

Wat zijn de Kenmerken van een Depressie bij Individuen met een Lichte Verstandelijke Beperking en welk Meetinstrument is Geschikt om Depressie bij deze Doelgroep te meten?

Cindy D. van der Zanden

294245

Masterthesis

Vanuit zorginstelling Lunet zorg

Begeleider: dr. J. G. M. Scheirs

Tweede beoordelaar: dr. M. J. A. Feltzer

Klinische Kinder- en Jeugdpsychologie, Tilburg University

juni 2016

Samenvatting - Nederlands

In dit onderzoek is de prevalentie van depressieve symptomen onderzocht bij individuen met een lichte verstandelijke beperking wonend bij Lunet zorg. Daarbij is gekeken of de vertaalde versie van de Glasgow Depression Scale (GDS), depressieve symptomen beter voorspelt bij deze doelgroep dan de momenteel in gebruik zijnde Beck Depression Inventory (BDI). Ook er is gekeken of er verschil zit in de rapportage van affectieve, cognitieve en fysieke symptomen. Door de Signaalijst Depressie voor Zwakzinnigen (SDZ) als gouden standaard te gebruiken, is onderzocht of de GDS depressie beter voorspelt bij deze doelgroep dan de BDI. Door de 'taken at face value' methode zijn alle items verdeeld in affectieve, cognitieve en fysieke symptomen en is onderzocht welke hiervan het meeste gerapporteerd worden. Resultaten uit de studie laten zien dat volgens de BDI 50%, volgens de GDS 54.55% en volgens de SDZ 31.81% van de participanten de diagnose depressie zouden krijgen. Er zijn geen significante correlaties tussen de SDZ en de BDI en tussen de SDZ en de GDS. Concluderend laat deze studie zien dat er opmerkelijk meer cliënten zijn die depressieve symptomen laten zien dan momenteel bekend is binnen Lunet zorg. Daarbij is de GDS geen betere voorspeller van depressie bij individuen met een lichte verstandelijke beperking dan de BDI. Fysieke symptomen worden het meest gerapporteerd door participanten en affectieve symptomen door de begeleiding.

Kernwoorden: lichte verstandelijke beperking, depressieve symptomen, meetinstrumenten

Abstract - English

This present study investigated the prevalence of depressive symptoms in a sample of people with a mild intellectual disability living at Lunet zorg. The Glasgow Depression Scale (GDS) has been translated to Dutch, to see whether it is a better predictor of depression for this target group than the temporary used Beck Depression Inventory (BDI). This study also investigated the differences in reporting affective, cognitive and physical symptoms. Using the Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen (SDZ) as a golden standard, this study researched whether the GDS is a better predictor of depression than the BDI. Using the 'taken at face value' method, all the items have been divided into affective, cognitive and physical symptoms to investigate what symptoms have been reported most. Results show that according to the BDI 50%, according to the GDS 54.55% and according to the SDZ 31.81% of the participants would be diagnosed with a depression. Concluding, remarkably more participants show depressive symptoms than is momentarily known at Lunet zorg. The GDS is not a better predictor of depression for people with a mild mental disability than de BDI. Participants mostly report physical symptoms, while healthcare providers mostly report affective symptoms.

Keywords: mild intellectual disability, depression symptoms, measuring instruments

Depressieve Symptomen bij Individuen met een Lichte Verstandelijke Beperking en hiervoor Geschikte Meetinstrumenten

Deze studie is uitgevoerd ten behoeve van een onderzoeksvraag vanuit zorginstelling Lunet zorg. Lunet zorg ondersteunt individuen met een verstandelijke beperking, die op bijna 100 locaties wonen in de regio Zuidoost-Brabant. In Nederland leven naar schatting tenminste 55.000 mensen met een lichte verstandelijke beperking ($50 < IQ < 70$) en nog eens 1,3 miljoen met zwakbegaafdheid ($70 < IQ < 85$) (Ras, Woittiez, Kempen, & Sadiraj, 2010). Een lichte verstandelijke beperking wordt gedefinieerd als twee standaarddeviaties onder het gemiddeld IQ: een IQ van 70 en lager (Evenhuis, 2011). Een lichte verstandelijke beperking wordt gekarakteriseerd door een tekort aan algemene mentale capaciteiten, zoals redeneren, probleemoplossend vermogen, plannen, abstract denken, oordelen, academisch leren en leren van ervaringen. Dit resulteert in een handicap van het adaptief functioneren, zodat een individu de standaarden van persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid op meerdere aspecten van het leven niet haalt (American Psychiatric Association, 2013).

Er is gesteld dat individuen met een lichte verstandelijke beperking beschermd zijn tegen intellectuele en psychologische stress doordat zij door hun beperking minder vatbaar zijn voor psychologische stoornissen. Echter heeft onderzoek bewezen dat individuen met een lichte verstandelijke beperking kwetsbaarder zijn voor psychosociale stress en daarom juist eerder psychologische symptomatologie ontwikkelen (Deb, Thomas & Bright, 2001). Recent onderzoek bevestigt dat individuen met een lichte verstandelijke beperking een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van mentale problemen: meer dan een derde van de volwassenen met een lichte verstandelijke beperking voldoet aan de criteria van een psychiatrische stoornis (Mileviciute & Hartley, 2015). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat tussen 2,2% en 8,9% van de individuen met een lichte verstandelijke beperking te kampen

heeft met een depressieve stoornis (Deb et al. 2001), wat het onderzoeken van depressieve symptomen in deze populatie belangrijk maakt.

Depressie

Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door de symptomen slaapstoornis, verlies van energie, problemen met denken, gedachtes over suïcide, gevoelens van waardeloosheid, verminderde interesse en plezier in activiteiten, gewichtsverandering en psychomotorische achteruitgang (American Psychiatric Association, 2013). Er is weinig onderzoek gedaan naar depressieve stoornissen onder individuen met een lichte verstandelijke beperking (Hermans, Beekman & Evenhuis, 2012). In de algemene bevolking in Nederland wordt 5% gediagnosticeerd met een depressie (Van Lin, Laurent & Pijnenborg, 2005). Individuen met een lichamelijke beperking worden vaker gediagnosticeerd met een depressie met een prevalentie van 15% (Turner & Noh, 1988).

De onderzoeksvraag die in deze studie is onderzocht is wat de prevalentie is van depressieve symptomen onder de cliënten van Lunet zorg, vergeleken met die van de algemene bevolking en individuen met een lichamelijke beperking. De verwachting was dat individuen met een lichte verstandelijke beperking hoger scoren op het hebben van depressieve symptomen dan de algemene bevolking.

