

Een afasievriendelijke GDS-15

Een explorerend onderzoek naar de mogelijkheid om een bestaand, valide en betrouwbaar meetinstrument voor depressie afasievriendelijk aan te passen.

M. Neijman, 2016

Abstract

Inleiding: Depressie is een stemmingsstoornis die geregeld voorkomt bij afasiepatiënten na een CVA. De afasie kan het diagnosticeren van depressie bemoeilijken. Om depressie te diagnosticeren bij afasiepatiënten, kunnen er observaties over langere tijd gedaan worden aan de hand van de opgestelde DSM-5 criteria. Daarnaast kan ervoor gekozen worden om de omgeving van de afasiepatiënt erbij te betrekken. Beide opties blijken vanuit de literatuur ongeschikt. In de literatuur staat beschreven dat de omgeving de coping van afasiepatiënten onterecht als depressief interpreteert en dat de opgestelde DSM-5 criteria overeenkomt met de symptomen die passen bij het ziektebeeld na een CVA.

Doel: Een bestaand, valide en betrouwbaar meetinstrument aanpassen, zodat deze

geschikt is voor afasiepatiënten.

Methode: Alle meetinstrumenten die de psycholoog voor depressie tot zijn beschikking heeft, zijn geïnterviewd. Vervolgens zijn al deze meetinstrumenten geanalyseerd op verschillende aspecten.

Resultaten: De geanalyseerde meetinstrumenten zijn allen niet afasievriendelijk. Het meetinstrument GDS-15 is aangepast en uitgebreid van één naar acht pagina's, waarbij zowel aandacht is geschonken aan de lay-out als de inhoud.

Discussie: De validiteit en de betrouwbaarheid van de afasievriendelijke GDS-15 is nog onbekend.

Conclusie: Dit onderzoek heeft ertoe geleid dat het bestaande meetinstrument voor depressie, de GDS-15, afasievriendelijk is aangepast.

Inleiding

Naar schatting worden er 40.000 mensen per jaar in Nederland voor de eerste keer getroffen door een cerebrovasculaire aandoening (CVA) (Eyck, 2006). Bastiaanse (2010) beschrijft dat een derde van de mensen de CVA overleeft. Volgens Hackett (2014) ontwikkelt zich bij 30% van de patiënten met een CVA een depressie. In het artikel van Robinson & Spalletta (2010) wordt beschreven dat dit percentage bij patiënten met een CVA en communicatiebeperkingen (afasie) rond de 60% ligt. Wils en Godderis (1991) beschrijven dat 20 tot 30% van de thuis verblijvende afasiepatiënten depressieve klachten ontwikkelen en dat dit percentage mogelijk hoger is bij gehospitaliseerde patiënten.

Volgens Pieters en Gooskens (2008) is een depressie een stemmingsstoornis, dat o.a. door een sombere stemming, lusteloosheid, verminderde plezierbeleving, veranderde eetlust, slaapproblemen, vermoeidheid, wanhoop en fantasieën over zelfmoord gekenmerkt wordt. Deze sombere stemming kan weken maar ook maanden aanwezig zijn en kan zorgen voor afwijkend gedrag en/of fysieke klachten. Depressie kan verschillende oorzaken hebben. Zo bestaan er onder andere de volgende oorzaken: familiale aanleg, biochemische oorzaken, psychosociale factoren, ernstige ziekten of bepaalde medicatie. CVA hoort hierbij tot de ernstige ziekten.

Depressie na een CVA kan verschillende gevolgen hebben. Door depressie kan een patiënt bijvoorbeeld een verminderde kwaliteit van leven ervaren en minder goed functioneel herstellen. Daarnaast kan een depressie ervoor zorgen dat een patiënt minder sociale activiteiten onderneemt, waardoor er de kans op sociaal isolement ontstaat. Wanneer een patiënt depressief is, kan hij of zij de functionele, cognitieve en/of communicatieve beperkingen als ernstiger ervaren. Door depressie kan het revalidatieproces worden vertraagd en kan de opnameduur worden verlengd (Kutlubaev et al, 2014; Robinson & Spalletta, 2010).

