p>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977)</p> <p><i>Nederlandse vertaling</i> (Hanewald, 1987)</p>	<p>Meerdimensionale maat voor depressie</p> <p>Meetpretentie: Ontwikkeld om depressieve symptomen bij bevolkingsgroepen vast te stellen</p> <p>20 items¹ (16 neg., 4 pos.) die vragen naar depressieve symptomen gedurende de afgelopen week</p> <p>4 Subschalen: 1.somatic-retarded activity 2.depressed affect 3.positive affect 4.interpersonal Affect</p> <p>Afnameduur is 5-10 minuten</p> <p>(Bouma et al., 1995)</p>	<p>Criterium Standaard: onduidelijk 16–26: Milde depressie >27: <i>Major depression</i> (<i>steekproef uit de populatie</i>; Radloff, 1977)</p> <p>Criterium Standaard: onduidelijk 'Possible case' bij score van ≥ 16 CES-D score van 279 MI patiënten (alleen manenn!), $M=9$, $SD=7.3$, 14,4% scoorde ≥ 16 (<i>Verschillende populaties waaronder MI patiënten</i>; Bouma et al., 1995)</p> <p>Criterium Standaard: DIS ≥ 16, sensitiviteit=100%, specificiteit=88% (<i>oudere (55-85) Nederlanders</i>; Beekman et al., 1997)</p>	<p>Interne consistentie: 0.79 – 0.92</p> <p>Interne consistentie bij <i>MI patiënten</i> (alleen manenn!):0.79</p> <p>Interne consistentie subschalen: Somatic-retarded 0.71 – 0.80 depressed affect: 0.77 - 0.84 positive affect: 0.68 – 0.87 interpersonal affect: 0.41 – 0.66 (slechts 2 items)</p> <p>Gemiddelde inter-item correlaties van 'acceptabel niveau'</p> <p>Begripsvaliditeit: NL. versie: 'Bemoedigend'</p> <p>Convergente validiteit: Gemiddeld tot goed.</p> <p>Discriminante- en inhoudsvaliditeit: goed</p> <p>Validatie subschalen in NL. versie nog onduidelijk, oorspronkelijke factorstructuur 'in grote lijnen aangetroffen'</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bedoeld om depressieve symptomen bij bevolkingsgroepen aan te tonen 2. Valide, betrouwbaar, bemoedigende gegevens m.b.t. gevoeligheid voor het meten van verandering. Lichte samenhang met opleiding (lagere opleiding \in hogere score). Samenhang met geslacht: Vrouwen scoren consistent hoger dan mannen (nog veel duidelijker bij de groep ≥ 16). Onderhevig aan seizoensschommelingen (herfst/winter \in hogere score). Geen leeftijdeffecten 3. Doordat wordt gevraagd naar de situatie in de afgelopen week meet de CES-D geen chronische depressie maar registreert de CES-D depressieve gevoelens die als gevolg van een bepaalde gebeurtenis kunnen ontstaan (reactieve depressie) (Verschillende populaties waaronder MI patiënten; Bouma et al., 1995) 4. Advies: ≥ 16 gebruiken voor screening (oudere (55-85) Nederlanders; Beekman, 1997) 5. Het is bekend dat de conceptuele overlap tussen CES-D en symptomen voor somatische aandoeningen klein is (Devins et al., 1988; Foulker et al., 1992)
---	--	--	---	--

			<p>(<i>Verskillende populaties waaronder MI patiënten; Bouma et al., 1995</i>)</p> <p>Criterium validiteit: zeer bevredigend</p> <p>Test-hertest (6 maanden) 'bevredigende stabiliteit' (<i>oudere (55-85) Nederlanders; Beekman et al., 1997</i>)</p>	
