

# Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen

*E.M. de Croon, K. Nieuwenhuijsen, N.I.R. Hugenholtz, F.J.H. van Dijk*

## Samenvatting

Dit artikel beschrijft de praktische en technische kwaliteit van drie vragenlijsten die angst- en depressiesymptomen meten. Het zijn de veelgebruikte Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en de Depressie Angst Stress Schaal (DASS). Deze vragenlijsten kunnen de bedrijfsarts ondersteunen in de herkenning van angststoornissen en depressie bij werknemers die verzuimen door een psychische aandoening. Om de kwaliteit van de drie lijsten in dit opzicht te beoordelen, zijn recente studies naar de kwaliteiten van deze lijsten bij actief werkenden en werknemers die verzuimen door een psychische aandoening samengevoegd en geanalyseerd. De drie lijsten blijken betrouwbaar en valide angst en depressie te meten. Bovendien blijken de HADS en de DASS gebruikt te kunnen worden om bij werknemers die verzuimen door een psychische aandoening, angststoornissen en depressie uit te sluiten.

*Trefwoorden:* psychische aandoeningen, ziekteverzuim, diagnose

## Inleiding

De bedrijfsarts speelt een centrale rol in de begeleiding van werknemers die verzuimen door psychische aandoeningen. Werknemers hervatten sneller wanneer de bedrijfsarts hen volgens de NVAB-richtlijn 'psychische klachten' begeleidt.<sup>1,2</sup> Deze richtlijn voorziet de bedrijfsarts van adviezen hoe te handelen in de fase van probleemoriëntatie, diagnose, interventies, evaluatie en terugvalpreventie.

De fase van diagnose omvat de beschrijvende diagnostiek (waar veel artsen in de eerste lijn intuïtief de nadruk op leggen) en de diagnostiek van de aandoening zelf (eerstelijnsclassificatie). De eerstelijnsclassificatie omvat stressgerelateerde aandoeningen (hierna overspanning), depressie, angststoornissen en overige psychiatrie. Om twee redenen is het belangrijk dat de bedrijfsarts juist de aandoeningen depressie en angststoornissen herkent.

Ten eerste zijn deze aandoeningen vrij ernstig. Ze belemmeren het arbeidsfunctioneren en vereisen vaak psychotherapie en behandeling met antidepressiva. Volgens de NVAB-richtlijn<sup>3</sup> moet de bedrijfsarts bij een depressie of angststoornis dan ook minstens overleggen met de huisarts en bij stagnatie van herstel bij overspanning de diagnose van deze aandoeningen heroverwegen.

Ten tweede komen angst en depressie vaak voor. Achtereenvolgens 9% en 7% van de werkende bevolking heeft een vermoedelijke angststoornis en depressie.<sup>4</sup> Recent onderzoek bij 188 werknemers die verzuimen met een psychische aandoening, bevestigt de hoge prevalentie van depressie en angststoornissen.<sup>5</sup> Diagnostiek door middel van een gestructureerd klinisch interview laat zien dat van de 188 werknemers er 58 de diagnose depressie en/of angststoornis heeft. Mede door overlap in symptomen van overspanning is herkenning van depressie en/of angststoornis

- Omdat depressie en angststoornissen het arbeidsfunctioneren ernstig belemmeren en psychotherapie/antidepressiva vereisen, is het belangrijk dat bedrijfsartsen deze aandoeningen kunnen onderscheiden van overspanning.
- In het onderzoeksprogramma 'Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie' is onderzocht of vragenlijsten (4DKL, HADS en DASS) bedrijfsartsen kunnen ondersteunen in het herkennen en uitsluiten van depressie en angststoornissen.
- De HADS en de DASS zijn geschikte vragenlijsten om een angststoornis of depressie uit te sluiten, maar ongeschikt om deze aandoeningen vast te stellen.
- Doordat gegevens over de diagnostische waarden van de 4DKL binnen de beroepsbevolking niet gevonden zijn, is onbekend of de 4DKL geschikt is voor het herkennen en uitsluiten van depressie en angststoornissen.

nis bij deze 58 werknemers voor bedrijfsartsen lastig. Van de 58 werknemers met een depressie en/of angststoornis worden er namelijk slechts 15 als zodanig door de bedrijfsarts herkend. De overige 43 werknemers krijgen van de bedrijfsarts de diagnose overspanning.