Depressie is lastig vast te stellen bij afasiepatiënten door communicatieve beperkingen. Een psychiatrisch interview is niet goed af te nemen bij afasiepatiënten, omdat de benodigde

communicatieve vaardigheden vaak zijn aangetast (Wils & Godderis, 1991). Een andere manier om een depressie vast te stellen, is aan de hand van (langdurige) observaties en de opgestelde DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) criteria (Hengeveld, 2014). Bij deze methode wordt er gekeken of de patiënt aan minimaal vijf van de negen opgestelde DSM-5 criteria voldoet. De DSM-5 criteria bestaan uit 'verdriet', 'interesseverlies', 'verlies van eetlust', 'moeite met slapen', 'snel geïrriteerd', 'moe en lusteloosheid', 'gevoelens van waardeloosheid', 'moeite hebben met concentratie' en 'denken aan de dood' (Hengeveld, 2014). Het probleem bij deze vastgestelde criteria is dat de opgestelde criteria overeenkomen met de gevolgen die passen bij het ziektebeeld na een CVA (Wils & Godderis, 1991). Het is de vraag of de opgestelde criteria bruikbaar zijn voor het vaststellen van depressie bij deze doelgroep.

Een CVA is ingrijpend en kan voor blijvende handicaps zorgen. Het is daarbij niet ondenkbaar dat CVA-patiënten daarop reageren met aanpassingsreacties. CVA-patiënten kunnen bijvoorbeeld minder gemotiveerd meewerken aan hun revalidatieprogramma, weigeren te eten of negatieve emoties tonen (Wils & Godderis, 1992). Daarnaast kunnen CVA-patiënten angstig zijn, omdat zij beseffen dat zij in de toekomst nog een CVA kunnen krijgen. Deze angst kan ervoor zorgen dat zij sommige activiteiten, die eventueel een CVA zou kunnen uitlokken, vermijden (Wils & Godderis, 1992). Godderis (1987) beschrijft dat niet-psychiaters de maladaptieve coping van CVA-patiënten als depressief interpreteren, terwijl dit onterecht is.

De bovengeschetste problematiek is zeer actueel en complex. Daarom is er bij stichting TOPAZ, locaties zorghotel Revitel en verpleeghuis Overrhyn, geïnventariseerd hoe de psycholoog dit probleem ondervangt. Hieruit kwam naar voren dat de psycholoog moeite heeft met het diagnosticeren van depressie bij afasiepatiënten door de communicatieproblemen. De diagnose 'depressie' wordt veelal gesteld op basis van observaties en heteroanamneses. Dit, terwijl uit het artikel van Godderis (1987) blijkt dat de sociale omgeving van een patiënt het gedrag van de afasiepatiënt geregeld onterecht als depressief interpreteert. Zowel in het zorghotel Revitel als in verpleeghuis Overrhyn, is er vraag naar een afasievriendelijker meetinstrument om het diagnosticeren van depressie bij afasiepatiënten te vergemakkelijken. Om dit te onderzoeken is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: "In hoeverre kan een van de meetinstrumenten die de psycholoog van stichting TOPAZ, locatie zorghotel Revitel en verpleeghuis Overrhyn, tot zijn beschikking heeft, met de kennis en expertise van de logopedist, afasievriendelijker worden aangepast, zodat de diagnostisering van depressie bij afasiepatiënten vergemakkelijkt wordt voor zowel de psycholoog als de afasiepatiënt?"

Methode

FASE 1

Literatuurstudie

Om informatie te verkrijgen over dit onderzoeksonderwerp, heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden. De gebruikte zoektermen zijn: *CVA*, *Afasie/Aphasia*, *Depressie/Depression*, *Meetinstrumenten/Questionnaire*, *Logopedie/Speech Therapy* en *Taalvereenvoudiging*. Deze termen zijn onderling met elkaar gecombineerd en er is in verschillende databanken gezocht. Hierbij zijn de databanken *PubMed*, *Springer Link* en *CINAHL* gebruikt. De gevonden artikelen moesten aan een aantal inclusiecriteria voldoen. Zo mochten zij niet ouder zijn dan 35 jaar en moest de titel en de inhoud van het artikel relevant zijn. Het doel van dit literatuuronderzoek was het achterhalen of er afasievriendelijke meetinstrumenten zijn ontwikkeld voor depressie bij afasiepatiënten. Uit de literatuur kwam naar voren dat dit niet het geval is. Een ander doel was het achterhalen welke aanpassingen nodig zijn om een meetinstrument afasievriendelijk te maken. Hieruit kwam een artikel van Hilari (2002) naar voren, waarin precies beschreven staat waarop gelet moet worden en wat er moet worden aangepast.

Inventarisatie meetinstrumenten

Samen met de psycholoog is er geïnventariseerd welke meetinstrumenten hij tot zijn beschikking heeft voor het diagnosticeren van depressie bij volwassenen en ouderen. Uit deze inventarisatie zijn verschillende vragenlijsten verkregen. Om de meetinstrumenten met elkaar te kunnen vergelijken, moesten ze aan bepaalde criteria voldoen. Ieder meetinstrument moest geschikt zijn voor volwassenen en/of ouderen. Daarnaast moesten de vragenlijsten bestaan uit gesloten vragen met vastgestelde antwoordmogelijkheden.