<p>6.</p> <p>CES-D-10 (Kohout, Berkman, Evans, & Cornoni-Huntley, 1993)</p> <p><i>Nederlandse vertaling</i> (Hanewald, 1987)</p>	<p>Meerdimensionale maat voor depressie</p> <p>Screening vragenlijst voor depressieve symptomen</p> <p>10 items</p> <p>Afnameduur is 2 minuten (Irwin et al., 1999)</p>	<p>Criterium standaard: SCID en <i>mood module</i> van de SCID Optimale afkapwaarde: ≥ 4</p> <p>sensitiviteit=97%, specificiteit=84%, PPV=85% in depressieve patiënten vergeleken met gezonde controls</p> <p>sensitiviteit=100%, specificiteit=92%, PPV=38% in ouderen (<i>depressieven vs. controls en ouderen (>60)</i>); Irwin et al., 1999)</p>	<p>Interne consistentie: 0.92 test-hertest (tussen 3 en 4 wkn.): 0.83</p> <p>correlatie CES-D en CES-D10: 0.88 (<i>depressieven vs. controls en ouderen (>60)</i>); Irwin et al., 1999)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vergelijkbare betrouwbaarheid en validiteit als de CES-D 2. Uitstekende psychometrische eigenschappen voor het gebruik als instrument voor het screenen op <i>major depression</i> bij ouderen (depressieven vs. controls en ouderen (>60)); Irwin et al., 1999)
<p>7.</p> <p>Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) oftewel Short Mood Scale</p>	<p>Tweedimensionale twee-trapsscreening (angst & depressie)</p> <p>Meetpretentie: meet mate van depressie afgelopen maand</p>	<p>Voor de depressie schaal bij een afkappunt van ≥ 2 sensitiviteit=85% PPV=0.85</p> <p>Criterium standaard: diagnostisch interview (DSM-III criteria) (<i>eerstelijnszorgpatienten; Goldberg et al., 1988</i>)</p>	<p>Bij een angstscore van 5 of meer=50% kans op een klinisch significant probleem</p> <p>(<i>eerstelijnszorgpatienten; Goldberg et al., 1988</i>)</p>	

<p>(Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, & Grayson, 1988)</p>	<p>18 items (depressie 9 items).</p> <p>Afnameduur depressie schaal is ± 8 minuten</p> <p>(Goldberg et al., 1988)</p>	<p>Bij een afkappunt van $\geq 7/8$ (<i>totaalscore beiden schalen</i>) sensitiviteit=86% specificiteit=91% Criterium standaard: diagnostisch interview (DSM-IV criteria)</p> <p>(<i>oudere patiënten met ziekenhuisopname</i>; Huber et al., 1999)</p> <p>Bij een afkappunt van $\geq 9/10$ (<i>totaalscore beiden schalen</i>) sensitiviteit=92% specificiteit= 67% Criterium standaard: diagnostisch interview (DSM-IV criteria) AUC: 0.76 (<i>oudere patiënten met ziekenhuisopname</i>; Huber et al., 1999)</p>	<p>Interne consistentie: 0.75 voor de depressie schaal (<i>oudere patiënten met ziekenhuisopname</i>; Huber et al., 1999)</p>	
<p>8.</p> <p>General Health Questionnaire (GHQ-28; Goldberg & Hillier, 1979) afkomstig van de GHQ-60 (Goldberg, 1972)</p> <p><i>Nederlandse versie beschikbaar</i></p>	<p>Multidimensionele vragenlijst met 4 dimensies (somatische klachten, angst en slapeloosheid, sociaal dysfunctioneren, ernstige depressie & totaal score ernst mentale stoornis)</p> <p>Meetpretentie: meet verscheidenheid aan psychologische problemen (waaronder depressie)</p> <p>28 items (subschaal depressie heeft 7 items²)</p>	<p>(voor de totaal score) Bij een afkappunt van $\geq 5/6$, sensitiviteit=79.2% specificiteit=79.6% Criterium standaard: ICD-10 AUC: 0.88 (<i>eerstelijns zorg</i>; Goldberg et al., 1997)</p> <p>(voor de totaal score) <i>Specifiek voor Nederland:</i> Bij een afkappunt van $\geq 5/6$, sensitiviteit=84.9% specificiteit=91.9%</p> <p>Criterium standaard: ICD-10 AUC: 0.93 (<i>eerstelijns zorg</i>; Goldberg et al.,</p>	<p>Bevindingen van verschillende auteurs betreft convergente en divergente validiteit van de depressie schaal zijn niet overtuigend (<i>psychiatrische poliklinische patiënten</i> Koeter, 1992) & Convergente en Divergente validiteit depressie schaal is goed Criterium standaard: Present State Examination & DSM III diagnose</p> <p>(<i>psychiatrische poliklinische patiënten</i>; Koeter, 1992)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depressieschaal van de GHQ-28 is psychometrisch even sterk als depressie schaal SCL-90 (psychiatrische poliklinische patiënten; Koeter, 1992) 2. GHQ-28 is meer geschikt voor het meten van angst & depressie dan de GHQ-12 (Schmitz et al., 1999) 3. Koeter (1992) geeft aan dat het instrument niet ontwikkelt is om dimensies te meten, vandaar geen afkapwaarden mogelijk voor depressie

	Afnameduur is 5 tot 10 minuten (Goldberg & Hillier, 1979)	1997)	Interne consistentie van de ernstige depressie schaal: 0.87 (<i>psychiatrische poliklinische patiënten</i> ; Koeter, 1992)	
<p>9.</p> <p>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (Zigmond & Snaith, 1983)</p> <p><i>Nederlandse vertaling</i> (Spinhoven et al., 1997)</p>	<p>Tweedimensionaal (angst & depressie)</p> <p>Meetpretentie: meet depressie en angst</p> <p>14 items (subschaal depressie 7 items)</p> <p>Afnameduur is 3-4 minuten voor de depressie subschaal (Zigmond & Snaith, 1983)</p>	<p>0-7= noncases 8-10= doubtful cases 11-21= definite cases (Zigmond & Snaith, 1983)</p> <p>17 studies rapporteren sensitiviteit & specificiteit van 80% en hoger voor <i>beiden schalen</i> (Herrmann, 1997)</p> <p>Optimale balans van sensitiviteit en specificiteit bij afkappunt voor <i>beide schalen</i> ≥ 8 en hoger (80%). Deze is gelijk aan de GHQ (<i>algemene review</i>; $n=747$, Bjellanda et al., 2002)</p> <p>Bij een afkappunt voor de depressie schaal (voor voorspelling MDD) schaal van ≥ 7, sensitiviteit=81% specificiteit=54% Criterium standaard: PRIME-MD AUC: 0.81 (<i>MI/Ischaemische hart ziekten patiënten</i>; Bambauer et al., 2005)</p> <p>Bij een afkappunt voor de depressie schaal van ≥ 4, sensitiviteit=86% specificiteit=79%</p>	<p>Voldoende interne consistentie (Zigmond & Snaith, 1983)</p> <p>Interne consistentie voor HADS-D varieert van 0.67-0.90 (<i>algemene review</i>, Bjellanda et al., 2002)</p> <p>Herrmann (<i>medische setting meta analyse</i>, 1997) rapporteert interne consistentie HADS-D variërend van 0.81 tot 0.90</p> <p>Interne consistentie HADS-D: 0.76 (<i>AMI patiënten</i>; Martin et al., 2000) & 0.78 (<i>Patiënten met vermoedelijke aanwezigheid coronaire vaatziekte</i>; Ulvik, 2008) & 0.82 (<i>MI patiënten</i>; Strik et al., 2001)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factoriële validiteit is twijfelachtig (7/9 studies vinden 3 of 4 factoren; de Jong et al., 2006) Echter meeste studies vinden 2 factoren (Bjellanda et al., 2002) 2. Hoge acceptatie van patiënten binnen cardiologische zorg (95%; $n=531$), gemakkelijk af te nemen door verpleging & tijdsefficiënt: gebruikersvriendelijk (Herrmann, 1997) 3. Er is een lage validiteit van de HADS gevonden voor het meten van depressieve en angst symptomen bij patiënten met angina pectoris (Herrmann et al., 1993) 4. De afkapwaarden van de HADS moeten voor hartpatiënten verlaagd worden (Haworth et al., 2007) 5. Het instrument wordt effectief gebruikt om het effect van interventie te meten (de Jong et al., 2006) 6. Instrument wordt aangeraden voor screening in de eerste revisie van de Multidisciplinaire