Drie instrumenten die de bedrijfsarts zouden kunnen ondersteunen bij het herkennen van angst en depressie zijn de bekende Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL),<sup>6</sup> de Hospital Anxiety and Depression Scales (HADS)<sup>7</sup> en de Depressie Angst Stress Schaal (DASS).<sup>8</sup> Dit artikel beschrijft op basis van vier studies en secundaire analyses, de kwaliteiten van de angst- en depressieschaal van deze vragenlijsten.<sup>4,5,9,10</sup> Deze gegevens zijn voor een belangrijk deel gegeneerd binnen het onderzoeksprogramma 'psychische vermoeidheid in de arbeidssituatie' (zie box 1).

Naast de praktische kwaliteit worden betrouwbaarheid, validiteit en diagnostische waarden beschreven (zie box 2 voor uitleg

### Box 1

#### Programma Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie (PVA)

In 1996 ging het onderzoeksprogramma 'psychische vermoeidheid in de arbeidssituatie (PVA)' van start, dat in 2004 officieel werd beëindigd. Het programma – met meer dan 40 onderzoeksprojecten – heeft een schat aan informatie opgeleverd zoals:

- bijdrage aan de NVAB-richtlijn 'psychische klachten'
- adviezen over preventie van psychische klachten
- instrumenten om eenvoudig en betrouwbaar de diagnose te stellen
- kennis over de prognose van verzuimduur

Om de opbrengsten toegankelijk te maken voor arbo-professionals worden met een reeks artikelen en een website ([www.psychischenwerk.nl](http://www.psychischenwerk.nl)) de resultaten onder de aandacht gebracht.

### Box 2

#### Omschrijving begrippen betrouwbaarheid, validiteit en diagnostische waarden

De *betrouwbaarheid* heeft betrekking op de mate waarin een test onder gelijkblijvende omstandigheden bij dezelfde persoon hetzelfde resultaat oplevert. Twee methoden om dit te bepalen zijn het bepalen van:

- de *interne consistentie*: de mate waarin items van een test onderling samenhangen
- de *test–hertestbetrouwbaarheid*: de mate weer waarin twee testcores bij één persoon in de tijd gelijk zijn.

De *validiteit* gaat over de mate waarin een test meet wat hij beoogt te meten. Onderscheid wordt gemaakt in:

- *convergente validiteit*: sterke samenhang tussen twee tests die hetzelfde construct meten ( $r > 0,50$ )
- *discriminante validiteit*: zwakke samenhang tussen twee tests die verschillende constructen meten ( $r < 0,50$ )

De *diagnostische waarden* gaan over de mate waarin een test een ziekte vast kan stellen en uit kan sluiten:

- de *sensitiviteit* staat voor het percentage zieke werknemers dat ook een positieve testuitslag heeft
- de *specificiteit* staat voor het percentage werknemers zonder ziekte met een negatieve testuitslag
- de *positief voorspellende waarde* geeft aan welk deel van de onderzochte werknemers met een positieve testuitslag daadwerkelijk ziek is
- de *negatief voorspellende waarde* geeft aan welk deel van de onderzochte werknemers met een negatieve testuitslag ook daadwerkelijk niet ziek is

van deze begrippen). Om de diagnostische waarden te bepalen zijn de diagnoses depressie/angststoornis volgens de vragenlijsten vergeleken met de diagnose depressie/angststoornis volgens een gevalideerde 'gouden' standaard. Het betreft het Composite International Diagnostic Interview<sup>11</sup> en de klinische DSM-IV diagnose<sup>12</sup> zoals vastgesteld door een psycholoog of psychiater.