Analyse meetinstrumenten

Om de afasievriendelijkheid van de meetinstrumenten in kaart te brengen, zijn alle meetinstrumenten geanalyseerd. De meetinstrumenten zijn geanalyseerd op verschillende aspecten. Deze aspecten komen voort uit het artikel van Hilari (2002). Er is gekozen om de aanpassingen die Hilari (2002) beschrijft in haar artikel te gebruiken voor het aanpassen van het meetinstrument voor depressie, omdat zij erin is geslaagd om een meetinstrument voor 'kwaliteit van leven' afasievriendelijk aan te passen.

Er is een tabel ontworpen om een overzichtelijke weergave te creëren. In deze tabel zijn verschillende aspecten weergegeven. Bij de categorieën '*lettertype*', '*tekengrootte*' en '*regelafstand*' is er per meetinstrument geanalyseerd welk lettertype, tekengrootte en regelafstand is gebruikt. Dit is geanalyseerd omdat deze aspecten veel invloed hebben op het uiterlijk van het meetinstrument. Bij het geanalyseerde onderdeel '*toelichting van de lijst*' is er gekeken of er op het meetinstrument informatie aanwezig is. Bij de categorieën '*totaal aantal pagina's*' en '*aantal vragen weergegeven per pagina*' zijn alle vragen per pagina geteld en alle pagina's in totaal weergegeven. Het '*totaal aantal vragen*' geeft weer hoeveel vragen de vragenlijst in zijn geheel bevat. Bij het onderdeel '*gerangschikt*' is geanalyseerd of de vragen van de vragenlijst gecategoriseerd zijn op onderwerp. De categorie '*vraaglengte*' is onderverdeeld in '*gemiddeld aantal woorden*', '*minimaal aantal woorden*' en '*maximaal aantal woorden*'. Bij '*gemiddeld aantal woorden*' zijn alle woorden van alle vragen bij elkaar opgeteld en gedeeld door het totaal aantal vragen. Bij '*minimaal aantal woorden*' zijn alle woorden per vraag afzonderlijk geteld en is het aantal woorden van de vraag met het minst aantal woorden weergegeven. Bij '*maximum aantal woorden*' is het aantal woorden van de vraag met de meeste woorden weergegeven.

De zinscomplexiteit is onderverdeeld in '*enkelvoudige zinnen*' en '*samengestelde zinnen*'. Hierbij is de categorie '*samengestelde zinnen*' onderverdeeld in '*onderschikkende zinnen*' en '*nevenschikkende zinnen*'. Ieder item en/of deelitem is geanalyseerd op de zinscomplexiteit en weergegeven met de nummering die overeenkomt met de vraagnummering vanuit de officiële lijst. Bij de categorie '*antwoordmogelijkheden*' is er gekeken naar hoeveel mogelijke antwoorden gegeven kunnen worden en hoe deze antwoorden zijn vormgegeven.

Geschied meetinstrument voor aanpassing

Na de analyse is er één meetinstrument uitgekozen ter aanpassing. Dit meetinstrument is gekozen op basis van de gegevens uit het analyseschema, de literatuur en de voorkeur van de psycholoog.

FASE 2

Meetinstrument aanpassen

Allereerst is het officiële meetinstrument in zijn originele vorm overgenomen. Vervolgens zijn de vragen onderverdeeld in categorieën. Er is gekozen voor categorieën, omdat in het originele meetinstrument alle vragen door elkaar stonden. Wat kan zorgen voor verwarring bij afasiepatiënten (Hilari, 2002). Om tot verschillende categorieën te komen, zijn alle vragen met elkaar vergeleken. De vragen zijn gesorteerd op onderwerp. Iedere categorie werd op een nieuwe, lege pagina geplaatst met daaronder de bijpassende vragen. Dit zorgt ervoor dat er

minder items op de pagina weergegeven staan. Nadat de vragen op categorie zijn ingedeeld, is er gekeken naar het lettertype, de regelafstand en de tekengrootte. Het lettertype hoefde niet te worden aangepast. Daarentegen moesten de tekengrootte en de regelafstand worden vergroot om meer duidelijkheid en overzicht te creëren (Woodward & Chambers, 1991).