		<p>Criterion standaard: SCID-I AUC: 0.89 (<i>CHF patiënten</i>; Haworth et al., 2007)</p> <p>Bij een afkappunt voor de depressie schaal van ≥ 4, sensitiviteit=75% specificiteit=77.6% Criterion standaard: SCID-I PPV: 32.1%; NPV: 98.4% AUC: 0.85 (<i>MI patiënten</i>; Strik et al., 2001)</p> <p>Bij een afkappunt voor de depressie schaal van $\geq 3/4$, sensitiviteit=88% en specificiteit=57% Criterion standaard: MINI AUC: 0.85 (<i>non-cardiac chest pain patients</i>; Kuijpers et al., 2003)</p> <p>Bij een afkappunt voor beiden schalen samen (voor diagnose depressie) van ≥ 17, sensitiviteit=87.7% specificiteit=84.7% Criterion standaard: ICD-10 (<i>MI patiënten</i>; Dickens et al., 2007)</p>		<p>richtlijn depressie (2009) 7. Beoordeeld door de COTAN: Kwaliteit testmateriaal, betrouwbaarheid: goed. Uitgangspunten testconstructie: voldoende. Begripsvaliditeit, criteriumvaliditeit, kwaliteit handleiding en normen: onvoldoende (Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie [eerste revisie], 2009).</p>
<p>10. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</p>	<p>Eendimensionale maat voor depressie</p> <p>Meetpretentie: Meet <i>aanwezigheid</i> en <i>ernst</i></p>	<p>Criterion standaard: Interview met <i>mental health professional</i>(SCID en PRIME-MD) Standaard afkapwaarde: ≥ 10, sensitiviteit=88% specificiteit=88%</p>	<p>Interne consistentie: 0.86– 0.89 Construct validiteit: Sterke correlatie met SF-20, ziekmeldingen,</p>	<p>1. De American Heart Association (AHA) heeft in 2008 een aanbeveling gedaan voor depressie-screening. Er wordt aanbevolen eerst de PHQ-2 af te</p>

<p>(Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)</p> <p><i>Nederlandse vertaling</i> (Persoons, Luyckx, Deslovere, Vandenberghe, & Fischler, 2003)</p>	<p>van depressie gedurende de laatste 2 weken</p> <p>9 items</p> <p>Afnameduur is +/- 2 minuten</p> <p>(Kroenke et al., 2001)</p>	<p>Bij ≥9, sensitiviteit=95%, specificiteit=84% AUC <i>major depression</i>: 0.95</p> <p><i>(Primary care en Ob-Gyn patients; Kroenke et al., 2001)</i></p> <p>Criterium standaard: MINI Voor 'any depressive disorder': ≥5, sensitiviteit=81.5%, specificiteit=80.6% AUC: 0.85 <i>(CAD patiënten; Stafford et al., 2007)</i></p> <p>Criterium standaard: DIS-C Bij ≥10 sensitiviteit=54%, specificiteit=90% AUC: 0.86 Bij ≥4 sensitiviteit=94%, specificiteit=63% <i>(poliklinische CHD patiënten; McManus et al., 2005) (In de meta-analyse van Gilbody bleek deze studie een outlier)</i></p> <p>Criterium standaard: SCID of DIS Voor MDD sensitiviteit=80%, specificiteit=92% <i>(Meta-analyse van Gilbody et al., 2007)</i></p>	<p>doktersbezoek en symptoom gerelateerde moeilijkheden</p> <p><i>(Primary care en Ob-Gyn patients; Kroenke et al., 2001)</i></p> <p>Interne consistentie: 0.90 Inter-correlatie PHQ-9 en HADS: 0.72 Criterium validiteit: goed in vergelijking met de HADS <i>(CAD patiënten; Stafford et al., 2007)</i></p>	<p>nemen, indien het antwoord op een van de twee vragen 'ja' is moet verdere screening worden gedaan a.d.h.v. de PHQ-9 (Lichtman et al., 2008)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sterk bewijs voor validiteit, resultaten lijken generaliseerbaar voor poliklinische