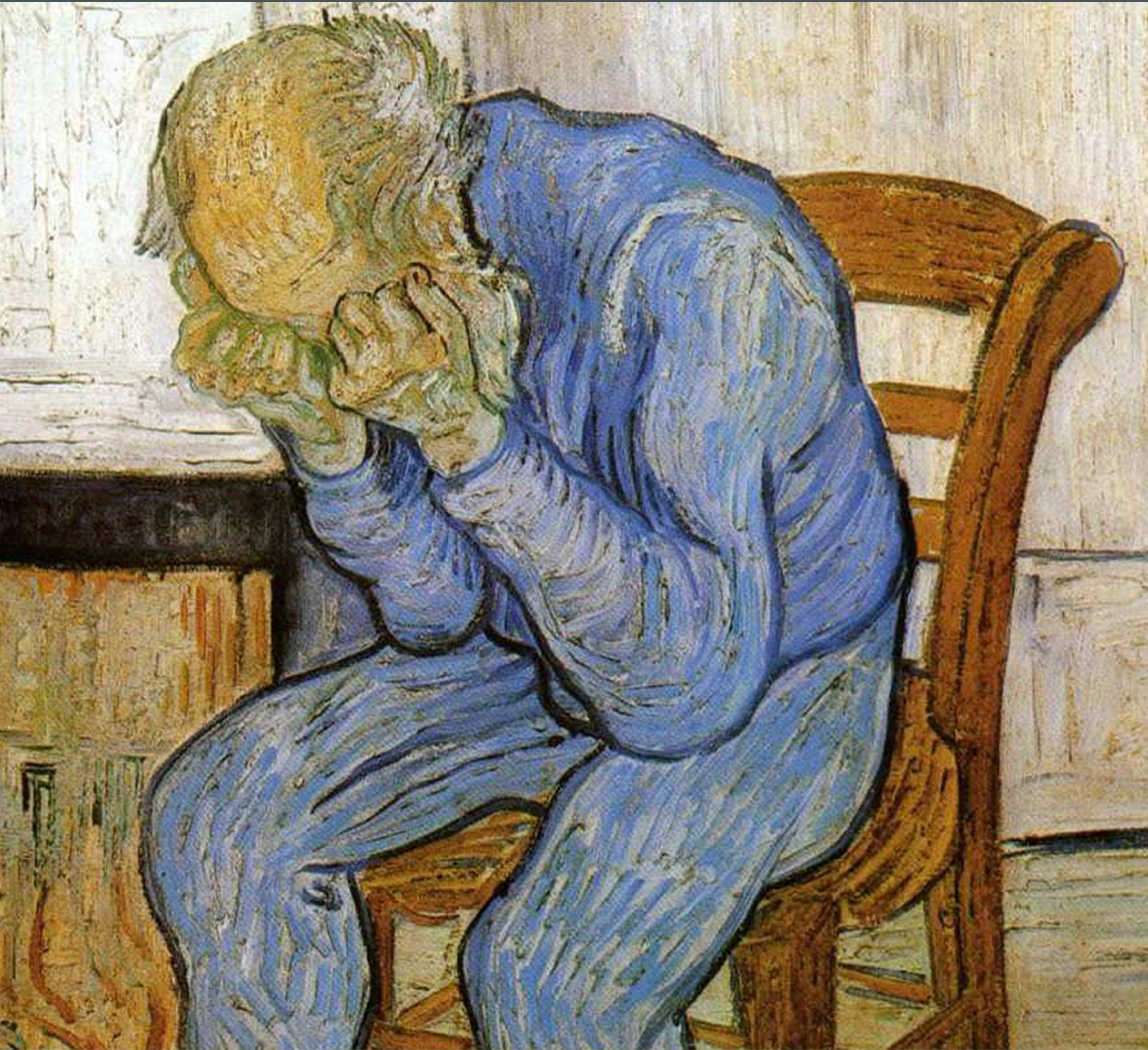


Ontregelde stemming

De ontwikkeling van een evidence-based conceptrichtlijn
'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'



H.E.M.V. Boshoven

Studentnummer 1227324
rik.boshoven@telfort.nl
Hogeschool Utrecht
Faculteit Gezondheidszorg & Academie gezondheidszorg
MANP GGZ cohort 07
Module Ontwerpproject
Begeleiders: Drs. J. Polet (opleiding) en Drs. A. Lemstra (mentor)
Beoordelaar: Drs. M. Kanne
Versie 1, 15-05-2009
Aantal woorden: 9899

**HOGESCHOOL
UTRECHT**

**Albert
Schweitzer**
ziekenhuis



Ontregelde stemming

De ontwikkeling van een evidence-based conceptrichtlijn
'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'

H.E.M.V. Boshoven

Dordrecht, 2009

Ontregelde stemming: De ontwikkeling van een evidence-based conceptringlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'. De conceptringlijn is nog niet getoetst in de praktijk. Alles uit dit ontwerpproject mag worden gebruikt, mits onder vermelding van de auteurs (H.E.M.V. Boshoven, A. Lemstra, J. Polet) en opleiding (Hogeschool Utrecht, Faculteit Gezondheidszorg & Academie gezondheidszorg).

Voorwoord

Dit projectverslag is het eindproduct van de module Ontwerpproject en is onderdeel van de opleiding 'Master in Advanced Nursing Practice' (MANP).

Het doel van het ontwerpproject is een bijdrage leveren aan kenniscirculatie en kennisontwikkeling. Een gekozen praktijkprobleem vormt het uitgangspunt, waarna door gebruik van verschillende kennisbronnen, gezocht wordt naar een oplossing. Deze is gericht op de best haalbare of de best wenselijke zorg voor de patiënt. Daarmee levert het ontwerpproject een bijdrage aan een 'Best Practice'.

Dit eindproduct is het resultaat van een proces, dat werd gevormd vanuit zowel de praktijk als de opleiding. Vanuit de opleiding MANP werd het ontwerpproject begeleid door mevrouw Polet. Zij is als docent werkzaam voor de hogeschool Utrecht, Faculteit Gezondheidszorg & Academie gezondheidszorg.

De heer Lemstra was als mentor verantwoordelijk voor de begeleiding vanuit de praktijk. Hij is werkzaam als psychiater op de dagbehandeling van de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) en als consultatieve psychiater in het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht.

De auteur is werkzaam als consultatief psychiatrisch verpleegkundige in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Na het afronden van de opleiding MANP zal hij de tweede verpleegkundig specialist psychiatrie zijn binnen de instelling.

Naar aanleiding van het praktijkgericht onderzoek 'ontregelde stemming', wordt er juni 2009 een posterpresentatie gehouden op de wetenschapsdag van het Albert Schweitzer ziekenhuis en op het congres van The European Association Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP). Zie bijlage tien voor de poster.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	8
Inleiding	9
Aanleiding	9
Probleemstelling	13
Vraagstelling van het ontwerpproject	13
Doelstelling van het ontwerpproject	13
Strategie & beleid	13
Methode	15
Fase 0 - Probleemanalyse	17
Inleiding	17
Methode	17
Resultaten	18
Conclusie	22
Fase 1 - Project ontwikkelen	25
Inleiding	25
Methode	25
Resultaten	27
Conclusie	31
De beste praktijk	33
Fase 2 - Conceptrichtlijn	35
Inleiding	35
Evidence-based conceptrichtlijn: 'Herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'. 35	
1 Algemene inleiding.....	36
2 Signalering	42
3 Behandeling	44
4 Organisatie van zorg	46
5 Implementatie van de richtlijn en voorstellen voor verder wetenschappelijk onderzoek.....	48
Procesbeschrijving	50

Fase 3 - Evaluatie conceptringlijen	51
Inleiding	51
AGREE	51
Praktijktoetsing	52
Conclusie	53
Fase 4 - Opleveren van kennis en competentie	55
Inleiding	55
ZonMw	55
Toekomst	55
Discussie	56
Literatuurlijst	57
Dankwoord	61
Bijlage 1 – Risicofactoren depressie uit RIVM rapport ‘Diabetes en depressie, een zorgelijk samenstel’ (2007)	63
Bijlage 2 – Subsidieaanvraag	65
Bijlage 3 – Vragenlijst onderzoek ‘Ontregelde stemming’	75
Bijlage 4 – Zoekresultaten literatuuronderzoek fase 1	83
Bijlage 5 – Topiclist interviews/ werkbezoek fase 1	85
Bijlage 6 – PHQ-9	87
Bijlage 7 – PAID	89
Bijlage 8 – WHO-5	91
Bijlage 9 – Evaluatie conceptringlijen aan de hand van het AGREE instrument	93
Bijlage 10 – Posterpresentatie: wetenschapsdag Albert Schweitzer ziekenhuis en congres van The European Association Liaison Psychiatry and Psychosomatics (juni 2009)	95

Samenvatting

Mensen met diabetes hebben mogelijk twee keer zo veel kans op een depressieve stoornis, als mensen zonder diabetes.

DOEL. De ontwikkeling en praktijktoetsing van een evidence-based conceptringlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes' voor het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht. Hierdoor wordt op de lange termijn tachtig procent van de depressieve stoornissen op het diabetescentrum herkend en behandeld.

METHODE. Het project is onderverdeeld in vijf fases, waarbij gebruikgemaakt is van de methodiek Evidence-Based Richtlijnontwikkeling (EBRO). In fase 0 heeft een praktijkgericht onderzoek plaatsgevonden naar de herkenning van depressie op het diabetescentrum. Naar aanleiding hiervan is in fase 1 systematisch onderzoek gedaan naar alle mogelijke oplossingen. Fase 2 omvat het schrijven van de conceptringlijn. Deze is geëvalueerd aan de hand van het AGREE instrument en praktijktoetsing in fase 3. In de laatste fase is een fictieve subsidieaanvraag geschreven en zijn aanbevelingen gedaan voor vervolg van dit ontwerpproject.

RESULTAAT. Uit het praktijkgericht onderzoek blijken signalen van een depressie deels herkend te worden. De klachten worden echter niet herkend als depressieve stoornis en leiden niet tot verwijzing en behandeling. Uit onderzoek naar alle mogelijke oplossingen blijkt structurele screening gerechtvaardigd, waarbij de CES-D als screeningsinstrument de voorkeur heeft. Behandeling volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie is even effectief bij patiënten met diabetes. Daarnaast zijn er positieve resultaten van collaborative care (met oplossingsgerichte therapie als onderdeel) als behandeling van depressie bij patiënten met diabetes. Diagnostiek en behandeling dienen gekoppeld te zijn aan screening, welke op het diabetescentrum plaatsvindt.

Bovenstaande bevindingen zijn vastgelegd in de conceptringlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'. De conceptringlijn voldoet in grote lijnen aan de AGREE criteria. De inhoud, leesbaarheid en toepasbaarheid van de conceptringlijn worden door de potentiële gebruikers en interne deskundigen positief beoordeeld. Aanscherping van de conceptringlijn dient plaats te vinden aan de hand van de praktijktoetsing.

CONCLUSIE. De conceptringlijn biedt een gedegen onderbouwing voor de samenwerking, op het gebied van depressie, tussen het diabetescentrum en de vakgroep psychiatrie. De hoop is dat deze richtlijn een aanzet is tot bredere aandacht voor psychologische -en psychiatrische problematiek op de diabetescentra van het Albert Schweitzer ziekenhuis.

Trefwoorden: diabetes mellitus, depressie, herkenning, evidence-based richtlijn, collaborative care

Inleiding

Ontregelde bloedsuiker? Vergeet de 'ontregelde' stemming niet!

In dit projectverslag wordt de ontwikkeling van de evidence-based conceptrychtlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes' beschreven. Deze richtlijn is geschreven voor het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht, met als doel de herkenning van depressie en verwijzing van de depressieve patiënt te verbeteren.

Aanleiding

In 2006 leed ongeveer 6,3 % van de Nederlandse bevolking ouder dan dertien jaar aan een depressie (Schoemaker et al., 2005). Door somatische comorbiditeit kan deze prevalentie sterk oplopen (Huyser et al., 2008; Narrow et al., 2002).

In de afgelopen jaren is er toenemende aandacht voor de comorbiditeit van somatische -en psychiatrische aandoeningen. Een voorbeeld hiervan is de programmeringstudie 'Zorg voor heel de mens' van het Trimbos-instituut, waarin onder andere de samenhang tussen verschillende somatische aandoeningen en comorbide depressie beschreven wordt (Van der Feltz-Cornelis et al., 2007).

Diabetes mellitus en depressie

Verschillende onderzoeken laten zien dat depressie twee keer zo vaak voorkomt bij mensen met diabetes (toelichting diabetes, zie figuur 1), in vergelijking met mensen zonder diabetes (Anderson et al., 2001; Lustman et al., 1992; Musselman et al., 2003; Rubin et al., 2004). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) vraagt met het in 2007 verschenen rapport 'Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel' aandacht voor deze samenhang.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus een stofwisselingsziekte waarbij de insulinerregulatie verstoord is. Ongeveer 90 procent van deze groep heeft type 2 diabetes. Bij type 2 diabetes, tevens bekend als "ouderdomssuiker", functioneert het hormoon insuline niet of is onvoldoende aanwezig. Dit ontstaat over het algemeen geleidelijk op latere leeftijd en wordt in eerste instantie behandeld met een dieet en tabletten. Bij type 1 diabetes ontbreekt de insuline volledig. Het ontstaat meestal plotseling bij kinderen en jong volwassenen en wordt alleen behandeld met insuline. In Nederland waren er in 2003 naar schatting 600.000 personen gediagnosticeerd met diabetes mellitus.

Figuur 1 Definiëring diabetes mellitus (NDF Zorgstandaard, 2007)

In onderzoek naar de prevalentie van depressie, kunnen de termen 'depressieve symptomen' en 'depressieve stoornis' onderscheiden worden. In het eerste geval zijn er

depressieve symptomen, maar deze voldoen niet aan alle criteria van een depressieve stoornis. Als instrument wordt over het algemeen gebruikgemaakt van zelfbeoordelinglijsten. Bij een verhoogde score is er niet per definitie sprake van een depressieve stoornis (Huyser et al., 2008). Het vaststellen van een depressieve stoornis gebeurt aan de hand van de criteria, opgesteld in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM, zie figuur 2).

DSM-IV: Depressieve stoornis De DSM-IV spreekt van een depressieve stoornis, indien er langer dan twee weken sprake is van vijf (of meer) van de volgende symptomen. Er is minimaal één kernsymptoom aanwezig. Kernsymptomen: - depressieve stemming - duidelijke vermindering van interesse of plezier Aanvullende symptomen: - gewicht –of eetlustverandering - slapeloosheid of overmatig slapen - agitatie of remming - moeheid of verlies van energie - gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens - besluiteloosheid of concentratieproblemen - terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide of een suïcidepoging

Figuur 2 Definiëring depressieve stoornis (American Psychiatric Association, 1994)

Prevalentie

Anderson et al. (2001) concluderen in een uitgebreide meta-analyse dat 11,4% van de mensen met diabetes een comorbide depressieve stoornis heeft. Voor depressieve symptomen stijgt de prevalentie naar 31%. Uitgaande van de naar schatting 600.000 mensen met diabetes in 2003, zou dit betekenen dat ongeveer 68.400 mensen met diabetes tevens een depressieve stoornis hebben. In het rapport van het RIVM (2007) ligt dit cijfer hoger; tussen de 114.00 en 174.000 mensen. Daarbij wordt echter geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen een depressieve stoornis en depressieve symptomen.

In onderzoek zijn kleine verschillen te zien in prevalentiecijfers bij diabetes type 1 en type 2. Statistisch gezien zijn deze verschillen echter zo klein, dat er geen onderscheid lijkt te zijn tussen beide typen diabetes, in relatie tot depressie (Anderson, et al., 2001; Lustman et al., 1992; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007).

Relatie

De etiologie van de regelmatig optredende comorbiditeit tussen diabetes en depressie is nog onduidelijk. Een mogelijke oorzaak zijn de psychosociale factoren als gevolg van de

diabetes. Daarnaast zijn er speculaties dat depressie een organisch gevolg is van de diabetes, waarbij chronische hyperglykemie mogelijk een rol speelt (Lustman, 1992; Musselman, 2003). Lustman et al. (1992) opperen een derde hypothese; “Er is wel een samenhang tussen diabetes en depressie, maar beide ziektes zijn oorzakelijk onafhankelijk.” Dit zou aansluiten bij de conclusie in de programmeringstudie van het Trimbos-instituut ‘Zorg voor heel de mens’: “Bevindingen suggereren dat diabetici geen verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van comorbide depressie” (Van der Feltz-Cornelis et al., 2007, pp. 23). Het aantal longitudinale onderzoeken is vooralsnog te beperkt om conclusies te trekken. Het Trimbos-instituut participeert in het ‘Global Initiative on Diabetes en Depression’, waarbij onder andere, het vóórkomen van deze comorbiditeit, in kaart wordt gebracht (Van der Feltz-Cornelis, 2008).

De relatie tussen beide ziektebeelden zou ook andersom gelden. Er zijn aanwijzingen dat depressie een risicofactor is op het ontwikkelen van diabetes type 2 (Anderson, 2001; Lustman, 1992; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007; Musselman, 2003).

De etiologie is vooralsnog onduidelijk. Er bestaan wel algemene -en diabetesgerelateerde risicofactoren (zie figuur 3) op het ontwikkelen van een depressie. De algemene risicofactoren zoals geslacht; burgerlijke staat; sociale steun; traumatische gebeurtenissen en een eerder doorgemaakte depressie, gelden ook voor mensen met diabetes (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Zie bijlage één voor een compleet overzicht.

- Hebben van een chronische ziekte - Overgang van orale medicatie naar insuline - Complicaties als gevolg van diabetes - Aantal comorbiditeiten - Slechte glycemische instelling
--

Figuur 3 Diabetesgerelateerde Risicofactoren voor depressie (Van Meeteren-Schram&Baan, 2007)

Gevolgen

Afhankelijk van de ernst en de duur van een depressie wordt het algehele functioneren negatief beïnvloed. Bij patiënten met diabetes en een depressieve stoornis, is de kwaliteit van leven slechter en zijn de gezondheidskosten hoger, dan bij mensen met diabetes zonder een depressieve stoornis (Huyser et al., 2008; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Daarnaast heeft een depressieve stoornis negatieve invloed op het beloop van somatische aandoeningen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005). Bij diabetes kan dit leiden tot een verminderde glycemische controle, zelfzorg en therapietrouw. De causaliteit van deze samenhang is echter onbekend (Lustman, 1992; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007; Musselman, 2003; Rubin, 2004). Het samen voorkomen van een depressieve stoornis en diabetes verhoogt het risico op (diabetesgerelateerde)

complicaties zoals; hart -en vaat ziekten, microvasculaire complicaties en mortaliteit (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007).

Herkenning

In het RIVM rapport wordt geconcludeerd dat slechts twintig tot vijftig procent van de depressies bij mensen met diabetes, herkend wordt door de medisch specialist, huisarts en/of diabetesverpleegkundige. Hiervan krijgt veertig procent een adequate behandeling (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). In hetzelfde rapport wordt gepleit voor structurele aandacht voor depressieve symptomen in de zorg van mensen met diabetes. In de huidige Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF, 2007) wordt geen specifieke aandacht besteed aan depressie.

De praktijk

De diabeteszorg binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht, is verdeeld over drie poliklinieken: Amstelwijck (2000 patiënten); Zwijndrecht (1000 patiënten) en Sliedrecht (400 patiënten). Dit ontwerpproject richt zich op het diabetescentrum op de locatie Amstelwijck. Het diabetesteam bestaat daar uit drie internisten, twee diabetesverpleegkundigen, een diëtiste en twee podotherapeuten. Wekelijks vindt er multidisciplinair overleg plaats. Patiënten worden jaarlijks twee tot drie keer gezien door de internist en één tot vier keer door de diabetesverpleegkundige. Tijdens deze contacten is er geen structurele aandacht voor depressieve symptomen of een depressieve stoornis. Volgens de betrokken hulpverleners wordt er op signalen ingegaan als deze 'toevallig' ter sprake komen. Twee jaar geleden hebben de diabetesverpleegkundigen een cursus 'motivational interviewing' gevolgd. Dit wordt als bruikbaar ervaren in de omgang met depressieve patiënten. Onduidelijk is hoeveel patiënten met diabetes op de polikliniek tevens een depressieve stoornis hebben. Af en toe worden patiënten met depressieve klachten doorverwezen naar de klinische psychologie. Cijfers ontbreken, maar dit wordt geschat op nog geen patiënt per maand. Indien er wordt uitgegaan van het eerder genoemde prevalentiecijfer van 11,4%, is dit ver beneden de verwachting.

De consultatieve psychiatrische dienst van het Albert Schweitzer ziekenhuis, richt zich op het verbeteren van de zorg voor patiënten met psychiatrische problematiek, binnen het algemeen ziekenhuis. Een van de taken is het identificeren van psychiatrische comorbiditeit bij somatische patiënten en het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor deze groep (Leentjens et al., 2004). In de richtlijn 'Consultatieve psychiatrie' wordt geadviseerd screeningsactiviteiten op te zetten voor patiëntenpopulaties met een verhoogd risico op psychiatrische comorbiditeit (Leentjens et al, 2008).

