De online 4 dimensionele klachtenlijst in de huisartsenpraktijk

Dr. Kaat Ieven, KU Leuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2017

Abstract

Achtergrond. De vier dimensionele klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst die de huisarts kan helpen een onderscheid te maken tussen aspecifieke distress klachten enerzijds, en depressie, angststoornissen en psychosomatiek anderzijds. In dit onderzoek geven artsen en patiënten hun mening over de online 4DKL in de huisartsenpraktijk. Bijkomend vergelijkt men de inschatting van de huisarts voor de vier dimensies met de 4DKL-score.

Methodiek. Twintig artsen uit vijf verschillende groepspraktijken werden geïncludeerd. Vooraleer de arts de resultaten van de patiënt kon zien, vulde hij/zij een score in op 10, overeenstemmend met zijn/haar vermoeden wat betreft distress, angst, depressie en somatisatie. Patiënten en artsen gaven hun mening over het nut van de online 4DKL binnen de huisartsenpraktijk via een vragenlijst.

Resultaten. Veertien artsen hebben de tool effectief gebruikt. Zij rekruteerden 85 patiënten waarvan 68 de tool effectief gebruikten. De patiënten vonden de tool duidelijk en de informatie nuttig voor hun arts. De meeste artsen vonden de tool nuttig en gemakkelijk in gebruik. De vergelijking tussen de inschatting van de huisarts en de 4DKL score kwam gedeeltelijk overeen voor wat distress en somatisatie betreft, maar niet wat angst en depressie betreft.

Conclusie. De informatisering van de 4DKL vergemakkelijkt het praktisch gebruik van dit hulpmiddel voor psychodiagnostiek in de huisartsenpraktijk. Het helpt om psychische problemen bespreekbaar te maken, zeker in kader van psychosomatiek. Het onderzoek laat eveneens vermoeden dat de 4DKL een hulpmiddel kan zijn om angst en depressie adequater in te schatten.

Trefwoorden: 4DKL; vier dimensionele klachtenlijst; distress; depressie; angst; somatisatie; psychodiagnostiek.

Inhoud

Abstract 1
Afkortingen 4
1. Inleiding 5
1.1. Keuze onderwerp 5
1.2. Achtergrond 7
A. Prevalentie van psychische problematiek en de rol van de huisarts 7
B. Gebruik van vragenlijsten in de huisartsenpraktijk 8
C. De 4 dimensionele klachten lijst 12
1.3. Onderzoeksvragen 21
2. Methodologie 22
2.1. Literatuurstudie 22
2.2. Ontwikkeling van een online tool 22
2.3. Rekrutering huisartsen en timing 23
2.4. Inclusiecriteria patiënten 23
2.5. Onderzoeksprotocol 24
2.6. Verwerking gegevens 25
2.7. Goedkeuring ethische commissie 26
3. Resultaten 27
3.1. Karakteristieken studiepopulatie 27
A. Leeftijd en geslacht 27
B. Aanmeldingsklacht 27
C. Psychiatrische voorgeschiedenis? 28
3.2. De mening van patiënten over de 4DKL vragenlijst 29
A. Tijd om online 4DKL in te vullen 29
B. Mening van de patiënt over de gebruiksvriendelijkheid van de tool en het nut voor de arts 29
3.3. Vergelijking intuïtie arts en resultaten 4DKL 30
A. Distress 30
B. Depressie 30
C. Angst 30
D. Somatisatie 31
3.4. Mening van artsen over de online 4DKL 31
A. Duidelijkheid over het gebruik van de online 4DKL 32

B. Drempels om de online 4DKL vragenlijst te gebruiken in de praktijk 33
C. Doel van de 4dkl in de huisartsenpraktijk 33
D. Tijdsaspect 34
E. Gebruiksvriendelijkheid van de online tool voor artsen 35
F. De belangrijkste plus- en minpunten van de online 4DKL vragenlijst volgens artsen 36
4. Discussie 37
4.1. Online 4DKL in de huisartsenpraktijk 37
A. Ervaring artsen 37
B. Ervaring patiënten 39
4.2. Vermoeden van de huisarts vergeleken met de 4DKL score 40
4.3. Plus- en minpunten van de studie 41
4.4. Toekomstig onderzoek 42
5. Besluit 44
Referenties 45
Bijlage 1: Introductiesessie huisartsen 47
Bijlage 2: Handleiding online tool 49
Bijlage 3: Vragenlijst patiënten 50
Bijlage 4: 4DKL vragenlijst 51
Bijlage 5: Enquete huisartsen 53
Bijlage 6: Indiening voorstel ethische commissie 59
Bijlage 7: Gunstig advies ethische commissie 62

Afkortingen

4DKL = 4 dimensionele klachtenlijst

NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap

HAIO = huisarts in opleiding

ICPC = international classification of primary care

PHQ = patient health questionnaire

HADS = hospital anxiety and depression scale

HAMD = Hammilton depression rating scale

BDI-PC = Beck depression inventory for primary care

BAI-PC = Beck anxiety inventory for primary care

AUC = area under the curve

GHQ = general health questionnaire

MQ = Maastricht questionnaire

SCL = symptom checklist

SDS = Zung's Self Rating Depression Scale

STAI = State Trait Anxiety Inventory

1. Inleiding

1.1. Keuze onderwerp

Psychosociale problemen komen vaak voor bij patiënten die een huisartsenpraktijk consulteren. Als eerstelijns zorgverlener, komt de huisarts in aanraking met een breed spectrum van psychische klachten. Het is niet altijd evident om een onderscheid te maken tussen psychosociale problemen die enerzijds “distress” met zich meebrengen – in de literatuur ook beschreven als “surmenage” of “overspanning” –en anderzijds samengaan met onderliggende depressie of angststoornissen. Dit onderscheid is belangrijk om te bepalen of, en zo ja, welke actie verder nodig is. Wie verwijst de huisarts door voor psychotherapie? Wie heeft nood aan medicatie? Voor wie is het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid aangewezen? Deze inschatting gebeurt in vele gevallen door de huisarts op basis van diens kennis en ervaring. Het aantal patiënten met psychische klachten is de laatste jaren toegenomen. Dit gaat gepaard met een toename in arbeidsongeschiktheid en bijgevolg hogere kosten voor de maatschappij. Dit alles maakt dat deze problematiek, in onze postmoderne samenleving, met zijn sterk economisch gerichte visie, meer in de kijker staat. Vandaag wordt psychotherapie in sommige gevallen gedeeltelijk terugbetaald, binnen bepaalde grenzen en mits voorschrift van de arts. (1) Het ziet er momenteel naar uit dat de mate van terugbetaling nog zal stijgen in de nabije toekomst. (2) De rol van de huisarts om tijdig en zo correct mogelijk psychische klachten te detecteren die verdere actie vergen, is dus niet alleen vanuit een patiëntgerichte visie, maar ook vanuit een maatschappelijk standpunt belangrijk. (3)

Vanuit bovenstaande probleemstelling is het belangrijk om over screeningsinstrumenten te beschikken die het vermoeden van bepaalde psychische diagnoses, zoals depressie of angststoornissen, kunnen bevestigen. De vier dimensionele klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst die de huisarts kan gebruiken om psychische problemen te detecteren en bespreekbaar te maken. De NHG standaarden over depressie, angststoornissen en somatisch onvoldoende verklaarbare klachten vermelden deze klachtenlijst als hulpmiddel in de diagnostiek. (4–6) Aanvankelijk wilde ik onderzoeken of de 4DKL leidt tot meer ziekte-inzicht bij de patiënt en bijgevolg tot een hogere compliantie wat verwijzing voor psychotherapie of een andere behandeling betreft. Dit was echter niet haalbaar binnen het korte tijdsbestek van twee jaar. Daarom besloot ik het onderzoek af te bakenen tot het in kaart brengen van de meerwaarde van het gebruik van deze 4DKL in de huisartsenpraktijk. Een collega HAIO, was hier echter al mee bezig. Op basis van de resultaten van een onderzoek van deze collega bleek dat de grootste drempel voor het gebruik van de 4DKL in de huisartsenpraktijk, het tijdsaspect was. Het neemt minstens 5 à 10 minuten in beslag om de antwoorden op de vragenlijst handmatig te verrekenen naar een score op distress, depressie, angst en somatisatie. (7)

Mijn onderzoek gaat hier verder op in. Ik liet een online tool ontwikkelen voor het invullen en berekenen van de scores. Vervolgens onderzocht ik de meerwaarde van het gebruik van deze tool tegenover de papieren versie binnen de huisartsenpraktijk. Daarnaast ging ik het verschil na tussen de inschatting van de psychische problematiek door de huisarts op basis van de anamnese en het resultaat van de 4DKL.

1.2. Achtergrond

A. Prevalentie van psychische problematiek en de rol van de huisarts

De gezondheidsenquête van 2013 in België toonde aan dat één op drie personen (32%) van 15 jaar en ouder met psychische problemen worstelt, die op de één of andere manier verwijzen naar een 'slecht in zijn vel zitten'. (8) Met deze cijfers in het achterhoofd, ligt het aantal geregistreerde diagnoses van psychische problemen volgens de ICPC-2 classificatie in de huisartsenpraktijk eerder laag. Volgens de Intego databank bedraagt het procentuele aandeel diagnoses van psychische problemen geregistreerd door de huisarts ongeveer 2,5 procent. (9) Gezien de huisarts fungeert als laagdrempelige eerstelijns hulpverlener en meestal nauw betrokken is met de patiënt en diens omgeving, is hij/zij in de grote meerderheid van de gevallen de eerste hulpverlener bij wie psychische klachten gemeld worden. De huisarts is met andere woorden in het huidige gezondheidsmodel een belangrijke toegangspoort naar de geestelijke gezondheidszorg. (10)

Het contrast tussen het voorkomen van psychische klachten in de bevolking en het aantal geregistreerde diagnoses in de huisartsenpraktijk kan men verklaren op basis van verschillende factoren. Ten eerste zal niet iedere "psychische klacht" van de patiënt effectief leiden tot een "psychische diagnose". Ten tweede zullen patiënten met psychische klachten niet altijd naar een hulpverlener stappen. Ten derde is er ook een zekere terughoudendheid van de arts om een patiënt een psychische diagnose toe te kennen. Mogelijks worden vele psychische problemen onvoldoende als dusdanig herkend door huisartsen en ondermaats geregistreerd volgens de ICPC-2 code in het medisch dossier.

Wel is het duidelijk dat het aantal mentale problemen toeneemt en ook de hiermee gepaard gaande kosten voor de overheid. Volgens cijfers van het RIZIV uit 2013 liggen mentale

problemen aan de basis van één derde tot de helft van de aanvragen voor een invaliditeitsuitkering. Dit komt neer op een stijging met bijna 60% over een termijn van 10 jaar. (3)

B. Gebruik van vragenlijsten in de huisartsenpraktijk

In België gebeurde er tot op heden weinig onderzoek naar het gebruik van vragenlijsten als signaleringsinstrument voor psychische problemen in de eerstelijnszorg. In Nederland gebruikten in 2009 44% van de huisartsen dergelijke signaleringsinstrumenten. (11) In België ligt dit aantal vermoedelijk lager. In de meeste gevallen stellen huisartsen in België de diagnose van specifieke psychische of psychosomatische problemen op basis van een uitgebreide anamnese, klinisch onderzoek en eventueel technische onderzoeken om andere oorzaken van bepaalde klachten uit te sluiten. De ZonMw/NIVEL Kennissynthese in Nederland onderzocht de toepasbaarheid van effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen (zowel qua diagnostiek als behandeling) in de huisartsenpraktijk. Op basis van een grondige literatuurstudie weerhielden de onderzoekers 14 signaleringsinstrumenten die kunnen worden ingezet bij diagnostiek of screening in de huisartsenpraktijk. Een overzicht van de kenmerken van signaleringsinstrumenten bruikbaar bij angst/depressie/psychosomatiek en distress in de huisartsenpraktijk wordt uiteengezet in tabel 1. Vervolgens vroegen de onderzoekers aan 54 Nederlandse eerstelijnshulpverleners (huisartsen, maatschappelijk werkers, eerstelijns psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en praktijkondersteuners GGZ in de huisartsenpraktijk) en patiënten vertegenwoordigers, op welke manier het beste gebruik gemaakt kan worden van signaleringsinstrumenten in de huisartsenvoorziening. Verschillende potentiële functies van deze signaleringsinstrumenten werden genoemd : 1) Ondersteuning van het diagnostisch

proces bij patiënten waar men reeds een bepaalde aandoening vermoedt (82%), 2) om problemen bespreekbaar te maken (74%), 3) voor het opsporen van problemen bij risicogroepen (44%) en 4) bij een algemene groep patiënten, al werd dit laatste slechts door een kleine minderheid van de ondervraagden geantwoord (14%). (11) Onderzoek over het gebruik van de Patient Health Questionnaire (PHQ-9) als screeningsinstrument toonde aan dat een dergelijke screening weinig voorspellende waarde heeft in het screenen van depressie: ongeveer 80% is fout positief. Zelfs het screenen van patiënten die al een verhoogd risico op depressie hebben, heeft geen effect op de uitkomst. (12) Dit is niet uitgebreid onderzocht voor alle vragenlijsten, maar we gaan er vanuit dat geen van deze vragenlijsten ideaal is als screeningsinstrument. Sommige hulpverleners noemden als aanvullende functie van signaleringsinstrumenten nog het opvolgen van de ernst van de klachten tijdens een behandeling of watchful waiting. (11) Dit laatste wordt meer in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg toegepast. Het idee is dat de zorg daardoor transparanter en beter vergelijkbaar wordt. Een recent Cochrane review laat zien dat het systematisch opvolgen van de outcome tijdens/na een behandeling met behulp van vragenlijsten bij veelvoorkomende psychische problemen niet leidt tot betere behandelingsuitkomsten, al moet daarbij aangetekend worden dat de kwaliteit van de evidence matig was. (13)