## De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

### Praktische kwaliteit

De 4DKL<sup>6</sup> is door Berend Terluin in de huisartsenpraktijk ontwikkeld. De populaire lijst bestaat uit een distress-, depressie-, angst- en somatisatieschaal. De depressie- en angst-schaal bestaan uit achtereenvolgens zes en twaalf items. De items worden gescoord op een 5-puntsschaal (0–4). Alvorens het berekenen van de schaalscores worden de scores '3' en '4' getransformeerd tot een '2'. Het invullen van de totale 4DKL kost ongeveer 10 min. Hogere scores wijzen op meer klachten. Volgens Terluin is er een reële kans op depressie bij een score hoger dan 4 op de depressieschaal. Bij een score hoger dan 8 op de angstschaal is er volgens Terluin een kans op het bestaan van een angststoornis. De 4DKL is gratis (zie [www.datec.nl/4dkl/index.html](http://www.datec.nl/4dkl/index.html)). Informatie kan worden verkregen bij Berend Terluin ([b.terluin@vumc.nl](mailto:b.terluin@vumc.nl)).

### Technische kwaliteit

De 4DKL wordt regelmatig gebruikt in de bedrijfsgezondheidszorg. Door Terluin zelf zijn een aantal onderzoeken naar de technische kwaliteit van de 4DKL bij patiënten die de huisarts bezochten, verricht. Binnen de KPN is daarnaast recentelijk door Terluin et al. een grootschalig onderzoek naar de technische eigenschappen van de 4DKL binnen de werkende bevolking verricht.<sup>10</sup> Bij 3852 medewerkers werd de 4DKL afgenomen.

Daarnaast is de 4DKL gedurende een jaar bij een groep van 300 overspannen werknemers afgenomen.<sup>13</sup>

**Betrouwbaarheid** – De 4DKL is betrouwbaar in de werkende bevolking. De depressieschaal heeft een Cronbach's alpha van 0,82; de angstschaal heeft een Cronbach's alpha van 0,79. De test–hertestbetrouwbaarheid van de angstschaal over een periode van 2 maanden en 1 jaar, zoals gemeten in een groep van 300 overspannen werknemers, is achtereenvolgens 0,59 en 0,56. De test–hertestbetrouwbaarheid van de depressieschaal over deze twee periodes is achtereenvolgens 0,54 en 0,45. Dit zijn binnen deze instabiele groep werknemers redelijk goede test–hertestwaarden.

**Validiteit** – In het onderzoek van Terluin et al.<sup>10</sup> is tevens de constructvaliditeit van de 4DKL onder de loep genomen door de angst- en depressieschaal te correleren met schalen die gerelateerde maar verschillende constructen meten zoals vermoeidheid, copingstijl en taakeisen. Uit de analyses blijkt dat de twee schalen zwakke correlaties hebben met de meeste van deze schalen. Deze bevindingen ondersteunen de divergente constructvaliditeit van de 4DKL. De convergente validiteit van de 4DKL is alleen binnen de populatie van huisartsbezoekers onderzocht.<sup>14</sup> Het blijkt dat de convergente validiteit van de angst- en depressieschaal achtereenvolgens goed en acceptabel is.

**Diagnostische waarden** – Door Terluin zijn afkappunten voor het vaststellen van een angststoornis of depressie voorgesteld. De precisie waarmee op basis van deze afkappunten de diagnose angst of depressie kan worden gesteld, is, naar ons weten, niet onderzocht binnen de setting van de bedrijfsgezondheidszorg of werkende bevolking.

## Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

### Praktische kwaliteit

De HADS<sup>7</sup> bestaat uit een depressie- en een angstschaal van beide zeven items die binnen 5 min af te nemen zijn. De items worden beantwoord op een 4-punt Likert-schaal (0–3). Opsomming van de scores kost 1–2 min en resulteert in een score range van 0–21 voor de depressie- en angstschaal. Hoge scores wijzen op meer klachten. Een score tussen 0 en 7 sluit depressie/angststoornis uit. Een score van 8–10 wijst op een *mogelijke* depressie/angststoornis. Een score van 11–21 is indicatief voor een *vermoedelijke* depressie/angststoornis. De HADS en de handleiding zijn kosteloos verkrijgbaar op [www.pspinhoven.nl](http://www.pspinhoven.nl).