Meetinstrumenten

Cliënten van Lunet zorg wonen op instellingsterreinen of speciale woonlocaties in wijken, waardoor zij dagelijkse begeleiding krijgen onder het toezicht van een gedragsdeskundige. Er is professioneel toezicht op cliënten, maar dossieronderzoek binnen Lunet zorg wijst uit dat de diagnose depressieve stoornis weinig gesteld wordt. Een verklaring hiervoor kan liggen in de moeilijkheid om depressie te identificeren bij individuen met een lichte verstandelijke beperking. Om een depressie vast te stellen bij individuen zonder verstandelijke beperking wordt vaak gebruik gemaakt van zelf-rapportages. Op dit moment

wordt er bij Lunet zorg gebruik gemaakt van de zelf-rapportagelijst Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer & Garbin, 1998), die betrouwbaar en valide is voor het meten van depressieve symptomen onder de algemene bevolking, maar die niet bewezen valide is voor individuen met een lichte verstandelijke beperking (Van der Does, 2002). Zelf-rapportage kan voor mensen met een lichte verstandelijke beperking erg moeilijk zijn door de verminderde intellectuele vaardigheden die zij bezitten. Hierdoor is het belangrijk om vragenlijsten te ontwikkelen die aansluiten bij het intellectuele niveau van individuen met een lichte verstandelijke beperking. Lunet zorg is in het bezit van een vragenlijst die aansluit bij het intellectuele niveau, namelijk de Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen (SDZ; Roeden, 1998). De SDZ is echter een informant-rapportage vragenlijst. Hermans (2012) geeft aan dat zelf-rapportage de voorkeur geniet, omdat dit de mogelijkheid biedt om vragen te stellen over cognities en gevoelens, terwijl informant-rapportage alleen vragen stelt over observeerbaar gedrag. Hierdoor is er vooral een discrepantie van de frequentie en ernst van de affectieve en cognitieve symptomen tussen zelf-rapportage en informant-rapportage (Hermans, 2012). Dit zou in deze populatie verklaard kunnen worden doordat cliënten moeilijkheden hebben met het beschrijven van symptomen, waardoor informanten deze symptomen niet herkennen (Mileviciute & Hartley, 2015).

Om deze reden is het belangrijk om naast de informant-rapportagevragenlijst gericht op individuen met een lichte verstandelijke beperking, de SDZ, een zelf-rapportagevragenlijst te gebruiken die ook specifiek gericht is op individuen met een verstandelijke beperking. Een veelbelovende zelf-rapportagevragenlijst die al bestaat is de Glasgow Depression Inventory for People with Learning Disabilities (GDS; Mindham & Espie, 2003). Het taalgebruik in deze vragenlijst sluit goed aan bij het intellectuele niveau van de doelgroep. Het voornaamste voordeel van deze vragenlijst is dat er visuele verwijzers gebruikt worden. Visuele verwijzers, zoals pictogrammen en foto's, worden gebruikt om boodschappen duidelijk te maken aan

cliënten, omdat verbale communicatie vaak lastig te begrijpen is voor individuen met een lichte verstandelijke beperking (Vandoorne, 2010). Het nadeel van deze vragenlijst is dat er enkel een Engelse versie bestaat. In deze studie is de GDS daarom vertaald worden naar het Nederlands, waarna deze gebruikt is om de prevalentie van depressie bij individuen met een lichte verstandelijke beperking te meten onder de cliënten van Lunet zorg. Er wordt verwacht dat de GDS een nauwkeurigere voorspelling van depressieve symptomen geeft bij individuen met een lichte verstandelijke beperking dan de BDI. Dit is onderzocht door middel van het gebruik van de SDZ als gouden standaard. De SDZ is een informant-rapportagevragenlijst in de Nederlandse taal met een uitstekende betrouwbaarheid en validiteit, bedoeld om depressie te meten bij individuen met een lichte verstandelijke beperking.

Affectieve, cognitieve en fysieke symptomen

Naast de moeilijkheden rondom de rapportage hebben verschillende studies aangetoond dat er verschillen zijn in hoe depressiviteit naar voren komt bij individuen met een lichte verstandelijke beperking (Foley et al., 2015). Symptomen van depressie kunnen onderverdeeld worden in verschillende domeinen, namelijk affectieve, cognitieve en fysieke symptomen (Mileviciute & Hartley, 2015). Echter zijn de depressieve symptomen die beschreven staan in diagnostische handleidingen, zoals de DSM, niet altijd te identificeren bij individuen met een lichte verstandelijke beperking. Zo kan het zijn dat cognitieve symptomen, zoals verlies van vertrouwen en een onredelijk schuldgevoel, zich niet op dezelfde manier uiten bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Aan de andere kant zijn er ook fysieke symptomen, zoals bepaalde expressies van irritaties, die wel een weergave kunnen zijn van een depressie, maar die niet in standaard diagnostische handleidingen staan beschreven (Hermans & Evenhuis, 2010). Eerdere studies naar depressieve symptomen bij individuen met een lichte verstandelijke beperking hebben vooral onderzoek gedaan naar individuen met het Downsyndroom. Daarin is geconcludeerd dat de algemene depressieve

symptomen moeite met denken, gedachtes over suïcide en gevoelens van waardeloosheid moeilijk te diagnosticeren zijn, omdat deze er niet zijn of omdat individuen met een lichte verstandelijke beperking de capaciteiten niet hebben om deze cognitieve en affectieve symptomen te uiten (McBrien, 2003). Daarnaast spelen de symptomen mutisme, huilen en zich terugtrekken een rol op de voorgrond bij individuen met een lichte verstandelijke beperking, omdat deze fysieke symptomen goed te uiten zijn en goed te identificeren zijn door zorgdragers (Lunsky, Emery & Benson, 2002). De hypothese die hieruit voortvloeit, is dat individuen met een lichte verstandelijke beperking hoog scoren op fysieke symptomen en laag op affectieve en cognitieve symptomen.

De huidige studie

Het doel van dit onderzoek is om de depressieve symptomen bij individuen met een lichte verstandelijke beperking in kaart te brengen en de prevalentie van depressieve stoornis in deze doelgroep te bepalen. Om dit te onderzoeken zijn er in deze studie drie vragenlijsten afgenomen. De BDI is afgenomen om te kijken wat de prevalentie is van depressiviteit onder de doelgroep individuen met een lichte verstandelijke beperking die in zorg zijn bij Lunet zorg. De Nederlandse vertaling van de GDS is afgenomen met de hypothese dat deze een betere voorspelling geeft van depressieve stoornis onder de doelgroep individuen met een lichte verstandelijke beperking die in zorg zijn bij Lunet zorg. Als laatste wordt de SDZ afgenomen. Die dient als gouden standaard bij het vergelijken van de BDI en de GDS. De prevalentie van alle drie de vragenlijsten is vergeleken met de prevalentie in de algemene bevolking en met individuen met een lichamelijke beperking. Vervolgens is getoetst of de GDS werkelijk beter een depressieve stoornis voorspelt dan de BDI en of er nog demografische variabelen zijn, zoals leeftijd en geslacht, die depressie kunnen voorspellen bij individuen met een lichte verstandelijke beperking. Met betrekking tot geslacht wordt er een geslachtsverschil verwacht, waarbij vrouwen een hogere prevalentie van een depressieve

stoornis tonen dan mannen (Weissman & Klerman, 1977). Als laatste is er onderzoek gedaan worden naar het verschil in rapportage van fysieke, cognitieve en affectieve symptomen, met de verwachting dat fysieke symptomen het meest gerapporteerd worden.