De voornaamste redenen die door de hulpverleners in de kennissynthese werden gemeld voor het niet gebruiken van signaleringsinstrumenten in de huisartsenvoorziening waren de tijd die het kost om een instrument in te vullen, de onbekendheid met en de slechte beschikbaarheid van de lijsten. Lijsten kunnen langer zijn en het invullen mag meer tijd kosten indien patiënten de signaleringslijst thuis of in de wachtkamer kunnen invullen. (11)

Tabel 1. Signaliseringsinstrumenten gebruikt voor angst/depressie/psychosomatiek en distress, bruikbaar in de huisartsensetting. (4–6,11)

Signaleren van	Vragenlijst	Aantal vragen	Invultijd (minuten)	Opmerkingen
Depressie	PHQ-9	9	5	Bevat 9 depressie-criteria van de DSM-IV.
Angst en depressie	HADS	14	5	7 items over angst en 7 items over depressie
Depressie	HAMD-7	7	3-4	Gelijkwaardig aan oudere versie met 17 of 21 items
Depressie	BDI-PC	7	1-2	
Angst	BAI-PC	7	1	Aanwijzingen dat BAI-PC ook geschikt voor screening van depressie en posttraumatische stressstoornis.
Distress, depressie, angst en somatisatie	4-DKL	50	5-10	-Dubbelconsult nodig -Onderscheidt ongecompliceerde stress gerelateerde problematiek van psychiatrische aandoeningen

In een onderzoek in Groot-Brittanië werd een interview afgenomen bij 34 huisartsen en 24 patiënten, waarin hun mening werd bevraagd over het inzetten van ernstvragenlijsten bij de behandeling van depressie. Hieruit volgde dat huisartsen de klinische blik nog steeds verkiezen boven het gebruik van ernstschalen bij de diagnose en behandeling van depressie. Patiënten ervaarden het gebruik van vragenlijsten wel als positief. Zij beschouwden dit als een objectieve toevoeging aan het oordeel van de arts. Bovendien hadden ze hiermee het gevoel dat de huisarts de psychische problemen ernstig nam en er tijd voor wou vrijmaken. (14) Deze bevindingen zijn echter niet consistent. Er is eveneens onderzoek waaruit blijkt dat patiënten veel weerstand hebben tegen een screening op depressie, omdat de diagnose

stigmatiserend kan zijn en omdat zij de depressiesymptomen zien als een normale reactie op tegenslag, waarvoor geen medische behandeling nodig is. (14) In nog ander onderzoek bleken de patiënten vooral bezorgd over de validiteit van de vragen en over de bruikbaarheid ervan in de huisartsenpraktijk. (15)

Ondanks de bevindingen uit de kennissynthese en het toenemend gebruik van vragenlijsten in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, zijn er critici die het nut hiervan voor de eerstelijnszorg, sterk in twijfel trekken. Zo beweren ze dat het gebruik van vragenlijsten persoonsgerichte zorg in de weg staat. In een ziektegerichte benadering passen vragenlijsten wel goed: de klacht van de patiënt is de uiting van een onderliggende aandoening, die opgespoord en behandeld moet worden. Deze benadering is sterk verankerd in de praktijk via richtlijnen en via de beloningssystemen van de zorgverzekeraar. Toch hoor je vaak dat er meer aandacht zou moeten komen voor persoonsgerichte zorg, zeker in de eerstelijnszorg. Persoonsgerichte zorg betekent dat het om de patiënt gaat die met een verhaal bij de huisarts komt en wiens klachten in een context staan en betekenis hebben in zijn of haar leven. Het verhaal is leidend, niet de ziektegerichte anamnese. In deze benadering hebben vragenlijsten die peilen naar ziektegerichte klachten weinig nut. Een ziektegerichte benadering is wel nuttig op indicatie, dus wanneer de huisarts vermoedt dat er een ernstige psychiatrische aandoening in het spel is of als de persoonsgerichte benadering niet werkt. In het laatste geval kan je met vragenlijsten medicalisering van alledaagse psychische problemen zoveel mogelijk voorkomen en de daardoor aangerichte schade beperkt houden. Vragenlijsten passen dus wel bij de ziektegerichte benadering bij vermoeden van een psychiatrische aandoening, maar hebben weinig meerwaarde bij de screening op psychische

problemen en bij uitkomstmetingen. (16) Zoals verder besproken wordt, vormt de 4DKL hier een uitzondering op.

C. De 4 dimensionele klachten lijst

C.1. Functies van de 4DKL

In tegenstelling tot de andere vragenlijsten die peilen naar psychische klachten, kan de 4DKL wel zinvol gebruikt worden in de huisartsenpraktijk, ook al hanteert men een persoonsgerichte benadering. De 4DKL is namelijk de enige vragenlijst die een onderscheid maakt tussen distress en “echte” depressieve episodes en angststoornissen. Mensen met psychosociale problemen scoren meestal alleen hoog op distress. Een PHQ-9 score wordt door 72% verklaard door de 4DKL distressscore en PHQ9 cut-off score voor “depressie” komt overeen met 4DKL cut-off score voor “ernstige distress”. De patiënt krijgt vervolgens dus te horen “ik zie dat u het moeilijk heeft” in plaats van “u bent depressief”. Dit is veel minder stigmatiserend en opent een gesprek. Het logische vervolg is dat de arts vraagt waarmee de patiënt het zo moeilijk heeft, naar mogelijke oorzaken en mogelijkheden om deze moeilijkheden het hoofd te bieden. Vanuit dit standpunt kan je redeneren dat de 4DKL een persoonsgerichte benadering net in de hand werkt. (16,17)

Uiteraard is de 4DKL niet noodzakelijk om distress vast te stellen bij patiënten. Huisartsen zijn meestal ervaren genoeg om deze distress en de onderliggende psychosociale problemen op basis van een grondige anamnese te herkennen en te bespreken. Patiënten spreken hier zelfs vaak spontaan over tegen hun huisarts. Herkenning is meestal geen probleem, gespreksvoering hieromtrent soms wel. Hiermee kan de 4DKL helpen. Je kan het beschouwen als een handvat om met de patiënt in gesprek te treden over zijn leven en zijn moeilijkheden. Een tweede nuttige functie van de 4DKL is om “echte” depressieve episodes

en angststoornissen niet te missen. Het nadeel van een persoonsgerichte aanpak is immers dat de huisarts “vergeet” om ook ziektegericht te kijken waardoor deze psychiatrische aandoeningen niet gedetecteerd worden. De depressie- en angstschalen van de 4DKL bevragen enkel specifieke symptomen van angst en depressie en geen aspecifieke (spannings)klachten. (17–20) Een derde functie is het signaleren en duiden van somatisatie. Patiënten met psychosomatische klachten maken zich vaak zorgen om hun gezondheid. Zij raadplegen regelmatig de arts omdat ze graag verdere onderzoeken zouden willen om lichamelijke oorzaken te bevestigen/uit te sluiten. Vaak zijn ze zich wel bewust van het feit dat stress/spanningen mogelijks ook een rol spelen. Op dat moment is het handig om het “tweesporenbeleid” uit te voeren. Zo kan de arts voorstellen om zowel de lichamelijke gezondheid na te kijken met bijvoorbeeld een bloedafname, als ook de psychische gesteldheid met behulp van het invullen van een vragenlijst. In een volgend consult kunnen beiden resultaten besproken worden. Mogelijks zal de patiënt dan toch meer en meer inzicht krijgen in zijn psychische klachten en psychosociale problemen en ook deze factoren meer met de huisarts gaan bespreken. Nog andere mogelijke doeleinden van de 4DKL zijn het kwantificeren van de ernst van de psychische klachten (bijvoorbeeld met oog op arbeidsongeschiktheid) en eventueel het opvolgen van het verloop.

C.2. Praktisch gebruik van de 4DKL

De 4DKL is ontwikkeld in 1994 door Berend Terluin, huisarts en wetenschappelijk onderzoeker. De lijst bevat vijftig items die vragen naar klachten in de afgelopen zeven dagen. De patiënt moet op deze 50 items antwoorden met de frequentie van aanwezigheid (nee=0, soms=1, regelmatig=2, vaak=3, heel vaak/voortdurend=4). Aan de hand van deze vragen, wordt een score berekend voor de volgende vier dimensies: distress (16 items),

somatisatie (16 items), depressie (6 items) en angst (12 items). Elke vraag levert 0, 1 of 2 punten op: 0 punten als men nooit antwoord, 1 punt als de klacht soms aanwezig is en 2 punten als de klacht regelmatig, vaak of heel vaak/voortdurend aanwezig is. (7,18)

C.3. Interpretatie en validiteit van de score op de vier dimensies

a. Distress

Distress staat niet als diagnose omschreven in de DSM-V en wordt in de psychiatrie dus ook niet als diagnose erkend. Daarentegen is het wel een fenomeen waarmee huisartsen en bedrijfsartsen dikwijls geconfronteerd worden. Ondanks het gebrek aan algemeen geaccepteerde criteria voor overspanning verstaan huisartsen en patiënten er ongeveer hetzelfde onder: een decompensatiesyndroom dat optreedt onder invloed van een te grote psychosociale belasting in verhouding tot de belastbaarheid van de patiënt. (21) Kenmerken van distress zijn volgens huisartsen piekeren, lusteloosheid, snel geïrriteerd zijn, psychische spanning, concentratieproblemen, moedeloosheid/demoralisatie, slaapproblemen en het onvermogen om normaal te functioneren. (21)(20) Een hoge distress-score geeft aan dàt er iets aan de hand is, maar nog niet wàt. (18) Depressie, angst en somatisatie berusten op abnormale reactiepatronen in het kader van verschillende psychiatrische stoornissen, terwijl distress de normale uiting is van een stressproces. (19) Uit onderzoek van Terluin et al. in 1996 bleek dat er een sterke correlatie bestaat tussen de verschillende dimensies onderling, deze relaties zijn echter niet wederkerig. Zo gaat een hoge depressie- of angstscore praktisch altijd, en een hoge somatisatiescore in de meeste gevallen, gepaard met een hoge distressscore. Een hoge distressscore daarentegen gaat niet noodzakelijk gepaard met een hoge depressie-, angst- en/of somatisatiescore. (19) Een sterk verhoogde score voor distress

gecombineerd met lage scores voor somatisatie, depressie en angst, is kenmerkend voor overspanning. Dit wijst opeen disbalans tussen draaglast en draagkracht. In combinatie met verhoogde scores op angst/depressie/somatisatie moet dit gekaderd worden als verschijnsel binnen de angst-, depressie of somatisatieproblematiek. (20) In hetzelfde onderzoek werd eveneens een significante correlatie vastgesteld tussen een hoge distress-score en de aanwezigheid van stressfactoren in de omgeving, m.n. levensgebeurtenissen in de sfeer van familie, werk, studie, verwerkingsproblemen en materiële problemen, uitgezonderd problemen betreffende de gezondheid van de patiënt zelf en/of diens naasten. Dit zou kunnen verklaard worden doordat deze problemen een rol spelen bij het ontstaan van distress of doordat distress aanleiding kan geven tot het ontstaan of versterken van dit soort problemen. Deze correlatie kan men beschouwen als een vorm van constructvaliditeit (hiermee wordt verwezen naar correlaties met andere fenomenen welke in overeenstemming zijn met veronderstellingen aangaande het te meten fenomeen). (19) Het is niet evident om de validiteit van de distress-score na te gaan omdat er geen standaard bestaat voor het meten van dit fenomeen. In 2006 vergeleken onderzoekers de 4DKL scores met de klinische diagnose van eender welk psychosociaal probleem, gesteld door de huisarts. Er was een duidelijke associatie aanwezig (AUC=0.79). Een cut-off score van >10 had een sensitiviteit van 0.71 en een specificiteit van 0.72 voor het detecteren van eender welke psychosociale diagnose. (22) De score op distress volgens de 4DKL werd eveneens vergeleken met scores op andere vragenlijsten. Zo was er een significante correlatie tussen de score voor distress enerzijds en de score op de General Health Questionnaire (GHQ) en Maastricht Questionnaire (MQ) anderzijds. De andere dimensies van de 4DKL vertoonden geen onafhankelijke correlatie met de GHQ-score en de MQ-score. Opvallend was dat de

