Protocol training diabetesverpleegkundigen voor het voeren van PAID-interviews

**Inleiding**

Diabetes mellitus is een veelvoorkomende chronische ziekte die wordt geassocieerd met een verhoogde rapportage van stemmingsklachten (1-3). Een depressie komt voor bij 16% van de diabetespatiënten, terwijl dit percentage 6% is in de normale populatie (1). Een overzicht van de literatuur laat zien dat verhoogde angstgevoelens voorkomen bij 28%-40% van de diabetespatiënten (2). Naast deze aspecifieke stemmingsklachten, rapporteert 15% van de diabetespatiënten dat zij diabetes-gerelateerde psychische klachten ervaren, of simpelweg diabeteslast (3). Dit zijn stemmingsproblemen die direct gerelateerd zijn aan diabetes mellitus, zoals het zorgen maken over de ziekte en de angst voor complicaties.

Bovenstaande gegevens laten zien dat het van belang is deze comorbide stemmingsklachten op tijd te herkennen en te behandelen. Eerder onderzoek toont aan dat een depressie in 50% van de gevallen niet wordt herkend door de zorgverlener in de eerste lijn (4). Bij diabetespatiënten in de tweede lijn werd een depressie slechts in 20%-25% herkend en gerapporteerd door diabetesverpleegkundigen (5). In de eerste plaats is het daarom voor zorgverleners van belang deze klachten te (leren) herkennen. Hiervoor heeft de Nederlandse Diabetes Federatie in 2013 een zorgstandaard opgesteld, waarin het screenen op depressie en diabeteslast bij diabetespatiënten verplicht wordt gesteld.

In navolging op dergelijke screening is het van belang de stemmingsklachten adequaat te behandelen. Een behandeling die steeds vaker wordt toegepast bij medische aandoeningen en comorbide psychische klachten , is de behandeling via een samenwerkingsverband tussen verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn (6). Dit is een *collaborative care* behandelvorm, waarbij patiënten gescreend worden op stemmingsklachten. Afhankelijk van de uitkomst van deze screening wordt de patiënt doorverwezen naar de eerste of tweede lijn voor behandeling van psychische klachten. Uit eerder literatuuroverzicht blijkt dat een voordeel van een dergelijke behandelopzet is dat deze werkt voor behandeling van depressie- en angstklachten, en dat deze kosteneffectief is (7). Bovendien blijkt een *collaborative care* behandeling die specifiek gericht is op zowel de medische aandoening als de depressie effectiever te zijn dan een *collaborative care* behandeling die alleen gericht is op de depressie (8). Recent literatuuroverzicht toont aan dat verpleegkundigen goed in staat zijn psychosociale interventies te bieden aan patiënten met zowel medische aandoeningen als comorbide psychische klachten (9).

Daarom hebben we in het OLVG een *collaborative care* behandeling voor depressie bij diabetespatiënten opgezet waarin diabetesverpleegkundigen een grote rol spelen. Hierbij wordt bij patiënten die hoog scoren op diabeteslast (PAID) onderzocht of gestructureerde interviews over diabeteslast (PAID-interview) met een diabetesverpleegkundige niet alleen de diabeteslast, maar ook stemmingsklachten verminderen. Verpleegkundigen worden speciaal getraind door een psycholoog om deze interviews af te nemen. In dit protocol wordt uiteengezet op welke wijze deze training plaats vindt, en hoe monitoring wordt gewaarborgd.

**Screening**

Eenmaal per jaar worden vragenlijsten afgenomen bij diabetespatiënten van 18 jaar en ouder, op de polikliniek Interne Geneeskunde van het OLVG. Er wordt gekeken naar de aanwezigheid van diabeteslast, al dan niet in combinatie met stemmingsklachten. Hiervoor worden onderstaande vragenlijsten gebruikt:

* Diabeteslast: PAID-5 (Problem Areas in Diabetes Short Form):

5 items, gemeten op een 5-punt Likertschaal.