patiënten in verschillende klinische settings (Primary care en Ob-Gyn patients; Kroenke et al., 2001) 3. Uitstekende interne consistentie, goede criterium validiteit. Kan worden gebruikt om 'any depressive disorder' te meten . afkapwaarde van ≥5 is geschikt voor een twee-traps screening (CAD patiënten; Stafford et al., 2007) 4. Acceptabel instrument; even goed als langere instrumenten. Goede diagnostische eigenschappen, over de optimale afkapwaarde is twijfel (varieerde van 9 tot 12) (Meta-analyse van Gilbody et al., 2007) 5. Valide screeningsinstrument voor depressie in subgroepen van patiënten met een hoge prevalentie van depressie (Review; Wittkamp, 2007) 6. Geschikt om te gebruiken als screeningsinstrument voor depressie (risicopopulatie voor depressie in eerstelijnszorg; Wittkamp 2009) 7. Geschikt voor herkennen van emotional distress bij CAD (Ketterer, 2007)
---	---	---	---	---

<p>11.</p> <p>Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003)</p> <p><i>Nederlandse vertaling</i> (Persoons, Luyckx, Deslovere, Vandenberghe, & Fischler, 2003)</p>	<p>Eendimensionale maat voor depressie</p> <p>Meetpretentie: Meet frequentie van depressie en <i>anhedonia</i> gedurende de laatste 2 weken</p> <p>2 items</p> <p>Afnameduur is ≤1 minuut</p> <p>(Kroenke et al., 2003)</p>	<p>Criterium standaard: Interview met <i>mental health professional</i>(SCID en PRIME-MD)</p> <p>Standaard ≥3, voor MDD sensitiviteit=83% specificiteit=92% AUC: 0.93</p> <p>Voor 'any depressive disorder': ≥1, sensitiviteit=91%, specificiteit=65% AUC: 0.90 (<i>Primary care</i> en <i>Ob-Gyn patients</i>; Kroenke et al., 2003)</p> <p>Criterium standaard: SCID Any depressive disorder ≥3 sensitiviteit=79% specificiteit:86% (<i>Poliklinische- en huisarts-patiënten</i>; Löwe,2005)</p> <p>Criterium standaard: DIS-C Bij ≥3 sensitiviteit=39%, specificiteit=92%, AUC=0.84 (<i>poliklinische CHD patiënten</i>; McManus et al.,2005) (<i>In de meta-analyse van Gilbody bleek deze studie een outlier</i>)</p>	<p>Interne Consistentie: 0.83 (<i>Poliklinische- en huisarts-patiënten</i>; Löwe,2005)</p> <p>Construct validiteit: Sterke correlatie met SF-20, ziekmeldingen, doktersbezoek en symptoom gerelateerde moeilijkheden (<i>Primary care</i> en <i>Ob-Gyn patients</i>; Kroenke et al., 2003)</p> <p>Goede convergente en divergente validiteit (<i>Poliklinische- en huisarts-patiënten</i>; Löwe,2005)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De American Heart Association (AHA) heeft in 2008 een aanbeveling gedaan voor depressie-screening. Er wordt aanbevolen eerst de PHQ-2 af te nemen, indien het antwoord op een van de twee vragen 'ja' is moet verdere screening worden gedaan a.d.h.v. de PHQ-9 (Lichtman et al., 2008) 2. Economische en valide instrument voor screenen van depressie (CABG patiënten; Kendel et al., 2009) 3. PHQ-9 beter dan PHQ-2 om als screeningsinstrument depressieve symptomen over tijd te meten (Primary care en Ob-Gyn patients; Kroenke et al., 2003) 4. Effectief voor diagnose van MDD (McManus, 2005) 5. Is gevoelig voor verandering (1 jaar), valide en praktisch instrument (Löwe,2005) 6. Simpel 2-item instrument (N.B.: Niet de PHQ-2) dat vraagt naar depressieve gevoelens en gebrek aan interesse en plezier gedurende <i>de afgelopen maand</i> bleek meest effectieve instrument voor detecteren van depressie. (poliklinische CHD patiënten; McManus et al.,2005)