Probleemstelling

Er zijn sterke aanwijzingen dat het voorkomen van een depressieve stoornis, bij mensen met diabetes, twee keer zo hoog is als bij mensen zonder diabetes. Een depressieve stoornis heeft aanzienlijke gevolgen voor het algehele functioneren en daarnaast specifiek voor de behandeling van diabetes. Binnen de diabeteszorg van het Albert Schweitzer ziekenhuis, locatie Amstelveen is er geen structurele aandacht voor depressie. Cijfers vanuit de praktijk ontbreken. De verwachting is echter dat een groot deel van de depressies bij patiënten met diabetes, niet herkend wordt op het diabetescentrum locatie Amstelveen. Dit heeft als gevolg dat patiënten onderbehandeld worden.

Vraagstelling van het ontwerpproject

“Wat is de best haalbare methodiek van herkenning en behandeling van depressie bij patiënten met diabetes, op het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis, Locatie Amstelveen?”

Doelstelling van het ontwerpproject

Korte termijn:

“De ontwikkeling en praktijktoetsing van een evidence-based conceptrichtlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes' voor het Albert Schweitzer ziekenhuis, volgens de Evidence-Based Richtlijnontwikkeling van het CBO en geëvalueerd aan de hand van het AGREE instrument.”

Lange termijn:

“Door de toepassing van de richtlijn wordt tachtig procent van de depressieve stoornissen op het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis herkend en behandeld.”

Strategie & beleid

De doelstelling van dit ontwerpproject sluit om verschillende redenen aan bij de missie (zie figuur 4), visie (zie figuur 5) en strategie van het Albert Schweitzer ziekenhuis:

- Cliënt centraal: Zoals in de visie te lezen valt, staan de wensen en behoeften van de cliënt centraal. Onderzoek laat een verhoogde prevalentie van depressie bij diabetes zien (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Dit betrekken in de bestaande diabeteszorg stelt daardoor de patiënt centraal. Er is naast de lichamelijke problematiek, eveneens aandacht voor de psychische nood. Dit leidt tot een “gedifferentieerd aanbod van de beste medische zorg” (zie visie, figuur 5) en is een mooie uiting van het mission statement ‘Zorg met hoofd, hart en ziel’. Naast de richtlijn wordt in het ontwerpproject een voorstel gedaan aan het diabetescentrum voor een beste praktijk. Daarin wordt de

patiënt eveneens centraal gesteld. Zo zal zowel de diagnostiek als de behandeling, door de psychiatrie op het diabetescentrum plaatsvinden.

- Samenwerking: In de kernwaarden zijn samenwerken en professionaliteit terug te vinden. “Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een cliënt, ieder vanuit zijn eigen deskundigheid”. Door de samenwerking tussen de interne geneeskunde en de psychiatrie, krijgt deze gezamenlijke verantwoording een unieke vorm.
- Opleidingsziekenhuis: Het ziekenhuis wil bijdragen aan de verspreiding en verbetering van kennis. Het opstellen van een evidence-based richtlijn draagt bij aan deze doelstelling. Dit krijgt nog meer vorm wanneer het artikel, geschreven in het kader van dit ontwerpproject, gepubliceerd zal worden.

Mission statement Albert Schweitzer ziekenhuis:

‘Zorg met hoofd, hart en ziel’ uitgewerkt in kernwaarden:

- 1 **Klantgericht**, denken en handelen vanuit de wensen en behoefte van de klanten (cliënten en familie, huisartsen etc.)
- 2 **Samenwerken**, op een respectvolle wijze samenwerken met onder andere collega’s, management, huisartsen, verzorging en verpleging binnen en buiten het ziekenhuis.
- 3 **Professionaliteit**, verpleegkundige en arts hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een cliënt, ieder vanuit zijn eigen deskundigheid.

Figuur 4 Mission statement (Concept Ziekenhuisbeleidsplan 2008-2011)

Visie Albert Schweitzer ziekenhuis:

Het ASz redeneert en handelt vanuit de *wensen en behoeften van de klant*. In onze visie staat bij de zorgverlening de cliënt en zorgverlener centraal, binnen bepaalde randvoorwaarden.

Het ASz biedt daarbij een *gedifferentieerd aanbod* op maat aan van de *beste medische zorg* op elk van de vier locaties, in de regio Zuid Holland. *Kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg* wordt geborgd vanuit een solide *financiële positie*. *Samenwerking* met andere ziekenhuizen en zorgverleners draagt ertoe bij dat deze zorg optimaal wordt afgestemd op de *noden en wensen van de cliënt en familie*. Als *opleidingsziekenhuis* voor medische en niet-medische functies leveren wij een bijdrage aan de verspreiding en verbetering van kennis. De medewerkers zijn trots om in het ASz te werken, zonder goed personeel ook geen goede medisch specialistische zorg. Wat betreft bedrijfsvoering wordt *maatschappelijk ondernemerschap* zo dicht mogelijk bij het primaire proces geplaatst.

Figuur 5 Visie (Concept Ziekenhuisbeleidsplan 2008-2011)

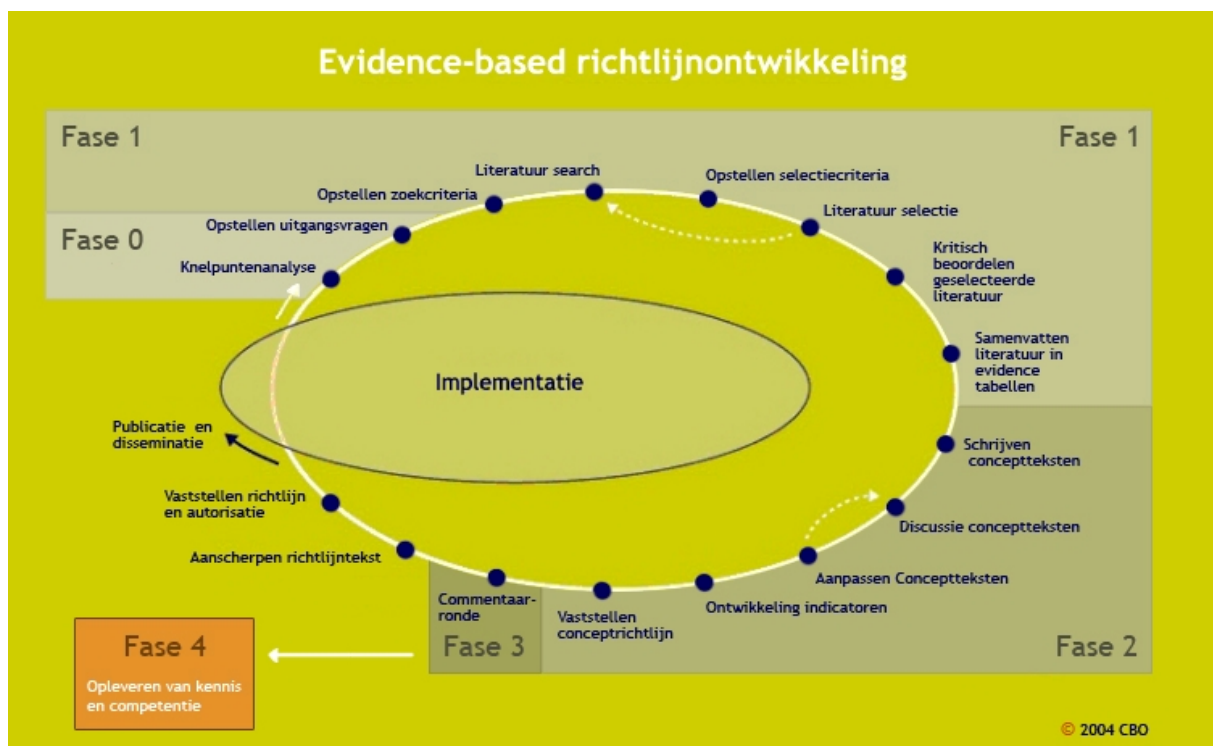
Methode

De Hogeschool Utrecht, Centrum voor Verpleegkundige Studies, maakt voor het ontwerpproject gebruik van een methodiek bestaande uit vijf fasen:

- 1) Fase 0: Probleemanalyse
- 2) Fase 1: Project ontwikkelen
- 3) Fase 2: Oplossing realiseren
- 4) Fase 3: Opleveren van de oplossing
- 5) Fase 4: Opleveren van kennis en competentie

(Polet, 2008)

Om tot een uiteindelijke evidence-based richtlijn te komen voor het Albert Schweitzer ziekenhuis, is bovenstaande methodiek gecombineerd met de methode Evidence-Based Richtlijnontwikkeling (EBRO) van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). De uiteindelijke methodiek is weergegeven in figuur zes.



Figuur 6 Methodiek ontwerpproject (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007)

Het ontwerpproject is als volgt opgebouwd:

Fase 0 - Probleemanalyse

Deze fase komt overeen met de eerste twee stappen van de EBRO-methode: knelpuntanalyse en het opstellen van uitgangsvragen. Door middel van een praktijkgericht onderzoek, wordt het praktijkprobleem op systematische wijze geanalyseerd, binnen diverse kennisbronnen.

Fase 1 - Project ontwikkelen

In deze fase wordt systematisch op zoek gegaan naar alle mogelijke oplossingen voor het praktijkprobleem. Naast de literatuurstudie, volgens de EBRO-methode, wordt eveneens gebruikgemaakt van experts en benchmarking. Vervolgens wordt een beargumenteerd voorstel gedaan aan het diabetescentrum, voor de beste oplossing binnen de praktijkcontext.

Fase 2 - Conceptringhtlijn

In de conceptringhtlijn wordt antwoord gegeven op de uitgangsvragen, opgesteld in fase 0 en 1. Voor het schrijven van de conceptringhtlijn, wordt de standaardformat voor ringhtlijnteksten van het CBO gehanteerd. Fase 2 wordt afgesloten met een procesbeschrijving als praktische uitwerking van de conceptringhtlijn.

Fase 3 - Evaluatie conceptringhtlijn

Deze fase komt overeen met de commentaarronde van de EBRO-methode. De conceptringhtlijn wordt voorgelegd aan experts en potentiële gebruikers. Daarnaast vindt er evaluatie plaats van de conceptringhtlijn aan de hand van het AGREE-instrument. Dit leidt tot wijzigingsvoorstellen van de conceptringhtlijn.

Fase 4 - Opleveren van kennis en competentie

In deze laatste fase worden aanbevelingen gedaan voor het vervolg van dit ontwerpproject. Daarnaast wordt het opleveren van kennis en competentie geconcretiseerd in een subsidieaanvraag, die is toegevoegd in bijlage twee.

Fase 0 - Probleemanalyse

Inleiding

In deze fase is het praktijkprobleem verder in kaart gebracht en zijn er uitgangsvragen opgesteld, voor de ontwikkeling van een evidence-based conceptrichtlijn. Dit is gebeurd door middel van een praktijkgericht onderzoek, waarbij de volgende vraagstelling centraal stond:

“Bij hoeveel patiënten van het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis locatie Amstelveen, wordt de depressieve stoornis herkend?”

Deelvragen:

- 1) Hoeveel patiënten met diabetes hebben depressieve symptomen?
- 2) Hoeveel patiënten met diabetes hebben een depressieve stoornis?
- 3) Volgens hoeveel patiënten met depressieve symptomen, zijn deze symptomen besproken op het diabetescentrum?
- 4) Bij hoeveel patiënten met diabetes en depressieve symptomen en/ of een depressieve stoornis is hier aantekening van gemaakt in het verpleegkundige en/ of medische dossier?
- 5) Hoeveel patiënten met diabetes en depressieve symptomen en/ of een depressieve stoornis zijn doorverwezen naar een psycholoog, psychiater of huisarts?

Methode

Bovenstaande vragen zijn beantwoord door middel van een dwarsdoorsnedenonderzoek. Patiënten van het diabetescentrum locatie Amstelveen die voldeden aan de inclusiecriteria (zie figuur 7), zijn gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek. De dataverzameling liep totdat honderd respondenten de vragenlijst hadden ingevuld. Bij patiënten met depressieve symptomen heeft diagnostiek plaatsgevonden door de psychiater en daarna onderzoek in het medisch -en verpleegkundig dossier.

<u>Inclusiecriteria:</u>	
§	Patiënten met diabetes
§	Bezoek aan internist of diabetesverpleegkundige van het diabetescentrum, locatie Amstelveen
§	18 jaar en ouder
<u>Exclusiecriteria:</u>	
§	Mensen die niet in staat zijn de vragenlijst in te vullen, bijvoorbeeld als gevolg van:
§	Ernstige visusbeperking
§	Cognitieve beperkingen
§	Het niet beheersen van de Nederlandse taal

Figuur 7 Inclusie –en exclusiecriteria

Voor het vaststellen van de depressieve symptomen is gebruikgemaakt van de 'Center for Epidemiologic Studies Depression Scale' (CES-D, zie bijlage 3). Deze zelfbeoordelingslijst meet depressieve symptomen over de afgelopen week. Er is een betrouwbare en valide Nederlandse versie beschikbaar. De CES-D wordt veelvuldig gebruikt in onderzoeken naar depressie bij somatische aandoeningen, waaronder diabetes (Boon, 2007; Bouma et al., 1995; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007; Stahl et al., 2008). Voor het onderzoek is de CES-D aangevuld met patiëntenkarakteristieken om een beeld te kunnen vormen van de populatie (zie bijlage 3).

Het afkappunt van de CES-D ligt op zestien of hoger. Bij patiënten die zestien of hoger scoren, bestaat een grote kans op een klinisch relevante depressie (Bouma et al., 1995). Deze groep is door de psychiater beoordeeld, op aanwezigheid van een depressieve stoornis, aan de hand van de DSM-IV criteria. Daarnaast is de patiënt gevraagd of depressieve symptomen ter sprake zijn gekomen, tijdens een eerder bezoek aan het diabetescentrum.

Vervolgens zijn bij deze patiënten, de dossiers systematisch geanalyseerd aan de hand van inhoudscategorieën. Hierdoor kon worden vastgesteld of er aantekeningen zijn gemaakt over depressieve symptomen. Daarnaast is genoteerd of er verwijzing heeft plaatsgevonden naar een psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker of huisarts.

Resultaten

In totaal zijn 128 patiënten benaderd om de honderd ingevulde vragenlijsten te realiseren. Dit betekent een respons van 78%, wat een goed resultaat is (Dassen & Keuning, 2007). De uiteindelijke responsgroep bestond uit 96 respondenten, omdat twee de vragenlijst niet volledig hadden ingevuld en twee de CES-D incorrect. Zie tabel één voor de samenstelling van de responsgroep.

Tabel 1 Patiëntenkarakteristieken (n=96)

	Respondenten			Respondenten	
	%	(n)		%	(n)
<i>Geslacht:</i>			<i>Type diabetes:</i>		
Man	55	(53)	Type 1	44	(42)
Vrouw	44	(43)	Type 2	56	(54)
<i>Gemiddeld leeftijd:</i>	52,4	21-83*	<i>Diagnose diabetes sinds:</i>		
Man	53	26-83*	Korter dan 1 jaar	7	(7)
Vrouw	50	21-83	1 tot 5 jaar	23	(22)
<i>Burgerlijke staat:</i>			Langer dan 5 jaar	70	(67)
Gehuwd/	74	(64)	<i>Diabetesgerelateerde complicaties:</i>		
Samenwonend			Nul complicaties	75	(72)
Alleenstaand	13	(12)	Eén complicatie	19	(18)
Gescheiden	3	(3)	Twee complicaties	5	(5)

Weduwe	8	(8)	Drie complicaties	1	(1)
Anders	2	(2)	<i>Behandeling diabetes:</i>		
<i>Land van herkomst:</i>			Alleen tabletten	3	(3)
Nederland	91	(87)	Alleen insuline	68	(65)
Suriname	3	(3)	Combinatie insuline en tabletten	29	(28)
Turkije	2	(2)	<i>Co-medicatie:</i>		
Marokko	1	(1)	Geen tabletten	38	(36)
Duitsland	2	(2)	Eén t/m drie tabletten	47	(45)
Indonesië	1	(1)	Vier t/m zes tabletten	9	(9)
<i>Hoogst behaalde opleiding:</i>			Zeven t/m tien tabletten	6	(6)
Lagere school	2	(2)	<i>Depressie in de voorgeschiedenis:</i>		
Middelbare school	21	(20)	Ja	16	(15)
LBO/ VBO	14	(13)	Nee	84	(81)
MBO	28	(27)	<i>Overige psychiatrische aandoeningen:</i>		
HBO	21	(20)	Geen	97	(93)
Universiteit	4	(4)	Persoonlijkheidsstoornis + angst-	1	(1)
Onbekend	10	(10)	stoornis**		
			PTSS	1	(1)
			Schizofrenie	1	(1)

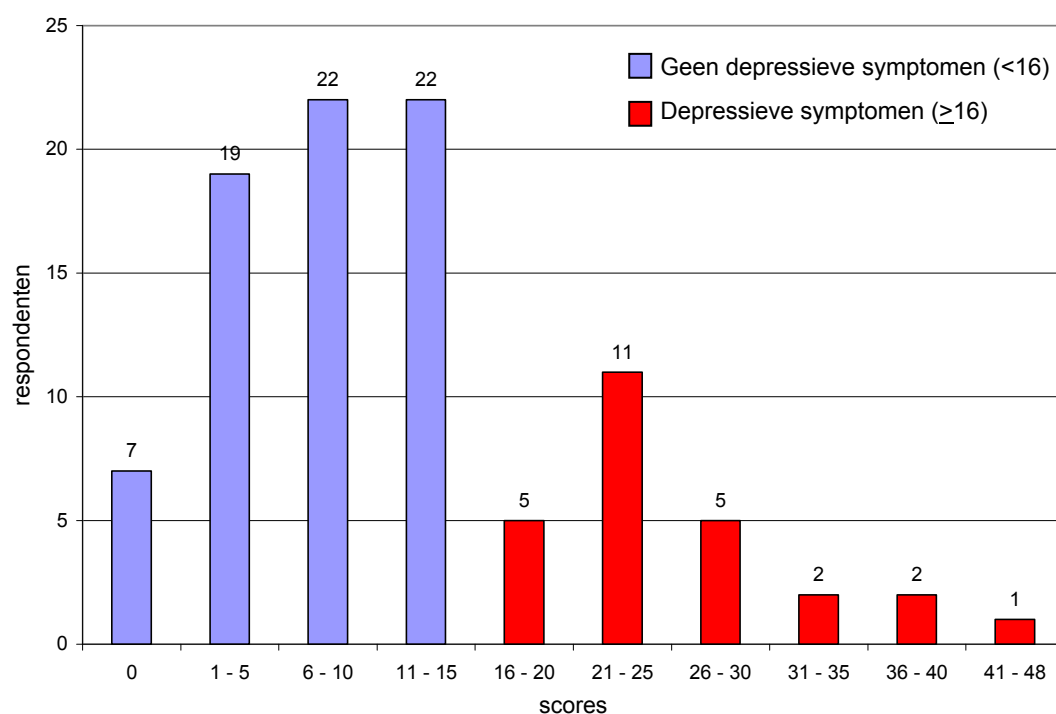
* range

** één patiënt heeft twee 'overige psychiatrische aandoeningen'

De verdere resultaten worden kort besproken aan de hand van de deelvragen. Voor een uitgebreide beschrijving, zie het onderzoek 'Ontregelde stemming' (Boshoven et. al., 2009).

1) Hoeveel patiënten met diabetes hebben depressieve symptomen?

In totaal scoorden 26 van de 96 respondenten (27%) zestien of hoger op de CES-D. Dit betekent dat 26 patiënten depressieve symptomen hebben en een relevante kans op een klinische depressie. Figuur acht laat een uitgebreide verdeling van de scores zien.



Figuur 8 Score CES-D (n=96)

Hoeveel patiënten met diabetes hebben een depressieve stoornis?

Drie respondenten waren niet bereid deel te nemen aan de diagnostiek. Deze zijn buiten de verdere analyse gelaten. Bij drie respondenten heeft de diagnostiek telefonisch plaatsgevonden. Bij zeven van de 23 respondenten (30%), met een CES-D score van zestien of hoger, was er sprake van een depressieve stoornis. Op de gehele onderzoekspopulatie (n=94) is dit acht procent.

Naast de zeven patiënten met depressieve stoornissen, bleek bij acht respondenten sprake van andere psychiatrische problematiek. Zo werden vijf respondenten gediagnosticeerd met een aanpassingsstoornis, twee met persoonlijkheidsproblematiek en één met een posttraumatische stressstoornis.

3) Volgens hoeveel patiënten met depressieve symptomen, zijn deze symptomen besproken op het diabetescentrum?

