

Samenvatting NDF Richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes

Deze richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is gewenst dat u als zorgverlener deze richtlijn kent. Wanneer u besluit van de richtlijn af te wijken, dient dit beargumenteerd te gebeuren. Raadpleeg de meest recente versie van de richtlijn via de button 'Richtlijnen diabeteszorg en –preventie' op www.zorgstandaarddiabetes.nl

Depressie

Er worden verschillende niveaus van ernst van depressie onderscheiden. Er kan sprake zijn van milde of ernstige depressie. Kernsymptomen van een depressie zijn:

- een aanhoudende sombere stemming.
- verlies van interesse of plezier.

Andere symptomen, die meestal in combinatie met de kernsymptomen voorkomen, zijn:

- slaapproblemen (veel of juist weinig).
- rusteloos zijn of juist te rustig.
- gedachten aan de dood of zelfdoding.
- verandering van eetlust of gewicht.
- verlies van energie.
- gevoelens van waardeloosheid.

Een volwaardige diagnose depressie wordt gesteld als één of beide van de kernsymptomen aanwezig zijn, aangevuld met de overige kenmerkende symptomen. Deze symptomen dienen tenminste twee weken aan te houden, bijna elke dag en gedurende het grootste gedeelte van de dag. Een minderheid van de mensen met diabetes heeft een volwaardige (ernstige) depressie, in de meeste gevallen gaat het om depressieve klachten. In beide gevallen is extra aandacht voor het psychisch welzijn gerechtvaardigd en dienen behandelmogelijkheden te worden overwogen.

Tijdig signaleren

Depressieve klachten komen relatief vaak voor bij mensen met diabetes maar worden door zorgverleners onvoldoende herkend en mede daardoor onvoldoende behandeld. Er is geen overtuigende evidentie dat screening op depressie op zichzelf helpt de gezondheidsuitkomsten te verbeteren. Daarvoor is het nodig dat verbeterde signalering gekoppeld wordt aan adequate zorg en behandeling voor wie dat nodig heeft. Het tijdig signaleren en (indien nodig en/of door de patiënt gewenst) behandelen van depressieve klachten draagt wel bij aan het voorkomen van verergering van depressieve klachten en daarmee de nadelige gevolgen op het dagelijks functioneren en de diabetesuitkomsten.

Doelstelling richtlijn

Bij alle volwassenen met diabetes op structurele wijze signaleren of er sprake is van depressieve klachten en bevorderen dat indien nodig en gewenst passende (zelf)hulp wordt aangeboden.

Doelgroep

De richtlijn is in eerste instantie bedoeld voor de professionals direct betrokken bij de diabeteszorg, in de 1e en 2e lijn. Tot deze professionals behoren primair: huisartsen, internisten, diabetes verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners GGZ. Ook voor apothekers, diëtisten, fysiotherapeuten, psychologen en psychiaters werkzaam binnen somatische instellingen (ziekenhuis, revalidatie, ouderenzorg en 1e lijn) is de richtlijn relevant.

Inhoud richtlijn

De richtlijn beschrijft het traject van signalering van depressieve klachten tot en met advisering en verwijzing naar professionele hulpverlening. De richtlijn geeft aan welke instrumenten het meest geschikt zijn voor het signaleren van depressieve klachten bij mensen met diabetes. De richtlijn biedt ook handvatten om stemmingsproblemen en een eventuele verwijzing te bespreken. De richtlijn geeft verder aanbevelingen voor:

- meetmomenten.
- verwijzingsmogelijkheden.
- organisatorische randvoorwaarden.

Signaleringsinstrument

Voor het signaleren van depressieve klachten in de context van diabeteszorg, waar veruit het merendeel van de patiënten geen depressieve klachten heeft, wordt aanbevolen:

1. Jaarlijks monitoren van welbevinden

Voor het in kaart brengen van de stemming (welbevinden) wordt aanbevolen jaarlijks gebruik te maken van de World Health Organization Five Well Being Index (WHO-5 vragenlijst). Deze biedt de mogelijkheid het niveau van (on)welbevinden te objectiveren en te monitoren, en een verhoogd risico op depressie vast te stellen.

2. In geval er vermoeden bestaat van depressieve klachten (case finding) wordt aanbevolen gebruik te maken van:

- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) vragenlijst of
- Center for Epidemiological Studies- Depressie (CES-D) vragenlijst

Beide vragenlijsten zijn valide, echter de PHQ-9 heeft de voorkeur vanwege de klinische bruikbaarheid. De uitkomst van de vragenlijst is geen diagnose, maar kan een verdenking opleveren van depressieve klachten.