---	---	--	---	--

<p>12.</p> <p>Screening Tool for Psychologic Distress (STOP-D) (Young et al., 2007)</p>	<p>Multidimensionele vragenlijst ontwikkeld voor cardiologie patiënten met 5 dimensies (depressie, angst, stress, woede en sociale steun)</p> <p>Meetpretentie angst schaal: meet de mate van depressie</p> <p>5 items (subschaal angst 1 item)</p> <p>Afnameduur is ± 2 minuten</p>	<p>Voor de depressievraag is bij een afkappunt van ≥1 sensitiviteit=93% specificiteit=62%</p> <p>Criterium standaard: BDI, AUC: 0.90 (<i>harttransplantatie, hartrevalidatie & congenital hartpatiënten</i>; Young et al., 2007)</p>	<p>Correleert hoog met andere schalen en instrumenten voor depressie, angst, stress, woede en sociale steun (Young et al., 2007; Janeway, 2009)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voordeel is dat er slechts één instrument is voor alle risicofactoren betreft mortaliteit & morbiditeit hartpatiënten 2. Groot gebruikersgemak 3. Instrument is gratis 4. Hoeft niet gescoord te worden, ieder item heeft afkapwaarde 5. Hoeft niet door specialist te worden geïnterpreteerd 6. Afkapwaarde is zelf te bepalen naar behoefte specificiteit & sensitiviteit (Young et al., 2007)
<p>13.</p> <p>Symptom Check List-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1977).</p> <p><i>Nederlandse vertaling</i> (Arrindell & Ettema, 1986)</p>	<p>Multidimensionele vragenlijst met 9 dimensies (zie dimensies BSI hierboven)</p> <p>Meetpretentie: meet verscheidenheid aan psychologische problemen (waaronder depressie)</p> <p>90 items (subschaal depressie heeft 16 items²)</p> <p>Afnameduur is ± 2 minuten (Derogatis, 1977)</p>	<p>Afkapwaarde voor depressie schaal volgens auteur: ≥ 23 (Arrindell et al., 1981; Strik et al., 2003)</p> <p>Optimale afkapwaarde: ≥27 voor depressie schaal Met sensitiviteit van 81.1% & specificiteit van 83.5%</p> <p>Criterium standaard: SCID-I (<i>MI patiënten</i>; Strik et al., 2003)</p> <p>Optimale afkapwaarde: ≥25 voor depressie schaal Met sensitiviteit van 88.5% & specificiteit van 60.7%</p>	<p>Interne consistentie depressie schaal: 0.90 (<i>psychosomatische poliklinisch & primary care patiënten</i>) & 0.83 (<i>gezonde personen</i>) (Schmitz et al., 2000)</p> <p>Interne consistentie voor de Nederlandse versie depressie schaal: 0.87 (<i>psychiatrische patiënten</i>; Koeter, 1992)</p> <p>Factoriële validiteit resultaten van studies over de factor structuur is inconsistent (Schmitz,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validiteit van het instrument is controversieel (Schmitz, 2000) echter depressie subschaal heeft wel goede validiteit (Koeter, 1992) 2. Resultaten factor structuur studies is inconsistent (Schmitz, 2000) 3. Instrument wordt veel gebruikt voor 'distress' en het screenen van mentale stoornissen (Schmitz, 2000) 4. De SCL-90 heeft potentie om voor PTSS te screenen (60%) <p>accuratie ahv. symptoom profiel gemaakt voor SCL-90 (Solomon et al., 1990)</p> <p>5. zowaar zelfde psychometrische</p>

		<p> criterium standaard: SCID <i>(beroerte cohort; Aben et al., 2002)</i></p>	<p>2000)</p>	<p> kwaliteiten als depressie subschaal SCL-90</p>
