

Het screenen van diabetes type 2 patiënten op depressies door fysiotherapeuten

Afstudeerscriptie



Lars Kusters

Opleiding tot fysiotherapeut

Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven

Datum: 03-06-2014

Versie 1.0

Voorwoord.

Deze afstudeerscriptie is uitgevoerd in het kader van de opleiding fysiotherapie aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven.

Het onderwerp van dit onderzoek, de screening van depressies bij diabetes type 2 patiënten is een boeiend onderwerp waar nog niet veel over is gepubliceerd. Het is voor mij interessant aangezien deze twee aandoeningen steeds vaker in combinatie voorkomen met elkaar in Nederland en wij als fysiotherapeuten daar steeds vaker mee te maken krijgen. Door de verdieping en verbreding van de kennis die is opgedaan tijdens dit onderzoek kan er wellicht een betere interventie geboden worden bij diabetes type 2 patiënten die leiden aan een depressie.

Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleidster van de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven, Elly ten Berge bedanken voor haar uitstekende begeleiding en haar positieve motivatie gedurende mijn afstudeerscriptie. Door het beantwoorden van vragen, het geven van goede feedback heeft zij mij erg goed geholpen. Daarnaast wil ik mijn medestudenten bedanken voor de ondersteuning en tussenfeedback tijdens de terugkom bijeenkomsten. Tevens wil ik Tjarco Koppenaal en Tim van der Stam, twee docenten van de opleiding fysiotherapie aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven bedanken voor de hulp bij mijn survey. Ten slotte wil ik iedereen die meegewerkt heeft aan het realiseren van mijn afstudeerscriptie hartelijk bedanken.

Lars Kusters

3 juni, 2014

Samenvatting

Achtergrond: Diabetes type 2 is een chronische aandoening en een maatschappelijk probleem in Nederland aangezien deze ziekte gepaard gaat met aanzienlijke kosten voor de gezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt dat diabetes type 2 patiënten een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een depressie (comorbiditeit). Depressies worden vaak (in 30-50% van alle gevallen) niet gediagnosticeerd. Het gebruik van screeningsvragenlijsten zou tot een eerdere herkenning kunnen leiden. Op dit moment is onbekend of en in welke mate fysiotherapeuten in Nederland patiënten met diabetes type 2 via vragenlijsten screenen op depressies en wat de achterliggende redenen zijn van het wel of niet gebruiken van dit soort screeningsvragenlijsten.

Methode: 376 eerstelijns fysiotherapeuten in Nederland zijn via e-mail benaderd om een gestructureerde online vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is afgenomen met behulp van het enquête programma SurveyMonkey. De resultaten van de survey zijn beschreven met behulp van beschrijvende statistiek waarvoor het statistisch programma SPSS is gebruikt.

Resultaten: 116 fysiotherapeuten hebben de vragenlijst volledig ingevuld (responspercentage van 30,85%). Van de respondenten is 36,5% bekend met vragenlijsten voor de screening van depressies bij diabetes patiënten. Van de respondenten die ervaring hebben met het behandelen van diabetes type 2 patiënten, gebruikt 32,4% screenende vragenlijsten. De 4DKL vragenlijst is de meest bekende (bij 25%) en de meest gebruikte (15,5%). Van de respondenten vindt iets meer dan de helft (52%) het een taak van fysiotherapeuten om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie. Als belangrijke redenen daarvoor geven zij aan dat de aanwezigheid van een depressie invloed kan hebben op de hulpvraag en het herstel en dat een fysiotherapeut een patiënt zou moeten benaderen als mens in zijn geheel en niet alleen de klacht. De overige 47,9% van de fysiotherapeuten vindt het geen taak van de fysiotherapeut maar meer een taak van de huisarts of psycholoog aangezien zij hier meer expertise in hebben.

Conclusie: Op basis van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat het gebruik van vragenlijsten om diabetes type 2 patiënten te screenen op depressies onder fysiotherapeuten op beperkte schaal plaats vindt. In dit onderzoek gebruikt minder dan 1 op de 4 fysiotherapeuten die diabetes type 2 patiënten behandelen, dit soort vragenlijsten. Een belangrijke reden voor het niet gebruiken van deze vragenlijsten is terug te voeren tot het feit dat bijna de helft van de fysiotherapeuten in dit onderzoek van mening is dat het screenen op depressies geen taak is voor een fysiotherapeut maar voor een huisarts of psycholoog.

Abstract

Background: Type 2 diabetes is a chronic disease and also a social problem in the Netherlands, because this disease is associated with substantial health care costs. Research shows that type 2 diabetes patients have an increased risk of developing depression (comorbidity). Depression is often not recognized (in 30-50 % of cases). The use of screening questionnaires could result to an early recognition. It is currently not known whether and to what extent physiotherapists in the Netherlands use screening questionnaires for depression and what are the underlying reasons for using or not using this type of screening questionnaires in patients with type 2 diabetes.

Method: 376 primary physical therapists in the Netherlands via email were approached to fill in a structured online questionnaire. The questionnaire was conducted using the survey tool SurveyMonkey. The results of the survey are described using descriptive statistics wherefore the statistical program SPSS was used.

Results: 116 physiotherapists have completed the questionnaire (response rate of 30,85%). 36,5 % of respondents are familiar with questionnaires for screening for depression in diabetes patients. Of the respondents who have experience in treating type 2 diabetes patients 32,4% used screening questionnaires. The 4DSQ questionnaire is the most famous (known by 25 %) and the most common (15.5%). More than half (52 %) of the respondents answered that screening for depression is a task of physiotherapists. The major reasons are that, they indicate that the presence of depression can have negative influence for care / rehabilitation and a physical therapist patient should have a holistic approach; as a physical therapist you treat a person and not just the complaint. 47,9% of the respondents think that screening for depression is not a task of the therapist because they feel that other social workers have more expertise such as general practitioners and psychologists.

Conclusion: On the basis of this study it can be concluded that the use of questionnaires is limited with physiotherapists who screen for depression among type 2 diabetes patients. In this study, less than 1 in 4 physiotherapists who treat type 2 diabetes patients use this type of questionnaires. An important reason for not using these questionnaires seems to be the fact that nearly half of the physiotherapists in this study believe that screening for depression is not a task for a physiotherapist but for a doctor or psychologist.

Inhoudsopgave

Personalia	6
Inleiding	7
Probleemstelling, doelstelling en operante definities	11
Methode	13
4.1. Theoretisch gedeelte	13
4.2. Praktijk gedeelte	13
Resultaten	18
5.1. Bevindingen theoretisch onderzoek	18
5.2. Resultaten praktijkonderzoek	19
5.2.1. Respons	19
5.2.2. Demografische eigenschappen	20
5.2.3. Ervaring met diabetes type 2 patiënten en kennis over en handelswijze bij comorbiditeit depressie	21
5.2.4. Kennis van depressie screeningsvragenlijsten bij diabetes type 2 patiënten	23
5.2.5. Gebruik van depressie screeningsvragenlijsten bij diabetes type 2 patiënten	25
5.2.6. Screenen taak van fysiotherapeut	26
5.2.7. Bekendheid en gebruik afhankelijk van demografische variabelen	27
Discussie	28
6.1. Interpretatie van de resultaten	28
6.2. Sterke punten	31
6.3. Beperkingen	31
Conclusie en aanbevelingen	32
7.1. Conclusie	32
7.2. Aanbevelingen	32
Referenties	33
Bijlagen	35-39

Personalia

Gegevens Student

Naam: Lars Kusters
Functie: Student Fysiotherapie
Studentnummer: 2158830
Adres: Hofhooistraat 44
Postcode: 6621 ZN
Plaats: Dreumel
Email: lars_kusters@hotmail.com
Telefoon: 0619834330

Gegevens verantwoordelijke organisatie

Naam: Fontys Paramedische Hogeschool
Adres: Ds. Th. Fliednerstraat 2
Postcode: 5600 AH
Plaats: Eindhoven
Email: paramedisch@fontys.nl
Telefoon: 0877-877011

Gegevens docent begeleider

Naam: Elly ten Berge
Email: e.tenberge@fontys.nl
Lokaal: TF 0.209a
Telefoon: +31 8850 77018

Inleiding

Diabetes mellitus (hierna afgekort met: diabetes) is een chronische stofwisselingsziekte die in de volksmond ook wel suikerziekte wordt genoemd. Diabetes is onder te verdelen in twee typen: diabetes type 1 en type 2. Van alle diabetes patiënten heeft 90% diabetes type 2 (Association, 2008).

Op 1 januari 2011 leden 750.600 mensen in Nederland aan diabetes type 2 (Nationaal Kompas Volksgezondheid). Door de toename van matig overgewicht en obesitas in de komende 20 jaar zal de prevalentie van diabetes type 2 alleen maar toenemen. De verwachting is dat in 2025 tussen de 848.000 en 1,12 miljoen mensen in Nederland lijden aan diabetes type 2 (Baan, 2009). Diabetes type 2 is een maatschappelijk probleem in Nederland aangezien deze aandoening geassocieerd wordt met significante comorbiditeit (depressies), mortaliteit en verhoogde kosten voor de gezondheidszorg (Egede & Ellis, 2010).

Er zijn verschillende factoren die het ontstaan van diabetes type 2 beïnvloeden (Association, 2008). Veel mensen met diabetes type 2 hebben meerdere risicofactoren tegelijk. Overgewicht is een belangrijke factor (Field et al., 2004; Hartemink et al., 2006; Koh-Banerjee et al., 2004). Overgewicht komt bij 80% van de mensen met diabetes type 2 voor en kan (vasculaire) insuline resistentie veroorzaken (Morrato et al., 2003). Insuline wordt geproduceerd in de alvleesklier en regelt de glucosespiegel door kleine bloedvaten te vernauwen en te verwijden. Vetzucht verstoort die vaatverwijdende functie van insuline waardoor er insuline resistentie en vaatvernauwing optreedt. Door de insuline resistentie worden er minder suikers in de spieren, lever en vetcellen opgenomen en blijft er meer glucose achter in het bloed. Tevens heeft Glucose de eigenschap hard te worden waardoor er arteriosclerose kan ontstaan. Dit leidt tot een verhoogde bloeddruk en slechte doorbloeding wat op lange termijn complicaties zoals hart en vaat ziekten kan veroorzaken (Bakker, 2010). Naast overgewicht, speelt erfelijke aanleg een rol bij het ontstaan van diabetes type 2. De genen die een rol spelen bij de vorming en het functioneren van bèta-cellen in de alvleesklier beïnvloeden op een directe wijze het ontstaan van diabetes type 2. Daarnaast zijn er genen die op een indirecte wijze het ontstaan van diabetes type 2 vergroten omdat zij de kans op een of meerdere risicofactoren vergroten, bijvoorbeeld de kans op overgewicht (Frazer et al., 2009).