### Technische kwaliteit

In een review uit 2002<sup>15</sup> werden 747 HADS-onderzoeken gevonden. Deze onderzoeken laten zien dat de HADS betrouwbaar en valide is in gezonde en patiëntenpopulaties. Binnen de Nederlandse werkende bevolking zijn recentelijk twee HADS-onderzoeken verricht,<sup>4,5</sup> achtereenvolgens bij 8000 actief werkenden en bij 188 werknemers die verzuimen door psychische klachten.

**Betrouwbaarheid** – Uit de twee onderzoeken blijkt dat de betrouwbaarheid van de HADS in de werkende bevolking goed is. De interne consistentie (Cronbach's alpha) ligt tussen de 0,84 en 0,86. De test–hertestcorrelaties, bepaald bij 188 werknemers met een psychische aandoening, zijn over een periode van 3, 6 en 12 maanden achtereenvolgens 0,64, 0,57 en 0,51 voor de angstschaal en 0,73, 0,61 en 0,50 voor de depressieschaal. Omdat psychische klachten in korte tijd kunnen veranderen, lijken deze test–hertestcorrelaties de betrouwbaarheid van de HADS in de bedrijfsgezondheidszorg te ondersteunen.

### Box 3

#### Voorbeelden van items uit de HADS, DASS en 4DKL

##### HADS

Hoe u zich de afgelopen week gevoeld heeft:

	4	3	2	1
Ik raak plotseling in paniek (angst)	inderdaad zeer vaak	tamelijk vaak	soms	helemaal nooit
Ik voel me opgewekt (depressie)	helemaal niet	heel af en toe	soms	meestal

##### DASS

In hoeverre was de onderstaande uitspraak de afgelopen week voor u van toepassing?

(0 = helemaal niet of nooit; 1 = een beetje of soms; 2 = behoorlijk of vaak; 3 = zeer zeker of meestal van toepassing)

	0	1	2	3
Ik voelde me ontzettend angstig (angst)	0	1	2	3
Ik had mijn interesse in zo'n beetje alles verloren (depressie)	0	1	2	3

##### 4DKL

Hebt u de afgelopen week last van of het gevoel dat:

(1 = nee; 2 = soms; 3 = regelmatig; 4 = vaak; 5 = heel vaak of voortdurend)

	1	2	3	4	5
Onbestemde angstgevoelens (angst)	1	2	3	4	5
Dat het leven niet de moeite waard is (depressie)	1	2	3	4	5

**Tabel 1**

Samenvatting van de eigenschappen van de DASS, HADS en 4DKL in de werkende bevolking op basis van Nederlands onderzoek door Nieuwenhuijsen,<sup>5</sup> Andrea,<sup>4</sup> Breninkmeijer<sup>9</sup> en Terluin<sup>10</sup>

	4DKL		HADS		DASS			
	Angst	Depressie	Angst	Depressie	Angst	Depressie		
Aantal items	12	6	7	7	14			
Afnametijd (min)	4	3	3	3	5			
Interne consistentie ( $\alpha$ )	0,90 <sup>a</sup>	0,89 <sup>a</sup>	0,84–0,86	0,84–0,86	0,88			0,94
Test–her-test-betrouwbaarheid	0,59	0,54	0,64	0,73	0,65			0,68
Convergent validiteit (instrument)	0,72 <sup>a</sup> (HADS-A)	0,59 <sup>a</sup> (Zung)	0,66 (DASS-A)	0,75 (DASS-D)	0,66	(HADS-A)	0,75	(HADS-D)
Divergente validiteit (instrument)	-0,14 (UCL-A)	-0,12 (UCL-A)	-0,21 (UCL-A)	-0,20 (UCL-A)	-0,18	(UCL-A)	-0,24	(UCL-A)
Sensitiviteit ('gouden' criterium)	-	-	0,82 (CIDI)	0,96 (CIDI)	0,87–0,92	(DSM/CIDI)	0,81–0,91	(DSM/CIDI)
Specificiteit ('gouden' criterium)	-	-	0,56 (CIDI)	0,40 (CIDI)	0,34–0,40	(DSM/CIDI)	0,43–0,46	(DSM/CIDI)
Positief Predictieve Waarde	-	-	0,40	0,38	0,29			0,33
Negatief Predictieve Waarde	-	-	0,90	0,96	0,95			0,94