Alle vragen die uit complexe, nevenschikkende zinnen of ondergeschikte zinnen bestonden, zijn vereenvoudigd naar enkelvoudige zinnen. Daarnaast zijn alle enkelvoudige vragen gereduceerd naar vragen met maximaal zes elementen. Om de zinnen te kunnen reduceren is gekeken naar de kernwoorden en de boodschap van de vraag. De kernwoorden zijn onderstreept en dikgedrukt, zoals beschreven in het artikel van Hilari (2002). De overbodige informatie is uit de vragen verwijderd en sommige vragen zijn herschreven. Voor de antwoordmogelijkheden is er gekeken of dit moest worden aangepast. In het artikel van Hilari (2002) staat beschreven dat ja/nee vragen simpel te beantwoorden zijn. Daarom is er voor gekozen om de antwoordmogelijkheden zo te houden als in het originele meetinstrument.

Resultaten

FASE 1

Inventarisatie meetinstrumenten

De inventarisatie van de meetinstrumenten van de psycholoog heeft de volgende meetinstrumenten opgeleverd: GDS-8, GDS-15, GDS-30, H.A.D.S. en B.D.I.-II-NL. Al deze vragenlijsten zijn geïncludeerd voor de analyse, omdat ze allemaal geschikt zijn voor volwassenen en/of ouderen en uit gesloten vragen bestaan.

Geriatric Depression Scale (GDS)

De GDS is een diagnostisch meetinstrument (Montorio & Izal, 1996), ontwikkeld door Brink (1982) en Yesavage (1983). Dit meetinstrument is speciaal voor ouderen ontwikkeld omdat de andere meetinstrumenten vragen bevatten die veelal verklaard kunnen worden uit lichamelijke ziekten en/of het ouderdomsproces. In 1985 werd de Nederlandse versie ontwikkeld (Bleeker, 1985). Er zijn verschillende versies van de GDS ontwikkeld, zo bestaat de GDS-30, GDS-15, GDS-8 en de GDS-4. Het cijfer staat voor het aantal vragen dat de lijst bevat. Hoe meer vragen de GDS bevat, hoe betrouwbaarder de uitkomst van de GDS is (Weeks et al., 2003). Het invullen van de GDS-30 duurt 30 minuten (Bonin-Guillaume, et al. 1995). Het invullen van de GDS-15 bedraagt 5 tot 7 minuten (Kurlowicz, 2007).

Hospital Anxiety and Depression Scale (H.A.D.S.)

De H.A.D.S. is in 1983 ontwikkeld (Zigmond & Snaith, 1983). Dit meetinstrument is in 1997 vertaald naar het Nederlands (Pouwer, et al., 1997). De H.A.D.S. meet kernklachten van depressie en angst zonder lichamelijke klachten erbij te betrekken (Zigmond, 1983 & Julian, 2011). De H.A.D.S. is geschikt voor volwassenen tussen de 16 en 65 jaar (Julian, 2011). De H.A.D.S. bestaat uit 14 vragen. Er gaan 7 vragen over angst en 7 vragen over depressie (Croon, et al., 2005). Elke vraag heeft 4 antwoordmogelijkheden, die per vraag verschillen. Het invullen kost gemiddeld 5 minuten.

Beck Depression Inventory (B.D.I.)

De oorspronkelijke vragenlijst werd in 1961 ontwikkeld (Beck, 1961). Deze versie werd in 1996 herzien naar de B.D.I.-II (Beck, 1996). De Nederlandse versie, de B.D.I.-II-NL is in 2002 vertaald (Does, 2002). De B.D.I.-II-NL bestaat uit 21 vragen, die de mate van depressiviteit in kaart brengen. Dit meetinstrument is geschikt voor volwassenen en jongeren vanaf 13 jaar. Om deze 21 vragen te beantwoorden, moeten er per vraag 4 verschillende uitspraken worden gelezen, wat maakt dat er 21 vragen met in totaal 84 uitspraken zijn. Er zijn 3 subschalen: somatische subschaal, affectieve subschaal en de cognitieve subschaal (Does, 2002). De afnameduur van de vragenlijst is gemiddeld 5 tot 10 minuten.

Analyse meetinstrumenten

In tabel 1 zijn de resultaten van de geanalyseerde meetinstrumenten, de H.A.D.S., de B.D.I.-II-NL, de GDS-8, de GDS-15 en de GDS-30 weergegeven. Ieder meetinstrument bevat een toelichting met uitleg voorafgaand aan de vragen. Alle meetinstrumenten hebben het lettertype Arial en variëren van tekengrootte 10 tot 14. Het minimaal aantal pagina's is 1 (GDS-8, GDS-15) het maximaal aantal pagina's is 3 (B.D.I.-II-NL, GDS-30).