Methode

Participanten

Een totaal van 22 participanten hebben deelgenomen aan deze studie. Dit betreft individuen met een lichte verstandelijke beperking, met een IQ tussen 50 en 70, van zowel instellingsterreinen als woningen in de wijk. Zij hebben twee vragenlijsten ingevuld, de BDI en de GDS. Naast de cliënten heeft ook de begeleiding deelgenomen aan deze studie. Zij hebben de informant-rapportagelijst, de SDZ, ingevuld.

Instrumenten

Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Steer & Garbin, 1998). Door middel van de Beck Depression Inventory is er gescreend op het hebben van depressieve symptomen. De betrouwbaarheid van de BDI is goed, de begripsvaliditeit wordt als voldoende beoordeeld en de criteriumvaliditeit wordt als onvoldoende beoordeeld, omdat hier te weinig onderzoek naar gedaan is (Egberink, Janssen, & Vermeulen, 2009-2014). De BDI bestaat uit 21 items met elk 4 uitspraken waarbij van de participant wordt verwacht dat hij de uitspraken aandachtig doorleest en vervolgens de uitspraak kiest die het beste weergeeft hoe de participant zich de afgelopen week, met vandaag erbij, gevoeld heeft. Een voorbeeld van een item is: 'Ik neem nu nog net zo gemakkelijk beslissingen als vroeger' = 0, 'Ik stel het nemen van beslissingen meer uit dan vroeger' = 1, 'Ik heb meer moeite met het nemen van beslissingen' = 2, 'Ik kan helemaal geen beslissingen meer nemen' = 3. Vervolgens wordt het cijfer achter de uitspraak genoteerd in het scorevakje. De eindscore bestaat uit een som van de scores op alle items, met 0 als laagste score en 63 als hoogste score. In de klinische praktijk indiceert een score <10 geen of minimale depressie, een score van 10-18 een milde depressie, een score van 19-29 een

matige depressie en een score van 30-63 een ernstige depressie (Beck et al., 1998). Volgens Taylor, Lichstein, Durrence, Reidel en Bush (2005) kan de cut-off grens voor een klinisch significante depressie getrokken worden bij een score van 18 of hoger. De prevalentie binnen de algemene bevolking in Nederland met een klinisch significante score op depressieve symptomen, gemeten door de BDI, is 5% (Van Lin et al. 2005).

Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability (GDS) (Mindham, & Espie, 2003).

Door middel van de Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability zijn participanten gescreend op het hebben van depressieve symptomen. De vragenlijst correleert met de BDI ($r = .88$) en heeft een goede interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .90$). De cut-off score leverde 96% sensitiviteit en 90% specificiteit op (Cuthill, Espie & Cooper, 2003). De vragenlijst is vertaald worden naar het Nederlands (zie procedure). De GDS stelt 20 vragen met betrekking tot depressieve symptomen in de afgelopen week. Een voorbeeldvraag is: 'In de afgelopen week: Heb je je verdrietig gevoeld? Heb je je van streek, depressief, ellendig, opgefokt, of slecht gevoeld?' Ter verduidelijking worden er nog synoniemen gegeven voor verdrietig zijn en staat er als visuele verwijzing een verdrietig gezicht bij. Vervolgens kan de participant antwoorden met 'nee'= 0, 'soms'= 1 en 'heel vaak'= 2. De eindscore bestaat uit een som van de scores op alle items, met 0 als laagste score en met 40 als hoogste score. In de klinische praktijk indiceert een score van 13 of hoger een depressie.

Signaallijst Depressie voor verstandelijk beperkte mensen (SDZ) (Roeden, 1989).

Door middel van de Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen is er bij participanten gescreend op het hebben van depressieve symptomen. De SDZ is een vragenlijst die ontwikkeld is om bij mensen met een verstandelijke handicap snel een depressie te diagnosticeren (Kraijer & Plas, 2006). De vragenlijst bestaat uit 18 items gericht op de periode 6 weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Er zijn per item vier

antwoordmogelijkheden, namelijk ‘zelden/nooit’, ‘soms’, ‘geregeld’ of ‘vaak’. Vier items hebben de antwoordmogelijkheden ‘nee’, ‘licht’, ‘matig’ of ‘ernstig’ en één item heeft de antwoordmogelijkheden ‘nee’, ‘enigszins’, ‘nogal’ of ‘veel’. Aan de antwoorden worden scores van 1, 2, 3 of 4 toegekend, wat inhoudt dat er minimaal 18 en maximaal 72 punten te behalen zijn. Een score vanaf 30 wordt beschouwd als “een indicatie voor verder onderzoek”. Een voorbeelditem is ‘Slaapt minder dan gewoonlijk (is ’s nachts onrustig of wakker, kan moeilijk in slaap komen, is ’s morgens vroeg wakker)’, met de antwoordmogelijkheden ‘zelden/nooit’, ‘soms’, ‘geregeld’ en ‘vaak’. De vragenlijst wordt door een begeleider ingevuld. De SDZ-afname duurt slechts 5-10 minuten, wat het eenvoudig maakt om begeleiders te motiveren met het onderzoek mee te doen (Siefke, 2011). De SDZ-resultaten voor de test-hertest betrouwbaarheid (ICC = .93) en de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC = .85) zijn uitstekend.

Procedure

Deze studie werd uitgevoerd vanuit een onderzoeksvraag vanuit zorginstelling Lunet zorg te Zuidoost-Brabant. Er is contact opgenomen met mevrouw J. Vermeulen, programmaleider onderzoek en ontwikkeling zorg binnen Lunet zorg, om toestemming te vragen dit onderzoek binnen de instelling te gaan starten.

Het vertalen van de GDS is gedaan volgens de procedure beschreven door Van de Vijver & Hambleton (1996). Drie verschillende individuen hebben onafhankelijk de GDS vertaald naar het Nederlands, waarna in overleg consensus bereikt is over de definitieve versie. Om bias tegen te gaan heeft een vierde individu, met als moedertaal Engels, de vragenlijst terugvertaald naar het Engels. De bewoording voor alle vragen kwam goed overeen waarna de vragenlijst toegevoegd is aan de testbatterij bestaande uit de BDI, de SDZ en nog enkele losse vragen over geslacht en leeftijd (Bijlage 1).

Gedragsdeskundigen en begeleiders van de cliënten zijn benaderd met de vraag of zij en hun cliënten wilden participeren in het onderzoek. Zowel begeleiding als cliënten en indien nodig vertegenwoordigers hebben een toestemmingsformulier moeten tekenen voordat zij konden participeren aan het onderzoek (Bijlage 2). Er is geen beloning gegeven voor de participatie. De vragenlijsten zijn afgenomen door de onderzoeker in de woningen van de cliënten. Een vereiste voor de deelnemende begeleiding was dat zij minimaal 6 maanden met de cliënt gewerkt hebben en hen minimaal eenmaal per week zien.