*Legenda.* UCL-A = actief probleem oplossen schaal van de Utrechtse Coping Lijst; HADS-A = angstschaal van de HADS; HADS-D = depressieschaal van de HADS; DASS-A = angstschaal van de DASS; DASS-D = depressieschaal van de DASS; 4DKL = 4-Dimensionale Klachtenlijst; de Zung is een depressievragenlijst; CIDI = diagnose vond plaats met een telefonisch interview volgens het Composite International Diagnostic Interview;<sup>11</sup> DSM = diagnose door behandelend psycholoog of psychiater aan de hand DSM-IV criteria.<sup>12</sup>

<sup>a</sup>Deze gegevens zijn verkregen uit onderzoek dat niet in de werkende bevolking, maar bij bezoekers van de huisarts is uitgevoerd

**Validiteit** – De constructvaliditeit van de HADS is goed. In de populatie van 188 werknemers die verzuimen door psychische klachten correleert de HADS sterk met andere bekende vragenlijsten die angst en depressie meten en duidelijk minder sterk met vragenlijsten die gerelateerde maar andere constructen meten.<sup>5</sup>

**Diagnostische waarden** – Met behulp van secundaire analyses op data uit het onderzoek van Nieuwenhuijsen<sup>5</sup> zijn de diagnostische waarden van de HADS bij de voorgestelde afkappunten 8 (mogelijke angststoornis/depressie) en 11 (vermoedelijke angststoornis/depressie) bepaald (tabel 1 vermeldt alleen de diagnostische waarden bij afkappunt 8). Bij het afkappunt 8 blijkt 82% van de werknemers met een angststoornis als zodanig door de HADS herkend te worden (sensitiviteit bij afkappunt 8 = 82%). Van de werknemers zonder angststoornis wordt 56% als zodanig herkend (specificiteit bij afkappunt 8 = 56%). Voor de depressieschaal is de sensitiviteit en specificiteit bij afkappunt 8 achtereenvolgens 96% en 40%. De positieve predictieve waarde van de HADS's bij afkappunt 8 ligt tussen de 38% en 40%. De negatieve predictieve waarde van de schalen ligt tussen de 90% en 96%. Wanneer het afkappunt van de HADS's wordt verhoogd naar 11 veranderen de diagnostische waarden. De sensitiviteit en specificiteit van de angstschaal zijn achtereenvolgens 53% en 73%. De sensitiviteit en specificiteit van de depressieschaal zijn achtereenvolgens 77% en 70%. De positieve predictieve waarde van de HADS's bij afkappunt 11 ligt tussen de 34% en 43%. De negatieve predictieve waarde van de schalen bij afkappunt 11 ligt tussen de 85% en 91%.

## Depressie Angst Stress Schaal (DASS)

### Praktische kwaliteit

De depressie- en angstschaal van de DASS<sup>8</sup> bestaan beide uit veertien items. Daarnaast bestaat er een verkorte DASS-21 met zeven items per schaal. Afnametekst kost 5–10 min. De items worden gescoord op een 4-punt Likert-schaal. De schaalcores worden berekend door de scores per item op te tellen. De range van elke subschaal loopt dus van 0–42. Hogere DASS-scores wijzen op meer klachten. Voor de screening van angst en depressie wordt een afkappunt van 12 voor de depressieschaal en 5 voor de angstschaal gebruikt. De DASS en meer informatie is verkrijgbaar bij Edwin de Beurs (E.de.Beurs@umail.LeidenUniv.nl).