Cut off score: ≥ 8

Betrouwbaarheid: α =.84 – .88 (10)

* Stemmingsklachten: PHQ-9 (Patient-Health Questionnaire-9)

9 items op een 4-punt Likertschaal

Cut off score: ≥ 12

Sensitiviteit: 0.76 Specificiteit: 0.80 (11)

Aanvullend worden vragenlijsten afgenomen over onder andere kwaliteit van leven. Aangezien deze uitsluitend bedoeld zijn voor gebruik voor wetenschappelijk onderzoek, worden deze in dit stuk niet nader toegelicht.

**Interventie**

Afhankelijk van de uitkomsten van de screening worden de volgende stappen genomen:

*1) Afwezigheid van zowel stemmingsklachten als diabeteslast*

PHQ-9 < 12 en PAID 5 < 8

Actie: Geen.

*2) Stemmingsklachten zonder diabeteslast*

PHQ-9 ≥12 en PAID 5 < 8

Actie: De huisarts wordt ingelicht, via deze weg kan worden doorverwezen voor psychische hulp.

*3) Stemmingsklachten met diabeteslast*

PHQ-9 ≥12 en PAID 5 ≥ 8

Actie: De patiënt krijgt twee PAID-interviews (eerste: 45 min, tweede: 30 min) aangeboden met de diabetesverpleegkundige, om in te gaan op het aanpakken van diabetesproblemen. Wat betreft stemmingsklachten wordt waakzaam afgewacht. Er wordt een vervolgafspraak gepland na 3 maanden. De patiënt krijgt de mogelijkheid telefonisch contact op te nemen met de diabetesverpleegkundige bij verandering van klachten.

*4) Diabeteslast zonder stemmingsklachten*

PHQ9 < 12 en PAID 5 ≥ 8

Actie: De patiënt krijgt een PAID-interview (45 min) aangeboden met de diabetesverpleegkundige, om in te gaan op het aanpakken van diabeteslast. Bij de volgende afspraak wordt er opnieuw een vragenlijst afgenomen om na te gaan of de diabeteslast is verminderd (PAID5 < 8). Als dit het geval is wordt er verder geen actie ondernomen. Als PAID 5 ≥ 8 dan krijgt de patiënt een aanvullend PAID-interview aangeboden bij de diabetesverpleegkundige. De patiënt krijgt de mogelijkheid telefonisch contact op te nemen met de diabetesverpleegkundige bij verandering van klachten.

Hieronder wordt uiteengezet op welke wijze de diabetesverpleegkundigen getraind zullen worden in het voeren van de PAID-interviews, zoals beschreven bij punt 3 en 4.

**Training**

Leerdoel van de training is het kunnen voeren van een gestructureerd gesprek, specifiek gericht op de vragen van de PAID. De training zal plaatsvinden in OLVG Oost, gedurende twee interactieve bijeenkomsten van 3 uur. Hierbij is het belangrijk dat er in de training vooral gefocust wordt op het oefenen van de opgedane kennis. Uit een eerder opgesteld literatuuroverzicht blijkt namelijk dat dit de belangrijkste factor is bij het succesvol implementeren van een nieuwe interventie (12). De training wordt gegeven door een psycholoog. Tijdens de eerste bijeenkomst zal eerst een theoretische uitleg gegeven worden over stemmingsklachten en diabeteslast bij diabetespatiënten, hierna wordt op onderstaand beschreven wijze ingegaan op het voeren van gesprekken specifiek gericht op de diabeteslast (PAID-interviews). Tot slot worden filmpjes getoond van PAID-interviews die eerder zijn gevoerd in OLVG West, en wordt een dergelijk gesprek door de diabetesverpleegkundigen geoefend, waarbij feedback wordt gegeven door de psycholoog. De tweede bijeenkomst is vooral gericht op het opfrissen van de eerder opgedane kennis, en op het oefenen van PAID-gesprekken waarbij veel ruimte is voor het stellen van vragen en het geven van feedback.