De keuze voor de strategie hangt samen met voorkeuren van de instelling, visie op zorg en setting waarin deze wordt toegepast. Voor beide strategieën geldt dat het aan te bevelen is deze te combineren met een meting naar de mate van diabetes-gerelateerde distress (ervaren ziekte last) door middel van de gevalideerde Problem Areas In Diabetes (PAID) vragenlijst.

De uitslag van de vragenlijst(en) in combinatie met het 'verhaal' van de patiënt en zijn/haar psychosociale zorgbehoefte bepalen het vervolgtraject.

Meetmomenten

Het verdient aanbeveling het signaleren van depressieve klachten te starten bij het opstellen van het behandelplan met de patiënt en vervolgens terug te laten komen tijdens de jaarlijkse controles.

In het reguliere contact met de patiënt (en diens naasten) dient de diabeteszorgverlener altijd alert te zijn op signalen van spanningsklachten en depressieve klachten.

Extra alertheid is geboden bij:

- patiënten met een geschiedenis van (herhaalde) depressieve episoden en behandeling.
- patiënten die momenteel onder behandeling zijn voor depressie.
- recent gediagnosticeerde diabetespatiënten.
- patiënten met een langdurig slecht gereguleerde diabetes en/of manifeste complicaties.
- type 2 diabetespatiënten die overstappen naar insulinetherapie.
- patiënten die te maken hebben (gehad) met ingrijpende (levens) gebeurtenissen.

Ad hoc signalering door diabetesprofessionals kan plaatsvinden op geleide van aanwijzingen voor depressieve klachten. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de twee kernvragen van de PHQ-9 (weinig zin of plezier hebben om iets te doen, somber terneergeslagen of hopeloos voelen) en dient bij bevestiging nadere diagnostiek worden ingezet. In het geval van ad hoc signalering buiten het diabetes kernteam is het noodzakelijk de uitslag tijdig te communiceren met de hoofdbehandelaar.

Afname en bespreken vragenlijst

Geadviseerd wordt de patiënt voorafgaand aan de (jaar)controle de signaleringsvragenlijst in te laten vullen. Bij voorkeur wordt de vragenlijst ingevuld in een rustige ruimte met voldoende privacy. Dit kan op papier of via de computer, in alle gevallen comfortabel leesbaar voor de patiënt. De uitkomst (score; wel/geen risico) en de vervolgacties dienen te worden opgenomen in het patiëntendossier.

De diabetesverpleegkundige, praktijkondersteuner (GGZ) en/of de behandelend arts zijn binnen de diabeteszorg de aangewezen personen om de signaleringsvragenlijst met de patiënt te bespreken en indien nodig en gewenst de patiënt te verwijzen. Bij de meerderheid van de patiënten zal geen sprake zijn van depressieve klachten. Dit neemt niet weg dat een gesprek over (veranderingen in) het emotioneel welzijn op zijn plaats kan zijn. Het op respectvolle wijze bevragen van patiënten over hun welbevinden wordt gewaardeerd en geeft erkenning aan de dagelijkse last van het omgaan met diabetes.

Toegeleiding naar behandelaanbod

Geen aanwijzingen voor depressieve klachten:

Bij een score die geen aanwijzingen geeft voor depressieve klachten wordt de uitslag positief geformuleerd en teruggekoppeld aan de patiënt. De patiënt wordt altijd ruimte geboden vragen of zorgen naar voren te brengen.

Aanwijzingen voor milde of ernstige depressieve klachten:

Bij aanwijzingen voor milde tot matige depressieve klachten kan afwachtend beleid, psycho-educatie of (online) zelfhulp worden overwogen. De uitkomst en beleid wordt besproken met de patiënt.

Bij een score die duidt op een grote waarschijnlijkheid van ernstige depressieve klachten zal er in overleg met de patiënt een verwijzing plaatsvinden naar een BIG geregistreerd (eerstelijns) psycholoog of psychiater met kennis van diabetes. In overleg met de patiënt kan gekozen worden voor psychologische behandeling, psychotherapie of farmacotherapie.

Baseer de keuze voor de behandeling op het 'stepped' care principe (stapsgewijze behandeling). De patiënt krijgt zo de zorg die past bij de diagnose en de ernst van de klachten en het minst beslag legt op beschikbare middelen.

Bij ernstige depressieve klachten kunnen ter aanvulling ook laagdrempelige vormen van (zelf)hulp worden aangereikt.

Houd bij de keuze van interventies altijd rekening met de preferentie van de patiënt.