Mensen die aan diabetes type 2 lijden hebben een scala van klachten. De eerste merkbare symptomen zijn veel drinken, veel eten, vaak urineren, moeheid en duizeligheid. Door schade aan bloedvaten en zenuwweefsel treden op den duur verder vaak macro- en micro vasculaire complicaties op. Onder macro vasculaire complicaties wordt verstaan de aantasting van de grote slagaders die het bloed voeren naar het hart, hersenen, klachten bij het lopen, slechte circulatie in de benen en onder micro vasculaire complicaties schade aan de kleine vaatjes in ogen, nieren en zenuwen (Association, 2008). Deze lange termijn complicaties worden primair veroorzaakt door

stoornissen in de koolhydraat- en vetstofwisseling, de zogenaamde glucolipotoxiciteit. Glucolipotoxiciteit veroorzaakt niet alleen beschadiging van het netvlies (retinopathie), de zenuwen (neuropathie) en de nieren (nefropathie), maar leidt ook tot verstijving van bindweefsel, verminderde beweeglijkheid van de gewrichten en verminderde aeroob uithoudingsvermogen (Aoki TT et al., 1993). De fysiotherapeut kan hier gericht op behandelen met behulp van mobilisatie technieken en beweegprogramma's (Praet et al., 2009). Door bovengenoemde symptomen ervaren mensen met diabetes gemiddeld gezien hun kwaliteit van leven als slechter dan mensen zonder chronische aandoening (Rubin & Peyrot, 1999). De ervaren kwaliteit van leven wordt deels beïnvloed door de aanwezigheid van andere aandoeningen (comorbiditeit). Zo zijn hart- en vaatziekten (Landman et al., 2010) en depressie (Schram et al., 2009) vaak voorkomende comorbide aandoeningen bij diabetes type 2 patiënten.

Twee op de tien mensen met diabetes type 2 lijdt aan een depressie (Hermanns et al., 2013). Een depressie is een stemmingsstoornis die wordt gediagnosticeerd aan de hand van de volgende kernsymptomen:

- Depressieve stemming
- Duidelijk verminderd gevoel van interesse of vermindering van plezier

Deze kernsymptomen dienen zeker twee weken het grootste deel van de dag of bijna iedere dag aanwezig te zijn. Dit mag waargenomen worden uit observatie door anderen of door de subjectieve mededeling van de patiënt (Richtlijnontwikkeling, 2005). Naast de kernsymptomen wordt er vervolgens gelet op de aanwezigheid van de volgende zeven symptomen:

- Gewichtsverandering of eetlustverandering (toe- of afname)
- Slapeloosheid of overmatig slapen
- Agitatie of remming
- Verlies van energie of moeheid
- Gevoel van waardeloosheid of schuldgevoelens
- Concentratieproblemen
- Gedachten aan de dood

Om van een depressieve periode te spreken moeten één of beide kernsymptomen aanwezig zijn, samen met de aanvullende symptomen dienen in totaal vijf van de negen symptomen aanwezig te zijn (Richtlijnontwikkeling, 2005).

Op dit moment is nog niet onomstotelijk wetenschappelijk vastgesteld waarom diabetes type 2 en depressie vaak gelijktijdig voorkomen aangezien de relatie tussen diabetes en depressie nog onduidelijk is (Clarke & Currie, 2009). Zo zou diabetes een comorbiditeit van depressie kunnen zijn. Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor het ontstaan van diabetes type 2 bij mensen met een depressie. Ten eerste kan gedacht worden aan de rol van een ongezondere levensstijl. Gemiddeld gezien roken depressieve mensen meer dan niet depressieve mensen, zijn ze minder fysiek actief en hebben ze een ongezonder voedingspatroon (Brown et al., 2005). Dit zijn allen

risicofactoren voor de ontwikkeling van diabetes type 2. Daarnaast zijn ook fysiologische verklaringen denkbaar. Verschillende biologische ontregelingen kunnen bij depressieve personen de kans op diabetes type 2 verhogen. Een depressie kan leiden tot een overactieve hypothalamus-hypofyse-bijnier (HPA)-as, wat leidt tot een verhoogde cortisol productie. Een hogere HPA-as-activatie kan een rol spelen bij de ontwikkeling van diabetes type II (Chrousos, 2000). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat depressieve personen vaker het metabool syndroom hebben, dit is een clustering van verschillende cardiovasculaire risicofactoren waaronder hypertensie, hyperglykemie, hypercholesterolemie en abdominale obesitas (Luppino et al., 2010). Dit zijn factoren die de kans op diabetes type 2 vergroten.

Anderzijds zou depressie een comorbiditeit van diabetes kunnen zijn. Er zijn twee mechanismen die deze relatie kunnen verklaren. In het eerste geval: de dagelijkse belasting door diabetes zorgt voor het ontstaan van een depressie. Mensen met een chronische aandoening zoals diabetes type 2 hebben meer kans om een depressie te ontwikkelen (Neeleman et al., 2001). Dit wordt toegeschreven aan de ziektelast die chronische aandoeningen met zich mee brengen.

Kenmerkend voor diabetes type 2 is de intensieve zelfzorg. Dit kan aanleiding geven tot het ontstaan van een depressie (de Jonge, et al., 2006). In het tweede geval: de biochemische veranderingen die gepaard gaan met diabetes type 2 of de behandeling van diabetes type 2 zorgen voor het ontstaan van een depressie. Het is ook mogelijk dat beide verklaringen waar zijn en twee verschillende wegen beschrijven die leiden tot het samen bestaan van diabetes en depressie (Schram et al., 2009).

Een depressie veroorzaakt daarnaast een verminderde therapietrouw (Gonzalez et al., 2008). Dit is extra zorgwekkend omdat bij diabetes type 2 patiënten de therapietrouw al laag is. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door het feit dat de meeste diabetes type 2 patiënten medicijnen slikken om klachten te voorkomen en de noodzaak daarvan niet altijd of (direct) voelbaar is (Chandra et al, 2013). Anderzijds hebben patiënten met diabetes type 2 vaak een meervoudig medicatieschema. Naast bloedglucose verlagende middelen gebruiken ze vaak medicijnen tegen een te hoge cholesterol en/of medicatie tegen een te hoge bloeddruk (Chandra et al, 2013). Een verminderde therapietrouw kan leiden tot een hoger risico op het ontwikkelen van complicaties bij diabetes type 2 (Chandra et al., 2013).

Een betere herkenning en aanpak van depressies bij diabetes type 2 patiënten kan niet alleen de therapietrouw en kwaliteit van leven verbeteren, maar ook leiden tot verbeteringen in de patiëntenzorg, zelfzorg, gedrag en lagere kosten voor de gezondheidszorg (Ganda & Caballero, 2012). Voor hulpverleners, zoals fysiotherapeuten, is het daarom van belang dat depressieve klachten in een vroegtijdig stadium herkend worden zodat interventies gericht kunnen worden toegepast. (Praet et al., 2009). Depressieve klachten bij diabetes type 2 patiënten worden door medische professionals slechts in 30-50% van de gevallen herkend (Egede, 2007; Nuyen et al., 2005). Zorgverleners zijn vaak binnen de beperkte tijd die zij hebben, primair gericht op de medisch-technische aspecten van diabetes. Depressieve klachten worden niet benoemd of

onterecht bestempeld als klachten die horen bij het hebben van een chronische ziekte. Patiënten zijn ook niet altijd geneigd om hun klachten te vertellen en vinden dit bijvoorbeeld ongepast, of zijn bang dat dit ten koste gaat van de zorg en aandacht voor hun diabetes. Daarnaast kan er sprake zijn van schaamte om te spreken over emotionele problemen en wordt dit als persoonlijke zwakte ervaren (Peyrot et al., 2006; Pouwer et al., 2006; Snoek, 2008).

Het gebruik van een gevalideerde signaleringsvragenlijst kan het herkenningsproces vereenvoudigen. Een signaleringsvragenlijst biedt structuur en handvatten om gezamenlijk eventuele problemen te bespreken, te bepalen of er behoefte aan extra ondersteuning nodig is en wie deze zorg het beste kan verlenen.

Probleemstelling en vraagstelling

Op dit moment is onbekend of en in welke mate fysiotherapeuten in Nederland patiënten met diabetes type 2 via vragenlijsten screenen op depressies en wat de achterliggende redenen zijn voor het wel of niet gebruiken van dit soort screeningsvragenlijsten.

De vraagstelling die in dit onderzoek centraal staat luidt:

In hoeverre gebruiken Nederlandse fysiotherapeuten in de praktijk vragenlijsten om diabetes type 2 patiënten te screenen op de aanwezigheid van een depressie en wat zijn de achterliggende redenen van het al dan niet inzetten van dit soort vragenlijsten?

Deelvragen bij dit onderzoek zijn:

1. Welke vragenlijsten kunnen Nederlandse fysiotherapeuten gebruiken om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?
2. In hoeverre zijn Nederlandse fysiotherapeuten bekend met screeningsvragenlijsten die gebruikt kunnen worden om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?
3. Welke screeningsvragenlijsten worden vooral gebruikt door Nederlandse fysiotherapeuten om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?
4. Waarom maken fysiotherapeuten wel of geen gebruik van screeningsvragenlijsten om een diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?
5. Is het gebruik van screeningsvragenlijsten afhankelijk van het geslacht van de fysiotherapeut, de leeftijd van de fysiotherapeut, de ervaring van de fysiotherapeut, het aantal collega fysiotherapeuten dat in de praktijk van de fysiotherapeut werkzaam en de provincie waarin de fysiotherapeut werkt?

De eerste deelvraag wordt beantwoord door middel van een literatuuronderzoek en de laatste vier deelvragen door middel van een praktijkonderzoek in de vorm van een survey onder Nederlandse fysiotherapeuten.

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om ten eerste inzicht te krijgen in de vragenlijsten die door Nederlandse fysiotherapeuten ingezet kunnen worden om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie. Vervolgens zal uit het veldonderzoek blijken in hoeverre Nederlandse therapeuten in de praktijk van dit soort vragenlijsten gebruik maken, welke vragenlijsten vooral ingezet worden en wat de achterliggende redenen zijn van het wel of niet gebruiken van dergelijke vragenlijsten.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan uiteindelijk vastgesteld worden of het wenselijk is dat fysiotherapeuten meer en beter geïnformeerd worden over het bestaan van dit soort screeningsvragenlijsten en over het nut en de noodzaak om diabetes type 2 patiënten in de praktijk te screenen op een depressie.

Operante definities.

Bèta cellen:

deze cellen zijn afkomstig van de pancreas en zijn verantwoordelijk voor het aanmaken en afgeven van insuline. (Association, 2008)

Prevalentie:

dit is het aantal ziektegevallen per duizend of per honderdduizend op een specifiek moment. (Rümke, 1983)

Hyperglycemia:

Te hoog glucosegehalte in het bloed. (Harris, 2014)

4. Methode

De vraagstelling voor dit onderzoek is beantwoord door het uitvoeren van een survey onderzoek en een klein literatuuronderzoek. Middels een gestructureerde vragenlijst is er onderzoek gedaan naar de mening van eerstelijns fysiotherapeuten over het gebruik van depressiescreeningsvragenlijsten bij diabetes type 2 patiënten.