Statistische Analyses

Alle analyses zijn uitgevoerd door middel van SPSS 19. Allereerst is er beschrijvende statistiek uitgevoerd die de prevalentie van een depressieve stoornis bij individuen met een lichte verstandelijke beperking heeft vergeleken met de prevalentie in de algehele populatie en prevalentie van individuen met een lichamelijke beperking. De gemiddelden van de scores per vragenlijst zijn uitgerekend. De prevalentie van de vragenlijsten is berekend door het aantal cases te selecteren die boven de klinische cut-off grens scoren per vragenlijst, waarna uit deze dataset is afgelezen hoeveel cases de klinische diagnose depressie zouden krijgen. Dit aantal cases is vervolgens omgezet naar percentages waardoor prevalenties onderling vergeleken zijn met de algemene populatie en individuen met een lichamelijke beperking. Er is specifiek gekeken naar de prevalentie van depressie volgens de BDI in de algemene populatie en bij individuen met een lichte verstandelijke beperking. Deze percentages zijn vergeleken door het gebruik van de formule voor het toetsen van proporties (Hinkle, Wiersma & Jurs, 2003). De nulhypothese ($H_0: P = .05$) is getoetst tegen de alternatieve hypothese ($H_1: P > .05$). De kritieke waarde voor $\alpha = .05$ is 1.96. Het betrouwbaarheidsinterval is berekend door de formule (Hinkle et al., 2003): $CI-95 = p \pm 1.96 (Sp)$.

Door middel van toetsende statistiek zijn vervolgens correlaties in kaart gebracht, welke de onderlinge relaties tussen de vragenlijsten hebben laten zien. Door middel van een

multipele regressieanalyse en met de SDZ als afhankelijke variabele, is geanalyseerd in welke mate de BDI, de GDS, leeftijd en geslacht de SDZ voorspellen.

Als laatste is onderzocht of individuen met een lichte verstandelijke beperking significant hoger scoorden op fysieke symptomen dan op affectieve en cognitieve symptomen. Om dit te kunnen analyseren zijn er groepen gevormd door middel van de ‘taken at face value’ methode, wat inhoudt dat de items van de GDS beoordeeld en gegroepeerd zijn op basis van hoe de eigenschappen van het item ogen (Bijlage 3). De variabelen zijn onderverdeeld in drie factoren: affectieve, cognitieve en fysieke symptomen. Vervolgens zijn deze gelabeld en is er per groep een nieuwe variabele aangemaakt. Van deze variabelen zijn z-scores gemaakt zodat zij vervolgens door middel van een 2x2 ANOVA met repeated measures getoetst konden worden op significante verschillen in de rapportage van symptomen.

Resultaten

Analyse vraag 1: wat is de prevalentie van depressieve symptomen onder de cliënten van Lunet zorg? Statistiek wijst uit dat de prevalentie van depressie onder de participanten verschilt per vragenlijst (Tabel 1). De prevalentie van de diagnose depressie door middel van de afname van de GDS is 54.55%, door middel van afname van de BDI 50% en door middel van de afname van de SDZ 31.81%. De prevalentie van de diagnose depressie bij individuen met een lichte verstandelijke beperking vastgesteld door alle drie de vragenlijsten is 22.72%. Hierna is specifiek onderzoek gedaan naar verschillen in prevalentie van de diagnose depressie van individuen met een lichte verstandelijke beperking vergeleken met de algemene bevolking gemeten door de BDI. In de algemene bevolking in Nederland wordt 5% gediagnosticeerd met een depressie (Van Lin et al. 2005), waardoor $P = 0.05$.

$$Sp = \sqrt{\frac{0.05 \times 0.95}{22}} = 0.046 \quad z = \frac{0.5 - 0.05}{0.046} = 9.78$$

Ho: $P = 0.05$

H1: $P > 0.05$

De kritieke waarde voor $\alpha = .05$ is 1.96. De z -waarde (9.78) ligt boven de waarde van de kritieke z -waarde (1.96) wat inhoudt dat de nulhypothese wordt verworpen.

Betrouwbaarheidsinterval: standaard error wanneer $p = 0.5$.

$$p = \sqrt{\frac{0.5 \times 0.5}{22}} = 0.11$$

CI-95 = $0.5 \pm 1.96 \times 0.11 = (0.28, 0.72)$

De diagnose depressie gemeten door de BDI is in deze studie significant hoger bij de doelgroep individuen met een lichte verstandelijke beperking dan bij de algemene bevolking met een betrouwbaarheidsinterval van (0.28, 0.72).

Een independent samples t -test is uitgevoerd om te kijken of er nog significante geslachtsverschillen zijn in het rapporteren van depressieve symptomen. De test laat zien dat er geen geslachtsverschillen zijn ($p > .05$).

Tabel 1. Gemiddelden en standaarddeviaties per vragenlijst

	Gemiddelde	<i>SD</i>
Steekproefgrootte	22	
Vrouwen (%)	63.6%	
Leeftijd	31.86	Range (18-67)
GDS	14.82	8.33
Mannen	15	8.14
Vrouwen	14.71	8.74
BDI	19.00	14.68
Mannen	18.25	14.42
Vrouwen	19.43	15.35
SDZ	28.62	5.92
Mannen	26.5	3.85

Vrouwen 29.36 6.73

De onderlinge relaties tussen de BDI, GDS en SDZ zijn in kaart gebracht door middel van correlatieanalyse (Tabel 2). De correlatie .79 tussen de BDI en GDS is significant bij een significantieniveau van .01. Daarnaast is er een significante correlatie van .51 gevonden tussen de BDI en leeftijd bij een significantieniveau van .05. Verder zijn er geen significante correlaties gevonden tussen de variabelen.

Tabel 2. Correlatietabel BDI, GDS, SDZ, leeftijd en geslacht

	Score BDI	Score GDS	Score SDZ	Leeftijd	Geslacht
Score BDI	1	.79**	.30	.51*	.04
Score GDS		1	.35	.33	-.02
Score SDZ			1	-.16	.24
Leeftijd				1	-.40
Geslacht					1

**Correlatie significant op .01 level

* Correlatie significant op .05 level

Analyse hypothese 2: De GDS is een betere voorspeller van depressie bij individuen met een lichte verstandelijke beperking dan de BDI. Met SDZ als afhankelijke variabele en met de BDI, de GDS, leeftijd en geslacht als onafhankelijke variabelen is geanalyseerd in welke mate zij de SDZ voorspellen. Voor de interpretatie van de multiële regressieanalyse is er eerst gekeken naar de correlaties. Er zijn geen significante correlaties tussen de SDZ en de BDI en tussen de SDZ en de GDS, maar zij laten wel op zijn minst de gewenste correlatie zien van .3 (Pallant, 2013). Daarbij is wel een significante correlatie tussen de BDI en GDS van .79 ($p = .01$). Er was geen sprake van multicollinearity daar in de tabel van collinearity statistics de waarden van tolerance $> .10$ en de waarden van VIF < 10 . De scatterplot laat zien dat de scores dicht rondom de 0 liggen, wat inhoudt dat er geen assumpties geschonden zijn en er geen actie ondernomen hoefde te worden tegen outliers. De waarde van R -squared is

.24, echter door de kleine steekproef geeft de adjusted R -squared een beter beeld van de verklaarde variantie, wat in dit geval een waarde van .07 geeft. Het model is niet statistisch significant ($p = .29$). De analyse laat zien dat de BDI ($\beta = .28$), de GDS ($\beta = .24$), leeftijd ($\beta = -.34$) en geslacht ($\beta = .1$) niet significant bijdragen aan de voorspelling van de SDZ.