		<p>AUC depressie schaal: 0.81 (<i>primary care</i>) & 0.96 (<i>psychosomatische poliklinische patiënten & gezonde personen</i>)</p> <p> Criterium standaard: ICD-10 & DSM-III-R (Schmitz et al., 2000)</p>	<p> Acceptabele concurrente validiteit (<i>met DSM-III-R & ICD-10</i>; Schmitz et al., 2000)</p> <p> Meerdere auteurs rapporteren goede convergente maar relatief Lage divergente validiteit (Koeter, 1992)</p>	<p>6. Voordeel dat SCL-90 (evenals GHQ-28) voor 3 doeleinden gebruikt kan worden: meten mate van ernst; als screening instrument; en als multidimensionele maat voor psychopathologie, waarschijnlijk reden voor veelvuldig gebruik (Koeter, 1992)</p> <p>7. Subschaalen zijn bruikbaar als screening instrument (primary care setting; Schmitz et al., 1999)</p> <p>8. Vragen goed begrijpbaar voor patiënten (Schmitz et al., 1999)</p> <p>9. Meet verstoring normale functie niet levenslange traits (Schmitz et al., 1999)</p>
		<p>Echter volgens Shemesh et al. zijn er nog geen afkapwaarden voor MI patiënten (2004)</p>		
<p>¹Items ontleend aan verschillende depressie-schalen: Zung, BDI, MMPI, Raskin en Gardner (Bouma et al., 1995)</p> <p>²Voorbeeldversie niet gevonden in de literatuur</p>				

Literatuur

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1981). Dimensional structure, reliability and validity of the Dutch version of the symptom checklist (SCL-90). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 43, 381-387.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Van Limbeek, J., Braam, A.W., De Vries, M.Z., & Van Tilburg, W. (1997). Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 27, 231-235.
- Boulet, J., & Boss, M.W. (1991). Reliability and Validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 433-437.
- Bouma, J., Van Ranchor, A.V., Sandeman, R., & Van Sonderen, E. (1995). Het meten van symptomen van depressie met de CES-D: Een handleiding. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Bouman, T.K., Luteyn, F., Albersnagel, F.A., & Van der Ploeg, F.A.E. (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory (BDI). *Gedrag, tijdschrift voor psychologie*, 13, 13-24.
- Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A., & Creed, F. (2007). Depression is a risk factor for mortality after myocardial infarction. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 49, 1834-1840.
- Devins, G.M., Orme, C.M., & Costello, C.G. (1988). Measuring depressive symptoms in illness populations: Psychometric properties of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) Scale. *Psychology & Health*, 2, 139-156
- Doering, L.V., Cross, R., Magsarili, M.C., Howitt, L.Y., & Cowan, M.J. (2007). Utility of observer-rated and self-report instruments for detecting major depression in woman after cardiac surgery: A pilot study. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 260-269.
- Foelker, G.A., & Shwechuk, R.M. (1992). Somatic complaints and the CES-D. *Journal of American Geriatric Society*, 47, 259-262
- Furlanetto, L.M., Mendlowicz, M.V., & Bueno, J.R. (2005). The validity of the beck depression inventory short form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 86, 87-91.
- Gilbody, S., Richards, D., Brealy, S., & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the patients health questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1596-1602.