Theoretisch gedeelte

In het theoretische gedeelte van het onderzoek is de richtlijn "Signalering en monitoring van depressieve klachten bij patiënten met diabetes" van het Nederlands Diabetes Fonds (2013) en de verschillende onderzoeken die daarin staan beschreven, geanalyseerd. Deze richtlijn is gebaseerd op uitgebreid literatuuronderzoek naar de instrumenten die het meest geschikt zijn om in Nederland bij diabetespatiënten depressieve klachten vast te stellen. De mate waarin Nederlandse fysiotherapeuten in de praktijk gebruik maken van de instrumenten die in deze richtlijn worden genoemd is onderzocht door middel van een survey.

Praktijkgedeelte

Populatie/steekproef

Om de centrale probleemstelling:

In hoeverre gebruiken Nederlandse fysiotherapeuten in de praktijk vragenlijsten om diabetes type 2 patiënten te screenen op de aanwezigheid van een depressie en wat zijn de achterliggende redenen van het al dan niet inzetten van dit soort vragenlijsten?

te kunnen beantwoorden is gekozen voor een surveyonderzoek. Een survey is een onderzoeksstrategie waarin gebruik wordt gemaakt van een gestructureerd opgezette vragenlijst, die aan een groep respondenten wordt voorgelegd (Rietveld, 2005). Het voordeel van een survey is dat snel een groot publiek wordt bereikt en de kosten beperkt blijven. De populatie bestond uit Nederlandse fysiotherapeuten.

De respondenten zijn volgens een aselechte steekproef geselecteerd omdat de uitspraken van een aselechte steekproef het beste generaliseerbaar zijn. Er is een random steekproef getrokken uit het online adressenbestand van zorgkaart Nederland welke bestaat uit 21.004 fysiotherapeuten. De benodigde steekproefgrootte was vastgesteld op 376 (rekening houdend met een gewenste betrouwbaarheid van 95%). De aselechte steekproef is genomen met behulp van een random getallen generator. Deze random getallen generator heeft willekeurig 376 getallen uit de verzameling 1 t/m 21.004 gekozen en op die wijze bepaald welke fysiotherapeuten in de

steekproef opgenomen moesten worden. Waren de eerste random getallen die gegenwoord werden bijvoorbeeld 29, 109 en 210, dan zijn uit de lijst van 21.004 fysiotherapeuten de 29^e, 109^e en 210^e fysiotherapeut opgenomen in de steekproef.

De gegevens uit het adressenbestand waren openbaar en voor iedereen vrij toegankelijk. De potentiële respondenten zijn, na het verzenden van een introductiemail, benaderd middels de telefoon waarin gevraagd is of zij mee wilden werken aan het onderzoek en of aan hen een email met daarin een link naar een online enquête gezonden mocht worden.

Meetinstrument

Het meetinstrument bestond uit een online afgenomen survey. Het voordeel van een survey is dat tegen relatief lage kosten en binnen een relatief kort tijdsbestek zoveel mogelijk data verzameld kan worden. In de vragenlijst zijn op een concrete en eenduidige wijze de volgende variabelen gemeten:

Demografische variabelen:

- Leeftijd fysiotherapeut (voorgedefinieerde leeftijdscategorieën)
- Geslacht fysiotherapeut
- Aantal jaren ervaring als fysiotherapeut (voorgedefinieerde categorieën van ervaringsjaren)
- Aantal collega fysiotherapeuten (voorgedefinieerde categorieën van aantal collega fysiotherapeuten)
- Provincie waarin fysiotherapeut werkzaam is

Inhoudelijke variabelen:

- Ervaring van de respondent met het behandelen diabetes type 2 patiënten
- Bekendheid met de comorbiditeit van diabetes type 2 en depressies
- Activiteiten die door de respondent ondernomen worden bij vermoeden van depressie bij diabetes type 2 patiënten
- Kennis van screenende vragenlijsten voor depressies bij diabetes type 2 patiënten
- Gebruik van screenende vragenlijsten voor depressies bij diabetes type 2 patiënten
- Reden(en) voor het wel of niet inzetten van screenende vragenlijsten voor depressies bij diabetes type 2 patiënten
- Moment van afname screenende vragenlijsten voor depressies bij diabetes type 2 patiënten
- Activiteiten die door de respondent ondernomen worden als na afname van vragenlijst depressieve symptomen aanwezig lijken te zijn

- Mening van respondent over de vraag of het taak is van fysiotherapeut om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie en achterliggende redenen van deze mening.

De vragen zijn concreet en eenduidig geformuleerd zodat ze maar voor één interpretatie mogelijk zijn, dit vergroot de betrouwbaarheid van de vragenlijst. Er zijn voornamelijk gesloten vragen gebruikt, omdat antwoorden op gesloten vragen doorgaans geschikter zijn om kwantitatief te analyseren. Immers, de antwoorden op gesloten vragen zijn meestal beter met elkaar te vergelijken dan antwoorden op open vragen omdat bij gesloten vragen er slechts sprake is van een beperkt aantal mogelijk antwoorden. Open vragen zijn slechts gesteld indien dit strikt noodzakelijk is. Zo is bijvoorbeeld een open vraag gebruikt om de "spontane" kennis te onderzoeken die de respondent al dan niet heeft over screenende vragenlijsten voor depressies bij diabetes type 2 (zonder hierin te sturen door middel van antwoord categorieën). Daarnaast zijn enkele open vragen gesteld om achterliggende redenen voor het wel of niet gebruiken van vragenlijsten te achterhalen en om te peilen wat de respondent doet bij het vermoeden van een depressie type 2 (zonder wederom de respondent te beïnvloeden door al een aantal acties te benoemen in antwoord categorieën).

In de vragenlijst is voorafgaand aan de vragen een introductie mail geschreven waarin staat beschreven dat het onderzoek over diabetes type 2 patiënten gaat. De koppeling met depressies is bewust nog niet aangegeven om de respondenten van te voren niet te beïnvloeden in hun antwoordgedrag. Aan het eind van de vragenlijst is een mogelijkheid gecreëerd voor de respondenten om aan te geven of ze geïnteresseerd waren in de resultaten van het onderzoek. Wanneer de respondent informatie wilde over de resultaten is in de vragenlijst het e-mailadres gevraagd zodat de resultaten verstuurd konden worden. De respondenten werden op het eind ook in de gelegenheid gesteld om opmerkingen te plaatsen met betrekking tot de vragenlijst.

De (betrouwbaarheid van de) vragenlijst is vooraf getest door middel van een pilotonderzoek welke is gehouden onder medestudenten van de afstudeergroep, twee leraren van de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven (die met diabetes type 2 patiënten werkten) en twee fysiotherapeuten (die met diabetes type 2 patiënten werkten). In het pilotonderzoek is op de volgende punten gelet: zijn de vragen duidelijk, zijn de vragen volledig, ontbreken er vragen, zijn er vragen niet van toepassing, missen er nog antwoord alternatieven?, is de instructie duidelijk, hoeveel tijd kost het invullen van de enquête.

Uit de pilot bleek dat het invullen van de enquête tussen de 5 en 15 minuten duurde. Gezien de routing die in de vragenlijst was aangebracht waren sommige respondenten dus 10 minuten eerder klaar dan andere respondenten. De vraag "uit welke provincie komt u?" bleek niet duidelijk genoeg geformuleerd, sommige respondenten dachten dat het ging om de provincie waarin ze woonden en sommige dat het ging om de provincie waarin ze werkten. De vraag is daarom specifieker gemaakt: "In welke provincie bent u werkzaam?". Daarnaast bleken de

leeftijdscategorieën verwarrend te categoriseert te zijn in de zin van 20-25 en 25-30. Iemand die 25 was wist niet welk vakje aan te kruisen. Dit is veranderd door de categorieën anders in te delen, bij dit voorbeeld in 20-24 en 25-29. Verder zijn er op de basis van de vragenlijst geen aanpassingen gedaan.

De enquête is duurde maximaal 10 minuten zodat de respondenten hun interesse en aandacht erbij konden houden Wanneer een respondent zijn of haar interesse verliest zou dit van invloed kunnen zijn op de mate waarin hij of zij geneigd is om de vragenlijst volledig in te vullen of op de inhoudelijke uitslag van de enquête.

De vragenlijst is opgenomen in bijlage I.

De vragenlijst is via internet afgenomen met behulp van het programma Surveymonkey. Surveymonkey is één van de populairste enquêtetools ter wereld waarmee online enquêtes kunnen worden ontworpen, gegevens kunnen worden verzameld en geanalyseerd. ("www.surveymonkey.nl," n.d.)

Data verzameling

Met behulp van de online enquêtetool surveymonkey is de data verzameld. Op de volgende wijze is contact gezocht met de 376 aselekt gekozen fysiotherapeuten:

- Introductie mail naar (algemeen) e-mail adres van de fysiotherapiepraktijk waar de fysiotherapeut werkzaam is.
- Telefonisch contact met de fysiotherapeut met het verzoek om medewerking en vraag om (persoonlijk) email adres.
- Persoonlijke mail naar de fysiotherapeut met link naar de online enquête.
- Indien geen reactie na vijf werkdagen, weer contact zoeken met de respondenten via telefoon en email om zo extra respons te genereren.
- Na vijftien werkdagen, weer contact zoeken met de respondenten via telefoon en email om zo voor de laatste keer extra respons te genereren.

Data analyse

Met behulp van de gesloten vragen in de survey zijn kwantitatieve (cijfermatige) gegevens verzameld en met behulp van de open vragen is kwalitatieve informatie verzameld. Voor de analyse van zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve gegevens is gebruik gemaakt van het statistisch programma SPSS. De kwantitatieve gegevens waren direct geschikt om gebruikt te worden in statistische berekeningen. De kwalitatieve informatie is eerst op inhoud geanalyseerd. Bekeken is welke antwoorden er op de open vragen zijn gegeven. Op basis van deze

inhoudsanalyses zijn de (tekstuele) antwoorden gehercodeerd in eenduidig gedefinieerde categorieën, die vervolgens gebruikt zijn in statistische analyses.

Er zijn twee soorten analyses uitgevoerd. Ten eerste is, voor het beantwoorden van deelvraag 2 t/m 4, beschrijvende statistiek toegepast. Van de gegeven antwoorden is berekend hoe vaak deze voorkwamen (frequentie) en zijn ook gemiddelden bepaald. Ten behoeve van deelvraag 5 zijn vergelijkingstoetsen (Kruskal-Wallis toetsen) uitgevoerd om te bepalen of er een relatie bestond tussen het gebruik van depressie screeningsvragenlijsten en enkele demografische factoren (geslacht fysiotherapeut, leeftijd fysiotherapeut, ervaring fysiotherapeut, aantal collega fysiotherapeuten van de respondent en provincie waarin de fysiotherapeut werkzaam is).