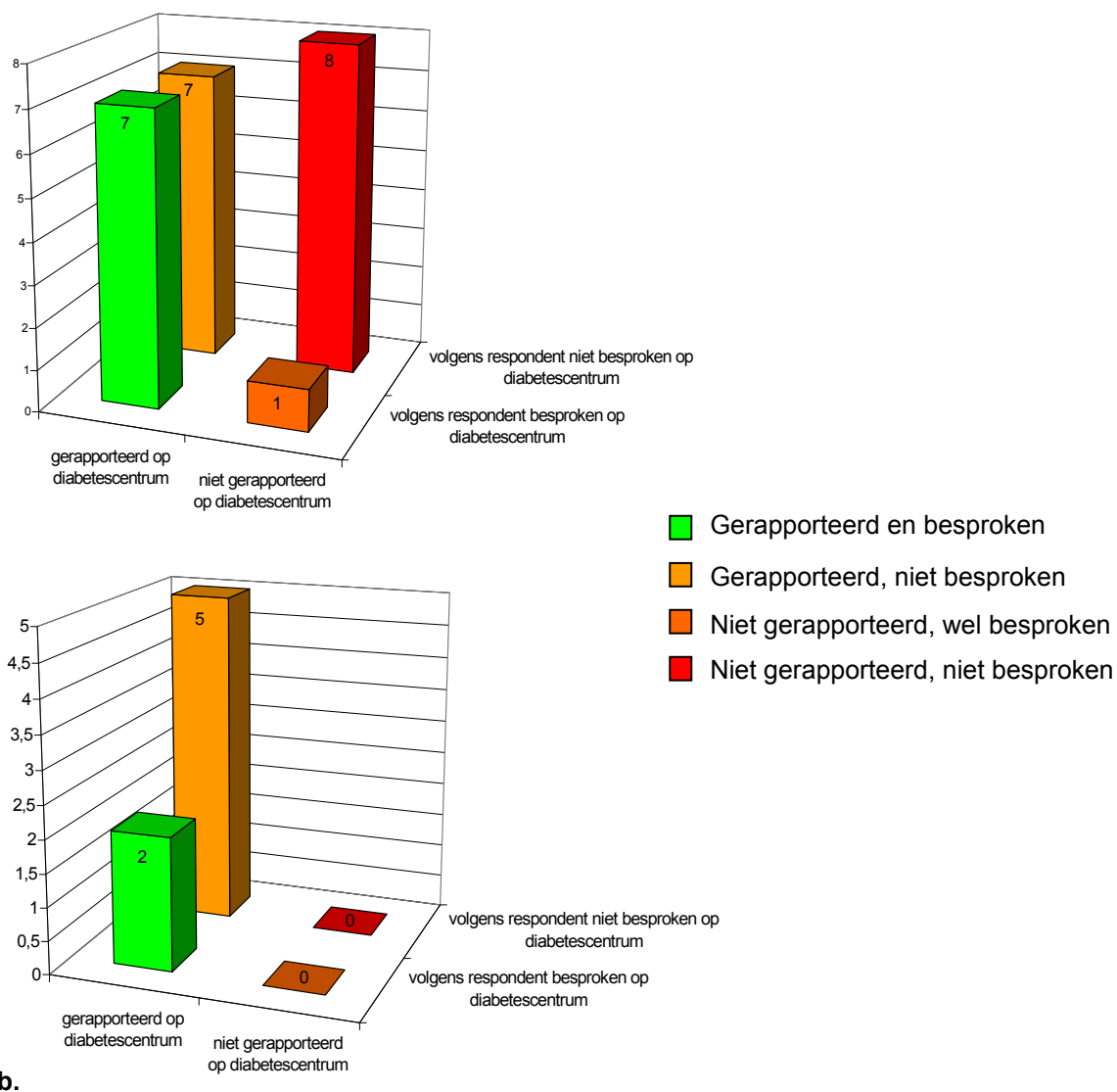
Vijftien van de 23 respondenten (65%) gaven aan dat de depressieve symptomen niet zijn besproken op het diabetescentrum. Dat betekent dat bij acht patiënten, dit wel onderwerp van gesprek is geweest, op het diabetescentrum.

4) Bij hoeveel patiënten met diabetes en depressieve symptomen en/ of een depressieve stoornis is hier aantekening van gemaakt in het verpleegkundige en/ of medische dossier?

Bij veertien van de 23 respondenten (61%) is minimaal één aantekening gemaakt in het verpleegkundig en/ of medische dossier. Van alle zeven respondenten met een depressieve stoornis, is een aantekening gevonden. Zie tabel twee voor een overzicht van het aantal aantekeningen.

Tabel 2 Aantal respondenten waarbij is gerapporteerd ten aanzien van depressieve symptomen		
<i>Aantal aantekeningen</i>	<i>Respondenten met depressieve symptomen (CES-D$\geq$16)</i>	<i>Respondenten met een depressieve stoornis</i>
	<i>(n=23)</i>	<i>(n=7)</i>
0 aantekeningen	39% (n=9)	-
1 aantekening	30% (n=7)	71% (n=5)
2 aantekeningen	9% (n=2)	29% (n=2)
3 aantekeningen	9% (n=2)	-
4 aantekeningen	13% (n=3)	-

In figuur negen zijn deze gegevens van deelvraag drie en vier gekoppeld. Opvallend is dat het aantal respondenten, dat zegt dat de depressieve symptomen zijn besproken op het diabetescentrum, afwijkt van het aantal respondenten waarbij is gerapporteerd.



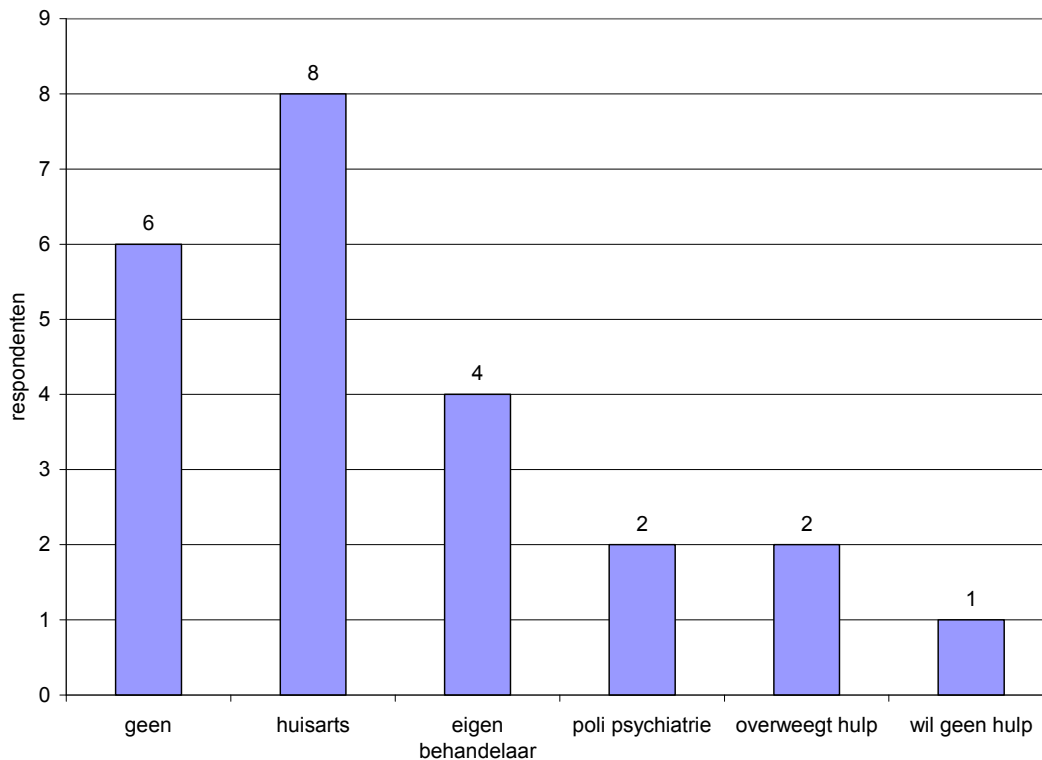
Figuur 9 Depressieve symptomen besproken volgens respondent gekoppeld aan rapportage op diabetescentrum
a. Respondenten met depressieve symptomen (n=23)
b. Respondenten met een depressieve stoornis (n=7)

4) *Hoeveel patiënten met diabetes en depressieve symptomen en/ of een depressieve stoornis zijn doorverwezen naar een psycholoog, psychiater of huisarts?*

Voor diagnostiek waren negen van de 23 respondenten (39%) al onder behandeling in verband met depressieve klachten (zie tabel 3). Van de zeven respondenten met een depressieve stoornis waren slechts drie respondenten onder behandeling. Geen van de respondenten is vanaf het diabetescentrum doorverwezen. Na diagnostiek waren zestien respondenten (70%) verwezen of onder behandeling in verband met depressieve klachten. Eén respondant wilde geen hulp, waar dit wel geïndiceerd was (zie figuur 10).

Tabel 3 Patiënten voor diagnostiek al onder behandeling in verband met depressieve klachten (n=23)

	Respondenten % (n)
Niet onder behandeling/ niet gerapporteerd	61 (14)
Huisarts	17 (4)
Onder behandeling, onbekend waar	13 (3)
Psychiater	9 (2)
Psycholoog	0 (0)
Maatschappelijk werk	0 (0)



Figuur 10 Aantal verwijzingen na diagnostiek door psychiater (n=23)

Conclusie

De onderzoekspopulatie was te klein om harde conclusies te trekken. Daarnaast waren de niet-Nederlandstalige patiënten uitgesloten van deelname. Hierdoor is een deel van de Turkse en Marokkaanse populatie, dat ruim vertegenwoordigd is op het diabetescentrum, niet meegenomen. Toch geven de uitkomsten, ook al zijn dit alleen tendensen, een bevestiging van de verhoogde prevalentiecijfers van depressie bij diabetes, gevonden in de literatuur.

De centrale vraag blijft; *“bij hoeveel patiënten van het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis locatie Amstelveen, wordt de depressieve stoornis herkend?”*

Het is lastig de mate van herkenning van een depressieve stoornis, in aantallen uit te

drukken. Vooraf hadden de betrokkenen van het diabetescentrum het idee, dat een depressie over het algemeen herkend wordt. Het percentage respondenten waarbij gerapporteerd was, bevestigde dit beeld ook. Bij 61% van de respondenten met depressieve symptomen, was er een aantekening gemaakt. Indien er sprake was van een depressieve stoornis, werd er zelfs bij alle respondenten een aanwijzing in de rapportage gevonden. Werden de inhoud van de rapportages bekeken, dan bleken deze echter beperkt en niet gedifferentieerd te zijn. Zo was er niet gerapporteerd naar symptomen van een depressie stoornis, maar vooral in grootheden als 'overspannen' en 'psychisch beter'. Daarnaast was het opvallend dat de meeste respondenten, ook waarbij gerapporteerd is, aangaven dat de depressieve symptomen niet ter sprake zijn geweest tijdens hun bezoek aan het diabetescentrum. Dit wijst erop dat de depressieve klachten en de eventuele gevolgen voor de diabetes, niet expliciet besproken worden.

Ondanks dat er signalen van depressieve symptomen zijn opgepikt, heeft dit niet tot verwijzing vanaf het diabetescentrum geleid. Na diagnostiek, bleek bij acht van de 23 respondenten (35%), de noodzaak tot verwijzing gemist te zijn. Van de respondenten met een depressieve stoornis, was dit vier van de zeven (57%).

Algemene conclusie

Signalen van een depressieve stoornis worden deels herkend, maar deze zijn niet specifiek. Dat wil zeggen: klachten worden niet herkend als depressie en leiden onvoldoende tot verwijzing. Dat betekent dat signalering alleen niet voldoende is, maar er eveneens een vervolg dient te zijn. Signalering, diagnostiek en eventuele behandeling moeten geïntegreerd worden.

Uitgangsvragen

De conclusie leidt tot vragen ten aanzien van de herkenning en behandeling van een depressieve stoornis en de integratie. Deze drie uitgangsvragen geven richting aan het vervolg van het ontwerpproject en daarmee de ontwikkeling van een evidence-based conceptringlijn. In fase 1 worden de vragen verder uitgewerkt.

Fase 1 - Project ontwikkelen

Inleiding

Naar aanleiding van het praktijkgericht onderzoek, is in overleg met de diabetescommissie besloten, de herkenning van depressie bij patiënten met diabetes te verbeteren.

In deze fase zijn de mogelijke interventies onderzocht vanuit diverse kennisbronnen. Hierbij is gebruikgemaakt van literatuuronderzoek, benaderen van experts en benchmarking. De volgende vraagstellingen, opgesteld aan de hand van de uitgangsvragen uit fase 0, zijn daarbij richtinggevend geweest:

1. *Welke signaleringsinstrumenten zijn sensitief voor de herkenning van een depressieve stoornis en toepasbaar in de praktijk bij patiënten met diabetes?*
2. *Welke vormen van behandeling van een depressieve stoornis bij patiënten met diabetes zijn bruikbaar?*
3. *Hoe kan de zorg (signalering, diagnostiek en behandeling) rond diabetes en een depressieve stoornis het beste georganiseerd worden?*

Methode

Om een breed beeld te krijgen van de mogelijke interventies, heeft er zowel literatuuronderzoek als veldonderzoek plaats gevonden.

Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek, zijn de principes van Evidence-Based Richtlijnontwikkeling van het CBO (2007) toegepast (zie figuur 4). De eerste twee vraagstellingen zijn omgezet in een PICO (zie figuur 11). De Multidisciplinaire Richtlijn Depressieve (2005), literatuuroverzicht voor het onderzoek van het Trimbos-instituut naar Collaborative care (2007) en het rapport *'Diabetes en Depressie, een zorgelijk samenspel'* van het RIVM (2007) geven een goed overzicht van de huidige stand van zaken betreffende de behandeling van depressie bij diabetes. Daarom wordt in PICO-vraag 2 enkel naar aanvullende literatuur na 2007 gezocht.

PICO-vraag 1	De PICO-vraag 2
1. Casus: Depressie bij patiënt met diabetes op de polikliniek van het algemeen ziekenhuis 2. PICO-systematiek: <i>Problem:</i> Verhoogde prevalentie van depressie bij patiënten met diabetes <i>Intervention:</i> Signalering door zelfbeoordelinglijst depressie <i>Comparison:</i> Andere zelfbeoordelinglijsten <i>Outcome:</i> Herkenning depressie	1. Casus: Depressie bij patiënt met diabetes op de polikliniek van het algemeen ziekenhuis 2. PICO-systematiek: <i>Problem:</i> Depressie bij patiënt met diabetes op de polikliniek <i>Intervention:</i> Behandeling depressie <i>Comparison:</i> Verschillende vormen van behandeling <i>Outcome:</i> Opklaren depressie

3. Domein van het probleem: Diagnose 4. Geschikte typen onderzoek: Systematische reviews, RCT, dwarsdoorsnede onderzoek 5. Inclusie -en exclusiecriteria: <u>Inclusie:</u> Diabetes type 1 en 2 Poliklinisch Volwassenen Engelstalige –en Nederlandse literatuur <u>Exclusie:</u> Literatuur van voor 1999 6. Zoektermen: Screening, depression, self-rating, diabetes, outpatients	3. Domein van het probleem: Therapie 4. Geschikte typen onderzoek: Systematische review, RCT 5. Inclusie -en exclusiecriteria: <u>Inclusie:</u> Diabetes type 1 en 2 Poliklinisch Volwassenen Engelstalige –en Nederlandse literatuur <u>Exclusie:</u> Literatuur van voor 2008 6. Zoektermen: treatment depression, diabetes, outpatients
--	---

Figuur 11 PICO-vragen (bron: Van Loveren & Aartman, 2007)

Er is gezocht in de databases The Cochrane Library en PubMed (zie bijlage 4). Alle wetenschappelijke publicaties, met uitzondering van Cochrane reviews, zijn beoordeeld aan de hand van corresponderende literatuurbewoordingformulieren van het CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007). De kwaliteitseisen aan Cochrane reviews zijn van dien aard, dat beoordeling hiervan overbodig wordt geacht. Artikelen die niet voldoen aan de beoordingscriteria, zullen geëxcludeerd worden, of expliciet vermeld worden in het literatuuronderzoek.

Veldonderzoek

Het veldonderzoek bestaat uit interviewen van experts en benchmarking. Figuur twaalf geeft een overzicht van het veldonderzoek.

§ Trimbos-instituut - Interview met mevrouw K. van Steenberg, onderzoeker Trimbos-instituut, n.a.v. van hun onderzoek naar collaborative care bij depressie en o.a. diabetes. (expert)
§ VUMC - Werkbezoek aan het diabetescentrum, mevrouw C. Lubach. (benchmarking) - Interview met professor dr. F. Snoek, voornaamste deskundige op het gebied van diabetes & depressie in Nederland. (expert)
§ Universiteit Tilburg - Interview met dr. F. Pouwer, vooraanstaand onderzoeker op het gebied van diabetes en welbevinden, waaronder de signalering van depressie. (expert)
§ Oproep via de yahoo-groep van de V&VN Consultatieve Psychiatrie: Werkbezoek aan de ‘poli diabetes en psyche’ van het Zuwe Hofpoort ziekenhuis, de heer Paul Strubbe. (benchmarking)

Figuur 12 Overzicht veldonderzoek

Tijdens de interviews en werkbezoeken is gebruikgemaakt van een topiclist om op een semi-gestructureerde wijze gegevens te verzamelen (zie bijlage 5). Elk onderdeel is samengevat en gelabeld. Dit is gebruikt voor de uiteindelijke synthese.

Resultaten

Hier volgt de synthese van het literatuuronderzoek en veldonderzoek.

Screening

Het structurele gebruik van screeningslijsten, kan de herkenning van depressie met de factor twee, vergroten (Mc.Hale et al., 2008). Structurele screening als enig interventie, leidt echter nauwelijks tot betere herkenning en heeft minimaal tot geen effect op de verwijzing en behandeling van patiënten (Gilbody et al., 2005). Er moet daarom een duidelijke koppeling zijn tussen screening, diagnostiek en behandeling. De ideale frequentie van meting is niet bekend. Pouwer (expert) pleit voor een jaarlijkse meting, waarbij patiënten met een afwijkende score, frequenter gemeten kunnen worden.

Er zijn vele instrumenten bruikbaar voor het screenen van depressie. Het gaat onder andere om diagnostische instrumenten afgenomen door een deskundige of zelfbeoordelinglijsten. Voor het screenen van grote populaties zijn zelfbeoordelinglijsten efficiënter, vanwege de beperkte tijdsinvestering (Gilbody et al., 2005). Daarom is in eerste instantie hiervoor gekozen. De verschillende zelfbeoordelinglijsten en hun sensitiviteit en specificiteit worden hieronder besproken (zie tabel 4).

1) Depressie vragenlijsten

Deze lijsten meten de depressieve symptomatologie. Uit onderzoek blijken de verschillende lijsten elkaar niet veel te ontlopen in betrouwbaarheid en validiteit. Vergelijking van de instrumenten is echter moeilijk, aangezien in de onderzoeken verschillende 'gouden standaarden' gebruikt worden. In de literatuur wordt een lichte voorkeur gevonden voor de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D, zie bijlage 2) en de Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9, zie bijlage 6). De gevonden sensitiviteit varieert van 79%-98% en de specificiteit van 71%-88% (Hermanns et al, 2006; McHale et al., 2008; Lamers et al., 2008; Löwe et al., 2004). Vooral de CES-D wordt in veel onderzoeken bij patiënten met diabetes en andere chronisch zieken gebruikt. De PHQ-9 is met zijn negen vragen, een relatief korte vragenlijst en daardoor patiëntvriendelijk. Van de CES-D zijn meer onderzoeken gevonden bij diabetespatiënten in verschillende settings, dan de PHQ-9.

Het is twijfelachtig of deze hoge cijfers, en dan vooral die van de specificiteit, ook in de praktijk gehaald zullen worden. In het onderzoek 'Ontregelde stemming' hadden 'slechts' zes,

van de 27 respondenten met een hoge CES-D score, een depressie (Boshoven et al., 2009). Bij een specificiteit tussen de 71% en 88%, verwacht je dat dit aantal hoger ligt.

2) Diabetesspecifieke vragenlijst

De Problem Areas In Diabetes (PAID, zie bijlage 7) meet de diabetes-specifieke emotionele problemen, ook wel diabetes distress genoemd (Pouwer, 2001). Uit onderzoek blijkt deze lijst mogelijk bruikbaar als screeningsinstrument voor depressie. Onderzoek van Hermanns et al. (2006) laat een sensitiviteit van 81.1% zien en een specificiteit van 74,0%.

De PAID bevat vier subdimensies: 1) diabetesgerelateerde negatieve emoties 2) behandelingsgerelateerde emotionele problemen 3) voedingsgerelateerde problemen 4) gebrek aan sociale steun.

Pouwer en Snoek (experts) geven aan dat hoge diabetes distress relatief vaak gepaard gaat met depressie. Bij een depressie hoeft er echter niet altijd sprake te zijn van diabetes distress. Het is daarom interessant om beide concepten te meten en behandeling daar op aan te passen.

Uit het onderzoek 'ontregelde stemming' hadden de meeste respondenten met een hoge score op de CES-D een aanpassingsstoornis (Boshoven et al., 2009). Mogelijk dat een deel hiervan eveneens bestaat uit diabetes distress. Verder onderzoek naar het in kaart brengen van deze groep is gewenst.

3) Welbevinden vragenlijst

Deze lijsten meten het welbevinden (stemming) van de patiënt. Een veelgebruikte lijst binnen de diabetesbehandeling in Nederland is de WHO-five Well-being Index (WHO-5, zie bijlage 8). De WHO-5 is nog niet gevalideerd als depressiescreener, maar onderzoek van Löwe et al. (2004) laat zien dat de WHO-5 mogelijk even bruikbaar is als een specifieke depressievragenlijst, zoals de Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) en de PHQ-9 (zie tabel 4). De Wit et al. (2006) vergelijken in hun onderzoek de WHO-5 met de CES-D. Daarbij kwam een sensitiviteit van 89% en een specificiteit van 87% naar voren. Hierbij ging het wel om onderzoek bij adolescenten, wat toepasbaarheid voor deze best practice bemoeilijkt.

Tabel 4 **Sensitiviteit en specificiteit van de PHQ, HADS en WHO-5 voor depressieve stoornis**

<i>Instrumenten</i>	<i>sensitiviteit</i>	<i>Specificiteit</i>
PHQ	98%	80%
WHO-5	94%	78%
HADS	85%	76%

Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID) was de gouden standaard.

Volgens de experts Pouwer en Snoek biedt het daarnaast de mogelijkheid het welbevinden te screenen, wat net als het monitoren van complicaties, een indicator kan zijn binnen de diabeteszorg. Bovendien laat onderzoek van Pouwer (2001) zien, dat het structureel meten en bespreken van het welbevinden, leidt tot een significant betere stemming en tot meer verwijzingen naar de psycholoog.