	B.D.I.-II-NL	H.A.D.S.	GDS-8	GDS-15	GDS-30
<i>Lettertype</i>	Arial	Arial	Arial	Arial	Arial
<i>Tekengrootte</i>	10	11	11	11	14
<i>Regelafstand</i>	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5
<i>Toelichting van de lijst aanwezig</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Totaal aantal pagina's</i>	3	2	1	1	3
<i>Aantal vragen per pagina</i>					
- Pagina 1	5	8	8	15	-
- Pagina 2	10	6	-	-	15
- Pagina 3	6	-	-	-	15
<i>Aantal vragen in totaal</i>	21 (84*)	14	8	15	30
<i>Vragen gerangschikt</i>	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
<i>Vraaglengte</i>					
- Gemiddeld aantal woorden	38,333	8,643	6,625	8	8
- Minimaal aantal woorden	19	4	4	4	4
- Maximaal aantal woorden	74	13	9	14	14
<i>Zinscomplexiteit</i>					
Aantal <u>enkelvoudige</u> zinnen	66	9	8	13	27
- Items	1.0,1; 2.0-2; 3.0-3; 4.0-2; 5.0-3; 7.0-3; 8.1-3; 9.0,2,3; 10.0-2; 11.0-2; 12.0-3; 13.0-3; 14.0-1,3; 15.0-3; 16.0-1; 17.0-3; 18.0-3; 19.0-3; 20.0-1; 21.1-3	1; 2; 5; 6; 8; 9; 10; 12;13	1 – 8	1; 3-8; 10-15	1; 3- 5; 7-11; 13-30
Aantal <u>samengestelde</u> zinnen	18	5	-	2	3
Aantal <u>nevenschikkende</u> zinnen	8	3	-	2	2
- Items	1.2; 2.3; 9.1; 10.3; 14.2; 16.2,3; 20.2	4; 7; 11	-	2; 9	2; 12
Aantal <u>ondergeschikte</u> zinnen	10	2	-	-	1
- Items	1.3; 4.3; 6.0-3; 8.0; 11.3; 20.3; 21.0	3; 14	-	-	6
<i>Kernwoorden verduidelijkt</i>	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
<i>Aantal antwoordmogelijkheden</i>	4	4	2	2	2
<i>Soort antwoordmogelijkheid</i>	0-1-2-3	Wisselen d	Ja / Nee	Ja / Nee	Ja / Nee

Tabel 1: Analyse van meetinstrumenten depressie

* De B.D.I.-II-NL bestaat uit 21 vragen, die ieder 4 uitspraken bevat en allen gelezen moeten worden, alvorens de vraag beantwoord en gescoord kan worden. Daarom is tijdens de analyse uitgegaan 84 vragen in totaal.

Het aantal vragen op de pagina's variëren van minimaal 6 items (B.D.I.-II-NL) tot maximaal 15 items (GDS-30). De minimale vraaglengte bestaat uit 4 elementen (GDS en H.A.D.S.). De maximaal vraaglengte bevat 74 elementen (B.D.I.-II-NL).

Bij de zinscomplexiteit is zichtbaar dat bij de B.D.I.-II-NL de meeste getallen zijn weergegeven. Onder de categorie 'items' zijn de nummers van de vragen weergegeven die enkelvoudige, complexe, samengestelde, onderschikkende of nevenschikkende zinnen bevat. Bij de B.D.I.-II-

NL geldt dat het getal dat voor de punt is weergegeven, overeenkomt met de vraagnummering. De getallen na de punt zijn de uitspraken die horen bij de 0-3 schaal.

Ieder meetinstrument, op de GDS-8 na, bevat minimaal één enkelvoudige en één complexe vraag. Onder de complexe vragen is te zien dat er meer nevengeschikte dan ondergeschikte vragen worden gebruikt. De B.D.I.-II-NL heeft de meeste samengestelde vragen, namelijk 18. Het meetinstrument met complexe zinnen en het minst aantal samengestelde vragen is de GDS-15, dit zijn er 2.

Geen van de lijsten is gerangschikt op categorie of onderwerp. Daarnaast heeft geen enkele vragenlijst verduidelijkte kernwoorden. Het aantal antwoordmogelijkheden varieert per meetinstrument tussen de 2 en 4 antwoordmogelijkheden. De GDS-8, 15 en 30 hebben 'ja/nee' als antwoordmogelijkheid. De B.D.I.-II-NL bevat een schaal van 0 tot 3 met daaraan verschillende uitspraken gekoppeld. De H.A.D.S. bevat 4 antwoordmogelijkheden, die per item verschillen.

