

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983)

The Hospital Anxiety And Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Afkorting	HADS
Auteur	Zigmond, & Snaith
Thema	Depressie
Doel	Detectie van depressie
Populatie	Volwassenen
Afname	Door de patiënt zelf
Aantal items	7
Aanwezigheid patiënt vereist	Ja
Vindplaats meetinstrument	Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale, <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 67, 361-370. De schaal kan op aanvraag verkregen worden (international@gl-assessment.co.uk)

DOEL

De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) wordt gebruikt voor het detecteren van angst- en depressieve stoornissen.

DOELGROEP

Dit meetinstrument is van toepassing bij patiënten tussen 16 en 65 jaar in een klinische setting. De depressieschaal is vooral bedoeld om depressieve patiënten te identificeren die baat kunnen hebben bij het innemen van antidepressieve geneesmiddelen.

Bij uitbreiding kan de HADS ook gebruikt worden in de algemene populatie en bij personen ouder dan 65 jaar. Naast screening kan de HADS ook een rol vervullen bij de monitoring van depressieve aandoeningen.

BESCHRIJVING

De HADS vragenlijst bestaat uit twee delen: een eerste deel met zeven items voor het detecteren van depressie en een tweede deel met eveneens zeven items voor het detecteren van angststoornissen.

Per item kan een score tussen 0 en 3 gegeven worden. De totale scores per onderdeel kunnen variëren van 0 tot 21. Een hogere score staat voor een hogere graad aan symptomen bij beide onderdelen van de HADS. De tijdsperiode die bevroegd wordt, bedraagt de voorbije zeven dagen.

De depressieschaal onderzoekt vooral de aanwezigheid van anhedonie (het verlies van de mogelijkheid om te genieten van de alledaagse dingen in het leven), een centraal kenmerk bij een ernstige depressieve stoornis. De angstschaal gaat vooral de aanwezigheid van symptomen van een veralgemeende angststoornis na (Terluin, 2009). De onderzoekers hebben geen fysische indicatoren van psychologische aandoeningen, zoals hoofdpijn of gewichtsverlies, opgenomen in de vragenlijst. Deze keuze werd gemaakt om het aantal vals positieve resultaten te beperken, aangezien dergelijke symptomen ook het gevolg kunnen zijn van een andere onderliggende medische aandoening (Bjelland, 2002). Aangezien de HADS geen item bevat over de aanwezigheid van suïcidale gedachten, ligt de focus op relatief milde vormen van de aandoening (Hansson, 2009).

De HADS gebuikt twee cut-off waarden, met name één voor de detectie van een ‘mogelijke’ stoornis (7/8) en één voor de detectie van een ‘waarschijnlijke’ stoornis (10/11) (Herrmann, 1997).

De angstschaal wordt hier niet verder besproken. De onderstaande informatie is van toepassing op de depressieschaal van de HADS.

BETROUWBAARHEID

Cronbachs α voor de Engelse en Duitse versie van de depressieschaal van de HADS bedraagt 0.81 tot 0.90, wat wijst op een goede interne consistentie (Herrmann, 1997). Bjelland (2002) vindt een gemiddelde Cronbachs- α -coëfficiënt van 0.82 bij het analyseren van 15 verschillende studies. Hansson (2009) stelt een Cronbachs α waarde van 0.87 vast voor de depressieschaal.

De test-retest betrouwbaarheid na twee weken bedraagt $r > 0.80$, wat wijst op een hoge correlatie. Deze correlatie neemt af bij langere tijdsintervallen. De HADS is dus een stabiel meetinstrument dat situationele invloeden weerstaat (Herrmann, 1997).

Spinhoven (1997) bestudeert de test-retest betrouwbaarheid na een periode van drie weken en stelt voor de depressie subschaal een Pearson correlatiecoëfficiënt van 0.86 ($p < 0.001$) vast.

VALIDITEIT

De correlatie tussen de scores van de Beck Depression Inventory en de depressieschaal van de HADS bedraagt 0.62 tot 0.73, afhankelijk van de studie in kwestie (Bjelland, 2002). Bij het vergelijken van de scores van de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale en het depressiedeel van de HADS werden correlaties gevonden tussen 0.62 en 0.81 (Bjelland, 2002).

In zijn review brengt Herrmann (1997) verslag uit van 17 studies van de Engelse versie van de HADS waarbij de sensitiviteit en de specificiteit telkens waarden van 0.80 of hoger bedroegen. Verschillende studies met internationale versies van de HADS vonden gelijkaardige resultaten. Daarentegen werden ook drie studies gevonden waarin de specificiteit minder dan 0.50 bedraagt, wat onaanvaardbaar laag is. Deze drie studies zijn uitgevoerd in Aziatische of Australische populaties. Een vermoeden van de auteur is dat de lage resultaten te wijten zijn aan eigenschappen van de patiëntenpopulatie, aangezien heel wat andere studies zeer goede resultaten opleverden bij gebruik van dezelfde nationale HADS versies (Herrmann, 1997).

Verschillende studies geven weer dat detectie van depressie significant beter is aan de hand van de HADS dan uitgevoerd door niet-psychiatrische artsen. (Herrmann, 1997).

Verschillende studies hebben een factoranalyse uitgevoerd maar de resultaten hiervan zijn zeer uiteenlopend. Zowel één-, twee-, drie- als vier-factorstructuren werden aangetoond. Hierbij kunnen culturele verschillen een deel van de verklaring vormen voor de inconsistentie van de resultaten van de factoranalyses (Matsudaira, 2009).