**Oplossingsgerichte benadering**

Binnen de psychologische zorg bestaat een behandelvorm die ‘oplossingsgerichte therapie’ heet (13). Dit is een praktische behandelvorm, die niet uitsluitend valt toe te passen in de psychologie maar ook in de bredere hulpverlening. Rationale is: “repareer niet wat niet stuk is”. De hulpverlener neemt een bijna collegiale houding aan in gesprekken waarin samen wordt gekeken naar wat patiënten zelf al hebben geprobeerd om het probleem te verminderen, en of dit heeft geholpen.
In de praktijk komt het neer op het bespreken van de ideale of gewenste situatie en de stapjes die nodig zijn om dit te bereiken. De hulpverlener monitort uitsluitend de oplossingsgerichte stapjes en helpt de patiënt inzicht te krijgen in vervolgstappen.

**Bespreken PAID-uitslag, 3 stappen model:**

Aan de hand van de ingevulde vragen, wordt de PAID op de volgende gestructureerde manier besproken.

**STAP 1:** informeren/erkennen

* Terugkoppelen score per vraag (“ u geeft aan..”) en reactie vragen
* Normaliseren: Diabetes *is* een belastende aandoening; 1 op de 6 patiënten ervaart hoge ‘diabeteslast’, vaak in toch al moeilijke omstandigheden (diabetes vraagt altijd de aandacht)

**STAP 2:** uitdiepen

* Speelt het langer? (ziet patiënt aanleiding, gebeurtenissen?)
* Laat patiënt aangeven wat hij/zij op dit moment het meest belastend vindt? (kernprobleem)

**STAP 3:** oplossingen laten zoeken en afspreken

Laat hierbij vooral de patiënt mogelijke oplossingen bedenken en geef hem/ haar soms aanreikingen, maar kom niet zelf met een idee

Bijvoorbeeld: Heeft u zelf ideeën over hoe u uw situatie kan verbeteren (diabetes-specifiek of algemeen) of wat u daarvoor nodig heeft?

Wat zou kunnen helpen om u minder belast te voelen?

Wat zou ik voor u kunnen betekenen? (b.v. gesprek met arts regelen, extra advies, volgende afspraak, verwijzing in gang zetten)

Afspraak vastleggen (evaluatie)

**Smartphrase**

In Epic is een smartphrase ontwikkeld ten behoeve van het voeren van gesprekken aan de hand van de PAID5. Deze smartphrase beoogt het gesprek structuur te bieden en heeft een oplossingsgericht karakter. Structuur is gewenst gezien het verlangen van veel patiënten om allerlei persoonlijke en psychologische problemen te bespreken, hoewel het gesprek bij de diabetesverpleegkundige een beperkte tijd kent.

*Eerste gesprek*

*Uit het* ***uitdiepen*** *van de vragen blijkt:
(duur klachten, predisponerende factoren)*

*Het* ***meest belastend*** *vindt de patiënt:*

*Uit het* ***oplossingsgerichte gesprek*** *blijkt:
(zelf oplossingen gezocht/ geprobeerd?, wat zou kunnen helpen?, wat kan ik doen om te helpen?)*

*Gemaakte* ***afspraken,*** *overige afspraken en evaluatietermijn:
(zelf aan de slag, extra gesprek met psycholoog erbij, verwijzing psycholoog, contact huisarts via internist)*

Tweede gesprek:

*Uit het* ***uitdiepen*** *van de vragen blijkt:
(verschil met vorige gesprek?, wat is nu het meest belastend?)*

*Afspraken gemaakt in vorige gesprek:*

***Evaluatie*** *gemaakte afspraken:
(afspraken nagekomen?, verbetering?, wat kan nog beter?)*

*Nieuwe afspraken:
(zelf aan de slag, extra gesprek met psycholoog erbij, verwijzing psycholoog, contact huisarts via* internist*)*

**Tips:**

* Helpen identificeren van meest belastend aspect (PAID5)
* Luisteren en benoemen
* Stimuleren tot nadenken over oplossingen door patiënt zelf