Analyse hypothese 3: Individuen met een lichte verstandelijke beperking scoren hoog op fysieke symptomen en lager op affectieve en cognitieve symptomen (Tabel 3). Een variantieanalyse is uitgevoerd om te toetsen of de within-subjects factoren meetinstrument en subschalen verschillen in de aantal keren dat zij gerapporteerd worden. Beide factoren bestaan uit drie niveaus. De factor meetinstrument bestaat uit de BDI, GDS en de SDZ en de factor subschalen bestaat cognitieve, affectieve en fysieke symptomen. Er was geen significant interactie-effect tussen het type meetinstrument en de verschillende subschalen $F(4, 10) = .76$ ($p = .77$), de partial eta-squared is .23. Het hoofdeffect voor rapportage per meetinstrument is niet significant $F(2, 12) = .05$ ($p = .95$), de partial eta squared is .008. Het hoofdeffect voor rapportage per subschaal is ook niet significant $F(2, 12) = 1.31$ ($p = .31$), de partial eta squared is .18.

Tabel 3. Scores rapportage affectieve, cognitieve en fysieke symptomen voor BDI, GDS en SDZ met $n = 14$

Subschaal	BDI		GDS		SDZ	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Affectief	.06	1.05	-.12	.94	.99	1.13
Cognitief	.01	1.04	.08	1.06	.65	1.16
Fysiek	.19	.98	.16	.98	.13	1.04

Discussie

Ondanks dat depressie in de algemene bevolking veel onderzocht is, is er weinig literatuur te vinden over depressie bij individuen met een lichte verstandelijke beperking. Om allereerst inzicht te krijgen in de prevalentie bij deze doelgroep heeft deze studie de BDI afgenomen. In dit onderzoek werd echter de vraag gesteld of de BDI wel een passende

vragenlijst was voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Hiervoor heeft dit onderzoek met gebruik van de SDZ gekeken of de vertaalde versie van de GDS, die gebruik maakt van visuele verwijzers, een beter voorspelling geeft van depressieve symptomen dan de BDI. Daarbij wordt in literatuur geïmpliceerd dat er weinig bekend is van depressie onder deze doelgroep, omdat het zich wellicht anders uit bij mensen met een lichte verstandelijke beperking dan bij mensen met een gemiddelde begaafdheid. Om deze reden heeft deze studie ook onderzoek gedaan naar eventuele verschillen in het rapporteren van affectieve, cognitieve en fysieke symptomen.

Door een tekort aan participanten zijn er weinig significante effecten gevonden en is het niet mogelijk om de onderzoeksresultaten te kunnen generaliseren. Voor een multiële regressie die van wetenschappelijke waarde is zouden er $50 + (8 \times 4) = 82$ participanten moeten participeren om de onderzoeksresultaten te kunnen generaliseren (Pallant, 2013). Echter zijn er uit het onderzoek toch interessante bevindingen gekomen die een richting geven aan de hypothesen die gesteld zijn. Zo kunnen er schattingen gemaakt worden van effectgroottes welke een indicatie geven van de relatie tussen twee of meerdere variabelen of hoe groot het verschil tussen groepen is (Levine & Hullet, 2002).

Resultaten uit de studie laten zien dat volgens de BDI, 54.55%, volgens de GDS 59% en volgens de SDZ 31.81% van de participanten boven de cut-off score zitten en de diagnose depressie zouden krijgen. Als gekeken wordt naar de participanten die bij alle drie de vragenlijsten deze diagnose zouden krijgen is dit 22.72%. De prevalentie van depressie bij individuen met een lichte verstandelijke beperking ligt hiermee aanzienlijk hoger dan bij de algemene bevolking (5%) en bij individuen met een lichamelijke beperking (15%). Wanneer de BDI bij individuen met een lichte verstandelijke beperking vergeleken wordt met de algemene bevolking zou theoretisch gezien de diagnose depressie bij individuen met een lichte verstandelijke beperking significant vaker gesteld worden. Opvallend in deze resultaten

is dat depressie door middel van zelf-rapportage bijna twee keer zo vaak wordt gesteld dan depressie door informant-rapportage. Dit steunt Mileviciute en Hartley (2015) met de stelling dat informanten symptomen van cliënten soms niet herkennen. Dit is in de praktijk een belangrijke indicatie voor Lunet zorg, want dit houdt in dat er twee keer zoveel cliënten zijn die aangeven last te hebben van depressieve symptomen dan dat begeleiding aangeeft. Dit betekent dat begeleiding bij de helft van deze cliënten niet doorheeft dat deze last hebben van depressieve symptomen.

Analyses tonen aan dat er sprake is van een significante correlatie tussen de BDI en de GDS en tussen de BDI en leeftijd. Hoe hoger participanten scoren op de BDI, des te hoger zij ook scoren op de GDS en des te ouder zij zijn. Geen van de variabelen BDI, GDS, leeftijd of geslacht verklaren een significant deel van de SDZ, wat inhoudt dat geen van de variabelen een uniek deel van de SDZ verklaren. Daarbuiten tonen effectgroottes aan dat de effecten van de BDI, GDS en leeftijd dicht bij elkaar liggen, terwijl het effect van geslacht daarnaast veel kleiner is. De effectgrootte van leeftijd bevestigt hetgeen wat in de literatuur beschreven wordt, namelijk dat depressie vaker voorkomt naarmate men ouder wordt (Luppa et al. 2012). Daarentegen geeft literatuur ook aan dat vrouwen met een lichte verstandelijke beperking hogere levels van depressie rapporteren dan mannen van dezelfde doelgroep, maar in deze studie is er geen effect van geslacht op het rapporteren van depressieve symptomen. De vergelijkbare effectgroottes van de BDI en de GDS houden in dat zij net als de SDZ depressieve symptomen meten bij individuen met een lichte verstandelijke beperking, maar dat de GDS in deze studie niet beter een depressie kan voorspellen bij deze doelgroep dan de BDI. Een verklaring hiervoor kan zijn het feit dat de vragenlijsten bij negen van de tweeëntwintig participanten voorgelezen moesten worden. Hierdoor was er geen verschil meer meetbaar tussen het lezen van de BDI en het gebruik maken van de visuele verwijzers van de GDS.