Ethiek

In de enquête is gegarandeerd dat de gegevens op een vertrouwelijke manier worden verwerkt en is vermeld dat de enquête, indien gewenst geheel anoniem kon worden ingevuld. Ook is aangegeven dat de verkregen informatie slechts gebruikt zou worden voor het afstudeeronderzoek en dat respondenten die interesse hebben in de resultaten per email geïnformeerd worden over de resultaten van het onderzoek. Na afronding van dit onderzoek is de verkregen data vernietigd.

5. Resultaten

5.1 Bevindingen theoretisch onderzoek

In 2013 is door de Nederlandse diabetes federatie (NDF) een richtlijn signalering en monitoring van depressieve klachten uitgebracht (NDF, 2013). De richtlijn is bedoeld voor alle professionals die betrokken zijn bij de diabeteszorg zoals: huisartsen, diëtisten, psychologen, psychiaters, praktijkondersteuners maar ook fysiotherapeuten. De richtlijn is gebaseerd op onderzoek dat is uitgevoerd door het VU Medisch Centrum in samenwerking met het Trimbos-instituut. Het onderzoek bestond uit een meta-analyse, waarbij door het bestuderen van gepubliceerde (wetenschappelijke) artikelen zijn onderzocht welke vragenlijsten er beschikbaar zijn voor het signaleren van een depressie bij diabetes patiënten in Nederland. De beschreven instrumenten zijn vervolgens beoordeeld aan de hand van diverse criteria. Om opgenomen te kunnen worden in de richtlijn diende de meetinstrumenten specifiek geschikt zijn om de mate van depressie vast te stellen, psychometrisch solide te zijn, vrijelijk beschikbaar te zijn met enige bekendheid in Nederland en klinisch toepasbaar te zijn. Vragenlijsten die niet in Nederland bekend waren bleven buiten beschouwing, aangezien er verschillende instrumenten voorhanden zijn die wel in Nederland gevalideerd zijn. Alhoewel de Beck Depression Inventory (BDI) een gevalideerd instrument is met een lange traditie, is deze niet opgenomen in de richtlijn omdat hij niet vrijelijk beschikbaar is (NDF, 2013).

Op basis van bovenstaande criteria zijn vervolgens de volgende 4 vragenlijsten geselecteerd door de NDF (zie tabel 1):

Vragenlijst	Aantal vragen	Invultijd
Center for epidemiological Studies – Depression (CES-D)	20 vragen	5-7 minuten
Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)	14 vragen	3-5 minuten
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	9 vragen	3-5 minuten
World Health Organization Five Item Well Being Index (WHO-5)	5 vragen	1-2 minuten

Tabel 1 vragenlijsten NDF

Rekening houdend met de psychometrische eigenschappen en het gebruik in de praktijk, beveelt de richtlijn primair de CES-D en de PHQ-9 aan voor het screenen van depressieve klachten bij diabetespatiënten. De scoring en interpretatie van deze vragenlijsten is eenduidig, de patiëntenbelasting lijkt gering en de vragenlijsten zijn vrij beschikbaar. De HADS lijkt, op basis van de bestudeerde wetenschappelijke artikelen, iets minder accuraat. De WHO-5 wordt als een geschikt alternatief beschouwd, met enige traditie en inmiddels goede psychometrische onderbouwing in Nederland. De ProblemAreas in Diabetes (PAID) wordt niet genoemd in tabel 1 maar is een veelgebruikte vragenlijst en heeft een short form van 5 items die diabetes specifieke distress meet. De PAID wordt vaak gecombineerd met één van de vragenlijsten uit tabel 1.

Naast de hierboven genoemde vragenlijsten is de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) een vragenlijst die theoretisch gezien geschikt is om in Nederland depressies te screenen bij diabetes patiënten. De 4DKL is een vragenlijst die bestaat uit vijftig items voor het meten van vier symptoomdimensies: distress, depressie, angst en somatisatie. De 4DKL is een betrouwbaar meetinstrument, het heeft een hoge interne consistentie en een hoge test-hertestcorrelatie (Terluin et al., 2006). Het invullen van de 4DKL neemt 10 minuten in beslag. Het is onduidelijk waarom deze vragenlijst niet is beoordeeld in het door het VU Medisch Centrum en het Trimbos-instituut uitgevoerde onderzoek dat hierboven is beschreven. Uit een eerder verricht onderzoek onder 65 fysiotherapeuten uit Zuid-Oost Brabant (Vleuten, 2014) blijkt dat 40,3% van de fysiotherapeuten de 4DKL gebruikt en dat 32,2% niet bekend is met de vragenlijst.

5.2 Resultaten praktijkonderzoek

5.2.1. Respons

De resultaten zijn verzameld vanaf 3 april tot 16 mei 2014. Voor het onderzoek zijn 376 (aselect gekozen) fysiotherapeuten benaderd met de vraag of aan hen per e-mail een link naar de online enquête toegezonden mocht worden. Van de 376 benaderde fysiotherapeuten gaven 350 fysiotherapeuten (=93%) toestemming voor het verzenden van de e-mail met de link naar de online enquête. Van deze 350 fysiotherapeuten hebben 116 fysiotherapeuten meegedaan aan het onderzoek. Dit is een respons van 30,85%. Van de 116 ingevulde enquêtes hebben 101 fysiotherapeuten de enquête volledig hebben ingevuld. De 15 respondenten die de vragenlijst niet volledig hebben ingevuld zijn toch meegenomen in het onderzoek aangezien er waardevolle informatie werd gegeven op de inhoudelijke vragen. Aangezien er bij verschillende vragen een uitval van respondenten is zijn de percentages per vraag berekend aan de hand van het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord. Tevens zijn de percentage van hoogste uitkomst naar laagste uitkomst vermeld in de tabellen en grafieken, hiermee is een betere leesbaarheid gecreëerd.

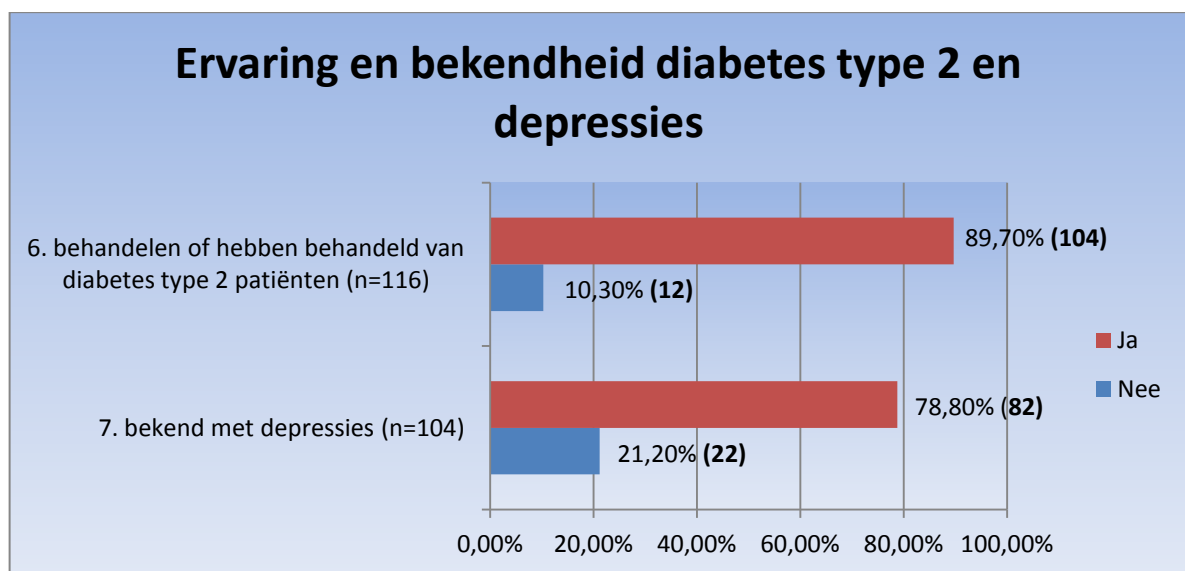
5.2.2. Demografische eigenschappen van de respondenten

Vraag	Antwoord	Uitkomst
1. In welke provincie bent u werkzaam? (n=116)	Noord-Brabant	25,0% (29)
	Gelderland	25,0% (29)
	Noord-Holland	9,5% (11)
	Zuid-Holland	9,5% (11)
	Limburg	6,9% (8)
	Utrecht	6,9% (8)
	Overijssel	6,0% (7)
	Drenthe	3,4% (4)
	Groningen	3,4% (4)
	Friesland	3,4% (4)
	Zeeland	0,9% (1)
2. Wat is uw geslacht? (n=116)	Vrouw	50,9% (59)
	Man	49,1% (57)
3. Wat is uw leeftijd? (n=116)	25 tot en met 29 jaar	21,6% (25)
	50 tot en met 54 jaar	15,5% (18)
	30 tot en met 34 jaar	14,7% (17)
	55 tot en met 59 jaar	12,1% (14)
	45 tot en met 49 jaar	11,2% (13)
	35 tot en met 39 jaar	8,6% (10)
	60 tot en met 64 jaar	8,6% (10)
	40 tot en met 44 jaar	5,2% (6)
	20 tot en met 24 jaar	2,6% (3)
4. Hoelang bent u als fysiotherapeut werkzaam? (n=116)	20 jaar of meer	44,8% (52)
	5 tot en met 9 jaar	25,0% (29)
	0 tot en met 4 jaar	12,9% (15)
	15 tot en met 19 jaar	10,3% (12)
	10 tot en met 14 jaar	6,9% (8)
5. Hoeveel collega fysiotherapeuten heeft u? (n=116)	5 tot en met 9 collega's	46,6% (54)
	10 collega's of meer	26,7% (31)
	1 tot en met 4 collega's	24,1% (28)
	0 (ik werk alleen in de praktijk)	2,6% (3)

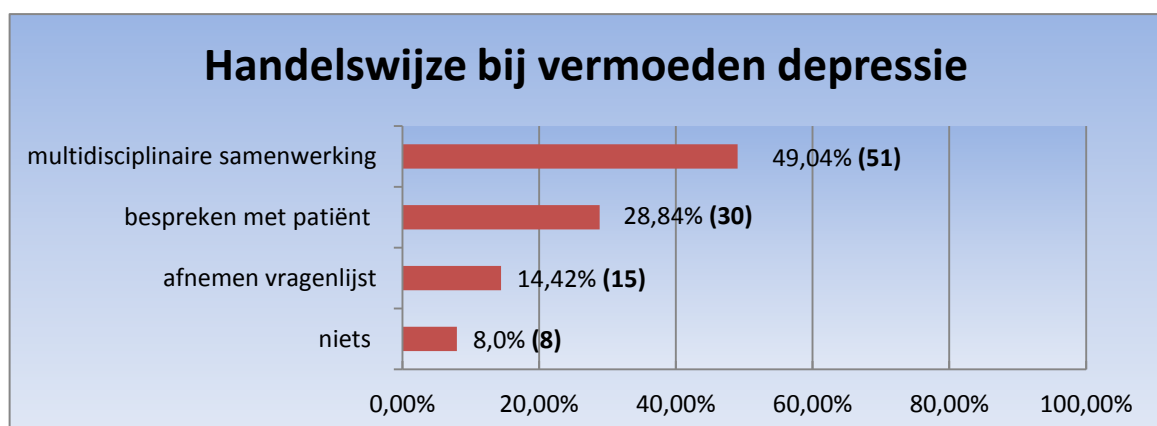
Tabel 2 demografische resultaten.