Praktijk

Op het diabetescentrum van het VUmc in Amsterdam wordt al jaren onderzoek gedaan naar diabetes en depressie. Er wordt gewerkt vanuit een psychologische setting (psychologen zijn direct op de polikliniek aanwezig) waardoor er is gekozen om niet enkel op depressies te screenen, maar tevens het welbevinden te meten. Er is sprake van een Best Practice voor Nederland, maar eveneens wereldwijd.

Tijdens het Groot Periodiek onderzoek (GPO), wat één à tweemaal in de twee jaar plaatsvindt, vult de patiënt via de computer de PAID en de WHO-5 in. Daarnaast kan de patiënt aangeven waarover hij/zij wil praten met de diabetesverpleegkundige en vult de ziektecirkel in. Dit laatste is een methode, om bespreekbaar te maken wat diabetes voor de patiënt betekent. De patiënt en de diabetesverpleegkundige krijgen een uitdraai, welke besproken wordt tijdens het spreekuur. De diabetesverpleegkundige bespreekt een eventuele verwijzing naar, in dit geval, de psycholoog. Enkele andere diabetescentra in Nederland hebben deze procedure inmiddels overgenomen. Helaas is een aantal weer gestopt omdat er niet aan de randvoorwaarden voldaan kon worden.

In het Zuwe Hofpoort ziekenhuis te Woerden vullen in principe alle diabetespatiënten op de polikliniek interne geneeskunde de PAID in. De lijst wordt opgestuurd naar de consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV). Deze scoort de lijsten en meldt afwijkende scores aan de internist. In dat geval verwijst de internist, in overleg met de patiënt, naar de psychiatrie. Hierop volgt een oriënterend gesprek met de CPV en psychiater op de polikliniek interne geneeskunde, voor diagnostiek en verwijzing. Na twee jaar heeft bijna de helft, 200 van de ongeveer 450 patiënten, de PAID ingevoerd. Hiervan hadden tachtig patiënten een hoge score op de PAID. De betrokken hulpverleners zijn, ondanks de nog beperkte respons, tevreden over de werkwijze. Sommige patiënten hebben moeite met het feit dat ze zich moeten inschrijven bij de psychiatrie. Dat de PAID niet op de polikliniek interne geneeskunde besproken wordt, lijkt een nadeel. Zo vormt het minder een vast onderdeel van de behandeling van patiënten met diabetes.

Behandeling

Het RIVM geeft in haar rapport 'Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel' een overzicht van onderzoeken naar de effectiviteit van depressiebehandeling bij diabetes. Hieruit blijkt dat zowel psychofarmaca als psychotherapie effectief zijn (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Ook in later gepubliceerde artikelen wordt beschreven, dat de gebruikelijke depressiebehandeling even effectief is bij patiënten met diabetes, als zonder. (Bastelaar, 2008; Horn et al., 2007; Schram et al., 2009).

In Nederland vormt de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie de basis voor de behandeling van depressie. De National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2008) is momenteel bezig met het ontwikkelen van een richtlijn, voor de behandeling en management van depressie, bij volwassenen met chronische lichamelijke problemen. Daarnaast lopen er verschillende onderzoeken in Nederland, die zich richten op de behandeling van depressie bij patiënten met diabetes (zie figuur 13).

§ "Onderzoek naar de effecten van een internet-zelfhulpcursus voor mensen met diabetes en depressieve klachten" (Bastelaar, 2008, pp. 28). Diabetergestemd.nl is ontwikkeld onder leiding van prof. dr. F. Snoek en bestaat uit de volgende onderdelen: cognitieve therapie; herondernemen van plezierige activiteiten, communiceren en assertiviteit; diabetesspecifieke onderwerpen.

§ Onderzoek door het Trimbos-instituut naar collaborative care, bij chronisch zieke patiënten met depressie, op de polikliniek van het algemeen ziekenhuis. In de Verenigde Staten is de effectiviteit van collaborative care bij patiënten met diabetes in de eerstelijns aangetoond door middel van de IMPACT-studie en de Pathways studie (Horn et al., 2007; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Lange termijn onderzoek van de Pathways studie laat tevens zien dat deze methode kosteneffectief is (Katon et al., 2008). De verschillende onderzoeken naar de depressiebehandeling bij patiënten met diabetes, laten een lichte tot geen significante verandering zien van de HbA1c (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007).

Collaborative care in het onderzoek van het Trimbos-instituut ziet er als volgt uit:

- o Contracting: behandelovereenkomst tussen patiënt en behandelaren
- o Psycho-educatie
- o Algoritme antidepressiva
- o Oplossingsgerichte therapie/ problem solving treatment (PST): minimaal 6 sessies
- o Zelfhulpwerkboek: gericht op gezonde leefstijl en activering (ontspanning, lichamelijke beweging, sociale vaardigheden).
- o Monitoring van de voortgang d.m.v. PHQ-9

Figuur 13 Lopende onderzoeken in Nederland, naar de behandeling van depressie bij patiënten met diabetes

Het Trimbos-instituut heeft naar aanleiding van ons contact, het verzoek gedaan om deel te nemen aan hun onderzoek naar Collaborative care. Gezien de nog beperkte looptijd van dit onderzoek van het Trimbos-instituut, is dit niet haalbaar bevonden. Er wordt wel gekeken naar andere mogelijkheden van gezamenlijk onderzoek. Zo loopt er momenteel een subsidieaanvraag voor de "ontwikkeling van een 'decision aid' om herkenning, diagnose en doorverwijzing van depressieve patiënten in het Albert Schweitzer ziekenhuis te verbeteren".

Organiseren van zorg

Zowel onderzoek als de experts Snoek en Pouwer, pleiten voor een koppeling van screening en vervolg (Gilbody et al., 2005; Schram e.a., 2009). Het vervolg bestaat uit diagnostiek en behandeling of gerichte verwijzing. In het Zuwe Hofpoort ziekenhuis is de ervaring dat dit laagdrempelig moet zijn, waardoor er gekozen is voor een intake op de polikliniek interne geneeskunde. In het VUmc zijn psychologen werkzaam op het diabetescentrum. Dit vergroot eveneens de mogelijkheid tot terugkoppeling en consultatie. De zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (2000) schrijft de aanwezigheid van een psycholoog voor. Zowel Pouwer als Snoek pleit hier voor, maar geeft aan dat dit mede afhankelijk is van de structuur en cultuur van de organisatie. Dit zal tevens bepalen of de zorg zich zal richten op het herkennen van depressie, of eveneens op het meten van welbevinden. In beide gevallen dient op het diabetescentrum aan bepaalde voorwaarden voldaan te worden:

- Aansluiting op de visie op zorg
- Organisatie: jaarlijkse afname van schriftelijke of computergestuurde screenings-instrument(en).
- Tijd: ruimte in spreekuur diabetesverpleegkundige om resultaten te bespreken.
- Kennis: training in beoordelen en bespreken van screeningslijsten.

Conclusie

Aan de hand van het literatuuronderzoek en veldonderzoek kunnen de vraagstellingen van fase 1 beantwoord worden.

1. *Welke signaleringsinstrumenten zijn sensitief voor de herkenning van een depressieve stoornis en toepasbaar in de praktijk bij patiënten met diabetes?*

Structurele screening leidt tot toename van de herkenning van depressie. Voorwaarde is daarbij wel dat de screening gevolgd wordt door diagnostiek en behandeling, of gerichte

verwijzing. Er zijn verschillende screeningsinstrumenten beschikbaar, welke in kwaliteit vergelijkbaar zijn. De CES-D en PHQ-9 zijn gezien de iets hogere sensitiviteit en specificiteit, mede bij chronisch zieke patiënten, eerste keus. De CES-D wordt vaker toegepast in onderzoek bij diabetespatiënten, dan de PHQ-9.

De depressievragenlijst kan desgewenst aangevuld worden met structurele afname van de PAID, om diabetes distress te meten. Dit is afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van het diabetescentrum. De PAID sluit goed aan bij de behandeling op het diabetescentrum, aangezien het om een specifieke diabeteslijst gaat. Is er echter geen ruimte om de resultaten te bespreken en te gebruiken in de behandeling, dan is structurele afname niet gewenst. In het kader van onderzoek, om de groep patiënten met diabetes distress in kaart te brengen, is de PAID een geschikt instrument.

Er zijn aanwijzingen dat een welbevindenlijst als de WHO-5, eveneens sensitief is voor de herkenning van depressie. De keuze van screeningsinstrumenten is mede afhankelijk vanuit welk perspectief het diabetesteam werkt. Richt men zich op de herkenning van depressie, dan is een depressie vragenlijst de eerste keus. Wordt er gewerkt vanuit een meer psychologisch perspectief, waarbij het meten van het welbevinden onderdeel is van de zorg, dan ligt de keuze voor een welbevindenlijst meer voor de hand.

2. Welke vormen van behandeling van een depressieve stoornis bij patiënten met diabetes zijn bruikbaar?

Voor de behandeling van depressie vormt de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie de leidraad. De gebruikelijk therapieën zijn eveneens bij patiënten met diabetes effectief. Collaborative care, met oplossingsgerichte therapie als een van de onderdelen, heeft zich in de eerstelijns als efficiënte vorm van behandeling bewezen. Naar collaborative care op poliklinieken loopt momenteel onderzoek in verschillende Nederlandse ziekenhuizen. Hierop vooruitlopend, is collaborative care met onder andere oplossingsgerichte therapie, een interessante behandeloptie bij patiënten met diabetes en depressie.

3. Hoe kan de zorg (signalering en herkenning) rond diabetes en een depressieve stoornis het beste georganiseerd worden?

Bij verdenking van depressie door middel van het screeningsinstrument, heeft het de voorkeur, verdere diagnostiek door de psychiatrie op het diabetescentrum te laten plaatsvinden. Dit vanwege het vergroten van de laagdrempeligheid en de mogelijkheid tot directe terugkoppeling en consultatie.

Naast behandeling is consultatie gewenst op het diabetescentrum. Of dit door de psychiatrie of medische psychologie verzorgd wordt, is vooral afhankelijk van de cultuur en organisatie van de instelling. Gezien de negatieve effecten van depressie op onder andere de

diabeteszorg, heeft signalering en behandeling hiervan prioriteit. Een samenwerking tussen het diabetescentrum en psychiatrie is daarbij op zijn plaats. Terugkoppeling en consultatie vanuit de psychiatrie naar het diabetesteam, vormt daarbij een belangrijk onderdeel. In de toekomst kan gekeken worden, mede aan de hand van het onderzoek naar diabetes distress, of de zorg breder getrokken kan worden. Daarbij is samenwerking met de medische psychologie een optie.

De beste praktijk

Naar aanleiding van het literatuuronderzoek en veldonderzoek is aan het diabetescentrum voorgesteld, een samenwerkingsrelatie aan te gaan met de consultatieve psychiatrische dienst, gericht op de herkenning en behandeling van depressieve- en aanpassingsstoornis. Daarnaast is het zinvol diabetesspecifieke problemen (diabetes distress) bij patiënten met depressieve -en aanpassingsstoornis, in kaart te brengen. Naar aanleiding van de resultaten zal dan besloten kunnen worden of specifieke behandeling voor deze groep zinvol is.

Opzet

Aangezien de praktijk zich in eerste instantie zal richten op de herkenning van depressie en niet het welbevinden in het algemeen, wordt er gekozen voor een depressie vragenlijst. Gezien de eerdere positieve ervaring met de CES-D tijdens het onderzoek 'Ontregelde stemming', heeft deze lijst de voorkeur. Zie figuur veertien voor de opzet van de beste praktijk.

Activiteit	Wie	Impact
Jaarlijkse screening: CES-D + PAID* * voor onderzoek, daarna optioneel (Mogelijkheid tot meten welbevinden, afhankelijk van de wensen van het diabetescentrum)	Assistenten (via computer) Diabetesverpleegkundigen	- Uitkomst bespreken met patiënt - Afwijkende score (CES-D $\geq$ 16) verwijzing voor diagnostiek
Diagnostiek*: (bij CES-D $\geq$ 16 aan de hand van de DSM-IV)	Psychiater (CPV)	- Vaststellen aanwezigheid depressieve stoornis en aanpassingsstoornis - Behandeling of verwijzing

		(psycholoog/ maatschappelijk werk/ huisarts) - Terugkoppeling aan het diabetesteam en indien gewenst consultatie
Behandeling*: - Behandeling op de polikliniek psychiatrie - Collaborative care (oplossingsgerichte therapie) door CPV	Psychiater/ CPV	- Toepassen van stepped care - Terugkoppeling aan het diabetesteam en indien gewenst consultatie
Onderzoek: - Effectmeting screening gekoppeld aan behandeling - In kaart brengen patiënten met diabetesstress	Psychiatrie en diabetesteam	- Evaluatie van structurele screening en behandeling depressie. - Mogelijkheid tot specifieke behandeling voor diabetes distress bekijken
* De diagnostiek en behandeling door de psychiater en CPV zal op het diabetescentrum plaatsvinden, tijdens een vast dagdeel in de week. Dit verhoogt de laagdrempeligheid voor de patiënt. Daarnaast kan er ruimte ingepland worden voor consultatie.		

Figuur 14 **Voorstel beste praktijk diabetescentrum**

Fase 2 - Conceptrichtlijn

Inleiding

Het literatuuronderzoek en veldonderzoek uit fase 1, vormt de basis voor de evidence-based conceptrichtlijn. Bovenstaande conclusies zijn deels herschreven en verwerkt. Hierbij is gebruikgemaakt van de standaardformat voor richtlijnteksten, die het CBO hanteert. Deze format is als volgt opgebouwd:

- uitgangsvraag
- samenvatting van de literatuur
- conclusie(s) met niveau van bewijs en vermelding van geclassificeerde studies
- overige overwegingen
- aanbeveling(en)
- alfabetische literatuurlijst

(Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007)

De evidence-based conceptrichtlijn heeft niet de pretentie van een landelijke richtlijn, die alle facetten van depressie bij diabetes bevat. Hiervoor zijn de uitgangsvragen te beperkt en is het literatuuronderzoek niet uitputtend genoeg. De conceptrichtlijn is geschreven voor het Albert Schweitzer ziekenhuis. Het vormt het fundament voor de verdere uitwerking, van de samenwerking tussen het diabetescentrum en de psychiatrie, op het gebied van diabetes en depressie.

Evidence-based conceptrichtlijn:

'Herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'

Auteurs:

Dhr. H.E.M.V. Boshoven

Verpleegkundig specialist i.o., Albert Schweitzer ziekenhuis,
Dordrecht

Dhr. drs. A. Lemstra

Psychiater, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht

Met intellectuele bijdrage van:

Mw. Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis

Hoofd afdeling diagnostiek en behandeling; hoofdonderzoeker
'collaborative care for chronically ill patients with comorbid
depressive disorder', Trimbos-Instituut

Dhr. D. Hengst	Verpleegkundig specialist, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht
Mw. J.M. Kamperman	Diabetesverpleegkundige, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht
Dhr. Dr. A.F.G. Leentjens	Psychiater, Academisch ziekenhuis Maastricht; ex-voorzitter Afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; voorzitter European Association for Consultation-Liasion Psychiatry and Psychosomatics
Mw. drs. M. Luteijn	Psychiater, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht
Mw. T. van Opdorp-Trouwborst	Diabetesverpleegkundige, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht
Dhr. Dr. B.M. van Ouwerkerk	Internist, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht
Mw. drs. J. Polet	Docent, Faculteit Gezondheidszorg & Academie gezondheidszorg, Utrecht
Dhr. dr. F. Pouwer	Onderzoeker, Center of Research on Psychology in Somatic disease; hoofdonderzoeker Diabetes & Hypertension, Tilburg University
Dhr. prof. dr. F. Snoek	Hoogleraar medische psychologie; hoofd 'Diabetes Psychology Research Group', VU medisch Centrum, Amsterdam
Mw. drs. K. van Steenbergen	Junior wetenschappelijk medewerker/ promovendus, afdeling diagnostiek en behandeling, Trimbos-Instituut.
Dhr. P. Strubbe	Consultatief psychiatrisch Verpleegkundige, Altrecht, Woerden

Dordrecht, 2009

Evidence-based conceptrichtlijn 'Herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'. Deze conceptrichtlijn is nog niet getoetst in de praktijk. Alles uit deze conceptrichtlijn mag worden gebruikt, mits onder vermelding van de auteurs (H.E.M.V. Boshoven, A. Lemstra) en instelling (Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht).

1 Algemene inleiding

1.1 Aanleiding

Deze evidence-based conceptrichtlijn is geschreven voor het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht. Het doel van de richtlijn is het verbeteren van de

herkenning en behandeling van depressie bij patiënten met diabetes. Uit een praktijkgericht onderzoek op het diabetescentrum, bleken signalen van een depressieve stoornis maar deels herkend te worden. De herkenning was niet specifiek. Klachten werden niet herkend als depressie en leidden onvoldoende tot verwijzing en behandeling (Boshoven et al., 2009). Hierop is besloten tot een structurele samenwerking tussen het diabetescentrum en de consultatieve psychiatrische dienst (CPD). Deze evidence-based conceptrichtlijn is een uitwerking daarvan. Voor de ontwikkeling is gebruikgemaakt van de methode Evidence-Based Richtlijnontwikkeling (EBRO) van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007).

1.2 Doelstelling

Een richtlijn is een beschrijving van goed handelen. Door middel van aanbevelingen en instructies dient de dagelijkse praktijkvoering ondersteund te worden. Een richtlijn is gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek (evidence-based) en de klinische ervaring van deskundigen (practice-based). De aanbevelingen zijn geldig voor het merendeel van de betreffende patiëntengroep en betrokken hulpverleners. Het blijft echter de verantwoording van de hulpverlener, om in samenspraak met de patiënt, beslissingen te nemen over de zorg toegespitst op die unieke situatie. De richtlijn is een hulpmiddel, waarvan hulpverleners indien nodig, beredeneerd af kunnen wijken.

Deze richtlijn heeft als toepassingsgebied de ondersteuning van herkenning en behandeling van depressie bij volwassen patiënten met diabetes. Het vormt een aanvulling op de bestaande richtlijnen diabeteszorg, de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF, 2007) en de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005).

1.3 Toepassing van richtlijnen

De samenwerking tussen het diabetescentrum en de psychiatrie van het Albert Schweitzer ziekenhuis moet leiden tot structurele signalering van depressie en aansluitende behandeling. Deze richtlijn wordt gebruikt om de stappen in deze samenwerking zoveel mogelijk evidence-based te doen zijn.

1.4 Richtlijngebruikers

Deze richtlijn is specifiek geschreven voor het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht. Het gebruik is daarmee gericht op de diabeteszorg in de poliklinische setting van het algemeen ziekenhuis. In die context is de richtlijn mogelijk overdraagbaar, maar deze afweging dient door iedere instelling zelf gemaakt te worden.

In de toekomst kan de richtlijn mogelijk uitgebreid worden naar de klinische setting en/ of de eerste lijn.

1.5 Probleemomschrijving

Anderson et al. (2001) concluderen in een uitgebreide meta-analyse dat 11,4% van de mensen met diabetes mellitus (zie figuur 1) een comorbide depressieve stoornis (zie figuur 2) heeft. Ook andere onderzoeken laten een verhoogde prevalentie zien (Lustman et al., 1992; Musselman et al., 2003; Rubin et al., 2004). Het praktijkgericht onderzoek met honderd respondenten op het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis laat een prevalentie van acht procent zien (Boshoven et al., 2009).

Diabetes mellitus
Diabetes mellitus een stofwisselingsziekte waarbij de insulineregulatie verstoord is. Ongeveer 90% van deze groep heeft type 2 diabetes. Bij type 2 diabetes, tevens bekend als "ouderdomssuiker", functioneert het hormoon insuline niet of is onvoldoende aanwezig. Dit ontstaat over het algemeen geleidelijk op latere leeftijd en wordt in eerste instantie behandeld met een dieet en tabletten. Bij type 1 diabetes ontbreekt de insuline volledig. Het ontstaat meestal plotseling bij kinderen en jong volwassenen en wordt alleen behandeld met insuline. In Nederland waren er in 2003 naar schatting 600.000 personen gediagnosticeerd met diabetes mellitus.

Figuur 1 Definiëring diabetes mellitus (NDF Zorgstandaard, 2007)

DSM-IV: Depressieve stoornis
De DSM-IV spreekt van een depressieve stoornis, indien er langer dan twee weken sprake is van vijf (of meer) van de volgende symptomen. Er is minimaal één kernsymptoom aanwezig.
Kernsymptomen: - depressieve stemming - duidelijke vermindering van interesse of plezier
Aanvullende symptomen: - gewicht –of eetlustverandering - slapeloosheid of overmatig slapen - agitatie of remming - moeheid of verlies van energie - gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens - besluiteloosheid of concentratieproblemen - terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide of een suïcidepoging

Figuur 2 Definiëring depressieve stoornis (American Psychiatric Association, 1994)

De etiologie van de regelmatig optredende comorbiditeit tussen diabetes en depressie is nog onduidelijk. De gevolgen hiervan kunnen aanzienlijk zijn. Afhankelijk van de ernst en de duur van een depressie wordt het algehele functioneren negatief beïnvloed. Bij patiënten met diabetes en een depressieve stoornis is de kwaliteit van leven slechter en zijn de gezondheidskosten hoger dan bij mensen met diabetes zonder een depressieve stoornis

(Huyser et al., 2008; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Daarnaast heeft een depressieve stoornis negatieve invloed op het beloop van somatische aandoeningen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005). Bij diabetes kan dit leiden tot een verminderde glycemische controle, zelfzorg en therapietrouw. Het samen vóórkomen van een depressieve stoornis en diabetes verhoogt het risico op (diabetesgerelateerde) complicaties zoals; hart -en vaat ziekten, microvasculaire complicaties en mortaliteit (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007).