Een variantieanalyse heeft aangetoond dat er geen interactie-effecten en hoofdeffecten zijn tussen de verschillende meetinstrumenten en de subschalen. De partial eta squared laat wel een groot effect zien in het verschil tussen de subschalen per meetinstrument (Pallant, 2013). Dit houdt in dat er wel verschil zit in de rapportage van fysieke, affectieve en cognitieve symptomen. Opvallend is dat bij de zelf-rapportage vragenlijsten de fysieke symptomen het meest gerapporteerd worden, terwijl die bij de informant-rapportage vragenlijst het minst gerapporteerd wordt. Dit staat haaks op de resultaten van de studie Mileviciute & Hartley (2015) waarbij geïmpliceerd wordt dat informanten weinig kennis hebben van de cognitieve en affectieve processen bij cliënten. Een verklaring hiervoor kan zijn dat individuen met een lichte verstandelijke beperking zelf moeite hebben met het herkennen van cognitie en affectie (Bhaumik, Tyrer, McGrother, & Ganghadaran, 2008) en dat de BDI en de GDS niet laagdrempelig genoeg zijn om vragen hierover te kunnen beantwoorden. Daarentegen is begeleiding juist opgeleid om cognitie en affectie bij cliënten te herkennen en hebben zij hiervoor de afgelopen maanden een opleidingstraject gevolgd (Lunet zorg, 2014). Volgens het concept van priming kan dit ervoor gezorgd hebben dat begeleiding eerder cognitieve en affectieve symptomen rapporteerde dan fysieke symptomen. Priming houdt namelijk in dat de standaarden waarmee, in dit geval, begeleiding cliënten evalueren veranderd zijn doordat hun attentie door de opleiding ergens anders op is komen te liggen (Iyengar & Kinder, 2010). Om deze reden kan het zijn dat zij meer gericht waren op de affectieve en cognitieve processen van een cliënt dan op de fysieke uitingen.

Concluderend ondersteunt deze studie het standpunt van Deb, Thomas en Bright (2001) dat individuen met een lichte verstandelijke beperking eerder psychologische symptomatologie, in dit geval depressie, ontwikkelen. Opmerkelijk hierbij is dat er meer cliënten zijn die depressieve symptomen laten zien dan momenteel bekend is binnen Lunet zorg en dat begeleiding bij de helft van de cliënten depressieve symptomen over het hoofd

ziet terwijl cliënten die wel lijken te ervaren en dat het juist de fysieke symptomen zijn die zij lijken te missen. Daarentegen is de GDS, die werkt met verwijzers, geen betere voorspeller van depressie bij individuen met een lichte verstandelijke beperking dan de BDI. Ondanks dat er geen significante effecten zijn gevonden, laat de effectgrootte wel zien dat fysieke symptomen meer worden gerapporteerd door cliënten zelf dan affectieve en cognitieve symptomen. Daarentegen rapporteert begeleiding juist minder fysieke symptomen en rapporteren zijn veel affectieve symptomen.

Dit onderzoek is een goed begin geweest voor explorerend onderzoek naar depressie bij individuen met een lichte verstandelijke beperking. Vervolgonderzoek met meer participanten moet uitwijzen of er werkelijk veel individuen met een lichte verstandelijke beperking zijn waarvan niet bekend is dat zij depressieve klachten ervaren. Hierna kan Lunet zorg stappen ondernemen om hun zorg hierin te verbeteren. Vervolgonderzoek met meer participanten kan er ook voor zorgen dat er een definitief antwoord kan komen op de vraag of de GDS beter depressieve symptomen voorspelt bij individuen met een verstandelijke beperking dan de BDI. Belangrijk hierbij is om genoeg participanten te laten meedoen die zelfstandig de vragenlijsten kunnen invullen zodat het verschil tussen het lezen van de BDI en het gebruik maken van de visuele verwijzers van de GDS te meten valt. Hopelijk kan vervolgonderzoek verduidelijking geven over depressieve symptomen bij individuen met een lichte verstandelijke beperking, zodat dit in te de toekomst beter te indiceren is en de zorg hierop aangepast kan worden.

Referenties

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.
- 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.
- Bhaumik, S., Tyrer, F. C., McGrother, C., & Ganghadaran, S. K. (2008). Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 986-995.
- Cuthill, F., M., Espie, C., A., & Cooper, S. (2003). Development and psychometric properties of the glasgow depression scale for people with a learning disability. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 347-353.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability: 1. Prevalence of functional psychiatric illness among a community based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 495-505.
- Van der Does, A. J. W. (2002). *Handleiding bij de Nederlandse versie van Beck Depression Inventory—second edition (BDI-II-NL)*. Amsterdam, NL: Harcourt.
- Egberink, I.J.L., Janssen, N.A.M., & Vermeulen, C.S.M. (2009-2014). *COTAN Documentatie* (www.cotandocumentatie.nl). Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Evenhuis, H. M. (2011). Gezondheid van ouderen met verstandelijke handicaps. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155, A2598.
- Foley, K-R., Bourke, J., Einfeld, S. L., Tonge, B. J., Jacoby, P., & Leonard, H. (2015). Patterns of depressive symptoms and social relating behaviors differ over time from other behavioral domains for young people with down syndrome. *Medicine*, 94, 710.

Hermans, H. (2012). *Depression and anxiety in older adults with intellectual disabilities*.

Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam.

Hermans, H., Beekman, A. T. F., & Evenhuis, H. M. (2012). Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. *Journal of Affective Disorders, 144*, 94-100.

Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2010). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 1109-1120.

Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied statistics for the behavioral Sciences*. Boston, Mass.: Houghton Mifflin.

Iyengar, S., & Kinder, D. R. (2010). *News that matters: Television and American opinion*, 65. Chicago: University of Chicago Press.

Kraijer, D., & Plas, J. (2006). *Handboek Psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid: Classificatie, test- en schaalgebruik*. Amsterdam: Hartcourt Book Publisher.

van Lin, N. G. C. B., Laurant, M. G. H., & Pijnenborg, L. (2005). Geestelijke Gezondheidszorg. *Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk*, 86-95. Bohn Stafleu van Loghum.

Lunet zorg, 2014. *Jaarverslag 2014*. Geraadpleegd van

https://www.lunetzorg.nl/index.php?cm=472%2C488&action=search&cm_lg=nl&search=jaarverslag.

Lunsky, Y., Emery, C. F., & Benson, B. A. (2002). Staff and self-reports of health behaviours, somatic complaints, and medications among adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27*, 125-135.

Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König,

- H. H. & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 136* (3), 212-221.
- McBrien, J. A. (2003). Assessment and diagnosis of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 1-13.
- Mileviciute, I., & Hartley, S. L. (2015). Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 59*, 158-169.
- Mindham, J., & Espie, C. A. (2003). Glasgow Scale for People with an Intellectual Disability (GAS-ID): development and psychometric properties of a new measure for use with people with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities, 47*, 22-30.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual*. McGraw-Hill Education (UK).
- Ras, M., Woittiez, I., Van Kempen, H., & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Roeden, J. (1989). *Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen*. Haaren: Timpaan.
- Siefke, J. (2011). *Persoonlijkheid, alcohol- en drugsgebruik en hun samenhang bij mensen met een verstandelijke beperking*. Bachelorthesis Psychologie Universiteit Twente.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep 28*, 1457-1464.
- Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior, 23-37*.
- Vandoorne, L. (2010). Communiceren met mensen met een ernstige verstandelijke beperking. *Bijblijven, 26*, 44-47.

Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines.

European Psychologist, 1, 89-99.

Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of

depression. *Archives of General Psychiatry, 34*, 98-111.






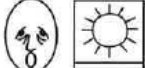


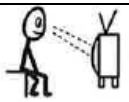

Bijlage 1. Vertaalde versie GDS











Instructie bij het invullen:

Lees eerst goed de vraag. Geef daarna aan of je dit in de afgelopen week hebt meegemaakt.

Als je het niet hebt meegemaakt in de afgelopen week zet je een cirkel om 'Nee'. Als je het soms hebt meegemaakt zet je een cirkel om 'Soms' en als je het vaak hebt meegemaakt zet je een cirkel om of 'Vaak'. Als je de vraag niet goed snapt, kun je gebruik maken van de hints.

Als je de hints niet snapt mag je de begeleiding vragen om hulp.

In de afgelopen week...	Hints	Nee	Soms	Veel
1.  Heb je je verdrietig gevoeld?	Heb je je van streek, depressief, ellendig, ongelukkig gevoeld?	0	1	2
2.  Heb je een slechte stemming gehad?	Heb je een slecht humeur gehad? Wilde je tegen mensen schreeuwen?	0	1	2
3.  Heb je genoten van het doen van dingen?	Heb je plezier gehad?	0	1	2
4.  Heb je genoten van het praten met mensen en met mensen zijn?	Vond je het leuk om mensen om je heen te hebben?	0	1	2
5.  Heb je een douche of een bad genomen en je omgekleed?	Heb je aandacht besteed aan hoe je eruit ziet/je uiterlijk?	0	1	2
6.  Heb je je moe gevoeld gedurende de dag?	Ben je in slaap gevallen gedurende de dag? Vond je het moeilijk om wakker te blijven?	0	1	2
7.  Heb je gehuild?	Wat maakte je aan het huilen?	0	1	2
8.  Heb je het gevoel gehad dat mensen je niet aardig vinden?	Heb je het gevoel gehad dat je een verschrikkelijk persoon bent?	0	1	2
9.  Heb je je kunnen concentreren, bijvoorbeeld bij het televisie kijken?	Wat is je favoriete TV programma? Kun je het helemaal afkijken?	0	1	2
10.  Vond je het moeilijk om keuzes te maken?	Vond je het moeilijk om keuzes te maken?	0	1	2

In de afgelopen week...		Hints	Nee	Soms	Veel
11.	 Vond je het moeilijk om stil te zitten?	Heb je meer zitten friemelen en bewegen?	0	1	2
12.	 Heb je minder gegeten? Heb je meer gegeten?	Hebben mensen tegen je gezegd dat je meer of minder moet eten?	0	1	2
13.	 Vond je het moeilijk om goed te slapen?	Vond je het lastig om in slaap te vallen,? Ben je vaak of te vroeg wakker geworden?	0	1	2
14.	 Heb je gewenst dat je dood was?	Heb je willen stoppen met leven?	0	1	2
15.	 Heb je het gevoel gehad dat alles jouw schuld was?	Heb je het gevoel gehad dat mensen jou beschuldigden van dingen?	0	1	2
16.	 Heb je het gevoel gehad dat mensen naar je kijken of over je praten?	Heb je je zorgen gemaakt over wat andere mensen van je denken?	0	1	2
17.	 Ben je van streek geweest wanneer mensen zeiden dat je iets verkeerd hebt gedaan?	Voel je je verdrietig of heb je het gevoel dat je moet huilen als iemand boos is op je omdat je iets niet goed hebt gedaan?	0	1	2
18.	 Heb je je zorgen gemaakt?	Heb je je nerveus, gespannen of opgefokt gevoeld?	0	1	2
19.	 Heb je het idee gehad dat slechte dingen je zullen overkomen?	Heb je het gevoel gehad dat niks leuks je overkomt?	0	1	2
20.	 Heb je je vrolijk gevoeld wanneer er iets goeds gebeurde?	Wat maakt jou gelukkig?	0	1	2

Bijlage 2. Toestemmingsformulieren
Toestemmingsformulier begeleiding



Beste begeleider,

Mijn naam is Cindy van der Zanden en ik ben stagiaire van gedragsdeskundige Arjan Muller. Ik studeer aan de Universiteit van Tilburg en als onderdeel van zowel mijn stage als mijn studie ga ik onderzoek doen binnen Lunet Zorg.

Het onderzoek houdt in dat er drie vragenlijsten afgenomen worden, waarvan twee vragenlijsten, de BDI en GDS, door de cliënt worden ingevuld. De cliënt moet deze vragenlijsten zelfstandig invullen. Indien dit niet mogelijk is mag de begeleiding helpen, maar is het belangrijk dat op het formulier 'Debriefing' ingevuld wordt waarmee de begeleiding precies geholpen heeft. Eén vragenlijst, de SDZ, wordt door de begeleider zelf ingevuld over de cliënt. In de vragenlijsten wordt gevraagd naar emoties van de cliënt. Belangrijk hierbij is dat deze begeleiding minimaal 6 maanden met de cliënt werkt en deze gemiddeld 1 maal per week ziet. Het invullen van alle drie de vragenlijsten zal gemiddeld 30 minuten duren.

Op de laatste bladzijde vind de debriefing plaats waarin u kunt lezen wat het doel is van dit onderzoek.

Wilt u meedoen met het onderzoek?

Vul dan het formulier op pagina 2 in.

Wat wordt er vanaf nu van u verwacht?

Graag wil ik u vragen om het pakket stap voor stap te doorlopen. Beginnende met het bespreken met de cliënt of hij/zij mee wil doen door middel van het lezen van toestemmingsformulier en deze laten invullen. Indien er eventuele vertegenwoordigers zijn, graag hen ook het toestemmingsformulier laten invullen. Daarna kan de cliënt de BDI en de GDS invullen en kunt u als begeleider de persoonlijke gegevens en de SDZ invullen. De persoonlijke gegevens op de vragenlijsten zelf (naam etc.) hoeven niet meer ingevuld te worden. Als laatste zit er nog een debriefing bij met een bedankje voor de cliënt en een uitleg voor begeleiding. Graag ontvangt de gedragsdeskundige van de woning de vragenlijsten terug binnen 2 à 3 weken nadat u deze ontvangen heeft.

Wat is verder belangrijk om te weten?

Gegevens worden, binnen een beveiligde omgeving, bewaard voor een periode van 5 jaar. Dit doen we volgens de regels van de universiteit van Tilburg.

U kunt uw deelname altijd stopzetten. Ook als we al begonnen zijn aan het onderzoek kunt u nog stoppen.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met mij of mijn begeleider gedragsdeskundige Arjan Muller.

.

Ik ontvang graag uw toestemmingsformulier, het toestemmingsformulier van de cliënt en de eventuele ingevulde vragenlijsten terug.

Bij voorbaat dank!

Met vriendelijke groet,

Cindy van der Zanden

Stagiaire van gedragsdeskundige Arjan Muller

Ik, begeleider van bovengenoemde cliënt, geef toestemming voor deelname aan het onderzoek. Ik geef hiermee toestemming voor het invullen van de vragenlijsten.