Benodigde competenties

De ervaring leert dat niet alle diabetesprofessionals voldoende competent zijn in het meten en bespreken van psychische klachten. Het is aan te bevelen dat zo nodig de betrokken zorgverleners een training of nascholing volgen gericht op het leren herkennen van depressieve klachten, op het omgaan met de signaleringsvragenlijsten, meer specifiek op effectieve communicatie/counselingsvaardigheden en op inzicht in de juiste verwijzingsmogelijkheden afhankelijk van de door de patiënt aangegeven problematiek.

Randvoorwaarden

- Het diabetesteam heeft integrale visie op medische en psychosociale diabeteszorg.
- Er is voldoende tijd en menskracht voor het opzetten van het signalerings/monitoringstraject, het realiseren van deskundigheidsbevordering en onderlinge afstemmingen binnen en buiten het diabetesteam.
- Verantwoordelijkheden en rollen zijn helder omschreven.
- Er is voldoende psychologische en psychiatrische zorg toegankelijk indien verwijzing hiernaar voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling geïndiceerd is.
- Er zijn afspraken vastgelegd over de communicatie en verslaglegging in het (elektronisch) patiëntendossier.
- De werkwijze, onderlinge afstemming en evaluatie is vastgelegd binnen een zorgtraject.
- Vanuit het streven naar kwalitatief hoogstaande maar wel toekomstbestendige, duurzame zorg wordt geadviseerd om de effecten van de implementatie op de praktijkvoering goed te volgen en te documenteren.

Verantwoording

Deze richtlijn sluit aan bij:

- NDF Richtlijn Psychosociale zorg aan mensen met diabetes (Nederlandse Diabetes Federatie, 2000)
- Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos-instituut 2012)

Deze richtlijn is tevens geaccordeerd door NIP (Nederlands Instituut voor Psychologen), NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) en de NVMW (Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werkers).

Referenties

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 4 ed. 2000.
- Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *DiabetMed* 2006; 23:1165–1173
- Bastelaar, K.M. van, Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H., & Snoek, F.J. (2011). Web-based depression treatment for type 1 and type 2 diabetic patients: A randomized, controlled trial. *Diabetes Care*, 34(2), 320-325.
- Van der Berg, J., van Vught, M., Rondags, S., Cleijne, W., Snoek FJ. (2012). Validiteit van depressiescreeners bij diabetespatiënten: uitkomsten op basis van literatuur review. VUmc/Diabetes Psychology Research Group: Amsterdam.
- Egede LE. Diabetes, major depression, and functional disability among U.S. adults. *Diabetes Care* 2004; 27:421-8.
- Egede LE: Failure to recognize depression in primary care: issues and challenges. *J Gen Intern Med* 22: 701-703, 2007.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Nuyen, J., Stoop, C.H., Chan, J., Jacobsen, A.M., Katon, W., Snoek, F., & Sartorius, N. (2010). Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 380-395.
- Van der Feltz-Cornelis CM. Depression in diabetes mellitus: to screen or not to screen? A patient-centred approach. *The British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 2011;11:6:276-81.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Vlasveld MC, Adèr HJ, Van Marwijk HWJ, Hakkaart-van Roijen L, Huijbregts KML, Van Steenbergen-Weijnenburg K, Beekman ATF. Collaborative care in Nederland. Eindrapport van het Depressie Initiatief. Trimbos instituut 2012.
- Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *BMJ* 2006;332:1027–1030
- Gonzalez, J.S., Peyrot, M., Mc Carl, L.A., Collins, E.M., Serpa, L. et al. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. *DiabetesCare* 31 2398-2403, 2008.
- T. R. S. Hajos, F. Pouwer, S. E. Skovlund, B. L. Den Oudsten, P. H. L. M. Geelhoed- Duijvestijn, C. J. Tack and F. J. Snoek. Psychometric and screening properties of the WHO-5 well-being index in adult outpatients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 2012: DOI: 10.1111/dme.12040 Nuyen J, Volkens AC, Verhaak PF, Schellevis FG, Groenewegen PP, Van den Bos et al. Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of somatic and psychiatric comorbidity. *Psychol Med* 2005: 35L1185-95.
- Pouwer F, Beekman ATF, Nijpels G, Dekker JM, et al. (2003). Rates and risks for co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes mellitus: Results from a community-based study. *Diabetologia* 46(7):892-898.
- Pouwer F, Beekman AT, Lubach C, Snoek FJ, Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 235-40.
- Pouwer F, Tack CJ, Geelhoed-Duijvestijn PH, et al. Limited effect of screening for depression with written feedback in outpatients with diabetes mellitus: a randomised controlled trial. *Diabetologia* 2011; 54:741–748.
- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM van namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/ Depressie (2012). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.