### Technische kwaliteit

Recentelijk zijn twee onderzoeken<sup>5,9</sup> naar de DASS bij Nederlandse werknemers verricht. Het eerste onderzoek betreft de al beschreven studie onder 188 werknemers die verzuimen door psychische klachten. In het tweede onderzoek zijn DASS-data van gezonde ondernemers ( $n = 501$ ) en door psychische klachten verzuimende ondernemers ( $n = 153$ ), werknemers die verzuimen door psychische klachten ( $n = 192$ ) en patiënten uit een polikliniek psychiatrie ( $n = 173$ ) samengevoegd en geanalyseerd ( $n$  totaal = 909).

**Betrouwbaarheid** – De onderzoeken laten zien dat de angst- en depressieschaal van de DASS betrouwbaar zijn. Cronbach's alpha ligt tussen de 0,88 en 0,94 en de test–her-testbetrouwbaarheid over 3, 6 en 12 maanden is achtereenvolgens 0,65, 0,50 en 0,44

voor de angstschaal en 0,68, 0,52 en 0,45 voor de depressieschaal.

*Validiteit* – De convergente validiteit van de DASS is goed. In de populatie van werknemers die verzuimen door psychische klachten, correleert de DASS sterk met andere bekende vragenlijsten die angst en depressie meten. Daarnaast worden lage correlaties gevonden met schalen die gerelateerde maar andere constructen meten (divergente validiteit).

*Diagnostische waarden* – Van de verzuimende werknemers met een angststoornis uit het onderzoek van Nieuwenhuijsen et al.<sup>5</sup> wordt 92% als zodanig door de DASS herkend (sensitiviteit bij afkappunt 5 = 92%). Van de werknemers zonder angststoornis wordt 40% als zodanig herkend (specificiteit bij afkappunt 5 = 40%). De sensitiviteit en specificiteit van de depressieschaal bij het afkappunt 12 zijn achtereenvolgens 91% en 46%. De positieve predictieve waarde van de schalen bij deze afkappunten is 29% voor de angstschaal en 33% voor de depressieschaal. De negatieve predictieve waarden zijn 95% en 94% voor achtereenvolgens de angstschaal en de depressieschaal. Het onderzoek van Brenninkmeijer et al.<sup>9</sup> bevestigt Nieuwenhuijsen. In dit onderzoek zijn de sensitiviteit en specificiteit van de angstschaal achtereenvolgens 87% en 34% en van de depressieschaal achtereenvolgens 81% en 43%.

## Beschouwing

Dit artikel gaat over het vaststellen en uitsluiten van angststoornissen of depressie. Het belang hiervan werd beargumenteerd door te wijzen op de ernst en het vóórkomen van deze psychische aandoeningen. Het is belangrijk te benadrukken dat de diagnostiek bij psychische aandoeningen niet alleen het vaststellen en uitsluiten van psychopathologie behelst. Ook de beschrijvende diagnostiek, waarin verzuimoorzaken en vooral bemerkingen voor werkhervatting worden geïnventariseerd, is een belangrijk onderdeel. Het volgende TBV-artikel beschrijft de PVA-kennis hierover.<sup>16</sup>

Een tweede kanttekening betreft het klinisch nut van de beschreven vragenlijsten. Het dient benadrukt te worden dat gebruik van de HADS, DASS en 4DKL de bedrijfsarts niet alleen kan ondersteunen in de eerstelijnsclassificatie van psychische aandoeningen. De lijsten kunnen ook gebruikt worden voor het volgen van het ziektebeloop en het evalueren van interventies. Ervaring uit de praktijk leert dat depressies en angststoornissen zich regelmatig ontwikkelen in de loop van een aandoening zoals overspanning. Een ander voordeel in dit verband is tijdsparing doordat andere arboprofessionals dan de bedrijfsarts de vragenlijsten kunnen afnemen en kunnen scoren.