distress schaal ook geassocieerd was met alle andere vragenlijsten, die meer specifiek peilden naar angst, depressie en somatisatie, met uitzondering van de Symptom Checklist (SCL-90) – agoraphobia (zie tabel 2). Dit is waarschijnlijk omdat vragenlijsten voor depressie, angst en somatisatie ook distress meten “in termen van de 4DKL”. (22)

b. Depressie

Kenmerken van depressie zijn sombere stemming, anhedonie, gewichtsverlies of -toename, slaapproblemen, agitatie, psychomotorische vertraging, verlies van energie, vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid of onterechte schuldgevoelens, concentratieproblemen, besluiteloosheid en suïcidegedachten. (4,23) Volgens onderzoek van Terluin et al. in 1994 gaat een verhoogde score op depressie in de overgrote meerderheid van de gevallen gepaard met een verhoogde distress-score. In hetzelfde onderzoek werd een significante correlatie vastgesteld met persoonlijke en interpersoonlijke problemen. (19) Net zoals bij distress, is dit een vorm van constructvaliditeit: dit kan enerzijds verklaard worden doordat deze problemen een rol spelen bij het ontstaan van depressie, anderzijds doordat een depressie aanleiding kan geven tot het ontstaan of versterken van dergelijke problemen. Een persoonlijk probleem zoals een laag zelfbeeld bijvoorbeeld, kan zelfs een onderdeel van een depressie zijn. Belangrijk te vermelden is dat er een zekere overlap tussen de schalen bestaat, vooral tussen distress en depressie. Verschijnselen van ernstige distress, zoals gevoelens van onmacht, interesseverlies en demoralisatie, beïnvloeden eveneens de depressiefactor en zouden kunnen gezien worden als een overgang naar het ernstiger beeld van een depressie. De precieze scheidingslijn tussen distress en depressie is niet scherp en dus discutabel. (19) Zo horen items die peilen naar neerslachtigheid en interesseverlies bij

de dimensie distress, maar men zou deze ook bij de depressieschaal kunnen trekken, gezien deze kenmerken traditioneel worden gerekend tot het depressieve syndroom. (24) De standaard voor het diagnosticeren van een depressie zijn de DSM-V criteria. Terluin et al., 2006, vergeleek de depressiescore volgens de 4DKL met het stellen van een gestandaardiseerde psychiatrische diagnose van een actuele ernstige depressie, door gebruik te maken van de Short Depression Interview (SDI), bij meer dan 5000 patiënten uit 10 verschillende databanken. Een significante associatie werd aangetoond (AUC : 0.83 (0.75-0.91)). De cut-off waarde van >5, toonde een sensitiviteit van 0.72 en een specificiteit van 0.80 voor het aantonen van een ernstige depressie. (22) Een andere studie van Terluin et al. in 2009 daarentegen toonde voor de cut-off waarde van >5 slechts een sensitiviteit van 0.45 en een specificiteit van 0.83. In deze studie liggen de sensitiviteitswaarden vermoedelijk te laag, gezien patiënten met duidelijke depressie- of angststoornissen, waar de diagnose al zo goed als zeker was, geëxcludeerd werden. (25) Vergelijking met andere vragenlijsten toonde aan dat de 4DKL depressie schaal significant geassocieerd was met sommige andere vragenlijsten die peilden naar depressie (de Beck Depression Inventory (BDI) en de symptom checklist (SCL-90) - depression scale), maar niet met de Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) – Depression scale en de Zung's Self Rating Depression Scale (SDS). Er was wel een associatie te zien tussen de depressiescore en de State Trait Anxiety Inventory (STAI) – Scale, maar deze schaal peilt specifiek naar angstklachten en niet naar depressie. De associatie was ook in mindere mate aanwezig dan de associatie van deze schaal met de 4DKL angst- en distress-scores (zie tabel 2).

c. Angst

Volgens de DSM-V criteria worden angststoornissen onderverdeeld in verschillende categorieën. Over het algemeen is er sprake van irrationele angsten die de patiënt niet kan verdragen en daarom tracht te vermijden of anderszins te neutraliseren. (20) Mogelijke kenmerken van een angststoornis zijn angst- of paniekaanvallen, onbestemde angstgevoelens, zomaar plots schrikken, beven in gezelschap van andere mensen, angst om alleen het huis uit te gaan, angstig zijn voor iets waarvoor men helemaal niet bang hoeft te zijn, bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen, het gevoel hebben dat je door een onbekend gevaar bedreigd wordt en herbelevingen van gebeurtenissen (7,26). Deze kenmerken worden bevraagd in de 4DKL. In 1994 publiceerde Terluin et al. een cross-sectioneel onderzoek, op basis van vijf databases (totale n = 969), verzameld uit verschillende eerstelijns studies. Patiënten werden in deze studies geselecteerd omwille van verschillende geestelijke gezondheidsproblemen. Iedere patiënt vulde de 4DKL in en werd ondervraagd volgens een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, uitgevoerd door getrainde assistenten. Hieruit bleek dat paniekstoornissen, agorafobie, sociale fobie, OCD en PTSD vaak tot uiting komen met de 4DKL score. Een veralgemeende angststoornis verraadt zich niet altijd door een hoge angstscore, maar meestal wel door een verhoogde distress-score. (27) De bedoeling is dat de arts dan op zoek gaat naar de oorzaak van deze hoge distress-score. Kenmerkend voor een gegeneraliseerde angststoornis zijn chronisch (meer dan zes maanden) piekeren en zich zorgen maken. (18) In hetzelfde onderzoek werden eveneens de cut-off waarden herzien. De eerste cut-off waarde (matig verhoogd, score van 4-11 voor angst), werd bepaald op basis van de beste sensitiviteit (0.87 (0.83-0.90)), maar bijgevolg een lage specificiteit (0.51 (0.47-0.55)). In de praktijk betekent dit dat men met

dergelijke score een angststoornis moet overwegen (hoewel de kans relatief laag is). Opvolging van de angstklachten is dan aan te raden. De tweede cut-off waarde (sterk verhoogd, score van >11 op angst), werd bepaald op basis van beste specificiteit (0.86 (0.83-0.89)), maar bijgevolg een lagere sensitiviteit (0.52 (0.46-0.57)). Met andere woorden, indien de patiënt een sterk verhoogde score toont, is het aan te raden onmiddellijk over te gaan tot verdere diagnostische oppuntstelling en zo nodig behandeling, gezien de kans op een angststoornis hier relatief hoog is. (27) Angst gaat bijna altijd gepaard met een verhoogde score op distress, maar omgekeerd is dit niet het geval. Angst gaat ook vaker wel dan niet met somatisatie gepaard, dit kan berusten op causaliteit in twee richtingen. Het ervaren van veel functionele klachten onder invloed van psychische stress zou angst kunnen oproepen, en angst kan leiden tot functionele klachten. Voor angst werd geen correlatie vastgesteld met stressfactoren uit omgeving, wat bij distress en depressie wel het geval was. (19)

d. Somatisatie

Somatisatie uit zich in verscheidene lichamelijke klachten uit verschillende klachtenclusters (gastro-intestinaal, neurologisch, orthopedisch, cardiaal,…), zonder dat men hiervoor een lichamelijke oorzaak vindt. (6) Volgens dit negatief criterium (onverklaard zijn van de symptomen) omschreef men somatisatie tot voor kort in de DSM classificatie. De DSM-V editie heeft hier verandering in gebracht. Zij spreken over “somatic symptom and relative disorders”, omschreven als een maladaptieve reactie op lichamelijke klachten. (28) De typische klachten volgens de NHG standaard SOLK (somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten) zijn moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid, concentratie-/

geheugenklachten, rugpijn en buikpijn. (6) Bij een verhoogde somatisatiescore volgens de 4DKL, kan 'sensitatisatie', een soort overgevoeligheid van het lichaam, een rol spelen. De huisarts kan de patiënt uitleggen dat het lichaam reageert op spanningen en dat dit in principe normaal is. De spanningen en bijgevolg ook de lichamelijke reacties op deze spanningen, kunnen nog versterkt worden door verkeerde ideeën over de klachten en ongerustheid over de eigen gezondheid. (18)(24) Onderzoek toonde een significante correlatie aan tussen de somatisatiescore en het ervaren van gezondheidsproblemen. Dit past bij de ervaring dat patiënten die somatiseren zich zorgen maken over hun gezondheid. (19) Er zijn niet veel vragenlijsten die specifieke somatisatiestoornissen onderzoeken. In een kennissynthese over effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen in de huisartsenvoorziening, werd gevraagd naar welke voor SOLK relevante vragenlijsten door huisartsen beoordeeld werden als voldoende tot goed betrouwbaar en valide. Dit waren de Patient Health Questionnaire (PHQ), de Beck Angst (BAI-PC), de Beck Depressie (BDI-PC) en de 4DKL. (11) Toch is geen van deze vragenlijsten specifiek ontwikkeld voor somatisatie en bijgevolg geen standaard voor onderzoek naar validatie van de somatisatiescore volgens de 4DKL. Terluin et al., 2006, vergeleek de 4DKL vragenlijst met de Symptom Checklist (SCL-90)-somatisatie. Hier werd de grootste significante associatie gevonden met de somatisatiescore ($p<0.001$). Er werd ook een verband gezien tussen de 4DKL somatisatiescore en sommige andere angst en depressieschalen (zie tabel 2). In hetzelfde onderzoek werd de 4DKL somatisatiescore vergeleken met het vermoeden van de huisarts van een psychosociale achtergrond in de casus van een somatische diagnose/klacht. Ook dit is geen gouden standaard voor somatisatie, maar wel een aanvaardbare indicator, relevant in de huisartsenpraktijk. De analyse toonde een relatief lage AUC van 0.65 (0.63-0.68) voor

somatisatie, dewelke significant hoger ligt dan de AUC voor distress, depressie en angst. Uit deze lage AUC zouden we kunnen besluiten dat de 4DKL somatisatiescore geen goede predictor is voor de huisarts zijn vermoeden van somatisatie. Op te merken valt wel dat de huisarts bij deze patiënten enkel een somatische diagnose stelde en het louter ging om een subjectief "aanvoelen" van de huisarts. Psychosociale problemen werden niet besproken tussen huisarts en patiënt. In die zin is een AUC van 0.65 nog niet zo'n lage score.

Tabel 2: Overeenstemming (coverage) van verschillende symptoomvragenlijsten betreffende distress, depressie, angst en somatisatie door de verschillende 4DKL subschalen; gestandaardiseerde beta-coefficienten en gedeelde variatie R^2 (resultaten van een lineaire regressie analyse.

	Cronbach's α	Standardised Beta-coefficients				R^2	Coverage[a]
		Distress	Depression	Anxiety	Somatization		
Distress							
- GHQ	0.87	0.53*	0.06	0.03	-0.05	0.34	0.39
- MQ	0.88	0.61***	0.13	0.08	0.08	0.60	0.68
Depression							
- HADS-Dep	0.76	0.71***	0.02	-0.16	0.10	0.42	0.55
- SDS	0.75	0.42*	0.22	0.08	0.24*	0.54	0.72
- SCL-90-Dep	0.91	0.48***	0.32***	0.17***	-0.04	0.66	0.73
- BDI	0.86	0.25**	0.43***	0.20*	0.02	0.61	0.71
Anxiety							
- STAI-State	0.93	0.39***	0.15*	0.16**	0.05	0.43	0.46
- HADS-Anx	0.66	0.30*	-0.01	0.55***	0.10	0.60	0.91
- SCL-90-Anx	0.85	0.15**	0.04	0.64***	0.15***	0.71	0.84
- SCL-90-Ago	0.87	-0.01	-0.10	0.82***	0.05	0.64	0.74
- BAI	0.92	0.14*	0.04	0.46***	0.35***	0.74	0.80
Somatization							
- SCL-90-Som	0.82	0.14**	-0.07	0.14**	0.71***	0.72	0.88

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (1-tailed)
[a] Coverage = R^2 /Cronbach's α

1.3. Onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 1: "Wat vinden patiënt en arts over het praktisch gebruik van de online tool voor het invullen van de 4DKL vragenlijst?"

Onderzoeksvraag 2: "Is er een verschil in het stellen van de vermoedelijke diagnose op basis van volgende twee methodes: 1/ anamnese door de arts en 2/4DKL vragenlijst?"