GEBRUIKSVRIENDELIJKHEID

De schaal kan in 2-6 minuten ingevuld worden en de score kan in minder dan 1 minuut berekend worden. Dit maakt het instrument handig in gebruik.

De auteur van het meetinstrument wijst erop dat het van groot belang is dat de patiënt helder en geletterd is. Dit kan eenvoudig nagegaan worden door het eerste item samen met de patiënt te overlopen (Snaith, 2003).

OPMERKINGEN

De HADS vragenlijst peilt niet naar somatische indicatoren van depressie, zoals bijvoorbeeld de Beck Depression Inventory wel doet. Dit heeft als groot voordeel dat de schaal niet vatbaar is voor symptomen afkomstig van fysieke ziekte.

Een minimum Cronbachs- α -coëfficiënt van 0.60 wordt aangeraden om te kunnen besluiten dat een instrument voor zelfafname betrouwbaar is. In alle studies van de HADS werd (ruimschoots) aan deze voorwaarde voldaan.

Aangezien de HADS nagaat hoe de patiënt zich in de voorbije week gevoeld heeft, kan de schaal opnieuw afgenomen worden maar niet vaker dan met wekelijkse intervallen (Snaith, 2003).

REFERENTIES

Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52, 69-77.

Hansson, M., Chotai, J., Nordstom, A., & Bodlund, O. (2009). Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *British Journal of General Practice*, 59, 283-288.

Herrmann, C. (1997). International Experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research*, 42(1), 17-41.

Matsudaira, T., Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Ohuchi, K., & Kitamura, T. (2009). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale In Japanese psychiatric outpatient and student populations. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 42.

Snaith, R.P. (2003). The hospital anxiety and depression rating scale – commentary. *Health and Quality of life outcomes*, 1, 29.

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

Terluin, B., Brouwers, E.P.M., van Marwijk, H.W.J., Verhaak, P.F.M., & van der Horst, H.E. (2009). Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Family Practice*, 10, 58.

VINDPLAATS MEETINSTRUMENT

Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

De schaal kan op aanvraag verkregen worden (international@gl-assessment.co.uk).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
Zigmond, & Snaith (1983)

Author (year)	Setting	Sample (n)	Design	Reliability	Validity
Herrmann, C. (1996)	>200 different settings	/	Review	IC Retest reliability	Factorial validity Sen Sp
Hansson, M., Chotai, J., Nordsöm, A., & Bodlund, O. (2009)	Five primary healthcare centers and five psychiatric outpatient clinics in the county of Västerbotten, Sweden	n=737	Comparison of the self-rating scales to detect depression	IC	Factor analysis
Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., Neckelmann, D. (2002)	/	/	Review	IC	Factor analysis Concurrent validity
Spinhoven, P.H., Ormel, J., Sloerker, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M., & Van Hemert, A.M. (1997)	Leiden University Hospital Primary care centers Northern Centre for Health Studies	n=6165	Validation study	Retest reliability IC	Factor analysis Sen
Matsudaira, T., Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Ohuchi, K., & Kitamura, T. (2009)	Case: psychiatric outpatients from two clinics, Tokyo Control: university students, Tokyo International University	Case: n=435 Control: n=1128	Cross-cultural validation study	N/A	Factorial validity

Betrouwbaarheid/ fiabilité: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validité: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)

Results reliability	Results validity	Commentary
Internal consistency: Cronbach's α of the English and German versions are at 0.80 to 0.93 Retest reliability: $r > 0.80$	Factorial validity: one depression and one anxiety factor Sen: 0.80 or higher Sp: 0.80 or higher	The scale can be completed in 2-6 minutes and scored in 1 minute, which makes it easy for nonpsychiatric doctors or nurses to handle.
Cronbach's α coefficient: 0.87	Factor analysis: two factors	/
Cronbach's α coefficient: reported in 15 studies, varied from 0.67 to 0.90 (mean 0.82) for the depression subscale	Factor analysis: 11 studies (total $n=14588$) achieved a two-factor structure, 5 studies (total $n=3459$) a three-factor structure and 2 studies (total $n=235$) a four-factor structure Concurrent validity: Six studies reported correlations between the BDI and HADS-D: 0.62 to 0.73 Four studies reported correlations between the MADRS and HADS-D: 0.62 to 0.81	/
Retest reliability: Pearson coefficient of 0.86 between test and retest subscale scores ($p < 0.001$) over a mean 3 weeks period Internal consistency: Cronbach's α for the Total scale and both subscales range from 0.71 to 0.90	Factor analysis: two-factor model Sen: no cutoff point on the depression subscale can be found at which a satisfactory positive predictive value is combined with a reasonable degree of sensitivity.	The HADS is best used as a screening questionnaire and not as a case-identifier.
N/A	A two-factor model was supported.	/

Betrouwbaarheid/ fiabilité: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validité: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)

Gelieve bij gebruik van dit rapport als volgt te refereren :

Bulteel L., Gobert M., Piron C., de Bonhome, A., De Waegeneer, E., Vanderwee K., Verhaeghe S., Van Hecke, A., Defloor T. (2010) Actualiseren van de bestaande BeST-databank & aanvullen van de bestaande BeST-databank met nieuwe schalen. Brussel: Federale Overheidsdienst Volkgezondheid van de voedselketen en leefmilieu.

Comment citer ce rapport ?

Bulteel L., Gobert M., Piron C., de Bonhome, A., De Waegeneer, E., Vanderwee K., Verhaeghe S., Van Hecke, A., Defloor T. (2010) Actualisation de la base de données BeST & ajout de nouvelles échelles dans la base de données BeST. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.