Geslacht meetinstrument voor aanpassing

Er is gekozen om de GDS-15 aan te passen en afasievriendelijker te maken. Uit de analyse kwam naar voren dat de GDS-15, 15 vragen bevat waarvan 13 vragen met enkelvoudige complexiteit. Daarnaast bevat de GDS-15 vaste antwoordmogelijkheden en is er vanuit de literatuur gebleken dat de betrouwbaarheid van de GDS toeneemt wanneer deze meer vragen bevat. De psycholoog heeft aangegeven dat hij deze het vaakst gebruikt, omdat deze lijst speciaal voor ouderen ontwikkeld is. Daarnaast is de GDS-15 af te nemen binnen beperkte tijd. De GDS-30 daarentegen bevat te veel vragen en duurt te lang om af te nemen.

FASE 2

Meetinstrument aanpassen

De vragen van de GDS-15 zijn allereerst onderverdeeld in verschillende categorieën, variërend van 'gevoelens', 'leven', 'activiteiten', 'humeur', 'toekomst', 'omgeving' tot 'situatie'. In tabel 2 is te zien dat de vragen van de officiële GDS-15 in zijn geheel zijn overgenomen. De getallen die tussen haakjes achter de vragen staan, komen overeen met de vraagnummering van de officiële vragenlijst. Omdat iedere categorie op een nieuwe pagina werd geplaatst, nam het aantal pagina's toe van één naar acht in totaal. Bovenaan iedere pagina staat de categorie dikgedrukt. Onder iedere categorie zijn de bijpassende vragen geplaatst. Dit zorgde ervoor dat er in het aangepaste meetinstrument pagina's zijn met maximaal 4 en minimaal 1 vraag.

Vragen uit de officiële GDS-15	Categorie
Voelt u zich meestal wel gelukkig? (7) Voelt u zich vaak hopeloos? (8) Voelt u zich nogal hopeloos op het ogenblik? (12) Voelt u zich energiek? (13)	Gevoelens
Bent u innerlijk tevreden met uw leven? (1) Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is? (3) Vindt u het fijn om te leven? (11)	Leven
Bent u met veel activiteiten en interesses opgehouden? (2) Verveelt u zich vaak? (4) Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen? (9)	Activiteiten
Hebt u meestal een goed humeur? (5)	Humeur
Bent u bang dat u iets naars zal overkomen? (6)	Toekomst
Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen? (10) Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u? (15)	Omgeving
Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is? (14)	Situatie

Tabel 2: vragen vanuit de officiële GDS-15 gerangschikt op onderwerp.

De regelafstand is vergroot van 1 naar 2,5. Hierdoor is er extra ruimte ontstaan tussen de vragen wat zorgt voor een overzichtelijker beeld. Per vraag zijn de kernwoorden dikgedrukt en onderstreept. Vervolgens zijn alle vragen gereduceerd naar maximaal 6 elementen. Bij de vragen met dezelfde elementen vooraan in de zin, zoals 'voelt u zich...' zijn deze eerste elementen bovenaan de pagina, onder het dikgedrukte onderwerp weergegeven. Dit zorgde ervoor dat er enkel twee woorden in de vraag geplaatst hoefde te worden. Nadat de vragen uit maximaal 6 elementen bestonden, is het lettertype aangepast naar 18. In Figuur 1 zijn de eerste twee pagina's van de aangepaste, afasievriendelijkere GDS-15 weergegeven.

GDS 15

Deze lijst bevat vragen waarop u met 'JA' of 'NEE' kunt antwoorden.

Naam:.....

Geboortedatum:

Datum invullen:.....

Gevoelens

Voelt u zich...

1. Meestal <u>gelukkig</u> ?	JA	NEE
2. Vaak <u>hopeloos</u> ?	JA	NEE
3. Nu <u>waardeloos</u> ?	JA	NEE
4. Vol <u>energie</u> ?	JA	NEE

Figuur 1: voorbeeldpagina's vanuit het aangepaste, afasievriendelijkere GDS-15

De officiële lijst is zo ontworpen dat de patiënt hem zelf kan invullen. Voor de afasiepatiënt is het van belang dat de vragenlijst wordt ingevuld met behulp van de psycholoog of de logopedist. Het is hierbij de bedoeling dat de psycholoog of de logopedist samen met de afasiepatiënt in een rustige omgeving zijn en de vragen duidelijk worden voorgelezen en schriftelijk worden ondersteund. Dit omdat sommige afasiepatiënten mogelijk moeite hebben met lezen en/of taalbegrip. Het is hierbij belangrijk dat de rest van de vragen op de pagina worden afgedekt, zodat eventuele afleiding wordt voorkomen. Omdat de vragen van de officiële vragenlijst opnieuw zijn gecategoriseerd, zijn de vragen opnieuw genummerd van 1 tot 15.