In het RIVM rapport 'Diabetes en Depressie, een zorgelijk samenspel' wordt geconcludeerd dat slechts twintig tot vijftig procent van de depressies bij mensen met diabetes herkend wordt door de huisarts en/of diabetesverpleegkundige. Hiervan krijgt veertig procent een adequate behandeling (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Het praktijkgericht onderzoek op het diabetescentrum geeft een bevestiging van deze bevindingen (Boshoven et al., 2009).

1.6 Uitgangsvragen

Voor het opstellen van de richtlijn zijn de volgende uitgangsvragen geformuleerd:

Signalering

- § Welke signaleringsinstrumenten zijn sensitief voor de herkenning van een depressieve stoornis en toepasbaar in de praktijk bij patiënten met diabetes?

Behandeling

- § Welke vormen van behandeling van een depressieve stoornis bij patiënten met diabetes zijn bruikbaar?

Organisatie van zorg

- § Hoe kan de zorg (signalering, diagnostiek en behandeling) rond diabetes en een depressieve stoornis het best georganiseerd worden?

1.7 Samenstelling werkgroep

De werkgroep die deze richtlijn heeft ontwikkeld was van beperkte grootte. In de kern bestond deze uit een psychiater en Verpleegkundig Specialist i.o. van de consultatieve psychiatrische dienst van het Albert Schweitzer ziekenhuis. De ontwikkeling is voortdurend voorgelegd aan de overige leden van de consultatieve psychiatrische dienst en het diabetesteam.

De ontwikkeling van de richtlijn stond onder begeleiding van de Hogeschool Utrecht, in het kader van de opleiding Master in Advanced Nursing Practice.

Uiteindelijk is de conceptrichtlijn voorgelegd aan verschillende interne -en externe experts en de gebruikers van de richtlijn.

1.8 Wetenschappelijke onderbouwing

Voor de richtlijn is zo veel mogelijk gebruikgemaakt van bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Hiervoor is systematisch gezocht naar artikelen na 1998 in The Cochrane Library en PubMed. Deze artikelen zijn methodologisch beoordeeld en geclassificeerd naar mate van bewijskracht (zie figuur 15). Naast literatuuronderzoek zijn Pouwer en Snoek, twee experts op het gebied van diabetes en depressie, benaderd en heeft er benchmarking plaatsgevonden.

Voor artikelen betreffende preventie of therapie	
A1	systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn
A2	gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
B	gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek);
C	niet-vergelijkend onderzoek;
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.
Voor artikelen betreffende diagnostiek	
A1	onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests;
A2	onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij meerdere, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie;
B	vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd;
C	niet-vergelijkend onderzoek;
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.
Niveau van de conclusies	
1	gebaseerd op minimaal 1 systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
2	gebaseerd op tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	gebaseerd op 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek(en) van niveau C
4	gepubliceerde mening van deskundigen of mening van de werkgroepleden

Figuur 15 Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht
(Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, 2005)

1.9 Implementatie en indicatorontwikkeling

Er is een werkgroep diabetes en depressie ingesteld, die de opdracht heeft de voorgestelde samenwerking tussen het diabetescentrum en de psychiatrie uit te voeren. Het gebruik en de implementatie van deze richtlijn is daarbij een belangrijk onderdeel.

1.10 Juridische betekenis van de richtlijn

Richtlijnen geven aanbevelingen om kwalitatief goede zorg mogelijk te maken. Een richtlijn is geen wettelijk voorschrift. De aanbevelingen gelden voor ongeveer tachtig procent van de relevante categorie patiënten (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). Hulpverleners kunnen op beargumenteerde wijze van de richtlijn afwijken, indien de individuele situatie hier om vraagt.

1.11 Herziening

Na de implementatie van de richtlijn in de praktijk, zal herziening plaatsvinden aan de hand van commentaar van de gebruikers. Daarnaast wordt uiterlijk 2012 beoordeeld of de richtlijn nog actueel is.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman P.J. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, vol. 6, nr. 2, pp. 1069-1078.
- Boshoven, H.E.M.V., Lemstra, A. & Polet, J. (2009). *Ontregelde stemming: Een praktijkgericht onderzoek naar de herkenning van depressie bij patiënten met diabetes*. Hogeschool Utrecht. Not published.
- Huyser, J., Schene, A.H., Sabbe, B & Spinhoven PH. (Red.) (2008). *Handboek Depressieve stoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). *Evidence-based Richtlijnontwikkeling: handleiding voor werkgroepleden*. Geraadpleegd op 24 februari 2009 via www.cbo.nl, zie onder Aanbod > Richtlijnontwikkeling > ERBO-handleiding.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Gavard, J.A. & Clouse, R.E. (1992). Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, vol. 15, nr. 11, pp. 1631-1639.
- Meeteren-Schram, M.T. van & Baan, C.A. (2007). *Diabetes en Depressie, een zorgelijk samenspel*. Bilthoven: RIVM.
- Musselman, D.L., Betan, E., Larsen, H. & Phillips, L.S. (2003). Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment. *Society of Biological Psychiatry*, vol. 54, pp. 317-329.
- NDF Zorgstandaard (2007). *Transparantie en kwaliteit van zorg*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- Rubin, R.R., Chiechanowski, P., Egede, L.E., Lin, E.H.B. & Lustman, P.J. (2004). Recognizing and Treating Depression in Patients with Diabetes. *Current Diabetes Reports*, vol. 4, nr. 2, pp. 119-125.

2 Signalering

2.1 Uitgangsvraag

- § Welke signaleringsinstrumenten zijn sensitief voor de herkenning van een depressieve stoornis en toepasbaar in de praktijk bij patiënten met diabetes?

2.2 Zoekstrategie

Voor het beantwoorden van de uitgangsvraag zijn de volgende zoektermen gecombineerd: 'diabetes', 'depression', 'screening', 'rating scale' en 'outpatients'. Hierbij is gezocht in The Cochrane Library en PubMed.

2.3 Wetenschappelijk bewijs

Het structurele gebruik van screeningslijsten, kan de herkenning van depressie met de factor twee, vergroten (Mc.Hale et al., 2008).

§ Depressie zelfinvulvragenlijsten

Deze lijsten meten de depressieve symptomatologie. Uit onderzoek blijken lijsten als de Beck Depression Inventory (BDI), Self-Rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) en de Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9) elkaar niet veel te ontlopen in betrouwbaarheid en validiteit. In de literatuur wordt een lichte voorkeur gevonden voor de CES-D en PHQ-9. De gevonden sensitiviteit varieert van 79%-98% en de specificiteit van 71%-88% (Hermanns et al, 2006; McHale et al., 2008; Lamers et al., 2008; Löwe et al., 2004).

§ Diabetesspecifieke vragenlijst

De Problem Areas In Diabetes (PAID) meet de diabetes-specifieke emotionele problemen, ook wel diabetes distress genoemd (Pouwer, 2001). Uit onderzoek blijkt deze lijst mogelijk bruikbaar als screeningsinstrument voor depressie. Onderzoek van Hermanns et al. (2006) laat een sensitiviteit van 81.1% zien en een specificiteit van 74,0%.

§ Welbevinden vragenlijst

Deze lijsten meten het welbevinden (stemming) van de patiënt. Een veelgebruikte lijst binnen de diabetesbehandeling in Nederland is de WHO-five Well-being Index (WHO-5). De WHO-5 is nog niet gevalideerd als depressiescreener, maar onderzoek van Löwe et al. (2004) laat zien dat de WHO-5 mogelijk even bruikbaar is als een specifieke depressie zelfinvulvragenlijst, zoals de HADS en de PHQ-9.

Tabel 4 **Sensitiviteit en specificiteit van de PHQ, HADS en WHO-5 voor depressieve stoornis**

<i>Instrumenten</i>	<i>sensitiviteit</i>	<i>Specificiteit</i>
PHQ	98%	80%
WHO-5	94%	78%
HADS	85%	76%

Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID) was de gouden standaard.

Onderzoek van Pouwer (2001) laat zien dat het structureel meten en bespreken van het welbevinden, leidt tot een significant betere stemming en tot meer verwijzingen naar gespecialiseerde psychologische hulp.

Conclusie

Niveau 1	• Zelfinvulvragenlijsten als de Beck Depression Inventory (BDI), Self-Rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) en de Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9) zijn bruikbaar als screeningsinstrumenten voor depressie bij diabetes. • De Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) en de Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9) lijken de hoogste sensitiviteit en specificiteit te hebben.
Niveau 3	• Structureel gebruik van screeningsinstrumenten kan de herkenning van depressie vergroten. • Er zijn aanwijzingen dat de Problem Areas In Diabetes (PAID) geschikt is als depressiescreener. • De WHO-five Well-being Index (WHO-5) is mogelijk eveneens bruikbaar voor het structureel screenen van depressie.

2.4 Overwegingen

Een definitief advies voor een screeningsinstrument is moeilijk te geven, gezien het ontbreken van een 'gouden standaard'. Vooral de CES-D wordt in veel onderzoeken bij patiënten met diabetes en andere chronisch zieken gebruikt.

Het jaarlijks screenen van de gehele poliklinische populatie is een behoorlijke investering. Voorwaarde is dat het onderdeel is van de reguliere behandeling van diabetes. De keuze voor een signaleringsinstrument is afhankelijk vanuit welk perspectief er gewerkt wordt.

Aanbevelingen

Screening van depressie dient structureel onderdeel te zijn van de behandeling van

depressie. Daarbij heeft het jaarlijkse gebruik van een screeningsinstrument de voorkeur.

De keuze van screeningsinstrumenten is mede afhankelijk vanuit welk perspectief het diabetesteam werkt. Richt men zich op de herkenning van depressie, dan is een depressie zelfinvulvragenlijst de eerste keus. De voorkeur van de werkgroep gaat hierbij uit naar de CES-D. Wordt er gewerkt vanuit een meer psychologisch perspectief, waarbij het meten van het welbevinden onderdeel is van de zorg, dan ligt de keuze voor een welbevindenlijst meer voor de hand.

Het gebruik van de PAID is een welkome aanvulling op een depressie screeningsinstrument. Voorwaarde is dat er voldoende ruimte is, om de uitslag te betrekken in de behandeling.

Literatuur

- Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T. & Haak, T. (2006). How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia*, vol. 49, nr. 3, pp. 669-77.
- Lamers, F., Jonkers, C.C.M., Bosma, H., Penninx, B.W.J.H., Knottnerus, J.A. & Eijk, Th.M. van (2008). Summed score of the Patient Health Questionnaire-9 was a reliable and valid method for depression screening in chronically ill elderly patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 61, nr. 7, pp. 679-687.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, C., Witte, S. & Hezog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of affective disorders*, vol. 78, nr. 2, pp. 131-140.
- McHale, M., Hendrikz, J., Dann, F. & Kenardy, J. (2008). Screening for Depression in Patients with Diabetes Mellitus. *Psychosomatic Medicine*, vol. 70, nr. 8, pp. 869-874.
- Pouwer, F. (2001). *Monitoring of psychological well-being in outpatients with diabetes mellitus*. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Medical Centre Amsterdam.

3 Behandeling

3.1 Uitgangsvraag:

- § Welke vormen van behandeling van een depressieve stoornis bij patiënten met diabetes zijn bruikbaar?

3.2 Zoekstrategie

De Multidisciplinaire Richtlijn Depressieve (2005) en het rapport '*Diabetes en Depressie, een zorgelijk samenspel*' van het RIVM (2007) geven een goed overzicht van de huidige stand van zaken, betreffende de behandeling van depressie bij diabetes. Er is gezocht op aanvullende literatuur na 2007, met de volgende zoektermen: 'treatment depression', 'diabetes' en 'outpatients'.

3.3 Wetenschappelijk bewijs

Er is geen verschil in effectiviteit van de depressiebehandeling bij patiënten met diabetes, in vergelijking met patiënten zonder diabetes (Bastelaar, 2008; Horn et al., 2007; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Dit geldt voor zowel psychotherapie als psychofarmaca. De verschillende onderzoeken naar de depressiebehandeling bij patiënten met diabetes, laten een lichte tot geen significante verandering zien van de HbA1c (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007).

In de Verenigde Staten is de effectiviteit van collaborative care (met als onderdeel oplossingsgerichte therapie) bij patiënten met diabetes in de eerstelijns aangetoond door middel van de IMPACT-studie en de Pathways studie (Horn et al., 2007; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Collaborative care is gebaseerd op disease management en heeft drie hoofdprincipes:

- Actieve samenwerking van de patiënt met de behandeling
- Stepped care
- Samenwerking tussen verschillende medische disciplines met een caremanager.

Lange termijn onderzoek van de Pathways studie laat zien dat deze methode kosteneffectief is (Katon et al., 2008).

Conclusie

Niveau 1	• Psychotherapie en psychofarmaca zijn even effectief bij patiënten met diabetes als bij patiënten zonder diabetes. • Collaborative care bij patiënten met diabetes is een effectieve behandelvorm in de eerstelijns in de Verenigde Staten.
Niveau 2	• Behandeling van de depressie leidt tot lichte of geen significante verandering van de HbA1c.

3.4 Overwegingen

Het Trimbos-instituut doet momenteel onderzoek naar collaborative care, bij chronisch zieke patiënten met depressie, op de polikliniek van het algemeen ziekenhuis (Horn et al., 2007). Daarnaast loopt er een onderzoek naar de effecten van een internet-zelfhulp cursus voor mensen met diabetes en depressieve klachten.

Volgens Pouwer en Snoek gaat hoge diabetes distress relatief vaak gepaard met depressie. Bij een depressie hoeft er echter niet altijd sprake te zijn van diabetes distress. Zij pleiten voor een differentiatie hiervan in de behandeling. Hiervoor kan de PAID gebruikt worden.

Aanbevelingen

De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2005) vormt de leidraad voor de behandeling

van depressie bij patiënten met diabetes.

Tijdens diagnostiek wordt geadviseerd om eveneens de diabetes distress te meten door middel van de PAID, zodat dit zo nodig onderdeel van de behandeling kan zijn.

Collaborative care (met als onderdeel oplossingsgerichte therapie) heeft zich in de Verenigde Staten als efficiënte vorm van behandeling bewezen. Momenteel loopt hier onderzoek naar, in verschillende poliklinische settings in Nederland. Hierop vooruitlopend, is collaborative care met onder andere oplossingsgerichte therapie, een interessante behandeloptie bij patiënten met diabetes en depressie.

Literatuur

- Bastelaar, K.M.P. (2008). Depressiebehandeling bij diabetes via internet: www.diabetergestemd.nl. *Diabetesspecialist*, nr. 27, pp. 24-26.
- Horn, E.K., Benthem, T.B. van, Hakkart-van Roijen, L., Marwijk, H.W.J. van, Beekman, A.T.F., Rutten, F.F. & Feltz-Cornelis, C.M. van der (2007). Cost-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting, a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, vol. 7, nr.28, pp. 1-14.
- Katon, W.J., Russo, J.E., Von Korff, M., Lin, E.H.B., Ludman, E. & Ciechanowski, P.S. (2008) Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care*, vol. 31, nr. 6, pp. 1155-1159.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Meeteren-Schram, M.T. van & Baan, C.A. (2007). *Diabetes en Depressie, een zorgelijk samenspel*. Bilthoven: RIVM.

4 Organisatie van zorg

4.1 Uitgangsvraag:

- § Hoe kan de zorg (signalering, diagnostiek en behandeling) rond diabetes en een depressieve stoornis het best georganiseerd worden?

4.2 Zoekstrategie

Gebruik van literatuur uit vorige zoekacties, benaderen van experts en benchmarking.

4.3 Wetenschappelijk bewijs

Structurele screening alleen, leidt nauwelijks tot betere herkenning van depressie en heeft minimaal tot geen effect op de verwijzing en behandeling van patiënten (Gilbody et al., 2005; Schram et al., 2009). De ideale frequentie van meting is niet bekend. Pouwer en Snoek pleiten voor een jaarlijkse meting, waarbij patiënten met een afwijkende score, frequenter gemeten kunnen worden.

De zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (2000) schrijft de aanwezigheid van een psycholoog voor. Zowel Pouwer als Snoek pleit hier voor, maar geeft aan dat de keuze voor psychologie of psychiatrie mede afhankelijk is van de structuur en cultuur van de organisatie.

Conclusie

Niveau 1	• Structurele screening van depressie alleen, leidt onvoldoende tot herkenning en behandeling.
Niveau 4	• De ideale frequentie van meting is niet bekend. Jaarlijkse screening lijkt aanbevolen. • Psychologische en/ of psychiatrische hulpverlening dient onderdeel te zijn van de behandeling van diabetes.

4.4 Overwegingen

Het diabetescentrum wil zich in eerste instantie richten op de herkenning van depressie en niet op het meten van welbevinden in het algemeen. Daarnaast is consultatie, op breder psychologisch en psychiatrisch gebied, een duidelijke wens vanuit het diabetescentrum.

Verwijzing naar een psychiater of psycholoog kan voor patiënten een drempel zijn. Diagnostiek en behandeling op het diabetescentrum kan deze drempel verlagen.

Aanbevelingen

Structurele screening van depressie dient gekoppeld te worden aan diagnostiek en behandeling. Dit moet een vast onderdeel zijn van de behandeling van diabetes. Hiervoor kan in eerste instantie jaarlijks een screeningsinstrument gebruikt worden. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke frequentie noodzakelijk is en of de gehele populatie blijvend onderzocht dient te worden.

Om de drempel voor patiënten te verlagen, wordt aangeraden de diagnostiek (en mogelijk de behandeling) ten aanzien van depressie, te laten plaatsvinden op het diabetescentrum. Daarbij is terugkoppeling naar het diabetesteam van belang. Daarnaast dient er ruimte te worden vrijgehouden voor consultatie.

In de toekomst kan overwogen worden, de zorg uit te breiden, naar het structureel meten van het welbevinden.

Literatuur

- Gilbody, S., House, A. & Sheldon, T. (2005). Screening and case finding instruments for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- NDF Zorgstandaard (2007). *Transparantie en kwaliteit van zorg*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- Schram, M.T., Baan, C.A. & Pouwer, F. (2009). Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Current Diabetes Reviews*, vol. 5, nr. 2, pp. 1-8.

5 Implementatie van de richtlijn en voorstellen voor verder wetenschappelijk onderzoek

5.1 Praktijktoetsing

De conceptringlijn wordt ter beoordeling voorgelegd aan verschillende experts op het gebied van diabetes en depressie en aan potentiële gebruikers. Aan de hand van de reacties wordt de richtlijn aangepast, waarna deze klaar is voor implementatie.

5.2 Adviezen ten aanzien van implementatie

Deze richtlijn is geschreven voor het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Daar zal implementatie dan ook moeten plaatsvinden. Hier worden geen exacte stappen gegeven, hoe deze richtlijn te implementeren. Daarvoor is de werkgroep diabetes en depressie verantwoordelijk. Wel worden de volgende adviezen gegeven:

- Per locatie aandacht voor de bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie.
- Opstellen van een implementatieplan.
- Toepassing in de praktijk door vertaling van de richtlijn in lokale protocollen, werkinstructies of procesbeschrijvingen (zie figuur 16).
- Toetsing in de praktijk: pilot op locatie Amstelveen, waarna bijstelling van de richtlijnen
- Na herziening implementeren op de andere locaties.
- Evaluatie (bijvoorbeeld jaarlijks) van de richtlijn door de gebruikers.