## Conclusie

De angst- en depressieschalen van de HADS, DASS en 4DKL zijn korte zelf-invol vragenlijsten. Hierdoor kan een werknemer met psychische klachten in korte tijd, bijvoorbeeld vóór of na een consult, de lijst invullen. Voor wat betreft de scoring van de lijsten lijken de DASS en vooral de HADS een streepje voor te hebben. De DASS en HADS zijn snel (1–2 min) en eenvoudig te scoren. Voor de scoring van de 4DKL moeten eerst de scores op de afzonderlijke items worden getransformeerd. Daarna kunnen de scores worden opgeteld.

De DASS, de HADS en de 4DKL meten op betrouwbare en valide wijze angst en depressie bij werknemers. Vanuit psychometrisch opzicht kunnen deze drie lijsten zonder probleem in de bedrijfsgezondheidszorg gebruikt worden. Ten aanzien van de diagnostische waarden blijkt dat de sensitiviteit en negatieve predictieve waarden van de HADS bij afkappunt 8 en de DASS hoog zijn. De specificiteit en positieve predictieve waarde van de HADS (bij afkappunt 8) en de DASS zijn echter laag. Doordat gegevens over de diagnostische waarden van de 4DKL binnen de beroepsbevolking niet gevonden zijn, kunnen hierover geen uitspraken worden gedaan.

De implicatie van deze resultaten voor de bedrijfsarts is tweeledig. Bij een werknemer met een *positieve testscore* op de HADS bij afkappunt 8 of de DASS zal de bedrijfsarts de diagnose moeten bevestigen, bijvoorbeeld met een interview of door een psycholoog. De kans dat onterecht de diagnose angst of depressie wordt gesteld, is immers groot. Bij een werknemer met een *negatieve testscore* op de HADS bij afkappunt 8 of de DASS kan de bedrijfsarts ervan uitgaan dat er geen sprake is van angst en/of depressie. Doorverwijzing is dan niet noodzakelijk. Conclusie: de HADS bij afkappunt 8 en de DASS zijn geschikt om een angststoornis of depressie uit te sluiten, maar ongeschikt om deze aandoeningen vast te stellen.

## Literatuur

1. Klink JJJ van der, Blonk RWB, Schene AH, et al. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003; 60: 429–437.
2. Nieuwenhuijsen K. Employees with common mental disorders: from diagnosis to return to work [Proefschrift]. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid (AMC/UvA), 2004.
3. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB). Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Geautoriseerde richtlijn 28 januari 2000. Eindhoven: NVAB, 2000.
4. Andrea H. Fatigue and mental health problems in the working population: descriptives and associations with consulting a physician [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2003.
5. Nieuwenhuijsen K, Boer AGEM de, Verbeek JHAM,

- et al. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occup Environ Med* 2003; 60 (supplement): 77-82.
6. Terluin B. De Vierdimensionaleklachtenlijst (4DKL): een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wetenschap* 1996; 39: 538-547.
  7. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
  8. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation, 1995.
  9. Brenninkmeijer V, Bennenbroek FTC, Blonk RWB, et al. Het discriminerend vermogen van de dass-42 en de dass-21. *Gedrag en Organisatie* (in druk).
  10. Terluin B, Rhenen W van, Schaufeli W, et al. The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. *Work Stress* 2004; 18: 187-207.
  11. WHO (World Health Organization). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, version 2.1. Genève: WHO, 1997.
  12. American Psychological Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA, 1994.
  13. Rhenen W van, Blonk RWB, Klink JJJ van der, et al. The effect of a cognitive and a physical focused stress reducing program on psychological complaints. *Int Arch Occup Environ Health* (aangeboden voor publicatie).
  14. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4-dkl) in de huisartsenpraktijk; psychodiagnostisch gereedschap. *Psycholoog* 1998; 33: 18-24.
  15. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52: 69-77.
  16. Croon EM de, Hugenholtz NIR, Nieuwenhuijsen K, Dijk FJH van. Prognose van verzuimduur bij psychische aandoeningen. *Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde* 2005; geaccepteerd.