2. Methodologie

2.1. Literatuurstudie

Er werd geen gesystematiseerde literatuurstudie uitgevoerd. Wel werd uitgebreid gezocht naar achtergrondinformatie alvorens van start te gaan met deze studie. Initieel werd op zoek gegaan naar mogelijke vragenlijsten ter ondersteuning van psychodiagnostiek in de huisartsenpraktijk. Hiervoor werden volgende bronnen geraadpleegd: Pubmed, Cochrane en Psychinfo. Volgende zoektermen werden gebruikt: "questionnaire" AND "screening" OR "diagnosis" OR "diagnose" AND "psychological" OR "psychologically" OR "psychologic" OR "psychiatric" AND "general practitioner" OR "general practice" OR "primary care". Ook Nederlandstalige bronnen werden geraadpleegd, zoals de richtlijnen van NHG, Domus Medica en ebmpracticenet over depressie/ angst/ psychosomatiek/ burn out/ stress en publicaties van het kenniscentrum in België (KCE.be) en Nederland (NIVEL.nl) over psychologische zorg in de eerste lijn. Na het doornemen van voldoende achtergrondinformatie werden twee onderzoeksvragen geformuleerd, zoals hoger vermeld. Vervolgens werd de zoektocht doorheen de literatuur verfijnd. In Pubmed werd gezocht volgens de zoekterm "4 dimensional symptom questionnaire" en in Nederlandstalige tijdschriften (Huisarts en wetenschap, Tijdschrift voor geneeskunde en Huisarts Nu) volgens de zoekterm "4 dimensionele klachtenlijst". Als aanvulling op deze informatie vond een interview plaats in februari 2016 met Dr. Berend Terluin, de auteur van de 4DKL.

2.2. Ontwikkeling van een online tool

Met de hulp van een collega HAIO, Henk Rabays, werd de online tool ontwikkeld. Er werd een domeinnaam geregistreerd onder www.4dkl.be. Voor het design werd een bootstrap

template gebruikt. De tool werd volledig zelf ontwikkeld met behulp van Cascading Style Sheets (CSS), wat instaat voor de stijl en layout, HyperTextMarkup Language (HTML), wat instaat voor de inhoud en Personal Home Page (PHP), wat instaat voor de functionaliteit en werking van de website. Als HTML-editor werd gebruik gemaakt van Kladblok. Filezilla werd gebruikt om de code naar de server te uploaden.

2.3. Rekrutering huisartsen en timing

In totaal werden vijf groepspraktijken gerekruteerd, waar steeds 3 à 7 huisartsen werkten, allemaal uit regio Noord en Midden Limburg. De laatste maand van de registratieperiode, werden nog bijkomend drie collega HAIO's gerekruteerd. In totaal gingen 22 artsen akkoord om mee te doen. In een periode van 5 maanden, gestart in september 2016, includeerden de huisartsen 68 patiënten. Zij kregen elk voorafgaande aan de registratieperiode een introductiesessie over het gebruik van de 4DKL waarin de indicatiestelling, de interpretatie van de resultaten en het praktisch gebruik van de online tool werden uitgelegd (bijlage 1). Twee van de drie HAIO's die achteraf gerekruteerd werden, kregen de uitleg enkel via mail. In elke praktijk werd een uitgebreide informatie bundel en een korte praktische handleiding (bijlage 2) voor het gebruik van de online tool achtergelaten.

2.4. Inclusiecriteria patiënten

Huisartsen waren vrij om patiënten te includeren, op voorwaarde dat er een vermoeden van psychisch lijden bij deze patiënt aanwezig was. Andere inclusiecriteria waren leeftijd (ouder dan 15jaar), het bemachtigen van de Nederlandse taal en voldoende informaticakennis om de online tool thuis te kunnen gebruiken.

2.5. Onderzoeksprotocol

Als de huisarts een patiënt met een vermoeden van psychisch lijden wilde includeren, moest hij/zij de patiënt eerst informeren over de online 4DKL en het studieverband. Bij goedkeuring, werd vervolgens een informed consent door beide partijen ondertekend. De huisarts gaf de link voor de online tool mee aan de patiënt, samen met een registratiecode. Ook diende de huisarts aan te geven of de patiënt gekend was met een psychiatrische voorgeschiedenis en zo ja welke. Dit formulier werd samen met de informed consent door de huisarts bewaard, ook al keerde de patiënt niet terug voor de bespreking van de resultaten. Zo kon men achteraf bekijken in hoeveel gevallen de patiënt effectief terugkeerde voor de bespreking van de resultaten. Een vragenlijst, over achtergrondkenmerken van de patiënt en zijn/haar idee over het gebruik van de online tool, werd meegegeven (bijlage 3). Er werd een volgende afspraak gemaakt voor de bespreking van de resultaten. De patiënt kon thuis inloggen, de registratiecode ingeven en vervolgens de 50 vragen beantwoorden (bijlage 4). Op het einde van de vragenlijst werd volgende boodschap op het scherm geprojecteerd: “Uw resultaten werden goed ontvangen. U kan een afspraak maken bij uw huisarts om uw resultaten te bespreken”. Wanneer de patiënt terugkwam bij de huisarts, kon de huisarts inloggen met gebruikersnaam en wachtwoord op de website, waar men aan de hand van de registratiecode van de patiënt, de resultaten kon raadplegen. Alvorens de huisarts de resultaten te zien kreeg, moest men eerst op een schaal van 0 t.e.m. 10 aangeven in welke mate men een vermoeden had van distress, somatisatie, angst en depressie bij deze patiënt. Vervolgens kreeg hij/zij de scores voor de vier verschillende dimensies te zien, alsook de antwoorden van de patiënt op iedere individuele

vraag van de 4DKL. Antwoorden van patiënten op de vragenlijst over achtergrondkenmerken en het praktisch gebruik van de online tool, werden bewaard door de huisarts.

In een tweede deel van het onderzoek werden huisartsen bevraagd over de meerwaarde van deze online 4DKL in de huisartsen praktijk. Dit gebeurde aan de hand van een online vragenlijst, die via mail werd verstuurd naar de individuele artsen (bijlage 5).

2.6. Verwerking gegevens

De achtergrondvariabelen van de onderzoekspopulatie, de mening van de patiënt over de online 4DKL en de evaluatie van de online 4DKL door de artsen werden beschrijvend geanalyseerd met behulp van (gecumuleerde) staaf- en taartdiagrammen. Frequenties werden ofwel vermeld als absolute aantallen ofwel als percentages, afhankelijk van het type antwoord.

Om de inschatting van de artsen te vergelijken met de score volgens de 4DKL-lijst werd gebruik gemaakt van een variantieanalyse (one-way ANOVA, analysis of variance). De subscores van de 4 dimensies volgens de 4DKL werden hierbij categoriek ingedeeld in een laag, matig en hoog risico groep, in overeenstemming met de beschreven cut-offs van de vragenlijst. De bekomen F-statistiek beschreef enkel of er een significant verschil aanwezig was tussen de inschatting van de huisarts in de laag, matig en hoog risico groep. Daarom werd ter aanvulling van de bekomen F-statistiek, een Bonferroni post-hoc correctie uitgevoerd om de onderlinge verschillen tussen de risicogroepen te beoordelen naar significantie. De verschillende verdeling van de risicogroepen werd afgebeeld met klassieke boxplots. Het significantieniveau werd klassiek vastgelegd op 5%.

Voor deze analyses werd gebruik gemaakt van Excel 2016 en SPSS versie 22.

2.7. Goedkeuring ethische commissie

Alle patiënten ondertekenden een informed consent alvorens deel te nemen aan de studie. De opleidingspecifieke ethische begeleidingscommissie van de opleiding “Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.) heeft het voorstel tot dit onderzoek (bijlage 6) onderzocht en gunstig geadviseerd (referentienummer mp11608) (bijlage7).

3. Resultaten

In totaal stemden 22 artsen toe met deelname aan de studie. Over een periode van zes maanden, hebben 16 artsen de tool effectief gebruikt. Twee van deze artsen gaven de link voor de online vragenlijst 1 tot 2 keer mee aan hun patiënt, zonder vervolg. In totaal hebben dus 14 artsen de tool minstens één keer volledig gebruikt, m.n. inclusief het meegeven van de link als het bespreken van de resultaten. De voornaamste reden die artsen aangaven om de tool niet te gebruiken was “tijdgebrek” of “er niet aan denken”.

In totaal namen 68 patiënten deel aan de studie. Aan 17 overige patiënten werd de link voor de online vragenlijst meegegeven, maar deze patiënten vulden de vragenlijst nooit in. 11 van deze patiënten kwamen uit éénzelfde praktijk. Het gebruik van de tool was niet gelijkmatig verdeeld over de verschillende artsen. 51 patiënten (75%) werden geregistreerd door 4 artsen, allemaal HAIO’s. De overige 9 artsen registreerden 1 tot 4 patiënten.

3.1. Karakteristieken studiepopulatie

A. Leeftijd en geslacht

De meerderheid van de patiënten was vrouwelijk (71%) (zie fig.1) en tussen de 20 en de 60 jaar oud (85%). Zes procent was ouder dan 60 jaar en 9% was jonger dan 20 jaar. Er werden geen patiënten geïncludeerd onder de 15 jaar (zie fig.2).

B. Aanmeldingsklacht

De indicatiestelling was het vermoeden van psychisch lijden bij de patiënt, psychosomatiek inbegrepen. De meest voorkomende aanmeldingsklachten waren dan ook: futloosheid, vermoeidheid, anhedonie, concentratiestoornissen, slaapproblemen, “depressief zijn”, angstgevoelens en meerdere onverklaarbare lichamelijke klachten (zie fig. 3).

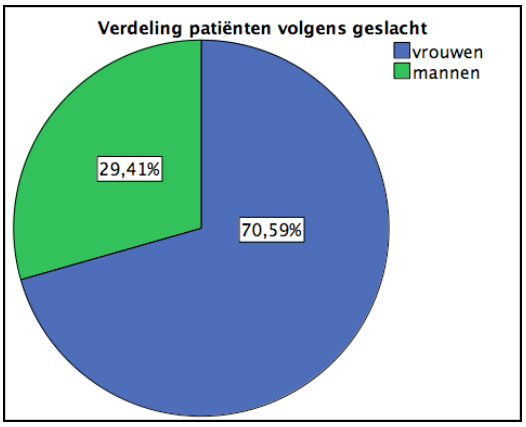


Fig 1: Geslacht patiënten

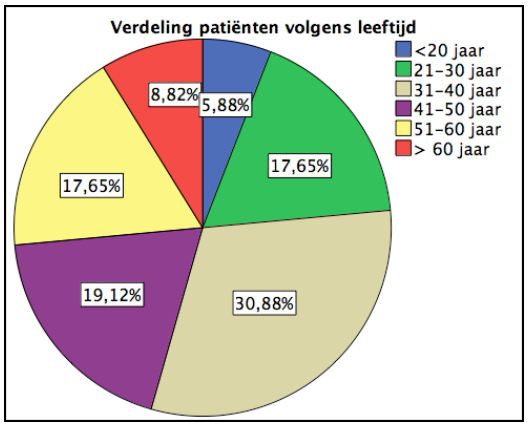


Fig 2: Leeftijd patiënten

C. Psychiatrische voorgeschiedenis?

19 patiënten hadden een psychiatrische voorgeschiedenis, m.n. een depressie, burn out of angstproblematiek. Depressie werd 11 keer gemeld, burn out 2 keer en angststoornissen 3 keer.

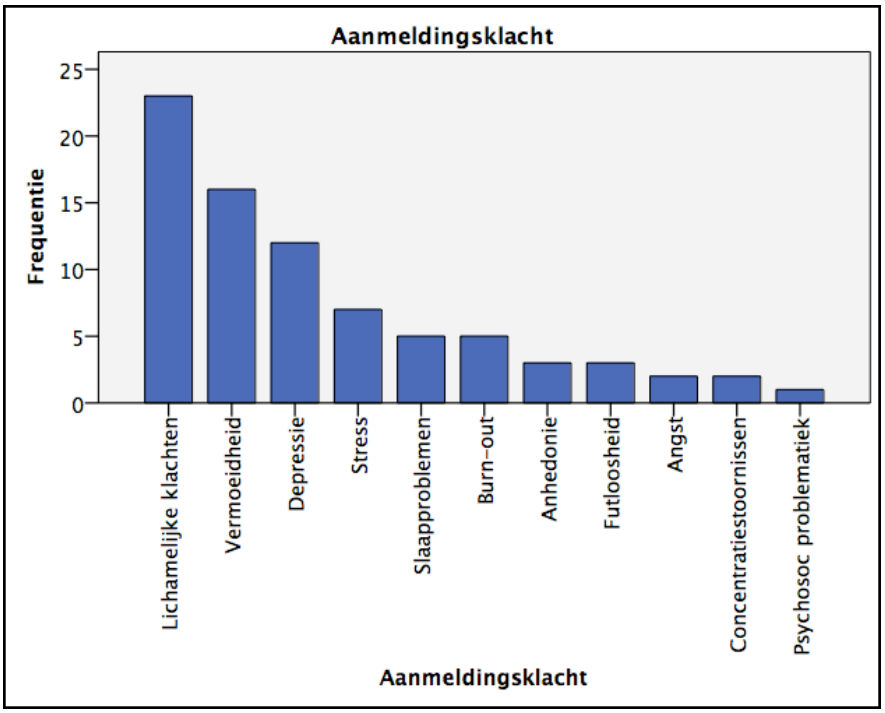


Fig. 3: Aanmeldingsklacht

3.2. De mening van patiënten over de 4DKL vragenlijst

A. Tijd om online 4DKL in te vullen

Patiënten gaven zelf aan hoeveel tijd ze nodig hadden om de online 4DKL in te vullen. De meerderheid (53%) had 5 tot 10 minuten tijd nodig (zie fig. 4). Van de patiënten die meer tijd nodig hadden, waren 9 patiënten Nederlandstalig en 3 patiënten anderstalig opgevoed. Dit betekent dat 11% van de Nederlandstaligen en 33% van de anderstaligen meer dan 10 minuten tijd nodig had. Van de patiënten die minder dan 5 minuten tijd nodig hadden, was slechts 1 patiënt anderstalig.