De respondenten werken in heel Nederland, waarvan het grootste gedeelte in Noord-Brabant en in Gelderland werkt. De man/vrouw verhouding is ongeveer evenredig (49,1% versus 50,9%). De leeftijd van de respondenten varieert, waarbij elke leeftijdscategorie vertegenwoordigd is. De meeste respondenten komen uit de leeftijdscategorie van 25 jaar tot en met 29 jaar. Het aantal jaren werkervaring varieert, waarbij de meeste 20 jaar of meer als fysiotherapeut werken. Ten slotte verschillen de respondenten wat betreft het aantal collega fysiotherapeuten waarmee zij werken. De meeste respondenten hebben 5 tot en met 9 collega fysiotherapeuten.

5.2.3. Ervaring met diabetes type 2 patiënten en kennis over en handelswijze bij comorbiditeit depressie



Figuur 1 ervaring en bekendheid met depressies bij diabetes type 2 patiënten



Figuur 2 handelswijze bij vermoeden depressie (n=104)

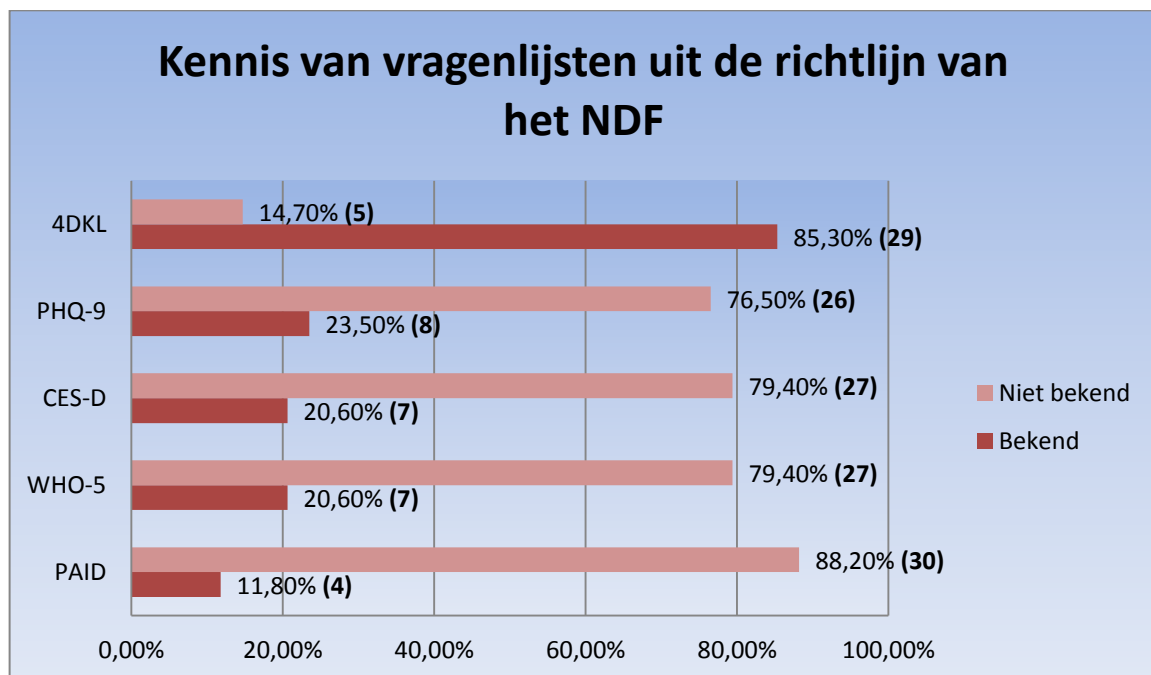
De meeste respondenten hebben in het verleden patiënten met diabetes type 2 patiënten behandeld of behandelen die op dit moment (zie tabel 2). De respondenten zonder ervaring met de behandeling van diabetes type 2 patiënten zijn van de rest van het onderzoek uitgesloten. Het merendeel van de respondenten die nu diabetes type 2 patiënten behandelen en/of dat in het verleden hebben gedaan, is bekend met de mogelijkheid van comorbide depressie bij diabetes type 2 patiënten.

In figuur 2 is weergegeven wat de handelwijze van de respondenten is bij het vermoeden van een depressie bij diabetes type 2 patiënten. Het merendeel van de fysiotherapeuten start bij het vermoeden van een depressie een multidisciplinaire samenwerking op door bijvoorbeeld te overleggen met de huisarts of door naar een psycholoog door te verwijzen.

5.2.4. Kennis van depressie screeningsvragenlijsten bij diabetes type 2 patiënten

Vraag	Antwoord	Uitkomst
9. Bent u bekend met vragenlijsten die gebruikt kunnen worden voor het screenen van depressies bij diabetes type 2 patiënten? (n=104)	Nee	63,5% (66)
	Ja	36,5% (38)
10. Welke vragenlijsten voor het screenen van depressies bij diabetes type 2 patiënten kent u (open vraag)?	4DKL	51,2% (20)
	Geen	23,0% (23)
	The depression scale	7,6% (3)
	BDI	2,5% (1)
	PAID	2,5% (1)
	CES-D	2,5% (1)
	RAND32	2,5% (1)
	Kwaliteit van leven vragenlijst	2,5% (1)
	PHQ-9	2,5% (1)
	RAND 36	2,5% (1)
	Tampaschaal	2,5% (1)

Tabel 3 Kennis vragenlijsten



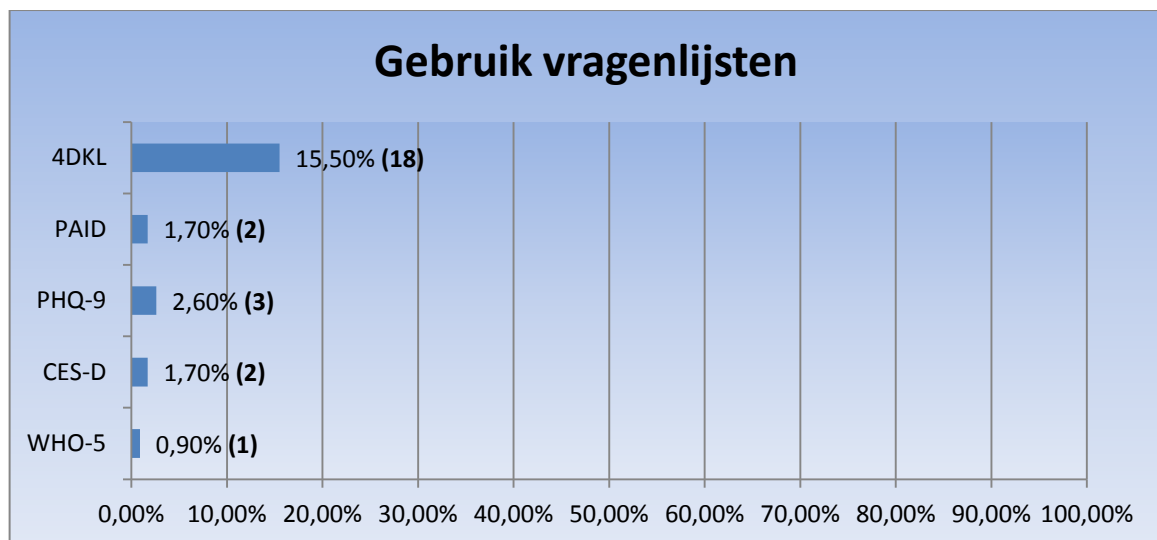
Figuur 3 Kennis van vragenlijsten uit de richtlijn van het NDF (n=34)

De vragen 9 t/m 20 zijn alleen gesteld aan de fysiotherapeuten die ervaring hadden met het behandelen van diabetes type 2 patiënten en die bekend waren met comorbide depressie bij deze patiëntengroep (n=104). Van deze groep was het merendeel niet bekend met vragenlijsten die gebruikt kunnen worden voor het screenen van depressies bij diabetes type 2 patiënten.

Aan de 38 fysiotherapeuten die aangaven wel bekend te zijn met screeningsvragenlijsten voor depressies is door middel van een open vraag gepeild welke vragenlijsten zij spontaan konden noemen. Deze antwoorden zijn handmatig kwalitatief geanalyseerd en gehercodeerd in een aantal categorieën. De 4DKL werd het meest spontaan genoemd. Na het beantwoorden van deze vraag waren er 4 respondenten die de vragenlijst niet verder hebben ingevuld.

Vervolgens is bepaald in hoeverre de in de richtlijn van de NDF genoemde vragenlijsten en de 4DKL bekend waren. De 4DKL was onder de fysiotherapeuten die screeningsvragenlijsten voor depressies kennen, het meest bekend.

5.2.5. Gebruik van depressie screeningsvragenlijsten bij diabetes type 2 patiënten



Figuur 4 Gebruik van vragenlijsten onder fysiotherapeuten die ervaring hebben met het behandelen van diabetes type 2 (N=26).

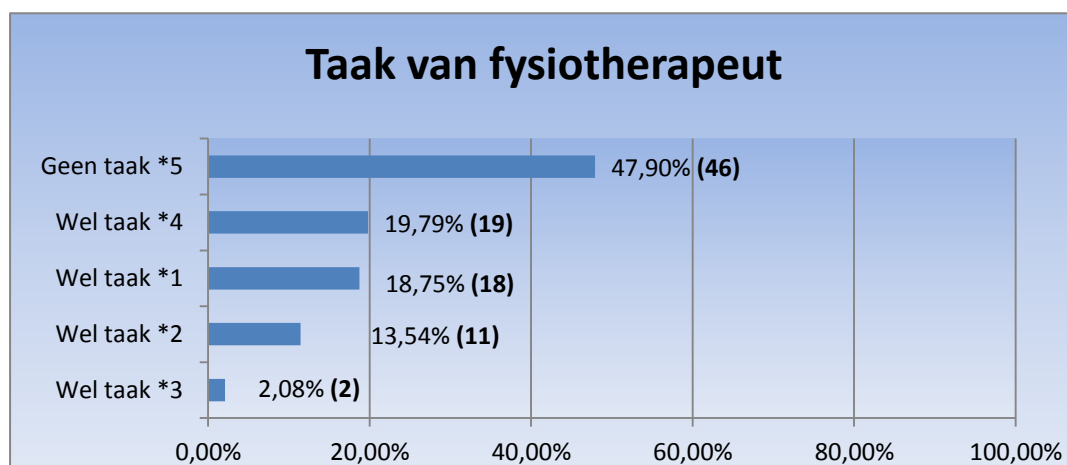
Vraag	Antwoorden	Uitkomst
16. Gebruikt u zelf één of meerdere vragenlijst(en)? (n=34)	Ja Nee	67,6% (23) 32,4% (11)
18. Wat zijn redenen voor u om die/deze vragenlijst(en) te gebruiken? (open vraag) (n=23)	Goed bruikbaar Bij vermoeden van depressie Voor het diagnosticeren/screenen Meest mee bekend Betrouwbaar	43,5% (10) 21,7% (5) 13,0% (3) 13,0% (3) 8,7% (2)
19. Op welk moment neemt u een vragenlijst af? (n=22)	Gedurende behandeling Intake	54,5% (12) 45,5% (10)
20. Wat als na afname van de vragenlijst(en) depressieve symptomen aanwezig lijken te zijn? (open vraag) (n=23)	Multidisciplinaire samenwerking starten Bespreken met de patiënt Niets	52,2% (12) 43,5% (10) 4,3% (1)