- Hanewald, G.J.F.P., (1987). CES-D., Brealey S., & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the patient health questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11),1596–1602.
- Kendel, F., Wirtz, M., Dunkel, A., Lehmkuhl, E., Hetzer, R., & Regitz-Zagrosek, V. (2009). Screening for depression: Rasch-analysis of the dimensional structure of the PHQ-9 and the HADS. *Journal of Affective Disorders*, 122, 241-246.
- Kohout, F.J., Berkman, L.F., Evans, D.A., & Cornoni-Huntley, J. (1993). Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. *Journal of Aging and Health*, 5, 179-193.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (2003). The PHQ-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 44, 1284-1292
- Kuipers, P. M. J. C., Denollet, J., Lousberg, R., Wellens, H. J. J., Crijns, H., & Honig, A. (2003). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale for Use With Patients With Noncardiac Chest Pain. *Psychosomatics*, 44(4), 329-335.

- Löwe, B., Kroenke, K., & Gräfe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 163–171.
- Martin, C. R., & Thompson, D. R. (2000). A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychology, Health & medicine*, 5(2), 193-201
- McManus D., Pipkin S.S., & Whooley M.A. (2005). Screening for depression in patients with coronary heart disease (Data from the Heart and Soul Study). *American Journal of Cardiology*, 96, 1076–81. De Nederlandse versie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit. Amsterdam, Vakgroep klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, interne publikatie.
- Pedersen, S.S., Denollet, J., De Jonge, P., Simsek, C., Serruys, P.W., & Van Domburg, R.T. (2009). Brief depression screening with the PHQ-2 associated with prognosis following percutaneous coronary intervention with paclitaxel-eluting stenting. *Journal of General Internal Medicine*, 24(9), 1037-1042.
- Persoons, p., Luyckx, K., Deslovere, C., Vandenberghe, J., & Fischler, B. (2003). Anxiety and mood disorders in otorhinolaryngology outpatients presenting with dizziness: validation of the self-administered PRIME-MD Patient Health Questionnaire and epidemiology. *General Hospital Psychiatry*, 25, 316–323.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P., Kempen, G.I., Speckens, A.E., & Van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med*, 27, 363– 70
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F.V. 3d, Hahn, S.R., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1749-56.
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson H.J. (2007). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 417-424.
- Strik, J.M.H., Honig, A., Lousber, R., & Denollet, J. (2001). Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 42(5), 423-428.
- Terluin, B. (1996). De Vier Dimensionale Klachtenlijst (4DKL) - Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap*, 39(1), 538-547.
- Terluin, B., Rijmen, F., Van Marwijk, H.W.J., & Stalman, W.A.B. (2007). Waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) voor het detecteren van depressieve stoornissen. *Huisarts & Wetenschap*, 50(7), 300-305.
- Terluin, B., Terluin, M., Prince, K., & Van Marwijk, H.W.J. (2008). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts & Wetenschap*, 51(5), 251-255.
- Terluin, B., Van Marwijk, H.W.J, Adèr, H.J., De Vet, H.C.W, Penninx, B.W.J.H., Hermens, M.L.M., Van Boeijen, C.A., Van Balkom, A.J.L.M, Van Der Klink, J.J.L., & Stalman, W.A.B. (2006). The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ): A validation study of multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6(34), --.
- Thombs, B.D., Magyar-Russel, G., Bass, E.B., Stewart, K.J., Tsilidis, K.K., Bush, D.E., Fauerbach, J.A., McCann, U.D., & Ziegelstein, R. (2007). Performance characteristics of depression screening instruments in survivors of acute myocardial infarction: Review of the evidence. *Psychosomatics*, 48, 185-194.
- Thombs, B.D., Ziegelstein, R.C., Whooley, M.A. (2008). Optimizing detection of major depression among patients with coronary artery disease using the patient health questionnaire: Data from the heart and soul study. *Journal of General Internal Medicine*, 23(12), 2014-2017.