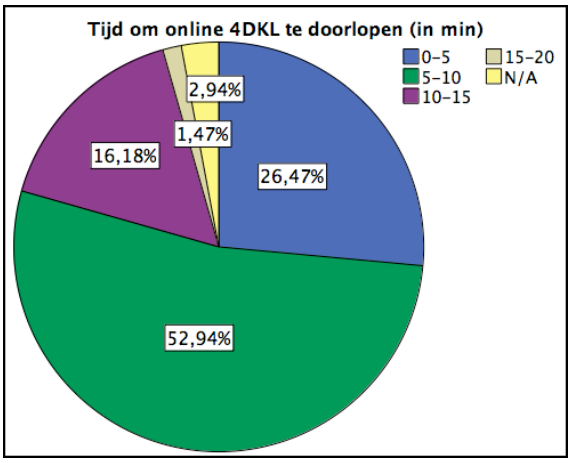


Fig. 4: Tijd om de online 4DKL in te vullen

B. Mening van de patiënt over de gebruiksvriendelijkheid van de tool en het nut voor de arts

Alle patiënten die de online 4DKL invulden, vonden het gebruik van de tool gemakkelijk en duidelijk. Tevens vonden ze de informatie nuttig voor de arts, met uitzondering van drie patiënten die neutraal antwoordden op deze vraag.

3.3. Vergelijking intuïtie arts en resultaten 4DKL

A. Distress

Distress werd over de ganse lijn hoog ingeschat door huisartsen in vergelijking met de waarden gemeten volgens de 4DKL. In 3 gevallen (4.4%) gaven huisartsen een score <5. Volgens de 4DKL scoorden 9 patiënten (13.2%) laag op distress, 19 matig en 40 hoog. In de laag risico groep was de gemiddelde score van de huisarts 6.22/10, in de matig risico groep 8.0/10 en in de hoog risico groep 7.98/10. De inschatting door de huisarts is significant verschillend voor patiënten uit de laag risico groep enerzijds en patiënten uit de matig (p-waarde = 0.022) en hoog risico groep (p-waarde = 0.012) anderzijds. Er is geen verschil tussen de inschatting van de huisarts voor de matig en hoog risico groep.

B. Depressie

Voor depressie scoorden de huisarts 35 keer <5 (51.5%). Volgens de 4DKL scoorden 29 patiënten laag op depressie, 20 patiënten (29.4%) matig en 19 patiënten (27.9%) hoog. In de laag risico groep ligt de gemiddelde score van de huisarts op 3.45, in de matig risico groep op 4.15 en in de hoog risico groep op 5.05. Er is een tendens aanwezig dat de huisarts een hogere inschatting geeft zo de patiënt ook hoger scoort op de 4DKL, maar dit verschil is niet significant.

C. Angst

Angst wordt over de ganse lijn laag ingeschat door de huisarts. Voor 47 (69,1%) patiënten gaven de huisartsen een score van <5. In de laag risico groep ligt de gemiddelde score van de huisarts op 2.88, in de matig risico groep op 3.00 en in de hoog risicogroep op 4.06. Er is geen verband tussen de inschatting van de huisarts en de score gemeten volgens de 4DKL.

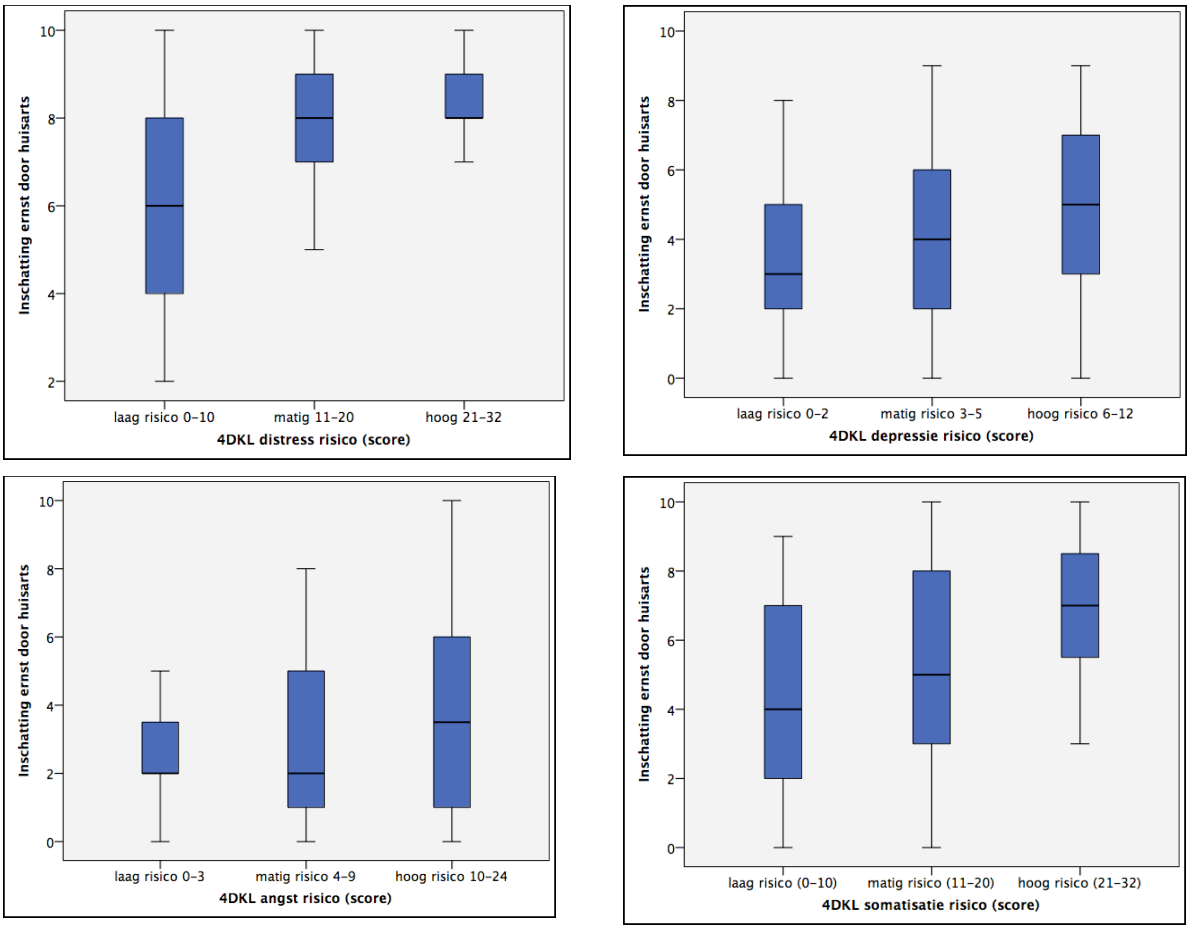


Fig. 5: vergelijking 4DKL score met inschatting van de huisarts op een schaal van 0 tot en met 10

D. Somatisatie

De gemiddelde inschatting van de huisarts in de laag risico groep is 4.53/10, in de matig risico groep 5.23/10 en in de hoog risicogroep 6.9/10. Er is een significant verschil (p-waarde = 0.020) tussen de scores voor de laag en hoog risico groep.

3.4. Mening van artsen over de online 4DKL

14 artsen hebben de tool minstens één keer volledig gebruikt. Twee artsen gaven de tool 1 tot 2 keer mee aan de patiënt, zonder verder vervolg. De redenen die werden gegeven voor het niet gebruiken van de tool was “tijdsgebrek” en “er niet aan denken”. De artsen die de

tool minstens één keer volledig gebruikt hebben, gaven allemaal hun mening over het gebruik van de online 4DKL via een online vragenlijst.

A. Duidelijkheid over het gebruik van de online 4DKL

Er werd gepeild bij de artsen, na het krijgen van de introductiesessie, naar de duidelijkheid van het gebruik van de 4DKL. De meeste artsen vonden zowel de indicatiestelling als de interpretatie van de resultaten en het praktisch gebruik van de online tool duidelijk. Tweeartsen gaven aan dat ze de interpretatie van de resultaten eerder onduidelijk vonden. Redenen die artsen hiervoor aangaven, waren: 1/onduidelijk of de arts de resultaten moest beschouwen als een duiding van de pathologie of als een tool om een verwijzing te motiveren en 2/ verwarring omdat de huisarts zelf een risico-inschatting moest geven op een schaal van 10 en de 4DKL scores volgens andere schalen werkten. Eén arts antwoordde op de drie stellingen neutraal omdat hij/zij niet aanwezig was op de mondelinge introductiesessie. Deze arts ontving de uitleg enkel via mail.

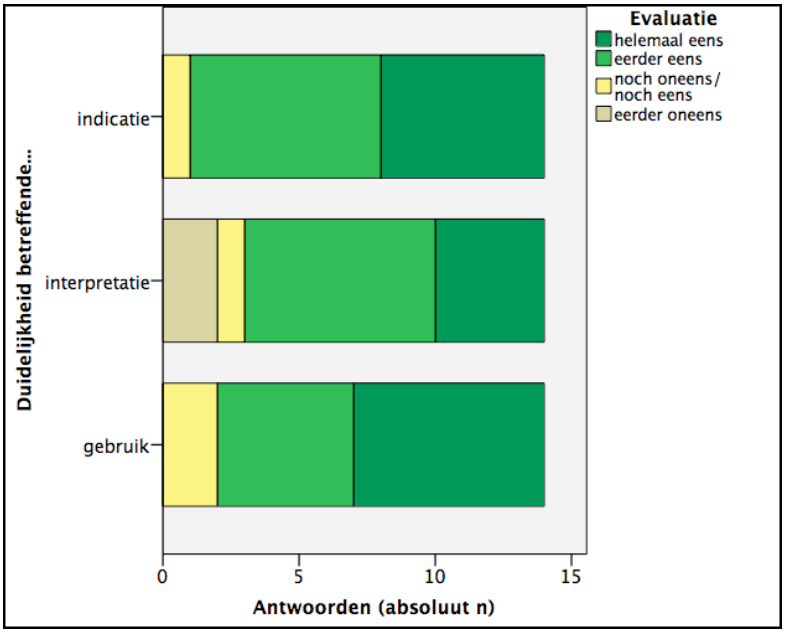


Fig. 6: duidelijkheid voor de artsen over indicatiestelling voor gebruik van de 4DKL, de interpretatie van de resultaten en het praktisch gebruik van de online tool.

B. Drempels om de online 4DKL vragenlijst te gebruiken in de praktijk

Zesvan de 14 artsen ervaarden geen drempel tegenover de patiënt om de vragenlijst mee te geven. Voor de 8 anderen was dit soms wel het geval. Zij gaven volgende drempels aan: 1/het gevoel dat de patiënt hier niet voor open stond (was voornamelijk het geval bij psychosomatiek), 2/te weinig computerkennis, 3/ te veel agitatie bij de patiënt tijdens de eerste consultatie (dan werd de online 4DKL soms alsnog meegegeven bij een volgende consultatie) en 4/het feit dat de arts de patiënt al te lang begeleidde omwille van een psychisch of psychosociaal probleem. De huisarts vond het vreemd om in dit stadium, wanneer hij/zij reeds uitgebreid was ingegaan op de psychische klachten van de patiënt, de vragenlijst alsnog te gebruiken.

C. Doel van de 4dkl in de huisartsenpraktijk

Aan de artsen werd gevraagd voor welk doeleinde ze de online 4DKL vragenlijst het meest interessant vonden. “Tweesporenbeleid bij psychosomatische klachten”, “het signaleren en duiden van psychosomatiek” en “psychische problemen bespreekbaar maken”, werden het vaakst vermeld (zie fig. 7).