#### Dankwoord

Wij danken Willem van Rhenen en Berend Terluin voor het aanleveren van aanvullende nog ongepubliceerde gegevens voor dit artikel.

#### Personalia

Einar de Croon, Karen Nieuwenhuijsen, Nathalie Hugenholtz en Frank van Dijk werken bij het Coronel Instituut voor Arbeid Milieu en Gezondheid, AmCOGG Amsterdams Centrum Onderzoek naar Gezondheid en Gezondheidszorg, Academisch Medisch Centrum/ Universiteit van Amsterdam, Amsterdam. Einar M. de Croon werkt thans bij De Onderzoeksraad voor Veiligheid in Den Haag. (e.decroon@onderzoeksraad.nl).

#### Correspondentieadres

Karen Nieuwenhuijsen, Coronel Instituut voor Arbeid Milieu en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.  
E-mail: k.nieuwenhuijsen@amc.uva.nl.

## NIEUWS

### Inspectie gaat onderzoeken openbaar maken

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal op termijn alle rapporten via de site [www.igz.nl](http://www.igz.nl) openbaar maken. De inspectie zal ook gegevens over individuele instellingen en beroepsbeoefenaren openbaar maken. Dat schrijft minister Hoogervorst in een brief aan de Kamer. Uitgangspunt is dat de definitieve inspectierapporten die de IGZ aan de instellingen zendt ook beschikbaar moeten zijn voor de burger. Alle thematische toezichtrapporten die na 1 januari van dit jaar in gang zijn gezet, zullen openbaar worden gemaakt. Inspecties die eerder begonnen, worden 'zo mogelijk' openbaar gemaakt. Dit hangt af van de afspraken die met partijen zijn gemaakt. Vanaf 1 januari 2006 zullen ook alle rapporten naar aanleiding van algemeen (preventief) toezicht openbaar worden gemaakt. Vanwege de mogelijke nadelige gevolgen van het openbaren van gegevens houdt de IGZ enkele maatregelen in acht. De te onderzoeken instelling of beroepsbeoefenaar wordt vooraf geïnformeerd en krijgt de kans te reageren en feitelijke onjuistheden te corrigeren. Daarna wordt het rapport vastgesteld en na 3 weken openbaar gemaakt.

Bron: *MedNet/VWS*; 4 maart 2005

### BOA-Branchemonitor: steeds meer aandacht voor preventie van verzuim

'De aandacht van bedrijven is aan het verschuiven van verzuimbegeleiding naar het voorkomen van ziekteverzuim. Steeds meer signalen wijzen daarop.' Dat zegt Ton Schoenmaeckers, directeur van de Brancheorganisatie Arbodiensten, BOA, naar aanleiding van het verschijnen van de tweede editie van de BOA-branchemonitor. Uit de Branchemonitor blijkt dat bedrijven in het tweede kwartaal van 2004 voor 3% meer preventieadvies, keuringen en trainingen inkochten bij arbodiensten dan in hetzelfde kwartaal van 2003. Dienstverlening op het gebied van preventie is daarmee goed voor ruim een vijfde deel van de omzet van arbodiensten.

'Het merendeel van de bedrijven heeft de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in het opzetten van een verzuimbeleid en het maken van afspraken met hun arbodienst,' zegt Schoenmaeckers. 'Er heeft een heuse cultuuromslag plaatsgevonden die veel heeft bijgedragen aan de verzuimdaling van de laatste jaren. Nu de verzuimbegeleiding op de rails staat, gaan bedrijven kijken hoe kan worden voorkomen dat werknemers überhaupt uitvallen.'

Bron: *BOA*; 17 februari 2005