5.3 Voorstel voor wetenschappelijk onderzoek

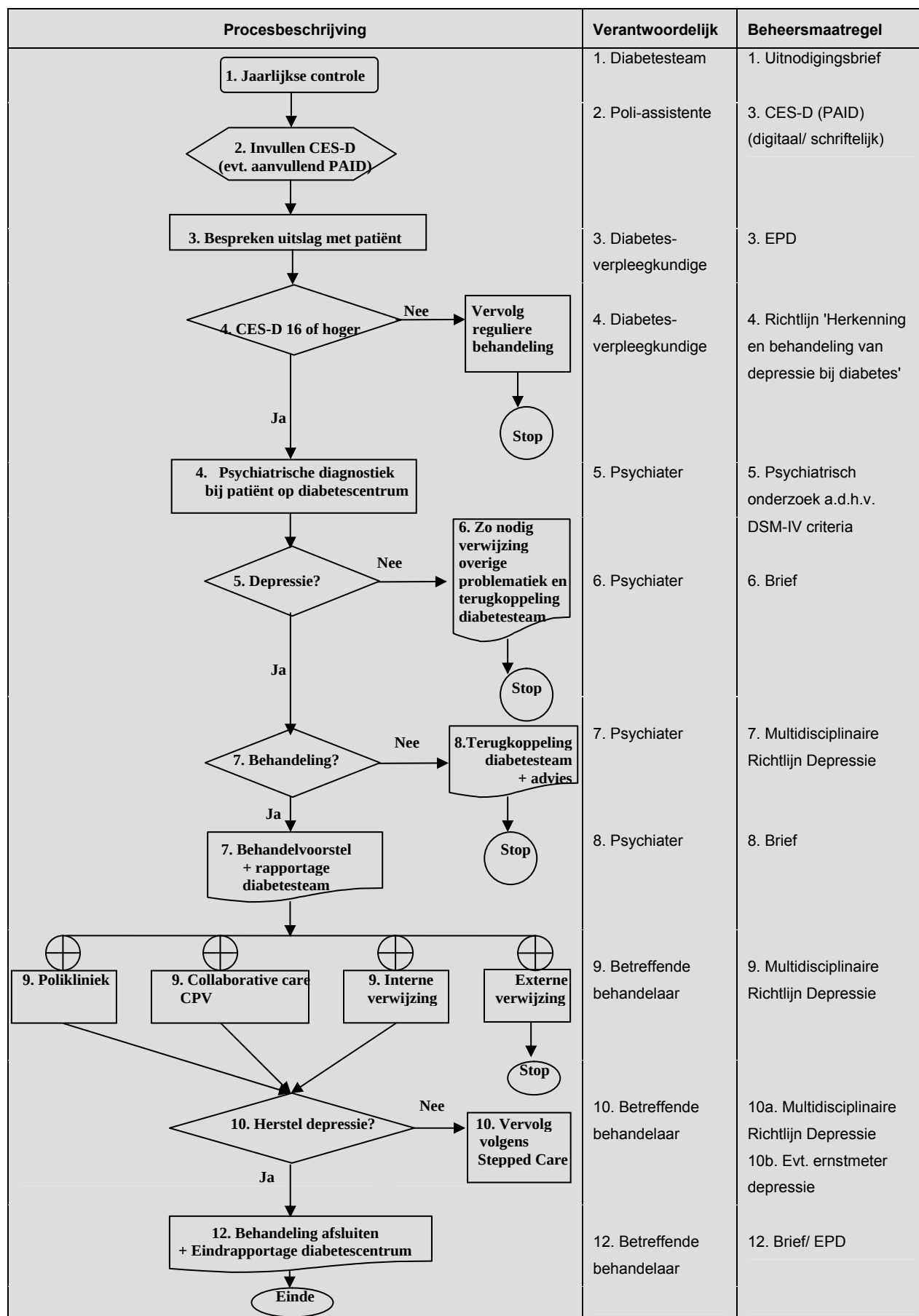
De werkgroep adviseert aanvullend onderzoek naar de volgende onderwerpen:

- Het effect van jaarlijkse screening gekoppeld aan diagnostiek en behandeling op:
 - o De mate van herkenning
 - o Aantal behandelingen depressie
- De ideale frequentie van screening en de noodzaak de gehele populatie te screenen.
- Het voorkomen van diabetes distress bij depressie.

- Het risico op depressie, bij patiënten die verhoogd scoren op de CES-D, maar bij diagnostiek geen depressie hebben.
 - Het effect van de behandeling van depressie op het HbA1c.
-

Zoals in hoofdstuk vijf van de richtlijn werd beschreven, dient de richtlijn vertaald te worden naar de praktijk. De opzet van de beste praktijk in fase 1, is een voorbeeld van een praktische uitwerking (zie figuur 14). Dit wordt in figuur zestien verder vormgegeven door middel van een procesbeschrijving.

Procesbeschrijving



Figuur 16 Procesbeschrijving 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'

Fase 3 - Evaluatie conceptringhtlijn

Inleiding

In deze fase is de conceptringhtlijn geëvalueerd. De conceptringhtlijn is beoordeeld aan de hand van het Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) instrument. Daarnaast heeft praktijktoetsing plaatsgevonden. Potentiële gebruikers en interne -en externe experts zijn gevraagd de conceptringhtlijn te beoordelen. Dit is vergelijkbaar met de commentaarronde van de EBRO-methode (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007). Aan de hand van de uitkomst van de evaluatie wordt de conceptringhtlijn aangescherpt. Dit valt buiten het ontwerpproject en zal daarom als aanbeveling meegenomen worden.

AGREE

'Het AGREE instrument is een algemeen hulpmiddel voor richtlijnmakers en -gebruikers om de methodologische kwaliteit van klinische richtlijnen te beoordelen' (The AGREE Collaboration, 2001). Voor de beoordeling van de conceptringhtlijn is een Agree instrument invulformulier ingevuld, welke is toegevoegd in bijlage negen.

Op de volgende items scoort de conceptringhtlijn onvoldoende:

- § Doel van de richtlijn: Er wordt geen specifieke doelstelling gegeven, zoals '80% van de depressies op het diabetescentrum wordt herkend en behandeld'.
- § Perspectief en voorkeuren van de patiënten zijn nagegaan: Een enkele keer wordt er ingegaan op het patiëntenperspectief. Er zijn echter geen patiënten betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn.
- § Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen: De gevolgen van de aanbevelingen zijn te beperkt beschreven.
- § De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld: De beperktheid van de richtlijn wordt duidelijk aangegeven. Vooral in de behandeling kunnen echter meerdere opties beschreven worden.
- § De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen: De kosteneffectiviteit van collaborative care wordt besproken. Verder wordt er niet ingegaan op de kosten.
- § De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd: Er worden geen indicatoren beschreven.

Aan het eind van het hoofdstuk wordt bij de conclusie beschreven hoe er wordt omgegaan met deze deficiënties.

Praktijktoetsing

Voor de praktijktoetsing zijn verschillende potentiële gebruikers en deskundigen benaderd (zie figuur 17), met als vraag de conceptrichtlijn te beoordelen op inhoud, leesbaarheid en toepasbaarheid.

Potentiële gebruikers
- Internist - Twee diabetesverpleegkundigen
Interne deskundigen
- Psychiater - Consultatief psychiatrisch verpleegkundige
Externe deskundigen
- Hoofd afdeling diagnostiek en behandeling van het Trimbos-Instituut - Ziekenhuispsychiater en voorzitter van de European Association for Consultation-Liasion Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) - Twee vooraanstaande onderzoekers op het gebied van diabetes en depressie.

Figuur 17 Potentiële gebruikers en deskundigen benaderd voor praktijktoetsing

Door tijdsgebrek konden de externe deskundigen geen tijdige reactie geven. Een junioronderzoeker van het Trimbos-Instituut zal haar reactie geven. Daarnaast is op advies, de conceptrichtlijn voorgelegd aan de Afdeling Consultatieve -en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Voor de eerstvolgende bestuurvergadering is dit geagendeerd.

De potentiële gebruikers en interne deskundigen hebben positieve reacties gegeven op de conceptrichtlijn. Zij vinden deze helder en toepasbaar in de praktijk. Over de inhoud bestaat weinig discussie. Behalve tekstuele opmerkingen werden de volgende punten genoemd:

- De rol van de internist ontbreekt in de procesbeschrijving (zie figuur 16).
- Ontbreken van de uitleg stepped care.
- Bij onderzoek naar collaborative care in de Verenigde Staten wordt verwezen naar Nederlands onderzoek. Advies om te verwijzen naar de originele Amerikaanse studies.
- Er wordt vaak gesproken van depressie. Hierbij is het niet duidelijk of het gaat om depressieve klachten of een depressieve stoornis.
- Er wordt gesteld dat psychologische -en of psychiatrische hulpverlening onderdeel dient te zijn van de behandeling van diabetes. De vraag wordt gesteld of het niet om medebehandeling gaat en of dit wel bij iedere patiënte moet.

Conclusie

De conceptringlijn voldoet in grote lijnen aan de criteria van de AGREE. Daarnaast zijn de potentiële gebruikers en interne deskundigen positief over de inhoud, leesbaarheid en toepasbaarheid. De reacties van de externe deskundigen volgen nog.

Aan de hand van de evaluatie tot zover, dient de conceptringlijn op de volgende punten aangescherpt te worden:

- Tekstueel: aan de hand van de reacties uit praktijktoetsing
- Expliciete doelstelling invoegen
- Expliciter de gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's beschrijven van aanbevelingen
- Meerdere beleidsopties beschrijven bij de aanbevelingen
- Kostenimplicaties van de aanbevelingen toevoegen
- Indicatoren ter evaluatie beschrijven
- Rol van internist in procesbeschrijving toevoegen
- Toelichting 'stepped care'
- Verwijzing naar originele Amerikaanse studies bij verantwoording collaborative care
- Duidelijk onderscheid tussen depressieve klachten en depressieve stoornis
- Herzien van de conclusie 'Psychologische en/ of psychiatrische hulpverlening dient onderdeel te zijn van de behandeling van diabetes'.

Fase 4 - Opleveren van kennis en competentie

Inleiding

In deze laatste fase vindt oplevering plaats van kennis en competentie. Dit gebeurt door middel van een fictieve subsidieaanvraag en de te volgen stappen in de toekomst. Dit ontwerpproject wordt afgesloten met een discussie.

ZonMw

In bijlage twee is een fictieve subsidieaanvraag bij ZonMw toegevoegd. ZonMw stimuleert en financiert onderzoek, ontwikkeling en implementatie binnen de gezondheidszorg ter verbetering van de preventie, zorg en gezondheid (ZonMw, 2009). De aanvraag is gericht op de implementatie van de richtlijn. Voor een uitwerking van de implementatie wordt dan ook verwezen naar de fictieve subsidieaanvraag.

Toekomst

De laatste stappen van de EBRO-methode (aanscherpen, autorisatie, publicatie en disseminatie en implementatie van de richtlijn) vallen buiten het project (zie figuur 6). Deze dienen nog verder uitgewerkt te worden en zijn opgenomen in de volgende aanbevelingen:

- Vervolg ontwikkeling richtlijn
 - § Aanscherpen conceptrichtlijn
 - § Vaststellen richtlijn en autorisatie
- Publicatie en disseminatie
 - § Artikel schrijven naar aanleiding van het praktijkgericht onderzoek 'Ontregelde stemming' en de richtlijn.
- Implementatie richtlijn
 - § Toetsing in de praktijk door middel van een pilot op het diabetescentrum locatie Amstelveen
 - § Herzien richtlijn
 - § Implementatie overige diabetescentra
- Vervolgonderzoek
 - § Effect van de richtlijn (jaarlijkse screening gekoppeld aan diagnostiek en behandeling) op:
 - o De mate van herkenning
 - o Aantal behandelingen depressie
 - § De ideale frequentie van screening en de noodzaak de gehele populatie te screenen.

- § Het voorkomen van diabetes distress bij depressie.
- § Het risico op een depressieve stoornis na een half jaar tot een jaar, bij patiënten die verhoogd scoren op de CES-D, maar bij diagnostiek geen depressieve stoornis hebben.
- § Het effect van de behandeling van depressie op het HbA1c.

Discussie

Het eindresultaat van dit ontwerpproject is een evidence-based conceptrichtlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'. Het biedt een gedegen onderbouwing voor de samenwerking op het gebied van depressie, tussen het diabetescentrum en de vakgroep psychiatrie, binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis. De conceptrichtlijn omvat echter niet alle facetten van de herkenning en behandeling van depressie. Daarnaast is het een instellingsgebonden richtlijn en geen landelijke richtlijn. De conceptrichtlijn voldoet echter wel aan de methodologische opzet volgens de EBRO-methode.

Er wordt geen specifieke aandacht besteed aan allochtone patiënten. Dit is een nadeel, aangezien dit een grote groep vormt op het diabetescentrum. De praktijk zal moeten uitwijzen of deze richtlijn ook van toepassing is op patiënten van buitenlandse afkomst.

De conceptrichtlijn is enkel gericht op de herkenning van depressie bij diabetes. De behandeling van de diabetes behoort echter meer te omvatten dan de herkenning van depressie alleen. Psychologische factoren en de herkenning van overige psychiatrische problematiek dienen eveneens aandacht te hebben. De hoop is dat deze richtlijn een aanzet is tot bredere aandacht voor psychologische -en psychiatrische problematiek op de diabetescentra van het Albert Schweitzer ziekenhuis.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman P.J. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, vol. 6, nr. 2, pp. 1069-1078.
- Bastelaar, K.M.P. (2008). Depressiebehandeling bij diabetes via internet: www.diabetergestemd.nl. *Diabetesspecialist*, nr. 27, pp. 24-26.
- Berselaar, V. van den (1997). *Wetenschapfilosofie in veelvoud*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Boon, V. (2007). Onderzoek: Prevalentie depressie bij hemodialysepatiënten. *Dialyse en Nefrologie Magazine*, nr. 4, pp. 18-21.
- Boshoven, H.E.M.V., Lemstra, A. & Polet, J. (2009). *Ontregelde stemming: Een praktijkgericht onderzoek naar de herkenning van depressie bij patiënten met diabetes*. Hogeschool Utrecht. Not published.
- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderma, R.S. & Sonderen, E. van (1995). *Het meten van symptomen van een depressie met de CES-D. Een handleiding*. Rijksuniversiteit Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Concept 4.0 Ziekenhuisbeleidsplan 2008-2011 (2008). *"Mensen maken het verschil"*. Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht.
- Dassen, W.N. en Keuning, F.M. (2007). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Baarn: Hbuitgevers.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der (2008). *Mondiaal initiatief voor mensen met depressie en diabetes*. Trimbos nieuwsflitsen. Geraadpleegd op 23 september 2008 via www.trimbos.nl, zie onder Nieuwsbrieven: 2008 > nummer 8, 17 juli 2008.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Nuyen, J., Verdurmen, J., Pot, A, et al. (2007). *Zorg voor heel de mens. Psychiatrische en somatische comorbiditeit. Programmeringstudie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gilbody, S., House, A. & Sheldon, T. (2005). Screening and case finding instruments for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Hermanns, N., Kulzer, B, Krichbaum, M., Kubiak, T. & Haak, T. (2006). How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia*, vol. 49, nr. 3, pp. 669-77.

- Horn, E.K., Benthem, T.B. van, Hakkart-van Roijen, L., Marwijk, H.W.J. van, Beekman, A.T.F., Rutten, F.F. & Feltz-Cornelis, C.M. van der (2007). Cost-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting, a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, vol. 7, nr.28, pp. 1-14.
- Huyser, J., Schene, A.H., Sabbe, B & Spinhoven PH. (Red.) (2008). *Handboek Depressieve stoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Katon, W.J., Russo, J.E., Von Korff, M., Lin, E.H.B., Ludman, E. & Ciechanowski, P.S. (2008) Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care*, vol. 31, nr. 6, pp. 1155-1159.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). *Evidence-based Richtlijnontwikkeling: handleiding voor werkgroepleden*. Geraadpleegd op 24 februari 2009 via www.cbo.nl, zie onder Aanbod > Richtlijnontwikkeling > ERBO-handleiding.
- Lamers, F., Jonkers, C.C.M., Bosma, H., Penninx, B.W.J.H., Kottnerus, J.A. & Eijk, Th.M. van (2008). Summed score of the Patient Health Questionnaire-9 was a reliable and valid method for depression screening in chronically ill elderly patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 61, nr. 7, pp. 679-687.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Leentjens, A.F.G., Boenink, A.D., Croonenberg, J.J. van, Everdingen, J.J.E. van, Feltz-Cornelis, C.M. van der, Laan, N.C. van der, Marwijk, H. van, Os, T.W.D.P. van, Sno, H.N. & Strack van Schijndel, R.J.M. (2008). *Richtlijn consultatieve psychiatrie*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.
- Leentjens, A.F.G., Bannink, M., Boenink, A.D. & Huyse, F.J. (2004). *Consultatieve psychiatrie in de praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Loveren, A. van & Aartman, I.H.A. (2007) De PICO-vraag. *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde*, nr. 114, pp. 172-178.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, C., Witte, S. & Hezog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of affective disorders*, vol. 78, nr. 2, pp. 131-140.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Gavard, J.A. & Clouse, R.E. (1992). Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, vol. 15, nr. 11, pp. 1631-1639.
- McHale, M., Hendrikz, J., Dann, F. & Kenardy, J. (2008). Screening for Depression in Patients With Diabetes Mellitus. *Psychosomatic Medicine*, vol. 70, nr. 8, pp. 869-874.

- Meeteren-Schram, M.T. van & Baan, C.A. (2007). *Diabetes en Depressie, een zorgelijk samenspel*. Bilthoven: RIVM.
- Musselman, D.L., Betan, E., Larsen, H. & Phillips, L.S. (2003). Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment. *Society of Biological Psychiatry*, vol. 54, pp. 317-329.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). *Depression in chronic health problems scope*. Geraadpleegd op 3 maart 2009 via www.nice.org.uk/guidelinesmanual.
- Narrow, W.E., Rae D.S., Robins, L.N. & Regier, D.A. (2002). Revised Prevalence Estimates of Mental Disorders in the United States. Using a Clinical Significance Criterion to Reconcile 2 Surveys' Estimates. *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, nr. 2, pp. 115-123.
- NDF Zorgstandaard (2007). *Transparantie en kwaliteit van zorg*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- Polet, J. (2008). *Ontwerpproject Masteropleidingen*. Utrecht: Hogeschool Utrecht. Centrum voor Verpleegkundige Studies.
- Pouwer, F. (2001). *Monitoring of psychological well-being in outpatients with diabetes mellitus*. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Medical Centre Amsterdam.
- Rubin, R.R., Chiechanowski, P., Egede, L.E., Lin, E.H.B. & Lustman, P.J. (2004). Recognizing and Treating Depression in Patients with Diabetes. *Current Diabetes Reports*, vol. 4, nr. 2, pp. 119-125.
- Schoemaker, C., Poos, M.J.J.C. & Spijker, J. (2005). *Hoe vaak komt depressie voor? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op 15 september 2008 via www.nationaalkompas.nl, zie onder Gezondheid en ziekte > Ziekten en aandoeningen > Psychische stoornissen > Depressie.
- Schram, M.T., Baan, C.A. & Pouwer, F. (2009). Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Current Diabetes Reviews*, vol. 5, nr. 2, pp. 1-8.
- Stahl, D., Sum, C.F., Lum, S.S., Liow, P.H., Chan, Y.H., Yerma, S., Chua, H.C & Chong, S.A. (2008) Screening for Depressive Symptoms. Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in a Multiethnic Group of Patients With Diabetes in Singapore. *Diabetes Care*, vol. 31, nr. 6, pp. 1118-1119.
- The AGREE Collaboration (2001). *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument*. www.agreecollaboration.org.

- Wit, M. de, Pouwer, F., Gemke, R.J.B.J., Delemarre-Van De Waal, H.A. & Snoek, F. (2006).
Validation of the WHO-5 Well-Being Index in Adolescents With Type 1 Diabetes.
Diabetes Care, vol. 30, nr. 8, pp. 2003-2006.
- ZonMW (2009). *Over ZonMw*. Geraadpleegd op 31 mei 2009 via www.zonmw.nl, zie onder
Organisatie > Over ZonMw.

Dankwoord

Een jaar lang heb ik met veel plezier gewerkt aan dit ontwerpproject. Dit was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van een groot aantal mensen. Van familie, vrienden tot collega's ben ik iedereen dankbaar voor de getoonde interesse en medeleven. Daarbij wil ik de volgende mensen in het bijzonder bedanken...

Adriaan Lemstra. Beste Adriaan, bedankt voor je ontnuchterende en deskundige begeleiding. Dankzij jou liep ik niet té hard van stapel en hield ik overzicht tijdens het lange proces. Ik hoop nog vaak samen onderzoek te kunnen doen.

Joke Polet. Beste Joke, bedankt voor de tweede kans. We hebben dit met beide handen aangepakt!

Dick Hengst. Beste Dick, tegenwoordig kan je de presentietheorie theoretisch perfect uitleggen. Uitvoeren was al nooit een probleem! Bedankt.

Marijke Luteijn. Beste Marijke, bedankt voor de vele 'diagnostiekuren' en het kritisch meedenken.

Alle patiënten van het diabetescentrum locatie Amstelveen, die hebben meegewerkt aan het praktijkgericht onderzoek 'Ontregelde stemming'.

Iedereen van het diabetescentrum locatie Amstelveen en alle leden van de diabetescommissie, bedankt voor de prettige samenwerking! Hopelijk is dit pas het begin. Daarbij gaat een speciale dank uit naar Bas van Ouwkerk, Jos Kamperman en Tietia Berghuis en natuurlijk alle assistenten voor het verspreiden van de vragenlijsten.

Tijdens mijn veldonderzoek heb ik de eer gehad vele deskundige en inspirerende mensen te ontmoeten. Voor mij was dit echt een hoogtepunt van het ontwerpproject. Daarom Caroline Lubach, Frans Pouwer, Frank Snoek, Kirsten van Steenberg en Paul Strubbe, hartelijk dank voor jullie gastvrijheid!

Hein Beijer. Ik dank u voor het 'grafiek –en tabelplezier'.

Désirée Verheijen. Beste Désirée, we hebben veel gedeeld in het afgelopen jaar. Dit maakte het absoluut een stuk leuker! Bedankt.

Walter en Daniëlle Boshoven. Pa en ma, bedankt voor al het redigeerwerk en de steun die jullie in het afgelopen jaar gegeven hebben (altijd eigenlijk).

Patty Haveman. Lieve Patty. Het was niet altijd makkelijk, maar tijdens de moeilijke momenten van mijn project was je er! Bedankt voor je steun en een prachtige poster en voorpagina. Nu lekker samen genieten...