**Monitoring**

Om de kwaliteit van de ingevoerde interviews te waarborgen zal monitoring plaats vinden. Eerder onderzoek toont aan dat het maken van geluidsopnames een goede manier is om te monitoren of een interventie wordt uitgevoerd zoals deze bedoeld is (14). Dit is een monitor-methode die ook in andere, vergelijkbare interventiestudies wordt toegepast (15). Daarom zal monitoring plaatsvinden door het maken van geluidsopnames van PAID-interviews die gevoerd worden door diabetesverpleegkundigen (16). Uit deze geluidsopnames zal een random selectie worden gemaakt van opnames die beluisterd worden door een lid van het onderzoeksteam. Hierbij zal worden bijgehouden in hoeverre het gesprek specifiek op de PAID gericht is, en of het 3 stappen model wordt gevolgd. De gesprekken worden gescoord op deze specifieke punten door middel van het invullen van een scoreformulier (Bijlage 1). Een gesprek wordt beoordeeld als gevoerd ‘volgens protocol’ wanneer alle vragen minstens met een voldoende zijn gescoord.

Daarnaast zal tweewekelijks intervisie worden gegeven door een psycholoog. Hierbij krijgen de diabetesverpleegkundigen de mogelijkheid om patiënten in te brengen en te bespreken. Ook is er ruimte voor vragen over gesprekstechnieken en feedback op eigen gesprekken.

Tot slot worden alle PAID-interviews op gestructureerde wijze gerapporteerd, via de eerder beschreven smartphrases in Epic. Op deze manier wordt het systematisch uitvragen van de PAID gestimuleerd, en wordt de stapsgewijze aanpak telkens onder de aandacht gebracht. Eerder onderzoek toont aan dat dit van belang is voor het voortbestaan van een interventie (16).

Bijlagen

**Bijlage 1**

Scoreformulier

|  |  |
| --- | --- |
| ***Criterium*** | ***Score*** |
|  | **Onvold.** | **Matig** | **Vold.** | **Goed** |
| **Het gesprek gaat specifiek over de antwoorden op de PAID** |  |  |  |  |
| *Toelichting* |  |
| **Het kernprobleem wordt in kaart gebracht** |  |  |  |  |
| *Toelichting* |  |
| **Gesprekstechnieken worden toegepast (parafraseren/samenvatten/gevoelsreflecties)**  |  |  |  |  |
| *Toelichting* |  |
| **De patiënt wordt gestimuleerd om zelf over oplossingen na te denken** |  |  |  |  |
| *Toelichting* |  |
| **Het gesprek is goed gestructureerd (het 3-stappenplan wordt gevolgd)** |  |  |  |  |
| *Toelichting* |  |

**Bijlage 2**

*PAID5*

**Geef bij elk van de volgende onderwerpen aan of dit voor u op dit moment een probleem vormt. Zet hiervoor een kruisje bij het best passende antwoord.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Geen probleem** | **Een beetje een probleem** | **Enigszins een probleem** | **Behoorlijk een probleem** | **Een groot probleem** |
| **1. U angstig voelen als u denkt aan diabetes?**  |  |  |  |  |  |
| **2. U somber voelen bij de gedachte aan diabetes?** |  |  |  |  |  |
| **3. U zorgen maken over de toekomst en de kans op complicaties?** |  |  |  |  |  |
| **4. Het gevoel dat uw diabetes dagelijks teveel energie kost?** |  |  |  |  |  |
| **5. Het gevoel dat u bij uw diabetes niet door uw vrienden en familie wordt gesteund?** |  |  |  |  |  |