In bijlage 1 is de hele aangepaste, afasievriendelijke GDS-15 weergegeven.

Discussie

De psycholoog van stichting TOPAZ, verpleeghuis Overrhyn en zorghotel Revitel, heeft aangegeven dat het diagnosticeren van depressie bij afasiepatiënten bemoeilijkt wordt door de afasie. Aangezien de logopedist de kennis en expertise beschikt op het gebied van communicatie met afasiepatiënten, is er gekeken naar wat zij voor de psycholoog kan betekenen betreft het aanpassen van bestaand meetinstrument. De onderzoeksvraag luidde:

“In hoeverre kunnen de meetinstrumenten die de psycholoog van TOPAZ, locaties zorghotel Revitel en verpleeghuis Overrhyn, tot zijn beschikking heeft, met de kennis en expertise van de logopedist, afasievriendelijker worden gemaakt, zodat de diagnostisering van depressie bij afasiepatiënten makkelijker wordt voor zowel de psycholoog als de afasiepatiënt?”

Tijdens dit onderzoek is er geïnventariseerd dat geen enkel meetinstrument voor depressie afasievriendelijk is. Daarnaast is gebleken dat op dit moment regelmatig de familie of omgeving wordt betrokken bij het stellen van de diagnose depressie, terwijl de ‘niet-psychiaters’ de coping van afasiepatiënten onterecht aan depressie toeschrijven (Godderis, 1987). Door het aanpassen van een bestaand meetinstrument is geprobeerd om de diagnostiek van depressie bij afasiepatiënten te vergemakkelijken voor zowel de psycholoog als voor de afasiepatiënt.

De aangepaste GDS-15 is afasievriendelijk aangepast met behulp van de beschreven methode uit het artikel van Hilari (2002). De GDS-15 is uitgebreid van één naar acht pagina's. Het is een overzichtelijk meetinstrument geworden met maximaal vier vragen per pagina. Alle vragen zijn vereenvoudigd naar enkelvoudige zinsstructuren en gereduceerd naar maximaal zes elementen per item. De aangepaste GDS-15 is overzichtelijker dan de officiële GDS-15. Tijdens de aanpassing is het artikel van Woodward & Chambers (1991) gebruikt om het overzicht en de duidelijkheid te creëren. Dit overzicht komt doordat de categorie bovenaan de pagina staat weergegeven, het lettertype en de regelafstand tussen de vragen zijn vergroot en de kernwoorden zijn dikgedrukt en onderstreept.

De officiële GDS-15 is zo ontworpen dat de patiënt hem zelfstandig kan invullen. Bij de aangepaste GDS-15 voor afasiepatiënten is het belangrijk dat er een psycholoog of logopedist aanwezig is om de lijst waar nodig schriftelijk en/of mondeling te ondersteunen. Hierbij mag direct de vraag gesteld worden of de GDS-15 dan nog steeds betrouwbaar is en hoeveel inspraak de psycholoog en/of de logopedist op het invullen van de lijst heeft.

Ondanks de afasievriendelijke aanpassingen, konden bepaalde abstracte begrippen niet worden weggelaten, omdat deze veel extra informatie geven. Begrippen zoals ‘vaak’, ‘meestal’ en ‘soms’ zijn abstract en lastig voor mensen met afasie. Het niet ondenkbaar dat ernstig aangedane afasiepatiënten, met een gestoord begrip, de vragen niet begrijpen, waardoor de lijst onbruikbaar wordt. Niet vergeten mag worden dat CVA-patiënten ook bijkomende cognitieve stoornissen kunnen ervaren, zoals een vertraagde informatieverwerking, een verminderde belastbaarheid en/of een overgevoeligheid voor prikkels.

Een nadeel van het aanpassen van een bestaand, valide en betrouwbaar meetinstrument is, dat, door de aanpassing, de validiteit en de betrouwbaarheid vervalst. Hier zal opnieuw onderzoek naar gedaan moeten worden.

Conclusie

De GDS-15 is met behulp van de beschreven aanpassingen uit Hilari (2002) aangepast tot een afasievriendelijk meetinstrument. Ondanks de afasievriendelijke aanpassingen is de GDS-15 niet geschikt voor elke afasiepatiënt. Het is belangrijk dat er meer onderzoek komt naar het diagnosticeren van depressie bij afasiepatiënten na een CVA. De validiteit en betrouwbaarheid van de aangepaste afasievriendelijkere GDS-15 is op dit moment onbekend.