Rik

Bijlage 1 – Risicofactoren depressie uit RIVM rapport ‘Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel’ (2007)

Tabel 4.6. Overzicht van bekende algemene en diabetesgerelateerde risicofactoren voor depressie

Risicofactoren voor depressie	Onderzoeken die deze relaties bevestigen bij mensen met diabetes
<i>Algemene karakteristieken</i>	
Geslacht: vrouwen hebben meer kans op depressie dan mannen	Fisher (2001) ⁹⁰ Egede (2003) ⁹¹ Katon (2004) ⁹² Bell (2005) ⁹³ Kogan (2007) ⁹⁴
Leeftijd: gemengde bevindingen, vermoedelijk beïnvloed door onderdiagnose van depressie op hogere leeftijd	Egede (2003) ⁹¹ Katon (2004) ⁹²
Etniciteit: etnische minderheden hebben meer kans op depressie	
<i>Individuele karakteristieken</i>	
Burgerlijke staat: alleenstaanden hebben meer kans op depressie dan getrouwen	Fisher (2001) ⁹⁰ Katon (2004) ⁹²
Gezondheid: een slechtere gezondheid geeft een hogere kans op depressie	Roy (2001) ²⁰ Egede (2003) ⁹¹
Roken: rokers hebben meer kans op depressie dan niet-rokers	
<i>Omgevingsfactoren</i>	
Opleidingsniveau: lager opleidingsniveau geeft een hogere kans op depressie dan hoger opleidingsniveau	Katon (2004) ⁹² Bell (2005) ⁹³
Sociaal economische klasse: lagere klasse geeft meer kans op depressie dan hogere klasse	Roy (2001) ²⁰ Fisher (2001) ⁹⁰
Werkstatus: werklozen hebben meer kans op depressie dan werkenden	Roy (2001) ²⁰
Inkomen: een lager inkomen geeft meer kans op depressie dan een hoger inkomen	Roy (2001) ²⁰ Egede (2003) ⁹¹
Sociale steun: gebrek aan sociale steun geeft een hogere kans op depressie	Kogan (2007) ⁹⁴
Buurt: slechtere buurt geeft meer kans op depressie	Kogan (2007) ⁹⁴
<i>Ingrijpende gebeurtenissen</i>	
Traumatische gebeurtenissen	
Verlies van een levenspartner	
<i>Diabetes karakteristieken</i>	
Aantal complicaties: meer complicaties geeft meer kans op depressie	Roy (2001) ²⁰ Fisher (2001) ⁹⁰ Katon (2004) ⁹² Vileikyte (2005) ⁹⁵ Fisher (2001) ⁹⁰
Aantal comorbiditeiten: meer comorbiditeiten geeft meer kans op depressie	Bisschop (2004) ⁹⁶ Bell (2005) ⁹³ Katon (2004) ⁹²
Type behandeling: behandeling met insuline (ten opzichte van dieet en orale medicatie) geeft een hogere kans op depressie	
Glycemische instelling: slechte glycemische instelling geeft meer kans op depressie	Katon (2004) ⁹² Kogan (2005) ⁹⁴

Bijlage 2 – Subsidieaanvraag



Project

Titel: 'Ontregelde' stemming.

Implementatie van de richtlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes'.

Programma: Diabetes
Subsidieronde: 2009
Projecttype: Implementatie
Duur van het project: 10 maanden
Geplande startdatum: september 2009

Samenvatting (maximaal 1000 karakters)

Praktijkgericht onderzoek naar de herkenning van depressie op het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis, heeft de noodzaak van structurele screening aangetoond. Hierop is de richtlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes' opgesteld.

Het doel van dit project is de herkenning en behandeling van depressie bij diabetes te verbeteren. Daarvoor vindt er toetsing van de richtlijn in de praktijk plaats en implementatie op de diabetescentra van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Het project bestaat uit twee delen. Deel een is de toetsing in de praktijk door middel van een pilot op het diabetescentrum, locatie Amstelveen. Het tweede deel bestaat uit de implementatie op de overige twee diabetescentra. In beide gevallen wordt gebruikgemaakt van de PDSA-cyclus. Verder zal er effectonderzoek gedaan worden naar de implementatie van de richtlijn en doet de projectgroep advies voor vervolgonderzoek.

Projectgroep

Aanvrager en bestuurlijk verantwoordelijke

Titulatuur	Drs.
Voorletters	A.
Voorvoegsels	
Achternaam	Lemstra
Achtersvoegsels	
Geslacht	M
Telefoon	078-6542634
E-mail	a.lemstra@asz.nl
Organisatie	Albert Schweitzer ziekenhuis
Afdeling	Psychiatrie
Post(bus)adres/ nr	Postbus 444
Postcode/ Plaats	3300 AK Dordrecht

Projectleider en penvoerder

Titulatuur	MANP
Voorletters	H.E.M.V.
Voorvoegsels	
Achternaam	Boshoven
Achtersvoegsels	
Geslacht	M
Telefoon	078-6542852
E-mail	r.boshoven@asz.nl
Organisatie	Albert Schweitzer ziekenhuis
Afdeling	Psychiatrie
Post(bus)adres/ nr	Postbus 444
Postcode/ Plaats	3300 AK Dordrecht

Overige leden projectgroep

Naam	Dhr. Dr. B.M. van Ouwerkerk
Functie/ afdeling	Internist, Diabetescentrum
Functie in project	Deskundige

Naam	Mw. J.M. Kamperman
Functie/ Afdeling	Diabetesverpleegkundige, Diabetescentrum
Functie in project	Secretaris

Naam	Mw. T.H. Berghuis
Functie/ Afdeling	Diëtiste, Diabetescentrum
Functie in project	Uitvoerende

Naam	Mw. drs. M. Luteijn
Functie/ Afdeling	Psychiater, Psychiatrie
Functie in project	Deskundige/ uitvoerende

Naam	Dhr. H. Hengst
Functie/ Afdeling	Verpleegkundig specialist, Psychiatrie
Functie in project	Deskundige/ Uitvoerende

Naam	Dhr. B. van Dam
Functie/ Afdeling	Operationeel manager, Psychiatrie
Functie in project	Penningmeester

Doelstelling/ taakstelling (maximaal 2000 karakters)

Op de diabetescentra van het Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht bestaat er geen structurele aandacht voor depressie bij patiënten met diabetes. Een praktijkgericht onderzoek op het diabetescentrum locatie Amstelveen, toonde aan dat de signalen van een depressie niet worden herkend als een depressieve stoornis en niet leiden tot verwijzing (Boshoven et al., 2009). Hierop is de evidence-based conceptrichtlijn 'herkenning van depressie bij diabetes' ontwikkeld. Dit project richt zich op de toetsing van deze richtlijn in de praktijk en de uiteindelijke implementatie.

Aan de hand van toetsing in de praktijk dient de richtlijn herzien te worden. Daarna zal de richtlijn geïmplementeerd worden op de verschillende diabetescentra van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Er zijn drie diabetescentra: Amstelveen (2000 patiënten), Zwijndrecht (1000 patiënten) en Sliedrecht (400

patiënten). De implementatie van de richtlijn 'herkenning van depressie bij diabetes' moet leiden tot structurele aandacht voor depressie. Daardoor zullen de internisten en diabetesverpleegkundigen beter in staat zijn een depressieve stoornis te herkennen. Dit moet leiden tot adequate verwijzing en behandeling van de patiënt. De huidige herkenning is minder dan vijftig procent (Boshoven et al., 2009; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). De verwachting is dat deze herkenning zal stijgen tot tachtig procent. Daarnaast zal het aantal verwijzingen naar de psychiatrie en/of psychologie evenredig stijgen.

Doelstelling

"Juli 2010 is de richtlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes' geïmplementeerd, waarna tachtig procent van de depressieve stoornissen op het diabetescentrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis herkend en behandeld wordt."

Taakstelling

Bij een implementatieproject leidt de doelstelling tot de taakstelling. Voor dit project gelden de volgende taakstellingen:

- *De conceptrichtlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes' is februari 2010 herzien na toetsing in de praktijk.*
- *De richtlijn 'herkenning en behandeling van depressie bij diabetes' is juli 2010 geïmplementeerd op de verschillende diabetescentra van het Albert Schweitzer ziekenhuis.*
- *Opzetten van effect -en vervolgonderzoek n.a.v. de implementatie van de richtlijn.*

Plan van aanpak (maximaal 7000 karakters)

Het project bestaat uit twee onderdelen, namelijk de autorisatie en implementatie van de richtlijn. Voor beide onderdelen wordt gebruik gemaakt van de PDSA-cyclus. Door middel van dit praktische model worden telkens opnieuw de volgende vier stappen doorlopen:

- 1) Plan: In deze fase wordt aan de hand van een innovatiediagnose, een disseminatie -en implementatieplan opgesteld. Het is belangrijk de doelgroep vroeg bij dit proces te betrekken. De plan-fase wordt afgesloten met een concreet actieplan.
- 2) Do: Het actieplan wordt op kleine schaal uitgevoerd. Door 'triability' kan de projectgroep de werkbaarheid van het actieplan in de praktijk testen.
- 3) Study/ Check: Deze fase dient als evaluatie. De wenselijke situatie wordt vergeleken met de praktijk.
- 4) Act: In deze laatste fase wordt het actieplan zonodig aangepast aan de praktijk. De veranderingen worden doorgevoerd in de praktijk (tailoring). Vervolgens begint de cyclus opnieuw, maar dan op grotere schaal.

Het onderscheid tussen de toetsing in de praktijk en implementatie is tevens een vorm van de PDSA-cyclus. In eerste instantie wordt door middel van een pilot, de richtlijn getoetst in de praktijk. Aan de hand daarvan vindt evaluatie en herziening plaats, waarna op grotere schaal geïmplementeerd wordt.

Doelgroep

De richtlijn wordt geïmplementeerd op de diabetescentra van het Albert Schweitzer ziekenhuis. De verandering is gericht op de volgende groepen:

- Diabetesverpleegkundigen
- Internisten
- Poliassistenten
- Patiënten
- Betrokkenen psychiatrie

Naast deze groepen is het van belang de andere disciplines op de diabetescentra op de hoogte te stellen. Daarnaast is bekendheid binnen het ziekenhuis gewenst. De doelgroep bestaat uit verschillende disciplines en opleidingsniveaus. Hier moet vooral de scholing op aangepast worden. De populatie van de diabetescentra bestaat voor een deel uit allochtone patiënten. Organisatorische aanpassingen dienen plaats te vinden.

Uit onderzoek blijkt de kans op verandering het grootst te zijn, indien de doelgroep op verschillende manieren wordt benaderd (Grol & Wensink, 2001). Tijdens de implementatiefase zullen de hulpverleners van het diabetescentrum worden benaderd met een gecombineerde strategie. De middelen en activiteiten die ingezet worden, hangen voor een groot gedeelte af van de diagnostische analyse.

Deel 1: Toetsing in de praktijk

Toetsing in de praktijk van de richtlijn is een van de stappen van de Evidence-Based Richtlijnontwikkeling (EBRO-methode) van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). Hiervoor zal een pilot plaatsvinden op het diabetescentrum, locatie Amstelveen.

1) Plan-fase

Allereerst zal er een uitgebreide innovatiediagnose plaatsvinden. Hier wordt een kort overzicht gegeven van de belemmerende en bevorderende factoren (Grol & Wensink, 2001).

Belemmerende factoren

§ Individuele hulpverleners diabetescentrum:

- De kennis op het gebied van psychiatrische stoornissen is beperkt.
- De interesse voor psychiatrische comorbiditeit is individueel verschillend.
- Er kan een drempel bestaan bij hulpverleners om naar psychische problemen te informeren.
- De overtuiging dat psychische problemen niet tot het eigen probleemgebied horen.

§ Sociale context:

- Er bestaat voor een groep patiënten een drempel om over psychische problemen te spreken.
- Moeilijkere communicatie met deel allochtone patiënten.

§ Economische, administratieve en organisatorische factoren:

- Binnen de gezondheidszorg bestaat er een sterke splitsing tussen specialismen.
- Aanwezigheid van een psychiater op het diabetescentrum is niet gebruikelijk.
- Er bestaat geen gezamenlijke DBC.

Bevorderende factoren diabetescentrum

§ Individuele hulpverleners:

- Het belang van signalering van depressie wordt erkend.
- Er bestaat een wens tot samenwerking met de psychiatrie.

§ Sociale context:

- Er bestaat momenteel veel aandacht voor comorbiditeit in het algemeen. Daarnaast is depressie binnen de diabeteszorg op het moment een aandachtspunt.

§ Economische, administratieve en organisatorische factoren:

- Er bestaat al een jaarcontrole, wat jaarlijkse screening van depressie mogelijk maakt.

Het disseminatie -en implementatieplan dient aangepast te worden aan de hand van de uitgebreide innovatiediagnose.

Disseminatieplan

- Verspreiding van richtlijn en samenvattingskaarten onder hulpverleners van het diabetescentrum en psychiatrie.
- Informatiebrief naar de patiënten van het diabetescentrum.

Implementatieplan

- Scholing van het diabetesteam t.a.v. depressieve stoornis.
- Vaardigheidstraining voor het diabetesteam t.a.v. herkenning depressie en toepassen gebruikte instrumenten, waarbij tevens aandacht voor attitude.
- Procesbeschrijving vanuit de richtlijn aanpassen aan de praktijk van het diabetescentrum.
- Ontwikkeling protocollen en werkinstructies aan de hand van de richtlijn.
- Ontwikkeling computergestuurd screeningsinstrument gekoppeld aan vervolgdagnostiek .
- Geplastificeerde samenvattingskaarten van richtlijn.
- Waarborgen financiering in de toekomst door overleg met zorgkantoor.

2) Do-fase

Uitvoer van het implementatieplan op het diabetescentrum, locatie Amstelveen.

3) Study-fase

Evaluatie van de pilot en de richtlijn in samenwerking met de gebruikers, ontwikkelaars en patiënten. Leidt de richtlijn tot herkenning en behandeling van depressie? Hiervan vindt feedback plaats naar de gebruikers.

4) Act-fase

Aan de hand van de evaluatie wordt de richtlijn aangepast en zonodig de implementatie op het diabetescentrum, locatie Amstelwijck.

Deel 2: Implementatie

De implementatie wordt nu uitgebreid naar de overige diabetescentra. Dit gebeurt volgens dezelfde stappen als bij deel 1. De ervaringen van de toetsing in de praktijk wordt hierin meegenomen. Echter voor elk diabetescentrum wordt een specifieke innovatiediagnose gesteld, waar het implementatieplan op aangepast wordt.

De disseminatie van de richtlijn zal in deze fase breder zijn:

- Verspreiding binnen ziekenhuis:
 - o Intranet
 - o Borging richtlijn in QDC
- Verspreiding extern:
 - o Artikel n.a.v. richtlijn in psychiatrisch -en diabetesgerelateerde tijdschrift
 - o Verspreiding onder verschillende beroepsgroepen en patiëntenverenigingen (o.a. Diabetes Fonds Nederland, Nederlandse beroepsvereniging van diabetesverpleegkundigen (EADV), Afdeling Consultatieve -en Ziekenhuispsychiatrie).

Tijdspad

Deel 1 - toetsing in de praktijk (pilot diabetescentrum, locatie Amstelwijck)

April - augustus 2009:

§ Plan-fase

September t/m december 2009:

§ Do-fase:

Januari 2010

§ Study-fase

Februari 2010

§ Act-fase

Deel 2 - Implementatie

§ April t/m juli 2010

De projectgroep wil aansluitend op de implementatie effectonderzoek doen van de richtlijn en adviseert vervolgonderzoek.

Effectonderzoek:

- Effect van de richtlijn (jaarlijkse screening gekoppeld aan diagnostiek en behandeling) op:
 - o De mate van herkenning
 - o Aantal behandelingen depressie

Vervolgonderzoek naar:

- De ideale frequentie van screening en de noodzaak de gehele populatie te screenen.
- Het voorkomen van diabetes distress bij depressie.
- Het risico op depressie, bij patiënten die verhoogd scoren op de CES-D, maar bij diagnostiek geen depressie hebben.
- Het effect van de behandeling van depressie op het HbA1c.

Tabblad Haalbaarheid (maximaal 1000 karakters)

In het kader van de opleiding Master in Advanced Nursing Practice heeft er een praktijkgericht onderzoek plaatsgevonden naar de herkenning van depressie op het diabetescentrum (Boshoven et al., 2009). Dit heeft geleid tot erkenning van de noodzaak van structurele aandacht voor depressie bij patiënten met diabetes. Hieruit is een samenwerking ontstaan tussen het diabetescentrum en de vakgroep psychiatrie. Deze gezamenlijke erkenning biedt een belangrijke kans op het slagen van dit project.

De belemmering is dat dit project enkel gericht is op de herkenning van depressie, waar psychosociale problematiek in bredere zin misschien meer van toepassing is, bij de behandeling van patiënten met diabetes. Aan de andere kant biedt het de mogelijkheid om vanuit dit project, uit te breiden naar deze bredere hulpverlening. Door klein te beginnen is de slagingskans weer groter.

Tabblad Relevantie (maximaal 2000 karakters)

De prevalentie van depressie bij patiënten met diabetes is twee keer zo hoog in vergelijking met de algehele bevolking (Lustman et al., 1992; Musselman et al., 2003; Rubin et al., 2004).

Afhankelijk van de ernst en de duur van een depressie wordt het algehele functioneren negatief beïnvloed. Bij patiënten met diabetes en een depressieve stoornis, is de kwaliteit van leven slechter en zijn de gezondheidskosten hoger, dan bij mensen met diabetes zonder een depressieve stoornis (Huyser et al., 2008; Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Daarnaast kan dit leiden tot een verminderde glycemische controle, zelfzorg en therapietrouw. Het samen voorkomen van een depressieve stoornis en diabetes verhoogt het risico op (diabetesgerelateerde) complicaties zoals; hart -en vaat ziekten, microvasculaire complicaties en mortaliteit (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007).

In het RIVM rapport 'Diabetes en Depressie, een zorgelijk samenspel' wordt geconcludeerd dat slechts twintig tot vijftig procent van de depressies bij mensen met diabetes, herkend wordt door de huisarts en/of diabetesverpleegkundige. Hiervan krijgt veertig procent een adequate behandeling (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Het praktijkgericht onderzoek op het diabetescentrum geeft een bevestiging van deze bevindingen (Boshoven et al., 2009).

Er bestaat nog geen specifieke richtlijn ten aanzien van de herkenning en behandeling van depressie en diabetes. In de richtlijn 'Consultatieve psychiatrie' wordt geadviseerd screeningsactiviteiten op te zetten voor patiëntenpopulaties met een verhoogd risico op psychiatrische comorbiditeit (Leentjens et al, 2008). In het Albert Schweitzer ziekenhuis is dit project de eerste uitvoering van deze screeningsactiviteit.

Tabblad Begroting

Gevraagde ZonMw bijdrage	€ 5.000
Bijdrage cofinanciers: Diabetes Fonds Nederland (nog in aanvraag)	€ 2.000
Eigen bijdrage (van organisaties genoemd bij Projectgroep en Samenwerking)	€ 3.650

Totaal benodigd € 10.650

Toelichting op begroting

Actie	Aantal personen	Aantal uren	Kosten
Bijeenkomsten projectgroep	7 personen ¹	20 uur	€ 4.200
Projectleider	1 persoon ¹	40 uur	€ 1200
Vergader -en administratiekosten			€ 200
Verspreiding richtlijn, protocollen, werkvoorschriften etc.			€ 500
Scholing/ vaardigheidstraining	15 personen ¹	5 uur	€ 2.250
Ontwikkeling gecomputeriseerd screeningsinstrument			€ 2.000
Overige kosten			€ 300
Totaal			€ 10.650

¹ à 30 euro per uur

Referenties

Boshoven, H.E.M.V., Lemstra, A. & Polet, J. (2009). *Ontregelde stemming: Een praktijkgericht onderzoek naar de herkenning van depressie bij patiënten met diabetes*. Hogeschool Utrecht. Not published.

- Grol, R. & Wensink, M. (2001). Implementatie: *Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Huyser, J., Schene, A.H., Sabbe, B & Spinhoven PH. (Red.) (2008). *Handboek Depressieve stoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). *Evidence-based Richtlijnontwikkeling: handleiding voor werkgroepleden*. Geraadpleegd op 24 februari 2009 via www.cbo.nl, zie onder Aanbod > Richtlijnontwikkeling > ERBO-handleiding.
- Leentjens, A.F.G., Boenink, A.D., Croonenberg, J.J. van, Everdingen, J.J.E. van, Feltz-Cornelis, C.M. van der, Laan, N.C. van der, Marwijk, H. van, Os, T.W.D.P. van, Sno, H.N. & Strack van Schijndel, R.J.M. (2008). *Richtlijn consultatieve psychiatrie*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Gavard, J.A. & Clouse, R.E. (1992). Depression in Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, vol. 15, nr. 11, pp. 1631-1639.
- Meeteren-Schram, M.T. van & Baan, C.A. (2007). *Diabetes en Depressie, een zorgelijk samenspel*. Bilthoven: RIVM.
- Musselman, D.L., Betan, E., Larsen, H. & Phillips, L.S. (2003). Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment. *Society of Biological Psychiatry*, vol. 54, pp. 317-329.
- Rubin, R.R., Chiechanowski, P., Egede, L.E., Lin, E.H.B. & Lustman, P.J. (2004). Recognizing and Treating Depression in Patients with Diabetes. *Current Diabetes Reports*, vol. 4, nr. 2, pp. 119-125.

Ondertekening *

Naar waarheid ingevuld op
Naam :
Bestuurlijk verantwoordelijke

Naar waarheid ingevuld op
Naam :
Inhoudelijk verantwoordelijke

* Aanvragen dienen te zijn ondertekend door:

De inhoudelijk eindverantwoordelijke en de persoon of personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de organisatie te vertegenwoordigen. Indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen dient een afschrift te worden meegezonden van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.

Bijlage 3 – Vragenlijst onderzoek ‘Ontregelde stemming’



Dordrecht, 06-10-2008

Geachte heer/ mevrouw,

Deze brief bevat informatie over het onderzoek waarvoor wij uw medewerking vragen.