*PHQ9*

**Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen? Zet hiervoor een kruisje bij het best passende antwoord.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Helemaal niet** | **Meerdere dagen** | **Meer dan de helft van de dagen** | **Bijna elke dag** |
| 1. Weinig interesse voor, of plezier in activiteiten |  |  |  |  |
| 2. U neerslachtig, depressief of wanhopig voelen |  |  |  |  |
| 3. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen of te veel slapen |  |  |  |  |
| 4. Moe zijn of een gebrek aan energie hebben |  |  |  |  |
| 5. Weinig eetlust of overmatig eten |  |  |  |  |
| 6. Een slecht gevoel hebben over uzelf, het gevoel hebben dat u een mislukkeling bent of dat u zichzelf of uw familie teleurstelt |  |  |  |  |
| 7. Problemen om u te concentreren, bijvoorbeeld om de krant te lezen of tv te kijken |  |  |  |  |
| 8. Zo traag bewegen of zo langzaam spreken dat andere mensen dit opgemerkt hebben? Of het tegenovergestelde: zo zenuwachtig of rusteloos zijn dat u veel meer bewoog dan gebruikelijk |  |  |  |  |
| 9. De gedachte dat u beter dood zou kunnen zijn, of de gedachte uzelf op een bepaalde manier pijn te doen |  |  |  |  |

Referenties

 1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel. 2016.

 2. Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ: Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 53:1053-1060, 2002

 3. Snoek FJ, Kersch NY, Eldrup E, Harman-Boehm I, Hermanns N, Kokoszka A, Matthews DR, McGuire BE, Pibernik-Okanovic M, Singer J, de WM, Skovlund SE: Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND)-2: follow-up data from the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) MIND study. *Diabetes Care* 35:2128-2132, 2012

 4. Kamphuis and et al. Herkenning van depressie door de huisarts. 156(A4890). 2012. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

 5. 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* 60:235-240, 2006

 6. Beach SR, Walker J, Celano CM, Mastromauro CA, Sharpe M, Huffman JC: Implementing collaborative care programs for psychiatric disorders in medical settings: a practical guide. *Gen Hosp Psychiatry* 37:522-527, 2015

 7. Jacob V, Chattopadhyay SK, Sipe TA, Thota AB, Byard GJ, Chapman DP: Economics of collaborative care for management of depressive disorders: a community guide systematic review. *Am J Prev Med* 42:539-549, 2012

 8. Huffman JC, Niazi SK, Rundell JR, Sharpe M, Katon WJ: Essential articles on collaborative care models for the treatment of psychiatric disorders in medical settings: a publication by the academy of psychosomatic medicine research and evidence-based practice committee. *Psychosomatics* 55:109-122, 2014

 9. Kok JL, Williams A, Zhao L: Psychosocial interventions for people with diabetes and co-morbid depression. A systematic review. *Int J Nurs Stud* 52:1625-1639, 2015

 10. McGuire BE, Morrison TG, Hermanns N, Skovlund S, Eldrup E, Gagliardino J, Kokoszka A, Matthews D, Pibernik-Okanovic M, Rodriguez-Saldana J, de WM, Snoek FJ: Short-form measures of diabetes-related emotional distress: the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID)-5 and PAID-1. *Diabetologia* 53:66-69, 2010

 11. van Steenbergen-Weijenburg KM, de VL, Ploeger RR, Brals JW, Vloedbeld MG, Veneman TF, Hakkaart-van RL, Rutten FF, Beekman AT, van der Feltz-Cornelis CM: Validation of the PHQ-9 as a screening instrument for depression in diabetes patients in specialized outpatient clinics. *BMC Health Serv Res* 10:235, 2010

 12. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 317:465-468, 1998

 13. Bakker JM, Bannink FP: [Solution focused brief therapy in psychiatric practice]. *Tijdschr Psychiatr* 50:55-59, 2008

 14. Horner SD: Best practices for improving intervention fidelity that every nurse should know. *J Spec Pediatr Nurs* 17:171-174, 2012

 15. O'Brien CL, Ski CF, Thompson DR, Moore G, Mancuso S, Jenkins A, Ward G, MacIsaac RJ, Loh M, Knowles SR, Rossell SL, Castle DJ: The Mental Health in Diabetes Service (MINDS) to enhance psychosocial health: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 17:444, 2016

 16. de Lange, M. I. and Chenevert C. Borgen van interventies: onderhouden en monitoren van de uitvoering. 1-12-2009. Nederlands Jeugdinstituut.