Naam	
Werklocatie	
Telefoonnummer	
Datum	
Handtekening	

Naam onderzoeker	
Handtekening	

Toestemmingsformulier cliënt en/of vertegenwoordiger



Beste,

Mijn naam is Cindy van der Zanden en ik doe onderzoek.

Ik onderzoek de gevoelens van cliënten.

Ik wil cliënten van Lunet zorg vragen om te helpen.

In deze brief vertel ik over het onderzoek.

Daarna mag je aankruisen of je mee wilt doen of niet.

Wat gaan we doen?

1. Twee vragenlijsten invullen.

De vragenlijsten gaan over jouw gevoelens.

Jij zelf vult de vragenlijsten in. Je kunt de begeleiding vragen om hulp als het niet lukt.

Je kunt de vragenlijsten invullen op een tijd die jou goed uitkomt.

Wanneer begint het onderzoek?

Het onderzoek begint in Januari 2016

Wat is verder belangrijk om te weten:

- Gegevens worden veilig bewaard voor een periode van 5 jaar en zijn alleen inzichtelijk voor mij als onderzoeker en mijn onderzoeksbegeleider. Dit doen we volgens de regels van de universiteit van Tilburg.
- Je mag altijd stoppen.
Je hoeft dan niet te zeggen waarom je wil stoppen.
Ook als we al begonnen zijn, mag je nog steeds stoppen.
- In dit onderzoek ben jij het belangrijkste.
Ook jouw mening is belangrijk.
Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Als je nog vragen hebt, dan kun je contact opnemen met mij of mijn begeleider Arjan Muller. Arjan weet ook veel van het onderzoek.

Wil je meedoen?

Op het formulier op pagina 2 kun je invullen of je mee wilt doen.

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groet,

Cindy van der Zanden

Stagiaire van gedragsdeskundige Arjan Muller

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ik geef toestemming voor:

- Inzage in mijn dossier.
- Het invullen van een vragenlijst.
- Het anoniem bewaren van mijn gegevens voor vijf jaar.

Met dit formulier geef ik ook aan dat:

- ik de informatie die ik heb gekregen, gelezen heb.
- ik vragen over het onderzoek heb mogen stellen aan de onderzoeker.
- ik weet dat ik altijd kan stoppen en dat ik daar geen reden voor hoeft te geven.

Wil je meedoen? Kruis het vakje aan en vul de onderstaande tabel in.

JA

NEE

Mijn naam	
Adres	
Telefoonnummer	
Datum	
Handtekening	

Het formulier kun je aan teruggeven aan de begeleiding.

Dankjewel!

Ik, wettelijk vertegenwoordiger van bovengenoemde cliënt, geef toestemming voor deelname aan het onderzoek. Ik geef hiermee toestemming voor de inzage in het dossier en het invullen van de vragenlijsten.

Naam	
Mijn adres	
Telefoonnummer	
Datum	
Handtekening	

Naam onderzoeker	
Handtekening	

*Debriefing*Voor de cliënt:

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijsten! Als er nog vragen zijn kun je altijd contact opnemen met mij of mijn stagebegeleider Arjan Muller.

Voor de begeleiding:

Om de cliënten van Lunet zorg zo goed mogelijk te kunnen begeleiden en hun kwaliteit van leven te verbeteren wordt er door middel van deze vragenlijsten onderzoek gedaan naar de depressieve symptomen bij de cliënten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat individuen met een verstandelijke beperking hoger scoren op depressieve symptomen dan de algemene bevolking, echter is dit moeilijk te meten in verband met het verzwakte cognitief vermogen. Om deze reden is er nu onderzoek gedaan, met de vraag of er een vragenlijst is die beter aansluit bij het niveau van de cliënten door onder andere te werken met verwijzers. Hiermee hopen wij in de toekomst beter te kunnen detecteren of onze cliënten door middel van zelf-rapportage last hebben van depressieve symptomen. Afhankelijk van de resultaten uit dit onderzoek zal vervolgens gekeken worden naar een nieuwe vorm van therapie die bewezen effectief blijkt te zijn tegen depressieve symptomen.

Bedankt voor alle genomen moeite! Indien er nog vragen zijn kunt u altijd contact opnemen met mij of mijn stagebegeleider Arjan Muller.

*Bijlage 3. Taken at face value**GDS*

Affectieve symptomen

- Heb je je verdrietig gevoeld?
- Heb je een slechte stemming gehad?
- Heb je genoten van het doen van dingen?
- Heb je genoten van het praten met mensen en met mensen zijn?
- Heb je gehuild?
- Heeft u genoten activiteiten doen?
- Heb je je vrolijk gevoeld wanneer er iets goeds gebeurde?

Cognitieve symptomen

- Heb je het gevoel gehad dat mensen je niet aardig vinden?
- Heb je je kunnen concentreren, bijvoorbeeld televisie kijken?
- Vond je het moeilijk om keuzes te maken?
- Heb je gewenst dat je dood was?
- Heb je het gevoel gehad dat alles jouw schuld was?
- Het je het gevoel gehad dat mensen naar je kijken of over je praten?
- Heb je je zorgen gemaakt?
- Heb je het idee gehad dat slechte dingen je zullen overkomen?

Fysieke symptomen

- Heb je een douche of een bad genomen en je omgekleed?
- Heb je je moe gevoeld gedurende de dag?
- Vond je het moeilijk om stil te zitten?
- Heb je minder gegeten? Heb je meer gegeten?
- Vond je het moeilijk om goed te slapen?

BDI

Affectieve symptomen

Somberheid, verdriet
Mislukkingen
Verlies van plezier
Schuldgevoelens
Gevoel gestraft te worden
Afkeer van zichzelf
Huilen
Agitatie, onrust
Waardeloosheid
Prikkelbaarheid

Cognitieve symptomen

Pessimisme
Zelfkritiek
Suïcidale gedachten of wensen
Verlies van interesse
Besluiteloosheid
Concentratieproblemen
Verlies van interesse in sex

Fysieke symptomen

Energieverlies
Verandering van slaappatroon
Verandering van eetlust
Moeheid

SDZ

Affectieve symptomen

- Maakt een sombere/neerslachtige indruk
 - Heeft plezier en interesse in dagelijkse activiteiten
 - Is prikkelbaar
 - Heeft huilbuien
 - Maakteen angstige/gespannen indruk
-

Cognitieve symptomen

- Is er sprake van een achteruitgang in taalgebruik
-

Fysieke symptomen

- Trekt zich terug
- Is gejaagd of onrustig in bewegingen
- Sprake van een toename van intensiteit of frequentie van agressie/woede-uitbarstingen
- Slaapt minder dan gewoonlijk
- Slaapt langer dan gewoonlijk
- Heeft een verminderde eetlust
- Heeft een verhoogde eetlust
- Is afgevallen
- Sprake van een toename in intensiteit of frequentie van zelfverwondend gedrag
- Is snel vermoeid/futloos
- Is vertraagd of passief in zijn/haar bewegingen
- Is er sprake van een achteruitgang van zelfredzaamheid \