Literatuurlijst

- Bastiaanse R., (2010) *Afasie* (Eerste druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- 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.
- Bonin-Guillaume, S., Clément, J. P., Chassain, A. P., Léger, J. M. (1995) Psychometric evaluation of depression in the elderly subject: which instruments? What are the future perspectives? *Encephale* 21(1): 25-34.
- Croon, E.M. de, Nieuwenhuijsen, K., Hugenholtz, N. I. R., Dijk, F. J. H. van. (2005) Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen. *TBV*.13(4): 98-103.
- Does, A. J. W. van der (2002) Handleiding bij de Nederlandse versie van Beck Depression Inventory - second edition (BDI-II-NL). Amsterdam: Pearson
- Eyck, A., Peerenboom, P. B. (2006) Revalidatie in Nederland. De grenzen van AWBZ en ZVW. Leusden: ETC TANGRAM
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., Anderson, C. S. (2005) Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 36: 1330-1340.
- Hengeveld, M. W. (2014) Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). (Eerste druk). Amsterdam: Boom Uitgevers. pp. 244-286
- Hilari, K. (2002). Assessing health-related quality of life in people with aphasia. (Unpublished Doctoral thesis, City University London)
- Jongenelis, K., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., Eisses, A. M. H., Kluiter, H., Ribbe, M. W. (2007) Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22: 837-842
- Julian, L. J. (2011) Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care & research* 63, 11: 467-472.
- Kurlowicz, L. (2007) The Geriatric Depression Scale (GDS); The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing; Issue Number 4
- Kutlubaev, M. A., Hackett, M. L. (2014) Part II: predictors of depression after stroke and impact of depression on stroke outcome: an updated systematic review of observational studies. *International Journal of Stroke*. Volume 9, issue 8, 1026-1036.
- Montorio, I., Izal, M. (1996) The Geriatric Depression Scale: A Review of Its Development and Utility; *International Psychogeriatrics*, Vol. 8, No. 1
- Pieters, B. B., Gooskens, F. (2008) Depressie. *Verpleegkundig Vademecum*. Houten: Bonstafleu van Loghum, pp. 557-561
- Robinson, R. G., Spalletta, G. (2010) Poststroke depression: a review. *Canadian journal of psychiatry* 55 (6): 341-349
- The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). SCIRE Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Geraadpleegd op 6 december 2015 via:
http://www.scireproject.com/sites/default/files/clin_sum_hospital_anxiety_and_depression_scale_hads.pdf

Weeks, S. K., McGann, P. E., Michaels, T. K., Penninx, B. W. (2003). Comparing various short-form Geriatric Depression Scales leads to the GDS-5/15. *J. Nurs Scholarsh* 35(2): 133-7.

Wils, V., Godderis, J. (1991) Depressief na een beroerte. *Tijdschrift voor psychiatrie* 33: 186-200

Woodward C. A., Chambers L. W. (1991) Guide to Questionnaire Construction and Question Writing. Canadian Public Health Association, Ottawa.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., M., Adey, M., Leirer, O. Von (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17: 37-49.

Zigmond, AS; Snaith, RP (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 (6): 361–370

GDS-15

Deze lijst bevat vragen waarop u met 'JA' of 'NEE' kunt antwoorden.

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Gevoelens

Voelt u zich...

- | | | | |
|----|---------------------------|----|-----|
| 1. | Meestal <u>gelukkig</u> ? | JA | NEE |
| 2. | Vaak <u>hopeloos</u> ? | JA | NEE |
| 3. | Nu <u>waardeloos</u> ? | JA | NEE |
| 4. | Vol <u>energie</u> ? | JA | NEE |

Leven

- | | | | |
|----|--|-----------|------------|
| 5. | Bent u <u>tevreden</u> met uw <u>leven</u> ? | JA | NEE |
| 6. | Voelt uw <u>leven</u> <u>leeg</u> ? | JA | NEE |
| 7. | Vindt u het <u>fijn</u> om te <u>leven</u> ? | JA | NEE |

Activiteiten

- | | | | |
|-----|---|-----------|------------|
| 8. | Bent u <u>gestopt</u> met <u>activiteiten</u> ? | JA | NEE |
| 9. | <u>Verveelt</u> u zich vaak? | JA | NEE |
| 10. | Wilt u <u>nieuwe dingen</u> doen? | JA | NEE |

Humeur

11. Is uw humeur meestal goed? **JA** **NEE**

Toekomst

Bent u...

12. **Bang** dat u iets vervelends **overkomt**? **JA** **NEE**

Omgeving

13. Heeft u meer moeite met geheugen? **JA** **NEE**

14. Hebben andere mensen het beter? **JA** **NEE**

Situatie

15. Voelt uw situatie hopeloos? **JA** **NEE**