Met betrekking tot de functie en het doeleinde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk werden enkele stellingen geformuleerd. De meerderheid van de artsen waren het eens met alle stellingen. Op sommige stellingen werd neutraal geantwoord. Er was het meeste discussie over de stelling dat de 4DKL de ernst van het probleem goed inschatte. Eén arts was het hiermee oneens en 4 artsen waren het noch eens/noch oneens. Met de stelling dat de 4DKL een goed instrument is voor de inschatting van angst en depressie was één arts het oneens en drie artsen noch eens/noch oneens(zie fig. 8).

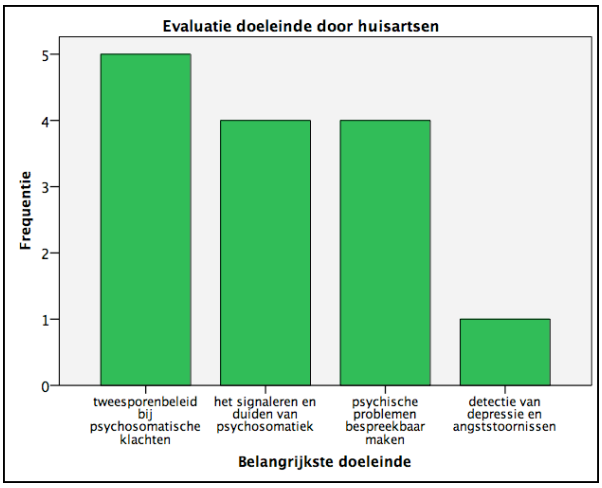


Fig. 7: voornaamste doeleinde van de 4DKL volgens huisartsen

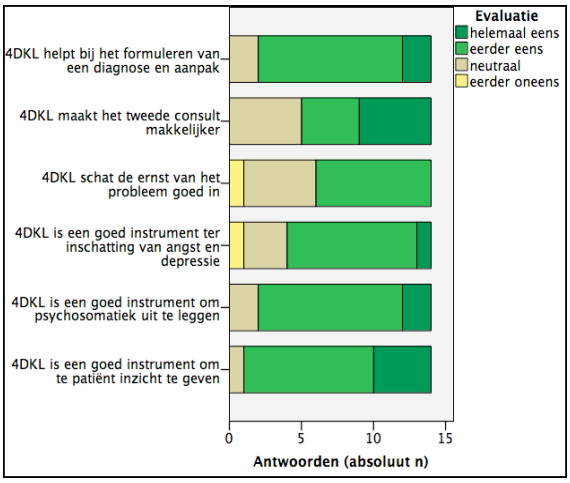


Fig. 8: Stellingen met betrekking tot de functie en het doeleinde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk

Eén van de mogelijke functies van de 4DKL is het detecteren van angst en depressie bij patiënten met psychische klachten. In die optiek werd nagegaan of het resultaat van de 4DKL voor de arts soms als “onverwacht” werd ervaren en in welke gevallen dit het meeste voorkwam. Iedere arts ervaarde soms, regelmatig of vaak een onverwacht resultaat (zie fig 9). Vijf artsen gaven aan dat de scores op angst vaak hoger waren dan verwacht. Eén arts gaf aan dat de score op depressie vaak lager was dan verwacht. De overige artsen konden niet antwoorden op deze vraag omdat zij de tool te weinig gebruikt hebben om hierin een patroon te herkennen.

D. Tijdsaspect

Een (voorzichtige) meerderheid (57%) gaf aan dat de online tool over de ganse lijn zorgde voor tijdwinst ten opzichte van dezelfde problematiek zonder gebruik van deze tool. 36% van de artsen beschouwden dit als noch tijdverlies/noch tijdwinst. De overige artsen (7%) beschouwden dit als eerder tijdverlies (zie fig.10). De reden van tijdverlies was steeds dezelfde m.n. het informatiseren over de studie en het papierwerk dat hiermee gepaard ging

(informed consent ondertekenen en formulier over psychiatrische voorgeschiedenis invullen).

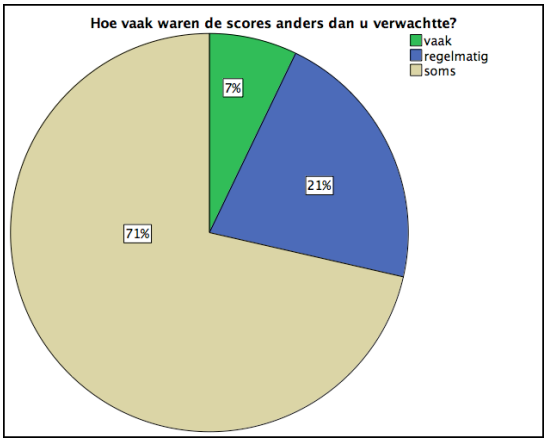


Fig. 9: Onverwacht resultaat van de 4DKL voor de arts

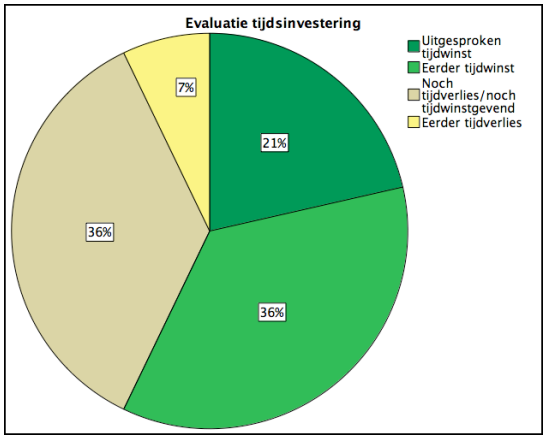


Fig. 10: tijdsinvestering door de arts bij gebruik van de online 4DKL

E. Gebruiksvriendelijkheid van de online tool voor artsen

Bijna alle artsen vonden het gebruik van de online 4DKL gemakkelijk. Eén arts vond dit niet en twee artsen antwoordden neutraal (zie fig 11). Dezelfde twee artsen antwoordden neutraal op de stelling dat de online versie van de 4DKL een meerwaarde vormt tegenover de papieren versie van de 4DKL. Alle andere artsen waren het wel (helemaal) eens met deze stelling.

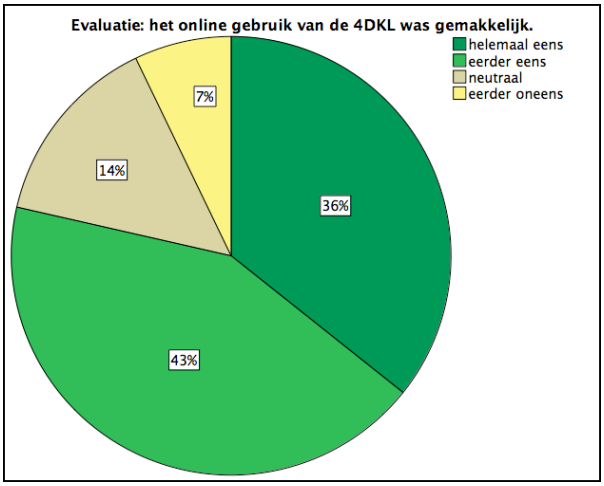


Fig. 11: Gebruiksvriendelijkheid van de online 4DKL

F. De belangrijkste plus- en minpunten van de online 4DKL vragenlijst volgens artsen

De pluspunten van de online versie tegenover de papieren versie die artsen aanhaalden zijn 1/het snelle en overzichtelijke resultaat, 2/het feit dat er geen papierwerk meer aan te pas kwam en resultaten dus ook niet verloren konden gaan, 3/de mogelijkheid om als arts de resultaten in te kijken voor de patiënt op consultatie komt en 4/het automatisch uitrekenen van de scores. Andere, algemene pluspunten van de 4DKL die artsen opsomden zijn: 1/mogelijkheid om te temporiseren, 2/bespreekbaar maken van psychosomatiek, 3/het feit dat de patiënt in de thuissituatie rustig op al deze vragen kon antwoorden en 4/de mogelijkheid om patiënt zelf tot ziekte-inzicht brengen.

De minpunten die genoemd werden met betrekking tot de online versie op zich waren 1/het feit dat men de resultaten niet rechtstreeks kan integreren in het dossier en 2/dat sommige patiënten niet met de computer overweg kunnen. Andere minpunten die opgesomd werden door artsen betreffende het gebruik van de 4DKL in het algemeen binnen de huisartsenpraktijk waren 1/de terughoudendheid van artsen om patiënten enkel te laten terugkeren om het resultaat van een vragenlijst te bespreken, 2/patiënten die het nog niet gewoon zijn om te werken met vragenlijsten in de huisartsenpraktijk, 3/de valkuil om alleen nog het resultaat van de vragenlijst in acht te nemen terwijl deze niet altijd betrouwbaar is en 4/ dat de resultaten afhangen van de motivatie van de patiënt om deze vragenlijst in te vullen.

Tenslotte werd nog gevraagd aan de artsen hoe nuttig zij het gebruik van de online 4DKL in de huisartsenpraktijk inschatten. Zij konden hun inschatting weergeven volgens een schaal van 0 tot en met 10, waarbij 0=helemaal niet nuttig en 10=zeer nuttig. De gemiddelde score was 7.71/10 (5-9).

4. Discussie

4.1. Online 4DKL in de huisartsenpraktijk

A. Ervaring artsen

Het praktisch gebruik van de online tool werd door de meeste artsen als duidelijk, overzichtelijk en gemakkelijk ervaren. De meerderheid van de artsen gaf aan dat de online versie een voordeel was tegenover de papieren versie. Dit omwille van het snelle en overzichtelijke overzicht en omdat men de scores niet meer handmatig moest uitrekenen en men geen resultaten meer op papier moest bewaren. Deze bevindingen komen overeen met het onderzoek van Liesbeth Dendooven, die de implementatie van de papieren versie van de 4DKL in de huisartsenpraktijk onderzocht. Hier was de unanieme opmerking van huisartsen dat een online tool handig zou zijn. (7) Bijkomend werd als verbeterpunt aangegeven dat een rechtstreekse implementatie in het elektronisch medisch dossier nog handiger zou zijn. Op te merken valt dat de artsen uit deze studie nooit met de papieren versie hebben gewerkt. Zij kregen wel een illustratie hiervan tijdens de introductiesessie. Eveneens valt op te merken dat 8 van de 22 artsen die toestemden om deel te nemen aan de studie, de tool niet gebruikt hebben. Zij konden bijgevolg hun ervaring hieromtrent niet duiden. De reden hiervoor was telkens tijdgebrek of “er niet aan denken”. Andere praktische bezwaren werden niet gemeld.

De meerderheid van de artsen die de tool wel gebruikten, ervaarden dit als tijdwinstgevend in de praktijk. Indien men tijdverlies rapporteerde, was dit steeds gelinkt aan het studie gerelateerde papierwerk. Deze administratie vervalt uiteraard indien de tool buiten studieverband zou geïmplementeerd worden in de praktijk. Verschillende redenen voor

tijdwinst werden aangehaald. Zo kon men de anamnese beperkter houden, de eerste consultatie efficiënter afronden en bij een volgende consultatie sneller tot de kern van het probleem komen. Dit komt overeen met de bevindingen van Liesbeth Dendooven. Het enige verschilpunt met haar onderzoek, is dat “het uitrekenen van de scores” nu wegvalt als oorzaak van tijdverlies.

Er valt op te merken dat de mate waarin de verschillende artsen de online 4DKL gebruikten, onevenredig verdeeld is. 75% van de patiënten werd geregistreerd door 4 artsen, allemaal HAIO’s. Hun ervaring was zeer positief, zowel wat het praktisch gebruik als wat het tijdsaspect betreft. Mogelijks is dit omdat zij door het veelvuldig gebruik, gewend waren om met deze tool te werken. Een andere mogelijkheid is dat zij omwille van hun jonge leeftijd meer vertrouwd zijn met het gebruik van online tools. Ten slotte zou het kunnen dat zij omwille van hun beperktere ervaring als huisarts, een grotere meerwaarde zien in een dergelijk hulpmiddel om beter met psychische of psychosociale problemen om te gaan. Echter, zoals eerder vermeld, was ook de ervaring van de overige artsen in de meeste gevallen positief.

In deze studie werd vooral gefocust op het praktische gebruik van de online tool, minder op de inhoud van de 4DKL Enkel de functie in de huisartsenpraktijk en een inschatting van het “algemene nut” werd opnieuw bevraagd. Qua algemeen nut gaven huisartsen een gemiddelde score van 7.71/10. Dit komt opnieuw overeen met de inschatting van het algemeen nut van de papieren versie. (7) De belangrijkste doeleinden aangegeven door de arts, waren: 1/tweesporenbeleid bij het vermoeden van psychosomatiek, 2/signaleren en duiden van psychosomatiek en 3/bespreekbaar maken van psychische problematiek. In de

literatuur beschrijft men dit ook als de voornaamste doeleinden. (18) Mogelijks worden deze doeleinden als meest nuttig ervaren omdat het openen van een gesprek over psychische problematiek voor huisartsen nog steeds moeilijk blijft. Dit is zeker het geval in kader van psychosomatiek, waar de patiënt zich meestal presenteert met lichamelijke klachten. Indien een patiënt zich aanmeldt met depressieve of angstklachten, dan is de aanzet tot het bespreken van psychische problematiek reeds gezet.