Tabel 4 Gebruik van vragenlijsten

Van de 38 respondenten die bekend zijn met depressie screeningsvragenlijsten gebruikt 67,6% **(23)** ook zelf dit soort vragenlijsten. Daarbij wordt de 4DKL het meest gebruikt. Door middel van een open vraag is vastgesteld wat de redenen zijn dat de respondenten bepaalde vragenlijsten gebruiken. Deze antwoorden zijn (handmatig) kwalitatief geanalyseerd en gehercodeerd in een aantal categorieën. De meest genoemde reden was de goede bruikbaarheid. Als er een vragenlijst wordt ingezet, gebruikt 54,5% **(12)** deze gedurende de behandeling en de rest tijdens de intake. Wanneer na de afname van de vragenlijst depressieve symptomen aanwezig lijken te zijn dan start 77,30% **(17)** een multidisciplinaire samenwerking en bespreekt 22,70% **(5)** de uitslag met de patiënt.

5.2.6. Screenen taak van fysiotherapeut

Aan alle respondenten is gevraagd of zij vinden dat het een taak van de fysiotherapeut is om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie. De meningen lopen hierover uiteen. Van de 96 respondenten die deze vraag hebben beantwoord vindt het grootste deel namelijk 52,1% **(50)** het screenen een taak van een fysiotherapeut. 47,9% **(46)** van de respondenten vinden het geen taak van de fysiotherapeut om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie.



Figuur 5 Waarom screenen wel of niet een taak is voor de fysiotherapeut (n=96)

**1 holistische benadering, mens als geheel behandelen niet alleen de klacht*

**2 mogelijkheid om in vroeg stadium in te grijpen*

**3 Fysiotherapeut heeft veel contact met de patiënt en kan daardoor meer zaken opmerken*

**4 aanwezigheid depressie kan invloed hebben op herstel/behandeling*

**5 te weinig expertise, kan beter gebeuren door psycholoog of huisarts*

Ten slotte is onderzocht waarom de respondenten van mening zijn dat het screenen wel of geen taak van een fysiotherapeut is. Zoals uit figuur 5 valt af te lezen vinden alle fysiotherapeuten die van mening zijn dat het geen taak van een fysiotherapeut is, dit omdat in hun ogen een fysiotherapeut daarvoor te weinig expertise heeft en een psycholoog of huisarts hier beter voor

geschikt is. Van de fysiotherapeuten die vinden dat het wel hun taak is, vindt het merendeel dit omdat de aanwezigheid van een depressie van invloed kan zijn op het herstel en de behandeling.

5.2.7. Is de bekendheid of het gebruik van vragenlijsten afhankelijk van demografische variabelen.

Variabele	p-waarde Kruskal-Wallis toets bekendheid depressie screeningsvragenlijsten	p-waarde Kruskal-Wallis toets gebruik vragenlijsten	P-waarde
Geslacht	0,06	0,88	>0,05 (niet significant)
Leeftijd	0,49	0,35	>0,05 (niet significant)
Jaren ervaring	0,70	0,22	>0,05 (niet significant)
Aantal collega's	0,10	0,93	>0,05 (niet significant)
Provincie	0,82	0,41	>0,05 (niet significant)

Tabel 5 relatie vragenlijsten met demografische factoren (n=116)

Middels Kruskal-Wallis toetsen is onderzocht of de bekendheid en het gebruik van vragenlijsten afhankelijk was van geslacht, leeftijd, ervaring, aantal collega's van de respondent en de provincie waarin de respondent werkt. Voor alle demografische factoren bij alle respondenten (116) werd *geen* significant verband gevonden ($p > 0.05$) (zie tabel 5). Aan het eind van de vragenlijst is aan de respondenten gevraagd of ze opmerkingen hadden betreffende de vragenlijst. In bijlage 2 is hiervan een overzicht te vinden.

6. Discussie

Over het gebruik van screeningsvragenlijsten voor het screenen van een depressie bij diabetes type 2 patiënten door fysiotherapeuten is nauwelijks iets bekend. Door middel van dit onderzoek is antwoord gezocht op de volgende vraag: *In hoeverre gebruiken Nederlandse fysiotherapeuten in de praktijk vragenlijsten om diabetes type 2 patiënten te screenen op de aanwezigheid van een depressie en wat zijn de achterliggende redenen van het al dan niet inzetten van dit soort vragenlijsten?*

6.1 Interpretatie van de resultaten

Deelvraag 1: *Welke vragenlijsten kunnen Nederlandse fysiotherapeuten gebruiken om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?*

Uit het uitgevoerde literatuuronderzoek blijkt dat het NDF op basis van een wetenschappelijke meta-analyse 4 vragenlijsten heeft geselecteerd die gebruikt kunnen worden door Nederlandse fysiotherapeuten om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie (NDF, 2013). De CES-D, HADS, PHQ-9 en de WHO-5 worden aanbevolen, aangezien deze vragenlijsten vrijelijk beschikbaar en bekend in Nederland zijn. Deze vragenlijsten hebben goede psychometrische eigenschappen hebben, zijn eenduidig en de belasting voor de patiënt is minimaal (NDF, 2013). Naast de hierboven genoemde vragenlijsten is de 4DKL theoretisch gezien geschikt om depressies te screenen bij diabetes type 2 patiënten. Deze vragenlijst meet vier symptoomdimensies (distress, depressie, angst en somatisatie). De 4DKL is een betrouwbaar meetinstrument, heeft een hoge interne consistentie en een hoge test-hertestcorrelatie. Waarom de 4DKL niet is beoordeeld in het door het NDF geïnitieerde onderzoek is niet bekend. Wetende dat de 4DKL vragenlijst is die screent op meerdere items dan alleen depressies en niet specifiek gericht is op diabetes patiënten zou een reden kunnen zijn waarom de 4DKL niet is meegenomen in het onderzoek van het NDF.

Deelvraag 2: *In hoeverre zijn Nederlandse fysiotherapeuten bekend met screeningsvragenlijsten die gebruikt kunnen worden om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?*

Meetinstrumenten die ingezet kunnen worden als diagnostisch, prognostisch of evaluatief middel (klinimetrie) dragen bij aan de transparantie van het fysiotherapeutisch handelen. De beroepsvereniging voor fysiotherapie (KNGF) moedigt het gebruik van meetinstrumenten dan ook aan (Vogels et al., 2004). Door het gebruik van betrouwbare en valide instrumenten worden beoordelingen over het functioneren van patiënten objectiever en consistent (Vogels et al., 2004). Het gebruik van meetinstrumenten draagt daarnaast ook bij aan een optimale communicatie tussen en binnen verschillende beroepsgroepen (Vogels et al., 2004). Uit de survey is gebleken dat slechts 36,5% (38) van de respondenten bekend is met het bestaan

van vragenlijsten over depressies. Dat fysiotherapeuten zo slecht bekend zijn met screeningsvragenlijsten kan liggen aan de handelswijze van de fysiotherapeuten. Het grootste gedeelte namelijk 49,04% van de 104 respondenten die bekend zijn met depressies bij diabetes type 2 patiënten start een multidisciplinaire samenwerking. Een betere informatievoorziening bij vragenlijsten over depressies kan ervoor zorgen dat er een betere bekendheid met vragenlijsten over depressies ontstaat, aangezien in dit onderzoek slechts 36,5% (38) van de 104 respondenten bekend is met de vragenlijsten. Een andere reden waarom fysiotherapeuten zo slecht bekend zijn met vragenlijsten zou kunnen liggen aan de leeftijd van de fysiotherapeuten. De meeste fysiotherapeuten namelijk 21,6% (25) zijn in dit onderzoek 25 tot en met 29 jaar. Deze therapeuten zijn vaak pas net afgestudeerd en/of hebben nog weinig werkervaring waardoor zij nog niet goed bekend zijn met deze screeningsvragenlijsten. Daarnaast zou gekozen kunnen worden voor een groter onderzoek onder fysiotherapeuten in Nederland met betrekking tot screeningsvragenlijsten voor depressies aangezien aan dit onderzoek slechts 116 respondenten hebben deelgenomen. Het is van maatschappelijk belang dat fysiotherapeuten meer bekendheid krijgen met screeningsvragenlijsten voor depressies en meer gebruik maken van vragenlijsten voor het screenen van een depressie bij diabetes type 2 patiënten. Zo zou er in een eerder stadium en gericht behandeld kunnen worden waardoor de diabetes beter onder controle gehouden kan worden. Daarnaast kan een betere behandeling bij diabetes type 2 ook zorgen voor verminderde ziektekosten.

Deelvraag 3: *Waarom maken fysiotherapeuten wel of geen gebruik van screeningsvragenlijsten om een diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?*

Volgens het NDF (2013) dragen screeningsvragenlijsten bij aan een adequate signalering van depressieve klachten bij diabetes type 2 patiënten. Wanneer een depressie in een vroeg stadium wordt onderkend kan tijdig een behandeling hiervoor worden ingezet. Uit een onderzoek van Swinkels (2003) blijkt dat het niet vrijelijk beschikbaar zijn, de benodigde tijd en kosten redenen kunnen zijn waardoor fysiotherapeuten weinig bekend zijn en/of gebruik maken van screeningsvragenlijsten. Problemen bij interpretatie van uitkomsten van de vragenlijsten kunnen ook een belemmering vormen, de therapeut heeft vaak te weinig kennis van de vragenlijsten en zet bij het gebrek aan kennis vaak een willekeurige vragenlijst in. Dit leidt ertoe dat het resultaat van de vragenlijst vaak moeilijk te interpreteren is doordat een inadequaat keus is gemaakt (Swinkels, 2003). Daarnaast kijken en praten veel fysiotherapeuten in plaats van een vragenlijst af te nemen (Terluin et al., 2006). In dit onderzoek is geïnventariseerd in hoeverre de respondenten van mening zijn dat het een taak van de fysiotherapeut is om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie. Van de 96 respondenten is 52,1% van mening dat het screenen op een depressie inderdaad een taak is van een fysiotherapeut en vindt het grootste gedeelte dit omdat de aanwezigheid van een depressie invloed kan hebben op de hulpvraag, het herstel en de behandeling van de patiënt. Dit sluit aan bij het onderzoek van Swinkels (2003), aangezien dat

onderzoek beschrijft dat het gebruik van betrouwbare en valide instrumenten het functioneren van patiënten objectiever en consistent maakt.