Inleiding

De consultatieve psychiatrische dienst van het Albert Schweitzer ziekenhuis doet in samenwerking met het diabetesteam locatie Amstelveen, onderzoek naar het samen voorkomen van diabetes mellitus en depressie. Onderzoek laat namelijk zien dat depressie tweemaal zo vaak voorkomt bij mensen met diabetes, in vergelijking met de algemene bevolking. Wij zijn benieuwd hoe deze verhouding is op de polikliniek interne geneeskunde, locatie Amstelveen. Daarnaast zijn we benieuwd bij hoeveel patiënten de depressie herkend wordt door het diabetesteam. Door middel van het onderzoek ‘Ontregelde stemming’ zoeken we naar antwoorden op deze vragen, om zo de kwaliteit van zorg voor mensen met diabetes, te verhogen. Het tijdig herkennen en behandelen van een depressie zal eveneens de behandeling van diabetes ten goede komen.

Hoe ziet het onderzoek eruit?

U hebt zojuist een bezoek gebracht aan de internist of diabetesverpleegkundige in verband met diabetes en daarom vragen wij u deel te nemen aan dit onderzoek. Het onderzoek bestaat uit het invullen van een vragenlijst, wat ongeveer 10 minuten zal duren. Door middel van deze vragenlijst worden de depressieve symptomen onderzocht. Is de score verhoogd dan wil dat nog niet zeggen dat er ook sprake is van een depressie. Dit verschil kan door een psychiater, samen met u, vastgesteld worden. Daarom worden de mensen met een verhoogde score uitgenodigd voor een eenmalig gesprek.

Als laatste wordt er onderzoek gedaan in het dossier, om te kijken of het diabetesteam de depressieve stoornis herkend heeft.

Hoe gaat het in zijn werking?

Uw deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Om een goed beeld te krijgen is het echter wel van belang dat zoveel mogelijk patiënten deelnemen. We hopen dan ook van harte op uw medewerking.

Indien u besluit deel te nemen, verzoeken wij u de vragenlijst alléén in te vullen.

Aanwezigheid van anderen kan de uitslag van de vragenlijst namelijk beïnvloeden. De gegevens van de vragenlijst zullen enkel voor dit onderzoek gebruikt worden, waarbij uw persoonlijke gegevens anoniem verwerkt worden. Het eventuele gesprek met de psychiater zal binnen twee weken plaatsvinden. Hiervoor wordt u telefonisch uitgenodigd. Het gaat om eenmalig gesprek, enkel voor het onderzoek, waarbij geen vermelding in uw dossier komt te staan. Blijkt er sprake te zijn van een depressie, dan zullen de verschillende behandelmogelijkheden met u besproken worden. Eventuele behandeling is geheel vrijwillig en valt buiten dit onderzoek.

Tenslotte

Als u wilt deelnemen aan het onderzoek, wilt u dan het toestemmingsformulier ondertekenen en met de ingevulde vragenlijst aan de secretaresse geven. Hebt u nog vragen over dit onderzoek, dan kunt u via de secretaresse contact opnemen met de heer Boshoven of mailen naar r.boshoven@asz.nl.

Wij zijn u dankbaar voor uw tijd en hopen op uw deelname.

Met vriendelijke groeten,

Interne geneeskunde

E.N.W. Janssens
Internist

B.M. van Ouwerkerk
Internist

R.M. Kiewiet-Kemper
Internist

Psychiatrie

H.E.M.V. Boshoven
Nurse Practitioner psychiatrie i.o.

A. Lemstra
Psychiater



Verklaring tot toestemming voor deelname aan het onderzoek:

“Ontregelde stemming”

Onderzoek naar het samen vóórkomen van diabetes mellitus en depressie.

Patiëntensticker

Respondent-
nummer:

Ik, ondergetekende, heb een exemplaar van de patiënteninformatie ontvangen. Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen en begrepen en geef toestemming voor de deelname aan het onderzoek.

Datum:

Handtekening:

Deel 1 – Algemene gegevens

Voordat u de zelfbeoordelinglijst t.a.v. depressieve symptomen invult, verzoeken we u eerst onderstaande gegevens in te vullen:

1) Geslacht:	☐ Man ☐ Vrouw
2) Leeftijd:	
3) Land van herkomst:	
4) Burgerlijke staat:	☐ Gehuwd ☐ Samenwonend ☐ Alleenstaand ☐ Gescheiden ☐ Weduwe ☐ Anders
5) Hoogst behaalde opleiding:	
6) Complicaties a.g.v. diabetes:	☐ Diabetesvoet ☐ Vaatlijden: ☐ Herseninfarct ☐ Hartinfarct ☐ Nierlijden ☐ Netvliesafwijking ☐ Geen
7) Type diabetes	☐ Type 1 ☐ Type 2
8) Diagnose diabetes sinds:	☐ Korter dan 1 jaar ☐ Tussen de 1 en 5 jaar ☐ Langer dan 5 jaar

9) Type behandeling diabetes:	☐ Tabletten, sinds: ☐ Korter dan 1 jaar ☐ Tussen de 1 en 5 jaar ☐ Langer dan 5 jaar ☐ Insuline, sinds: ☐ Korter dan 1 jaar ☐ Tussen de 1 en 5 jaar ☐ Langer dan 5 jaar
10) Overige medicatie:	
11) Depressie in de voorgeschiedenis:	☐ Ja ☐ Nee
12) Overige psychiatrische aandoeningen:	

Deel 2 – Zelfbeoordelinglijst depressieve symptomen

Op de volgende twee pagina's vindt u de vragenlijst t.a.v. depressieve symptomen. U wordt gevraagd de lijst in te vullen aan de hand van afgelopen week. Klopt de vraag voor u, voor 1 dag in de afgelopen week, dan omcirkelt u het getal onder 'zelden of nooit'; bij 1-2 dagen omcirkelt u het getal onder 'soms of weinig'; bij 3-4 dagen omcirkelt u het getal onder 'regelmatig' en 5-7 dagen omcirkelt u het getal onder 'meestal of altijd'.

Voorbeeld: Indien u zich twee dagen gedeprimeerd voelde in de afgelopen week, dan omcirkelt u bij vraag 7 het getal 1 onder 'Soms of weinig'.

CES-D¹

Omcirkel achter elke uitspraak het cijfer dat het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
Tijdens de afgelopen week :				
1 Stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen.	0	1	2	3
2 Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht.	0	1	2	3
3 Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.	0	1	2	3
4 Voelde ik me even veel waard als ieder ander.	0	1	2	3
5 Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden.	0	1	2	3
6 Voelde ik me gedeprimeerd.	0	1	2	3
7 Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.	0	1	2	3
8 Had ik goede hoop voor de toekomst.	0	1	2	3
9 Vond ik mijn leven een mislukking.	0	1	2	3
10 Voelde ik me bang.	0	1	2	3
11 Sliep ik onrustig.	0	1	2	3

¹ © Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken,
Rijksuniversiteit Groningen.

	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
Tijdens de afgelopen week:				
12 Was ik gelukkig.	0	1	2	3
13 Praatte ik minder dan gewoonlijk.	0	1	2	3
14 Voelde ik me eenzaam.	0	1	2	3
15 Waren de mensen onaardig.	0	1	2	3
16 Had ik plezier in het leven.	0	1	2	3
17 Had ik huilbuien.	0	1	2	3
18 Was ik treurig.	0	1	2	3
19 Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.	0	1	2	3
20 Kon ik maar niet op gang komen.	0	1	2	3

**Dit is het einde van de vragenlijst. Wilt u deze inleveren bij de secretaresse.
Hartelijk dank voor uw medewerking!**

Bijlage 4 – Zoekresultaten literatuuronderzoek fase 1

PICO-vraag 1

Zoekresultaten ten aanzien van de signalering van depressie bij patiënten met diabetes.

Cochrane reviews

Zoekactie	Zoektermen	Resultaat	Beperking	Resultaat	Bruikbare artikelen
#1	Depression	1059	Zoektermen in abstract	230	*
#2	Diabetes	787	zoektermen in abstract	145	*
#3	Screening	2399	Zoektermen in abstract	280	*
#4	#1 AND # 3	462	Zoektermen in abstract	19	1
#5	#2 AND #4	72	Zoektermen in abstract	1	0
#6	Rating scale	2813	Zoektermen in abstract	188	*
#7	#4 AND #6	369	Zoektermen in abstract	1	1**
#8	#2 AND #7	58	Zoektermen in abstract	0	0
#9	Outpatients	800	-	800	*
#10	#8 AND #9	12	-	12	0

* Te veel om te controleren

** Zelfde artikel als bij zoekactie #4

PubMed

Zoekactie	Zoektermen	Resultaat	Beperking	Resultaat	Bruikbare artikelen
#1	Depression	90.070	Engels/ Nederlands	82.148	*
#2	Diabetes	150.547	Engels/ Nederlands	134.306	*
#3	Screening	1.505.243	Engels/ Nederlands	1.308.445	*
#4	#1 AND # 3	32.203	Engels/ Nederlands Zoektermen in abstract	28.933	*
#5	#2 AND #4	840	Engels/ Nederlands Zoektermen in abstract	115	8
#6	Rating scale	19.965	Engels/ Nederlands Zoektermen in abstract	14070	*
#7	#4 AND #6	3.686	Engels/ Nederlands Zoektermen in abstract	226	*
#8	#2 AND #7	42	Engels/ Nederlands Zoektermen in abstract	39	2
#9	Outpatients	14585	Engels/ Nederlands	12894	*
#10	#9 AND #5	27	Engels/ Nederlands Zoektermen in abstract	25	**

* Te veel om te controleren

** Zelfde artikel als bij zoekactie #5

PICO-vraag 2

Zoekresultaten ten aanzien van de behandeling van depressie bij diabetes na 2007. Dit is aanvullend op de Multidisciplinaire Richtlijn Depressieve (2005), literatuuroverzicht voor het onderzoek van het Trimbos-instituut naar Collaborative care (2007) en het rapport '*Diabetes en Depressie, een zorgelijk samenspel*' van het RIVM (2007)

Cochrane reviews

Zoekactie	Zoektermen	Resultaat	Beperking	Resultaat	Bruikbare artikelen
#1	Treatment depression AND Diabetes	3	-	3	0

PubMed

Zoekactie	Zoektermen	Resultaat	Beperking	Resultaat	Bruikbare artikelen
#1	Treatment depression AND Diabetes	408	Engels/ Nederlands Zoektermen in Abstract	162	3

Bijlage 5 – Topiclist interviews/ werkbezoek fase 1

In fase 1 worden de mogelijke interventies geïnventariseerd. Dit vindt onder andere plaats door middel van het interviewen van experts en werkbezoeken. De interviews zijn semi-gestructureerd, waarbij gebruik wordt gemaakt van een topiclist. Er wordt één algemene topiclist opgesteld, welke voor ieder interview of werkbezoek aangepast kan worden. De vraagstellingen van fase 1 vormen het uitgangspunt bij het opstellen van deze topiclist.

Interviewschema

- Persoonsgegevens:
Naam:
Functie:
Instelling:
- Overige informatie:
Datum:
Plaats:

Introductie: *Aanleiding van dit interview/ werkbezoek. Toelichting van ontwerpproject in het kader van de opleiding Master in Advanced Nursing Practice. Bespreken van het praktijkgericht onderzoek naar de herkenning van depressie op het diabetescentrum.*

Topiclist

- Relatie van interviewer met onderwerp diabetes en depressie
- Praktijkgericht onderzoek 'Ontregelde stemming'
 - o Relevantie
 - o Herkenning van uitkomsten
- Relatie diabetes en depressie
 - o Visie op samenhang diabetes en depressie
 - o Risicofactoren
 - o Gevolgen
- Signalering depressie
 - o Structurele signalering
 - o Keuze signaleringsinstrumenten
 - o Frequentie signalering
 - o Taakverdeling
 - o Signalering bij allochtone patiënten

- Vormen van behandeling
 - o Specifieke behandelingen depressie bij diabetes
 - o Overige problematiek: aanpassingsproblematiek, angstklachten
 - o Allochtone patiënten
- Integratie signalering en behandeling
 - o Samenwerking met diabetespoli
- (Vervolg)onderzoek
- Best Practices in Nederland

Bijlage 6 – PHQ-9

PHQ-9

De onderstaande vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in de rondjes onder het juiste antwoord. Wilt u alle vragen beantwoorden? En mocht u twijfelen, denk er niet te lang over na, het eerste antwoord dat in u opkomt is meestal het juiste. Bij voorbaat dank!

Hoe vaak heeft u in de afgelopen 2 weken last gehad van één van de volgende problemen?

	helemaal niet	enkele dagen	meer dan de helft van de dagen	bijna elke dag
a. Weinig zin of plezier om iets te doen	☐	☐	☐	☐
b. Somberheid, neerslachtig, 't niet zien zitten	☐	☐	☐	☐
c. Moeite met inslapen of doorslapen of teveel slapen	☐	☐	☐	☐
d. Vermoeidheid, weinig energie	☐	☐	☐	☐
e. Weinig trek in eten of teveel eten	☐	☐	☐	☐
f. Bent u ontevreden over uzelf of heeft u het gevoel dat u een mislukking bent of dat u tekort voor uzelf of uw naasten?	☐	☐	☐	☐
g. Heeft u moeite om u te concentreren op iets, bijv. bij het lezen van de krant of bij het televisie kijken?	☐	☐	☐	☐
h. Beweegt of spreekt u zo traag dat het anderen zou kunnen opvallen? En hoe is het met het tegenovergestelde? Voelt u zich zo gespannen dat u veel rustelozer bent dan gewoonlijk?	☐	☐	☐	☐
i. Heeft u wel eens gedacht dat u beter dood kon zijn of hebt u eraan gedacht uzelf te verwonden?	☐	☐	☐	☐

Indien u een van deze problemen op deze vragenlijst hebt aangekruist: hoe moeilijk was het voor u om door deze problemen uw werk te doen, voor uw zaken thuis te zorgen, of om te gaan met andere mensen?

- ☐ helemaal niet moeilijk
- ☐ enigszins moeilijk
- ☐ erg moeilijk
- ☐ extreem moeilijk

Bijlage 7 – PAID

PAID Vragenlijst				
INSTRUCTIE: Geef bij elk van de volgende onderwerpen aan in hoeverre dit voor u op dit moment een probleem vormt. Omcirkel daartoe het antwoord dat <u>uw ervaring</u> het beste weergeeft. Sla a.u.b. geen vragen over.				
1. Geen concrete en heldere doelen hebben voor uw diabetesbehandeling?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
2. U ontmoedigd voelen over uw behandeling?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
3. U angstig voelen als u denkt aan uw diabetes?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
4. Onaangename sociale situaties rond uw diabetes (bv. dat anderen u vertellen wat u moet eten)?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
5. Het gevoel dat u uzelf voedsel en maaltijden moet ontfeggen?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
6. U somber voelen bij de gedachte aan uw diabetes ?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
7. Niet weten of uw stemming samenhangt met de hoogte van uw bloedglucose?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
8. Het gevoel dat diabetes uw leven beheerst?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
9. U zorgen maken over lage bloedglucosen (hypo's)?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
10. U boos voelen bij de gedachte aan uw diabetes?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
11. Steeds zorgen hebben over voeding en eten?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
12. U zorgen maken over de toekomst en de kans op ernstige complicaties?				
Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem

13. U schuldig of ongerust voelen wanneer uw diabetes ontregeld raakt?

Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
---------------	--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------

14. Uw diabetes niet “accepteren” ?

Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
---------------	--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------

15. Een ontevreden gevoel hebben over het contact met uw behandelend arts?

Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
---------------	--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------

16. Het gevoel dat uw diabetes dagelijks lichamelijk en geestelijk teveel energie vraagt?

Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
---------------	--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------

17. U alleen voelen met uw diabetes?

Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
---------------	--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------

18. Het gevoel dat u uw vrienden en familie u niet steunen bij uw diabetes zelfzorg?

Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
---------------	--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------

19. Kunnen omgaan met complicaties van de diabetes?

Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
---------------	--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------

20. U “opgebrand” voelen door de voortdurende inspanning die nodig is om uw diabetes te reguleren ?

Geen probleem	Een klein probleem	Enigszins een probleem	Een behoorlijk probleem	Een groot probleem
---------------	--------------------	------------------------	-------------------------	--------------------

Heeft u alle vragen beantwoord?

WHO (vijf) Welzijnsindex (1999 versie)

U wordt verzocht voor ieder van de vijf uitdrukkingen aan te geven welke het best weergeeft hoe U zich heeft gevoeld tijdens de laatste twee weken. Hogere scores betekenen zich beter voelen.

Voorbeeld: Als U zich “gedurende de laatste twee weken en voor meer dan de helft van de tijd in een “vrolijke en opperbeste stemming” heeft gevoeld, dan moet U ter hoogte van de eerste regel het vak met nummer 3 in de rechter bovenhoek aankruisen.

Gedurende de laatste twee weken	Constant	Meestal	Meer dan de helft van de tijd	Minder dan de helft van de tijd	Soms	Helemaal niet
1. Ik voelde me vrolijk en in een opperbeste stemming	5	4	3	2	1	0
2. Ik voelde me rustig en ontspannen	5	4	3	2	1	0
3. Ik voelde me actief en doelbewust	5	4	3	2	1	0
4. Ik voelde me fris en uitgerust wanneer ik wakker werd	5	4	3	2	1	0
5. Mijn dagelijkse leven was gevuld met dingen die me interesseren	5	4	3	2	1	0

Instructies voor het berekenen van uw score.

Om de uitslag te berekenen, moet men de nummers in de rechter bovenhoek van de hokjes die door U aangekruist zijn optellen en de som met 4 vermenigvuldigen.

U zult een uitslag bekomen die tussen de 0 en de 100 ligt. Een hogere uitslag betekent zich beter voelen.

Bijlage 9 – Evaluatie conceptrichtlijn aan de hand van het AGREE instrument (AGREE Collaboration, 2001)

AGREE INSTRUMENT INVULFORMULIER

ONDERWERP EN DOEL

1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens

BETROKKENHEID VAN BELANGHEBBENDEN

4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens

METHODOLOGIE

8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	Ze er E ens	4	3	2	1	Ze er O neens

AGREE INSTRUMENT INVULFORMULIER

HELDERHEID EN PRESENTATIE

- | | | | | | | | |
|--|-----------|---|---|---|---|---|-------------|
| 15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center; background-color: #007bff; color: white;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center; background-color: #dc3545; color: white;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; background-color: #007bff; color: white;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center; background-color: #007bff; color: white;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

TOEPASSING

- | | | | | | | | |
|---|-----------|---|---|---|---|---|-------------|
| 19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center; background-color: #007bff; color: white;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center; background-color: #dc3545; color: white;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center; background-color: #dc3545; color: white;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

ONAFHANKELIJKHEID VAN DE OPSTELLERS

- | | | | | | | | |
|--|-----------|---|---|---|---|---|-------------|
| 22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; background-color: #007bff; color: white;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center; background-color: #007bff; color: white;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

ALGEMEEN OORDEEL

Zou u deze richtlijn aanbevelen voor gebruik in de praktijk?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| Sterk aan te bevelen | ☐ |
| Aan te bevelen (onder voorwaarden of met veranderingen) | ☒ |
| Niet aan te bevelen | ☐ |
| Onzeker | ☐ |

Disordered mood

A practical-orientated research on the recognition of depression in people with diabetes

H.E.M.V. Boshoven, A. Lemstra, M. Luteijn, B.M. van Ouwerkerk, J. Polet

Introduction

- Diabetes doubles chances of getting a depression.
- A depression can have a negative influence on the treatment of diabetes:
 - lower glycemic control
 - lower self-care
 - lower adherence
 - higher risk of diabetes-related complications
- Only 20-50% of depression in diabetes is recognised by the medical specialist or diabetes nurse.



Conclusion

Signals of a depression are being partially recognised in people with diabetes. However it is not recognised as a depressive disorder and it does not lead to reference for mental treatment.

Proposal:

- Structural screening among the population of the diabetes centre.
- Integration of screening, diagnostics and treatment of depression.

Aim

The aim of this study is to get an insight in the urge of structural attention for depression at the diabetes centre of the Albert Schweitzer ziekenhuis.

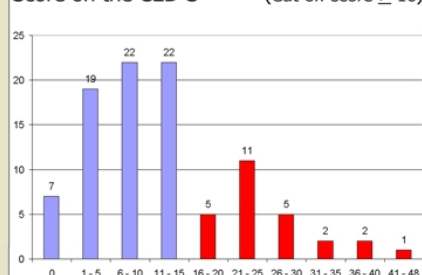
Results

- 128 patients were approached to get 100 respondents (Response of 78%).
- 26 out of 96 respondents (27%) showed depressive symptoms (CES-D ≥ 16) A note has been made in the file of 14 respondents (61%).
- 7 respondents (8%) suffered from a major depression. A note has been made in the file of all these respondents.
- None of the respondents have been referred from the diabetes centre for their depressive symptoms.
- Before the diagnostic interview 9 out of 23 respondents (39%) were being treated for depressive symptoms. After this, 16 respondents (70%) were referred or treated for their depressive symptoms.

Methods

Patients at the diabetes centre filled in a self-screening test for depressive symptoms (CES-D). Respondents with a score of 16 or higher, have been seen by a psychiatrist for a diagnostic interview, with the use of the DSM-IV criteria. Respondents were also asked if symptoms of depression have been a topic during their visits at the diabetes centre. After this a file-research has been done on the recognition of depression.

Score on the CES-D (Cut-off score ≥ 16)



Recognition of depression at the diabetes centre