Andere mogelijke doeleinden zijn detectie van depressie en angst en het inschatten van de ernst van de problematiek. Ook voor deze doeleinden werd de 4DKL door de meeste artsen als nuttig geacht, maar door niemand gemeld als “voornaamste”.

B. Ervaring patiënten

Alle patiënten die de tool gebruikten, vonden het gebruik gemakkelijk en duidelijk. Een uitgesproken meerderheid vond deze informatie nuttig voor hun arts. Wel valt op te merken dat 17 patiënten de link voor de online vragenlijst ontvingen, maar deze nooit invulden. De reden hiervoor is werd niet bevraagd, maar mogelijks is dit omdat zij deze informatie niet of minder nuttig achtten voor hun arts.

De patiënt had gemiddeld 5 à 10 minuten tijd nodig om de vragenlijst in te vullen. 17.5% had meer dan 10 minuten tijd nodig. In de groep die er langer over deed, was het relatief aantal anderstaligen, hoger dan het relatief aantal Nederlandstaligen. Anderstaligen doen er gemiddeld gezien dus langer over dan Nederlandstaligen, wat logisch is. In het onderzoek van Liesbeth Dendooven was er 28,5% die er langer over deed dan 10 minuten (7). Men zou dus kunnen besluiten dat het invullen van de online tool voor meerdere patiënten subjectief

minder tijd vraagt dan het invullen van de papieren versie, ongeacht taal- en leeftijdsverschillen.

4.2. Vermoeden van de huisarts vergeleken met de 4DKL score

Wat distress en somatisatie betreft, komt het vermoeden van de huisarts vrij goed overeen met de resultaten van de 4DKL. Wat angst en depressie betreft daarentegen niet. Angst wordt meestal lager ingeschat door de huisarts, depressie soms te laag en soms te hoog. Verschillende data uit de jaren ’90, waarbij het oordeel van de huisarts vergeleken werd met gestandaardiseerde interviews, toonden aan dat zowel depressie als angst ondermaats gedetecteerd worden door de huisarts. (29) De laatste decennia is de aandacht voor psychische problemen in de huisartsenpraktijk wel toegenomen, waardoor detectie actueel mogelijks verbeterd is. (30) In deze studie komt dit echter niet tot uiting wat angst en depressie betreft. Men kan hieruit besluiten dat huisartsen in hun anamnese meer aandacht moeten hebben voor het expliciet bevragen van angst- en depressieklachten. De 4DKL is een handige tool om hen hierin bij te staan. Depressie wordt in dit onderzoek ook regelmatig te hoog ingeschat door huisartsen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de 4DKL één van de weinige vragenlijsten is die een onderscheid maakt tussen distress en depressie. Zoals eerder reeds beschreven, is de verdeling van de items tussen de distress en de depressie schaal voor discussie vatbaar. Sommige symptomen zoals anhedonie, lusteloosheid en neerslachtigheid behoren in de 4DKL tot de distressschaal. Bij een positief antwoord op deze vragen zal dit volgens de 4DKL tot uiting komen met een hogere score op distress, terwijl dit voor de huisarts doet denken aan depressie. Het is weliswaar enkel in combinatie met nog andere symptomen dat men de diagnose van depressie kan stellen. In die zin is de 4DKL ook goed om meer zicht te krijgen op het totaalbeeld van symptomen bij de patiënt. Op deze

manier worden patiënten niet te snel bestempeld met de diagnose depressie en kan een gesprek geopend worden naar mogelijke oorzaken van distress.

Mogelijks worden depressie en angst ook minder adequaat ingeschat omdat de huisarts de tool vaker gebruikte in kader van psychosomatiek, zoals af te leiden was uit de aanmeldingsklacht waarbij de patiënt zich presenteerde. Bijgevolg had de arts mogelijks minder aandacht voor het bevragen van depressie en angststoornissen. Een andere mogelijke reden is dat de cut-off waarden voor de dimensies distress en somatisatie in de ontwikkeling van de 4DKL werden bepaald op basis van het vermoeden van de huisarts. (22) Het is dus logisch dat de vergelijking tussen beiden in dit onderzoek ook meer overeen komt voor deze dimensies. De cut-off waarden voor angst en depressie daarentegen werden bepaald in vergelijking met gestandaardiseerde interviews voor het inschatten van angst en depressie volgens de DSM IV criteria. Ten slotte valt nog op te merken dat in het onderzoek niet expliciet gevraagd werd aan de huisartsen om hun anamnese af te stellen op het inschatten van de vier verschillende dimensies. De 4DKL werd hen als hulpmiddel aangeboden om dit in te schatten. Indien men de artsen zou gevraagd hebben een zo goed mogelijke inschatting te geven op basis van hun anamnese, zonder dat zij de resultaten van de 4DKL zelf zouden gebruiken, dan was de overeenkomst mogelijks beter geweest. Er werd niet gekozen voor deze laatste optie omdat de bevraging op de eerste plaats de meerwaarde van de online tool in de huisartsenpraktijk wou inschatten.

4.3. Plus- en minpunten van de studie

De voordelen van de 4DKL vragenlijst bij psychische problemen werden in dit onderzoek mooi naar voren gebracht. Voor alle deelnemende artsen was dit onderzoek een eerste kennismaking met een online vragenlijst voor de patiënt in kader van psychische problemen,

eveneens een eerste kennismaking met de 4DKL. Voor zover gekend was het de eerste keer dat de angst en depressie schalen volgens de 4DKL vergeleken werden met het vermoeden van de huisarts. Het online aanbieden van de 4DKL vragenlijst is in het kader van de informatisering van de geneeskunde als pluspunt te weerhouden.

De grootste minpunten van deze studie zijn de relatief kleine onderzoekspopulatie en het relatief groot aantal artsen en patiënten die de tool niet gebruikten. Dit toont aan dat noch de arts, noch de patiënt gewend is met vragenlijsten te werken. Dit werd ook aangegeven als minpunt door de artsen uit het onderzoek zelf. Voor de toekomst is enige gewenning noodzakelijk vooraleer een vragenlijst zoals de 4DKL succes kan boeken in de huisartsensetting. Met het digitaliseren van dergelijke vragenlijsten, wordt de praktische implementatie in de huisartsenpraktijk vergemakkelijkt. Ook de onevenwichtige verdeling in het gebruik van de online tool tussen de verschillende artsen is een nadeel van dit onderzoek om globale uitspraken te kunnen doen. Ten slotte kan men geen sluitende uitspraken doen over de vergelijking tussen de inschatting van de huisarts en de 4DKL score omdat de 4DKL net als hulpmiddel in de diagnostiek werd aangeboden, wat maakt dat de anamnese om de vier verschillende dimensies in te schatten, mogelijks beperkter verliep en bijgevolg ook anders werd ingeschat.

4.4. Toekomstig onderzoek

Om de plaats van deze online 4DKL in de huisartsenpraktijk beter in kaart te brengen, dient gelijksoortig onderzoek uitgevoerd te worden op grotere schaal. In het onderzoek kwam tevens naar voren dat depressie en angst mogelijks ondermaats gedetecteerd worden in de huisartsenpraktijk. Nader onderzoek is nodig om dit te bevestigen. Het onderzoek toonde aan dat volgens artsen de 4DKL bijdraagt tot een beter ziekte inzicht van de patiënt. Verder

onderzoek zou kunnen aantonen of dit ziekte-inzicht zich effectief vertaald in een betere compliance wat doorverwijzing en behandeling betreft. Hierop volgend zou een analyse van de kosteneffectiviteit van het gebruik van de 4DKL nuttig zijn.

5. Besluit

De online 4DKL wordt als duidelijk, gemakkelijk en nuttig ervaren binnen de huisartsenpraktijk. Het is een praktische tool die als tijdwinstgevend wordt beoordeeld in de dagelijkse praktijk. Voornaamste doeleinden volgens artsen zijn het signaleren en duiden van psychosomatiek, tweesporenbeleid bij het vermoeden van psychosomatiek en het bespreekbaar maken van psychische problematiek in het algemeen. Ook patiënten ervaren de tool als gemakkelijk en nuttig voor hun arts. De 4DKL kan een hulpmiddel zijn om depressie en angstklachten aan het licht te brengen. Uit dit onderzoek blijkt immers dat deze stoornissen ondermaats gedetecteerd worden. Grootschaliger onderzoek, dat zich specifiek hierop focust, is echter noodzakelijk om deze conclusies te bevestigen.

Referenties

1. Else Tambuyzer. Vergelijking terugbetaling van psychotherapie en psychologische begeleiding door de verschillende mutualiteiten [Internet]. Vlaams patiëntenplatform en opgang; 2017. Available from: http://vlaamspatientenplatform.be/_plugin/ckfinder/userfiles/files/2017 Overzichtstabel terugbetaling psychotherapie.pdf
2. Terugbetaling psychologen mag geen nieuwe drempels opwerpen. Knack [Internet]. 2015 Jun 12; Available from: http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/terugbetaling-psychologen-mag-geen-nieuwe-drempels-opwerpen/article-normal-578289.html
3. Kohn L, Obyn C, Adriaenssens J, Christianes W, Van Cauter X, Eyssen M et al. Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg [Internet]. 2016. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf
4. Van Weel-Baumgarten E, Van Gelderen M, Grundmeijer H, Licht-Strunk E, Van Marwijk H, Van Rijswijk H et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet. 2012;55(6):252-9.
5. Hassink-Franke L, Terluin B, Van Heest F, Hekman J, Van Marwijk H, Van Avendonk M et al. NHG-Standaard Angst. Huisarts Wet. 2012;55 (2); 2-19.
6. Olde Hartman T, Blankenstein A, Molenaar A, Bentz van den Berg D, Van der Horst H, Arnold A et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten. Huisarts Wet. 2013;56(5):222-30.
7. Dendooven L, Goedhuys J, Nuland M Van. Dokter, het gaat niet meer! De meerwaarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartsenpraktijk. KU Leuven; 2016.
8. Van der Heyden J CR. Gezondheidsenquete 2013 rapport 1: gezondheid en welzijn [Internet]. 2013. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde documenten/summ_HS_NL_2013.pdf
9. Truyers C, Bartholomeeusen S, Buntinx F. Geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk incidenties op basis van integoregistraties. Huisarts Nu. 2012;41(1).
10. Vannieuwenborg L, Buntinx F, De Lepeleire J. Presenting prevalence and management of psychosocial problems in primary care in Flanders. Arch public Heal. 2015;73(10).
11. Zwaanswijk M, Verhaak P. Effectieve kortdurende interventies voor psychische Problemen Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening [Internet]. Nivel. 2009. Available from: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-interventies-psychische-problemen.pdf
12. Thombs B, Coyne J, Cuijpers P, de Jonge P, Gilbody S, Ioannidis J, et al. Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. Can Med Assoc J. 2012 Mar 6;184(4):413–8.
13. Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, Gilbody S, Churchill R, Aiken L, et al. Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016; Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011119.pub2/abstract
14. Dowrick C, Leydon G, McBride A, Howe A, Burgess H, Clarke P, et al. Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework. Br Med J. 2009;338(b663):1–6.
15. Wood F, Pill R, Prior L, Lewis G. Patients' opinions of the use of psychiatric case-finding questionnaires in general practice. Health Expect. 2002 Dec;5(4):282–8.
16. Lucassen P, Postma S OHT. Ggz-vragenlijsten staan persoonsgerichte zorg in de weg. Huisarts Wet. 2017;60(3):112–4.
17. Terluin B. De 4DKL bevordert juist persoonsgerichte zorg. Huisarts Wet. 2017;60(3):115.

18. Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk H. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts Wet. 2008;51:251–5.

19. Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) - Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet. 1996;39(12):538–47.

20. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk. Psyhodiagnostisch gereedschap. De psycholoog. 1998;1:18–24.

21. Brouwers E. Lekenterm als diagnose. Achter “overspanning” gaan vaak ernstige klachten schuil. Med Contact (Bussum). 2005;60 (3):100–2.

22. Terluin B, van Marwijk HWJ, Adèr HJ, de Vet HCW, Penninx BWJH, Hermens MLM, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry. 2006;6:34.