Alle respondenten die vinden dat screenen op depressies geen taak is van de fysiotherapeut zijn deze mening toegedaan aangezien zij onvoldoende expertise hebben en dit een taak is van andere hulpverleners (huisarts, praktijkondersteuner of psycholoog). Dat de respondenten uit dit onderzoek te weinig expertise hebben komt overeen met de resultaten uit het onderzoek van Swinkels (2003).

Deelvraag 4: *Welke screeningsvragenlijsten worden vooral gebruikt door Nederlandse fysiotherapeuten om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?*

Uit eerder verricht onderzoek onder 65 Nederlandse fysiotherapeuten is gebleken dat de 4DKL door een redelijk percentage (40,3%) wordt gebruikt (Vleuten, 2014). Van de andere vragenlijsten dit in dit onderzoek zijn meegenomen zijn geen Nederlandse gebruikerspercentages bekend. Uit dit onderzoek komt naar voren dat door de mensen die screenende vragenlijsten gebruiken, de 4DKL het meest wordt ingezet, namelijk door 15,5%. De CES-D, PHQ-9, WHO-5 en HADS worden slechts door 0,9 tot 2,6% in de praktijk gebruikt.

Gezien het feit dat in dit onderzoek maar 23 respondenten aangaven zelf screeningsvragenlijsten te gebruiken dient evenwel voorzichtigheid betracht te worden met het op basis van kleine groep doen van gegeneraliseerde uitspraken over het gebruikpercentage van specifieke vragenlijsten door Nederlandse fysiotherapeuten.

Wanneer gekeken wordt naar de bekendheid van de verschillende vragenlijsten dan blijkt de 4DKL ook relatief de hoogste bekendheid te genieten, namelijk bij 85,3% (29) van de 34 fysiotherapeuten. Het relatieve hoge gebruik van de 4DKL kan waarschijnlijk grotendeels verklaard worden door het feit dat in dit onderzoek deze vragenlijst relatief gezien ook het meest bekend is namelijk bij 85,30% (29) van de 34 respondenten.

Deelvraag 5: *Is het gebruik van screeningsvragenlijsten afhankelijk van het geslacht van de fysiotherapeut, de leeftijd van de fysiotherapeut, de ervaring van de fysiotherapeut, het aantal collega fysiotherapeuten dat in de praktijk van de fysiotherapeut werkzaam en de provincie waarin de fysiotherapeut werkt?*

Uit dit onderzoek blijkt dat zowel de bekendheid met vragenlijsten als het gebruik van vragenlijsten niet afhankelijk is van het geslacht, de leeftijd, de ervaring, het aantal collega's en de provincie waarin gewerkt wordt, de p-waarde is groter dan $>0,05$ (niet significant). Voorafgaand aan het onderzoek was er ook geen theoretische grond om te veronderstellen dat het gebruik en de bekendheid van vragenlijsten afhankelijk was van deze demografische variabelen omdat hier nooit eerder onderzoek naar was gedaan. Dat er geen samenhang is tussen de demografische variabelen, kennis en het gebruik kan liggen aan het slechts beperkt aantal respondenten dat bekend is met de vragenlijsten.

6.2 Sterke punten

Voorafgaand aan dit onderzoek was er nauwelijks informatie beschikbaar wat betreft de kennis over en het gebruik van depressie screeningsvragenlijsten voor diabetes type 2 patiënten door Nederlandse fysiotherapeuten. Dit onderzoek heeft hier verandering in gebracht. Uit dit onderzoek blijkt dat de kennis over het bestaan van screeningsvragenlijsten onder Nederlandse fysiotherapeuten duidelijk verbreed mag worden. Immers, uit dit onderzoek kwam naar voren dat 63,5% van de 104 respondenten niet bekend is met het bestaan van screeningsvragenlijsten bij depressies en dat van de fysiotherapeuten die diabetes type 2 patiënten behandelen slechts 23 fysiotherapeuten screenende vragenlijsten inzet.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat fysiotherapeuten, uit het hele land, van verschillende leeftijden, van verschillend geslacht en met uiteenlopende ervaring hebben deelgenomen. Doordat er gebruik is gemaakt van een aselechte steekproef waarbij van te voren een 376 respondenten waren vastgesteld, mag er ook van uitgegaan worden dat de gevonden resultaten representatief zijn voor Nederlandse fysiotherapeuten. Ten slotte is de gebruikte vragenlijst vooraf middels een pilot getest, waarmee de betrouwbaarheid van de vragenlijst gewaarborgd is.

6.3 Beperkingen

Een beperking van het onderzoek is gelegen in het feit dat er gekozen is voor een kwantitatief onderzoek. Dit soort onderzoek is geschikt om binnen een korte tijd en relatief lage kosten cijfermatige gegevens te verzamelen maar is minder geschikt om gerichte achtergrond informatie te verzamelen en door te vragen op bepaalde zaken. Door middel van de enquête is wel globaal inzicht gekregen de kennis over bepaalde vragenlijsten, maar niet duidelijk geworden hoe deze kennis is opgedaan. Daarnaast is wel onderzocht in hoeverre de respondenten het een taak vinden van fysiotherapeuten om te screenen op een depressie, maar is nagelaten om andere redenen te onderzoeken die ten grondslag zouden kunnen liggen aan het wel of niet gebruik van screenende vragenlijsten. Ten slotte waren er in het onderzoek maar 23 respondenten die zelf screeningsvragenlijsten voor depressies gebruikten. Deze groep is te klein om op basis hiervan verantwoordde uitspraken te doen over het gebruik van verschillende soorten vragenlijsten. Een andere beperking van dit onderzoek is de uitval in de populatie, niet alle respondenten hebben de enquête in zijn volledigheid ingevuld. Door de uitval in de populatie is dit onderzoek minder representatief en toepasbaar in de praktijk, aangezien slechts 36,5% (38) van 104 respondenten de inhoudelijke vragen hebben beantwoord.

7. Conclusie en aanbevelingen

7.1 Conclusie

In dit onderzoek is een antwoord gezocht op de vraag In hoeverre Nederlandse fysiotherapeuten in de praktijk vragenlijsten gebruiken om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie en wat de achterliggende redenen zijn waarom vragenlijsten wel of niet gebruikt worden?

Uit dit survey onderzoek blijkt dat 63,5% (66) van de 104 ondervraagde Nederlandse fysiotherapeuten onbekend is met vragenlijsten om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie. Van de 38 respondenten die bekend zijn met vragenlijsten om diabetes type 2 patiënten te screenen gebruikt 67,6% zelf dit soort vragenlijsten, dit komt neer op slechts 23 respondenten. Waarom er zo weinig gebruik wordt gemaakt van screeningsvragenlijsten lijkt te liggen in de relatieve onbekendheid ervaren. Ten tweede blijkt uit dit onderzoek dat ongeveer de helft van de respondenten namelijk 47,9% van mening is dat het screenen op een depressie geen taak is voor een fysiotherapeut vanwege het gebrek aan kennis en het feit dat hiervoor andere hulpverleners (b.v. huisarts, praktijkondersteuner) hiervoor meer expertise in huis hebben.

7.2 Aanbevelingen

Het zou interessant zijn om de bevindingen van dit onderzoek te toetsen bij een nog grotere groep van respondenten en vooral ook onder meer fysiotherapeuten die zelf screenende vragenlijsten gebruiken in de praktijk. Het gebruik van meetinstrumenten in de praktijk wordt namelijk gestimuleerd door het KNGF (Vogels et al., 2004) . Daarnaast zou het van toegevoegde waarde kunnen zijn om een kwalitatief onderzoek naar dit onderwerp uit te voeren. Door middel van interviews kan dan nog meer inzicht worden gekregen wat de redenen zijn voor het al dan niet gebrek aan kennis over screenende vragenlijsten en het al dan niet gebruiken van dit soort vragenlijsten.

Op basis van dit onderzoek verdient het ten slotte de aanbeveling om het bestaan en het nut van screeningsvragenlijsten voor depressies meer onder de aandacht van de fysiotherapeut brengen aangezien dat veel fysiotherapeuten in dit onderzoek aangeven niet bekend te zijn met screeningsvragenlijsten. Met behulp van deze vragenlijsten kunnen fysiotherapeuten immers objectiever en sneller vast stellen of er mogelijk sprake is van een depressie bij diabetes type 2 patiënten. Met deze kennis kunnen zij ervoor zorgen dat de behandeling van een depressie tijdig kan worden ingezet, wat uiteindelijk zal bijdragen aan een mogelijke betere behandeling van diabetes type 2.

8. Referenties

- Aoki, T. et al. (1993). Long-term intermittent intravenous insulin therapy and type 1 diabetes mellitus. Association, A. D. (2008). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 31 Suppl 1, S55–60. doi:10.2337/dc08-S055
- Baan, C. (2009). Diabetes tot 2025. *Preventie En Zorg in* Retrieved from <http://medisch-fitness.com/documents/RIVMrapportDiabetes.pdf>
- Bakker, W. (2010). *Vascular Insulin Resistance Through Fat*.
- Brown, L. C., Majumdar, S. R., Newman, S. C., & Johnson, J. a. (2005). History of depression increases risk of type 2 diabetes in younger adults. *Diabetes Care*, 28(5), 1063–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15855568>
- Chandra, Y., Osborn, P. M., Leonard E., & Egede, M. (2013). NIH Public Access, 34(3), 249–253. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.01.015.The
- Chrousos, G. P. (2000). The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue-related causes. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 24 Suppl 2, S50–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10997609>
- Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia*, 190(7 Suppl), S54–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19351294>
- De Jonge, P., Roy, J. F., Saz, P., Marcos, G., & Lobo, a. (2006). Prevalent and incident depression in community-dwelling elderly persons with diabetes mellitus: results from the ZARADEMP project. *Diabetologia*, 49(11), 2627–33. doi:10.1007/s00125-006-0442-x
- Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 409–16. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.06.002
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2010). Diabetes and depression: global perspectives. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(3), 302–12. doi:10.1016/j.diabres.2010.01.024
- F., L. (2010). Overweight, Obesity, and Depression, 67(3), 220–229.
- Field, A. E., Manson, J. E., Taylor, C. B., Willett, W. C., & Colditz, G. A. (2004). Association of weight change , weight control practices , and weight cycling among women in the Nurses ' Health Study II, 1134–1142. doi:10.1038/sj.ijo.0802728
- Frazer, K. A., Murray, S. S., Schork, N. J., & Topol, E. J. (2009). Human genetic variation and its contribution to complex traits, 10(APrIl), 18–20. doi:10.1038/nrg2554
- G., L. (2010). Health-Related Quality of Life and Mortality, 33(11). doi:10.2337/dc10-0979.
- Ganda, O. P., & Caballero, A. E. (2012). NIH Public Access, 171(June 2008), 1990–1999. doi:10.1001/archinternmed.2011.502.The
- Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. a, Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J., & Safren, S. a. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2398–403. doi:10.2337/dc08-1341
- Harris, M. I. (2014). Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucose Intolerance, 28(December 1979), 1039–1057.
- Hartemink, N., Boshuizen, H. C., Nagelkerke, N. J. D., Jacobs, M. A. M., & Houwelingen, H. C. Van. (2006). Practice of Epidemiology Combining Risk Estimates from Observational Studies with Different Exposure Cutpoints : A Meta-analysis on Body Mass Index and Diabetes Type 2, 163(11), 1042–1052. doi:10.1093/aje/kwj141
- Hermanns, N., Caputo, S., Dzida, G., Khunti, K., Meneghini, L. F., & Snoek, F. (2013). Screening, evaluation and management of depression in people with diabetes in primary care. *Primary Care Diabetes*, 7(1), 1–10. doi:10.1016/j.pcd.2012.11.002
- Koh-banerjee, P., Wang, Y., Hu, F. B., Spiegelman, D., Walter, C., & Rimm, E. B. (2004). Changes in Body Weight and Body Fat Distribution as Risk Factors for Clinical Diabetes in US Men, 159(12), 1150–1159. doi:10.1093/aje/kwh167
- Morrato, E. H., Hill, J. O., Wyatt, H. R., Ghushchyan, V., & Sullivan, P. W. (2003). Physical activity in U.S. adults with diabetes and at risk for developing diabetes, 2003. *Diabetes Care*, 30(2), 203–9. doi:10.2337/dc06-1128
- NDF. (2013). NDF richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes.

- Neeleman, J., Ormel, J., & Bijl, R. V. (2001). The distribution of psychiatric and somatic ill health: associations with personality and socioeconomic status. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 239–47. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11292271>
- Nuyen, J., Volkers, A. C., Verhaak, P. F. M., Schellevis, F. G., Groenewegen, P. P., & Van den Bos, G. a M. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35(8), 1185–95. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16116944>
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Skovlund, S. E., Snoek, F. J., Matthews, D. R., & Landgraf, R. (2006). Patient and provider perceptions of care for diabetes: results of the cross-national DAWN Study. *Diabetologia*, 49(2), 279–88. doi:10.1007/s00125-005-0048-8
- Pouwer, F., Beekman, A. T. F., Lubach, C., & Snoek, F. J. (2006). Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 235–40. doi:10.1016/j.pec.2005.01.009
- Praet, S. F. ., Uden van C., Hartgens, F., Savelberg, H. H. C. M., Toereppel, K., & Bie de, R. A. (2009). Beweeginterventie diabetes mellitus type 2.
- Richtlijnontwikkeling, M. (2005). *multidisciplinaire richtlijn*.
- Rietveld, N. (2005). Methodologisch advies op maat, 16–19.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 15(3), 205–18. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10441043>
- Rümke, C. L. (1983). 1983116280001A.pdf. *Ned. Tijdschrift Geneeskunde*, 127(nr 36).
- Schram, M. T., Baan, C. A., & Pouwer, F. (2009). Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes : A Systematic Re- view from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consor- tium, 0031(0), 112–119.
- Snoek, F. J. (2008). Diabetes and psychological well-being crossing borders to achieve optimum care - Snoek - 2006 - Practical Diabetes International - Wiley Online Library.
- Swinkels, R. a. H. M. (2003). Welke vragenlijst bij welke patiënt? *Stimulus*, 22(3), 156–161. doi:10.1007/BF03063013
- Terluin, B., van Marwijk, H. W. J., Adèr, H. J., de Vet, H. C. W., Penninx, B. W. J. H., Hermens, M. L. M., ... Stalman, W. a B. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6, 34. doi:10.1186/1471-244X-6-34
- Vleuten, S. Van Der. (2014). Fontys Paramedische Hogeschool.
- Vogels, E. M. H. M., Hendriks, H. J. M., Baar, M. E. van, Dekker, J., Hopman-Rock, M., Oostendorp, R. A. B., ... Verhoef, J. (2004). KNGF-richtlijn, (5). www.surveymonkey.nl. (n.d.).

9. Bijlagen

Bijlage I. Vragenlijst

Diabetes type 2 patiënten

Deze vragenlijst gaat over de behandeling van diabetes type 2 patiënten. De vragenlijst bestaat uit 26 vragen. Het invullen neemt (afhankelijk van uw antwoorden) tussen de 5 en 15 minuten in beslag. U kunt deze vragenlijst geheel anoniem invullen als u dit wenst. Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en alleen gebruikt in het kader van mijn afstudeeronderzoek. Na afloop van het onderzoek wordt de verkregen data vernietigd.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

1: In welke provincie bent u werkzaam?

- ☐ Noord-Holland
- ☐ Zuid-Holland
- ☐ Zeeland
- ☐ Noord-Brabant
- ☐ Limburg
- ☐ Gelderland
- ☐ Utrecht
- ☐ Flevoland
- ☐ Overijssel
- ☐ Drenthe
- ☐ Groningen
- ☐ Friesland

2. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

3. Wat is uw leeftijd?

- ☐ 20 tot en met 24 jaar
- ☐ 25 tot en met 29 jaar
- ☐ 30 tot en met 34 jaar
- ☐ 35 tot en met 39 jaar
- ☐ 40 tot en met 44 jaar
- ☐ 45 tot en met 49 jaar

- ☐ 50 tot en met 54 jaar
- ☐ 55 tot en met 59 jaar
- ☐ 60 tot en met 64 jaar
- ☐ 65 jaar of ouder

4: Hoelang bent u als fysiotherapeut werkzaam?

- ☐ 0 tot en met 4 jaar
- ☐ 5 tot en met 9 jaar
- ☐ 10 tot en met 14 jaar
- ☐ 15 tot en met 19 jaar
- ☐ 20 jaar of meer

5. Hoeveel collega fysiotherapeuten heeft u?

- ☐ 0 (ik werk alleen in de praktijk)
- ☐ 1 tot en met 4 collega fysiotherapeuten
- ☐ 5 tot en met 9 collega fysiotherapeuten
- ☐ 10 of meer collega fysiotherapeuten

6. Heeft u in het verleden diabetes type 2 patiënten behandeld en/of behandelt u op dit moment diabetes type 2 patiënten ? (bij nee einde enquête, met vermelding dat respondent buiten doelgroep onderzoek valt)

1. ja
2. nee

7. Bent u bekend met comorbide depressie bij diabetes type 2 patiënten? Met comorbiditeit wordt bedoeld dat patiënten met diabetes type 2 ook vaak op enig moment last hebben van een depressie.

3. ja
4. nee

8: Wat doet u wanneer u de aanwezigheid van een depressie bij diabetes type 2 patiënten vermoedt?
(open vraag)

9: Bent u bekend met vragenlijsten die gebruikt kunnen worden voor het screenen van depressies bij diabetes type 2 patiënten? (bij nee doorverwijzing naar vraag 21)

5. ja
6. nee

10. Welke vragenlijsten voor het screenen van depressies bij diabetes type 2 patiënten kent u?
(open vraag) (N.B. *bij het beantwoorden van deze vraag heeft de respondent niet de mogelijkheid om door te bladeren naar de volgende vragen*)

11. Kent u de vragenlijstent WHO-5?

7. ja

8. nee

12. Kent u de vragenlijstent CES-D?

9. ja

10. nee

13. Kent u de vragenlijst PHQ9?

11. ja

12. nee

14. Kent u de vragenlijst PAID?

13. ja

14. nee

15. Kent u de vragenlijst 4DKL?

15. ja

16. nee

16. Gebruikt u zelf één of meerdere vragenlijst(en) om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?

17. ja

18. nee (bij nee doorverwijzing naar vraag 21)

17: Welke vragenlijst(en) gebruikt u op dit moment voor het screenen van diabetes type 2 patiënten op een depressie? (U kunt één of meerdere vragenlijsten aankruisen)

☐ WHO-5

☐ CES-D

☐ PHQ-9

☐ HADS

☐ 4DKL

☐ Anders namelijk:

18. Op welk moment neemt u een vragenlijst af bij diabetes type 2 patiënten voor screening op een depressie?

- ☐ Bij de intake
- ☐ Gedurende de behandeling
- ☐ Anders namelijk:

19: Wat doet u als na afname van de vragenlijst(en) depressieve symptomen aanwezig lijken te zijn?

(open vraag)

20. Vindt u het een taak van de fysiotherapeut om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?

19. ja

20. nee

21. Waarom vindt u het wel of geen taak van de fysiotherapeut om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?

(open vraag)

U bent bijna aan het einde van de vragenlijst toegekomen.

Graag wil ik nu nog vijf korte vragen stellen over de vragenlijst zelf.

Ik wil u in ieder geval hartelijk danken voor de moeite en tijd die u genomen heeft voor het invullen van de vragenlijst.

22: Zou u meer informatie willen ontvangen over de mogelijkheden voor fysiotherapeuten om diabetes type 2 patiënten te screenen op een depressie?

21. ja

22. nee

23: Wenst u op de hoogte gebracht te worden van de resultaten van dit onderzoek?

23. ja

24. nee

25: Indien u op de hoogte wenst te worden gebracht van de resultaten van dit onderzoek vermeld dan in onderstaand tekstvak uw emailadres. Het email adres zal alleen gebruikt worden voor het toezenden van de resultaten van het onderzoek

(open vraag)

26: Heeft u nog opmerkingen met betrekking tot de vragenlijst?

(open vraag)

Bijlage II Opmerkingen betreffende vragenlijst

- Hoe vaak komt depressie MEER voor bij diabetespatiënten dan bij gezonde mensen????? in de kennis die ik vergaard heb over diabetes ben ik dit fenomeen NOOIT tegengekomen. Ik ben zelf ook diabeet !!!
- Op vraag 13 heb ik ja geantwoord, maar ik blijf bij mijn stelling dat hier een taak bij de huisarts ligt. wij kunnen alleen signaleren. Blijf vooral bij je eigen competenties. Het is wel goed om te weten of iemand een depressie doormaakt, dan kun je hier de coaching en
- Correcte korte enquête, succes er mee
- Prima vragenlijst
- Eenzijdig opgesteld. Erg gericht op screening van depressie. Mijns inziens is er meer uit te halen
- Zou graag de naam van de vragenlijsten mbt depressie wel willen weten. En ik wil je complimenteren dat er eens niet naar de training van DM2 pt wordt gevraagd.
- Ik vond dat er een aantal vragen dubbel instonden.
- Ik ben benieuwd naar de rationale achter dit onderzoek.
- Ben benieuwd om welke specifieke vragenlijsten het dan gaat
- Ben erg benieuwd wie er allemaal het beweegprogramma gebruikt, en wie er mensen 1 op 1 behandelt.
- Duidelijk dat het ging over depressie bij DMII en de rest niet. Succes!
- Is je onderzoek alleen gericht op screenen en prevalentie of ook spec beh mogelijkheden?
- Sturend
- Duidelijk, overzichtelijk en gebruikersvriendelijk
- Succes (10x)