23. Declercq T, Habraken H, Van Den Ameele H, Callens J, De Lepeleire J, Cloetens H. Depressie bij volwassenen [Internet]. Domus Medica 2016. Available from: http://www.domusmedica.be/varia/docman-alles/publiek/praktijkdocumenten/richtlijnen/1325-depressie-bij-volwassene/file.html

24. American Psychiatric Association. Beknopt overzicht van de criteria DSM-5. Uitgeverij Boom. 2014.

25. Terluin B, Brouwers EPM, van Marwijk HWJ, Verhaak PFM, van der Horst HE. Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). BMC Fam Pract. 2009;10:58.

26. Van Balkom A, Gabriëls L VDHO. Angst, obsessieve-compulsieve stoornis en trauma in de DSM-5. Tijdschr Psychiatr. 2014;56(3):177–81.

27. Terluin B, Oosterbaan DB, Brouwers EPM, van Straten A, van de Ven PM, Langerak W, et al. To what extent does the anxiety scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detect specific types of anxiety disorder in primary care? A psychometric study. BMC Psychiatry. 2014;14:121.

28. Van Der Feltz-Cornelis C, Van Houdenhove B. DSM-5: van somatoforme stoornissen naar “somatic symptom and related disorders”. Tijdschr Psychiatr. 2014;56(3):182–6.

29. Lecrubier Y. Widespread Underrecognition and Undertreatment of Anxiety and Mood Disorders: Results From 3 European Studies. J Clin Psychiatry. 2007;68.

30. Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate tratment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. J Clin Psyciatry. 2007;68(2):20–6.

De vier dimensionele klachten lijst (4DKL)

MASTERPROEF HUISARTSGENEEKSUNDE
KAAT IEVEN

Wat is de 4DKL?

- Vragenlijst (50 vragen) voor de patiënt die peilt naar klachten in de afgelopen 7 dagen
- Meet 4 dimensies van psychische klachten:
  1. Distress
  2. Depressie
  3. Angst
  4. Somatisatie

Wat is de 4DKL?

Tabel 1 Voorbeeldvragen en antwoordcategorieën van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)*

Schaal	Voorbeeldvraag	Antwoordcategorieën: nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Distress	voelt u zich de afgelopen week snel geïrriteerd?	☐	☐	☐	☐	☐
	hebt u de afgelopen week het gevoel dat u het niet meer aankunt?	☐	☐	☐	☐	☐
Depressie	hebt u de afgelopen week het gevoel dat u nergens meer plezier in kunt hebben?	☐	☐	☐	☐	☐
	denkt u de afgelopen week weleens: 'Was ik maar dood'?	☐	☐	☐	☐	☐
Angst	hebt u de afgelopen week last van angst- of paniekaanvallen?	☐	☐	☐	☐	☐
	bent u de afgelopen week bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?	☐	☐	☐	☐	☐
Somatisatie	hebt u de afgelopen week last van hartkloppingen?	☐	☐	☐	☐	☐
	hebt u de afgelopen week last van pijn in de buik of maagstreek?	☐	☐	☐	☐	☐

* De volledige 4DKL is te downloaden van www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp.

Resultaten en interpretatie 4DKL

- **Distress**:
  Maat voor spanning die patiënt ervaart en de invloed op zijn/haar functioneren. Geeft aan DAT er iets aan de hand is, maar niet WAT → achterhalen in consult.
- **Depressie**: Hoe hoger de score, hoe hoger de kans op een depressieve stoornis volgens de DSM IV. Sterk verhoogde scores vragen verdere diagnostiek en behandeling.
- **Angst**: Hoe hoger score, hoe hoger de kans op een angststoornis volgens DSM IV. Sterk verhoogde scores vragen verdere diagnostiek en behandeling.
- **Somatisatie**: Geeft aan hoe lichaam (mee) reageert op spanningen. Deur openzetten naar rol van deze spanningen in de klachten van de patiënt.

Resultaten en interpretatie 4DKL

Tabel 2 Interpretatie van de 4DKL-scores

Schaal	Laag	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
Distress	0-10: normale spanningen; in principe geen actie nodig	11-20: verhoogde spanningen met de dreiging van disfunctioneren; stressreductie is wenselijk	21-32: ernstige spanningen met grote kans op disfunctioneren (ziekteverzuim); stressreductie is aangewezen
Depressie	0-2: waarschijnlijk geen depressieve stoornis	3-5: mogelijke depressieve stoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel depressiediagnostiek	6-12: relatief grote kans op een depressieve stoornis; depressiediagnostiek is aangewezen
Angst	0-3 waarschijnlijk geen angststoornis	4-9 mogelijke angststoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel diagnostiek van angststoornissen	10-24 relatief grote kans op één of meer angststoornissen; diagnostiek van angststoornissen is aangewezen
Somatisatie	0-10: relatief normale lichamelijke spanningsklachten	11-20: mogelijke somatisatie met dreigend disfunctioneren; bespreken met patiënt	21-32: grote kans op somatisatie; bespreken met patiënt, overweeg cognitieve gedragstherapie of verwijzing

Resultaten en interpretatie 4DKL

- **Lage** scores → "normale spanning", geen speciale aandacht vereist
- **Matig** verhoogde scores → MOGELIJKS iets aan de hand → eventueel actie ondernemen, sowieso vervolgconsult na enkele weken
- **Sterk** verhoogde scores → ALTIJD actie nodig. Komen tot een gedeelde "diagnose" en een gemeenschappelijk plan van aanpak.

Doel van de 4DKL

- Hulpmiddel om psychosociale klachten in kaart te brengen
- Detectie van alle patiënten die psychisch lijden, ongeacht de specifieke oorzaken (hoge distress score)
- Hulpmiddel om onderscheid te maken tussen psychiatrische stoornis en psychisch lijden tgv psychosociale problemen
- Detectie van patiënten die een relatief grote kans hebben op een ernstige depressieve of angststoornis waarvoor specifieke behandeling noodzakelijk is.
- Bespreekbaar maken van psychische problemen
- Patiënt betrekken, probleem/ziekte-inzicht bij de patiënt en diens motivatie voor behandeling vergroten

Wanneer 4DKL gebruiken?

- OCD, PTSS (?)
- Specifieke fobieën
- verslaving, eetstoornis, antisociaal gedrag, ...



- Vermoeden van psychisch lijden
- Vermoeden van depressieve of angststoornis
- Als je ernst van psychisch lijden wil inschatten
- "lichamelijk onverklaarbare klachten" → tweesporenbeleid
- Patiënt bij wie psychische problematiek moeilijk bespreekbaar is

Onderzoeksvragen

1. Bestaat er een verschil tussen het inschatten van distress/angst/depressie/somatisatie door de huisarts op basis van zijn intuïtie en kennis en met behulp van de 4DKL?

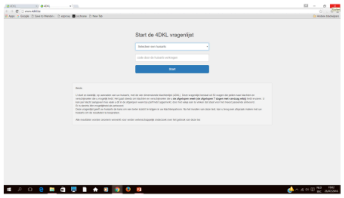
2. Hoe ervaren huisartsen en patiënten het gebruik van de 4DKL via een online tool in de praktijk?

Methode : link meegeven aan patiënt

www.4dkl.be

Huisartsen-praktijk selecteren
+
code (bv. geboorte-datum invullen)

Klikken op START en vragenlijst invullen



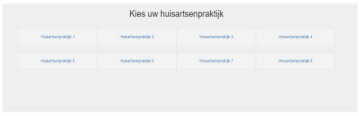
Resultaten patiënt opzoeken

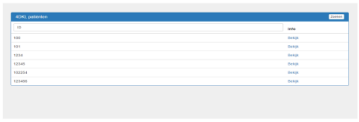
www.4dkl.be/admin

Inloggen:
login = huisarts4dkl
wachtwoord = huisarts4dkl

Eigen huisartsenpraktijk selecteren

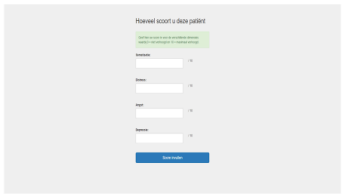
code patiënt opzoeken





eigen score invullen op basis van intuïtie anamnese

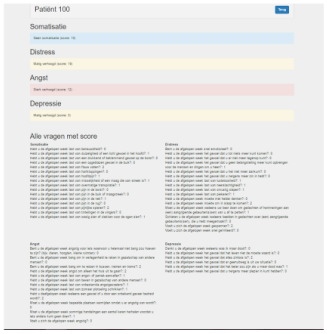
Voor elke dimensie score ingeven op 10, waarbij
0= risico niet verhoogd
10= risico maximaal verhoogd



Resultaten van patiënt bekijken

Score per dimensie weergegeven

Alle vragen apart me score ook weergegeven.



Informatieblad + informed consent + vragenlijst meegeven aan patiënt.



Bijlage 2: Handleiding online tool

Handleiding studie 4DKL

1. Eerste afspraak: bundel met link meegeven aan patiënt
    - www.4dkl.be (niet .nl!)
    - **Code** meegeven aan patiënt: Eerste letter voornaam, eerste letter achternaam en geboortedatum ddmmjjjj + nummer (Bv: Kaat Ieven, geboren op 12/12/1990 wordt dan KI12121990)
    - **Vragenlijst voor patiënt** meegeven
    - **Informed consent** ondertekenen (exemplaar patiënt en arts)
    - **Psychiatrische voorgeschiedenis?**

    → laatste twee papieren (psychiatrische VG + informed consent arts) invullen, afscheuren en in map steken, rest van bundel meegeven aan patiënt

2. Tweede afspraak: bespreking resultaten
    - Ga naar www.4dkl.be/admin
    - Login: huisarts4dkl
      paswoord: huisarts4dkl
    - Eigen praktijk aanklikken
    - Code patiënt opzoeken
    - Eigen vermoeden ingeven voor de verschillende dimensies op een schaal van 0 tem 10, waarbij 0=geen risico en 10=sterk verhoogd risico
    - Resultaten patiënt bekijken

    → Vragenlijst afscheuren van bundel, code patiënt op noteren en ook in map steken.

Bijlage 3: Vragenlijst patiënten

---

1. Leeftijd:……

2. Geslacht

   - Man
   - Vrouw

3. Moedertaal
   - Nederlands
   - Frans
   - Engels
   - Andere, nl……

4. Hoelang heeft u nodig gehad om deze vragenlijst (de 4DKL) in te vullen?
   - 0-5 minuten
   - 5-10 minuten
   - 10-15 minuten
   - 15-20 minuten
   - > 20 minuten

5. Was het duidelijk hoe u deze vragenlijst moest invullen?
   - Ja
   - Neen

   Zo neen: wat zou u veranderen?

   …….

6. Beschouwt u deze informatie voor uw arts als:
   - Nuttig
   - Eerder nuttig
   - Noch nuttig/noch onnuttig
   - Eerder onnuttig
   - Onnuttig

   Waarom?

   ……

7. Met welke klacht bezocht u de huisarts toen hij u deze vragenlijst voorstelde?

   ……..

Bijlage 4: 4DKL vragenlijst

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.
Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?	☐	☐	☐	☐	☐
2. pijnlijke spieren?	☐	☐	☐	☐	☐
3. flauw vallen?	☐	☐	☐	☐	☐
4. pijn in de nek?	☐	☐	☐	☐	☐
5. pijn in de rug?	☐	☐	☐	☐	☐
6. overmatige transpiratie?	☐	☐	☐	☐	☐
7. hartkloppingen?	☐	☐	☐	☐	☐
8. hoofdpijn?	☐	☐	☐	☐	☐
9. een opgeblazen gevoel in de buik?	☐	☐	☐	☐	☐
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien?	☐	☐	☐	☐	☐
11. benauwdheid?	☐	☐	☐	☐	☐
12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is?	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u de afgelopen week last van:					
13. pijn in de buik of maagstreek?	☐	☐	☐	☐	☐
14. tintelingen in de vingers?	☐	☐	☐	☐	☐
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	☐	☐	☐	☐	☐
16. pijn in de borst?	☐	☐	☐	☐	☐
17. neerslachtigheid?	☐	☐	☐	☐	☐
18. zomaar plotseling schrikken?	☐	☐	☐	☐	☐
19. piekeren?	☐	☐	☐	☐	☐
20. onrustig slapen?	☐	☐	☐	☐	☐
21. onbestemde angst-gevoelens?	☐	☐	☐	☐	☐
22. lusteloosheid?	☐	☐	☐	☐	☐
23. beven in gezelschap van andere mensen?	☐	☐	☐	☐	☐
24. angst- of paniek-aanvallen?	☐	☐	☐	☐	☐
Voelt u zich de afgelopen week:					
25. gespannen?	☐	☐	☐	☐	☐
26. snel geïrriteerd?	☐	☐	☐	☐	☐
27. angstig?	☐	☐	☐	☐	☐

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u <u>de afgelopen week</u> het gevoel:					
28. dat alles zinloos is?	☐	☐	☐	☐	☐
29. dat u tot niets meer kunt komen?	☐	☐	☐	☐	☐
30. dat het leven niet de moeite waard is?	☐	☐	☐	☐	☐
31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?	☐	☐	☐	☐	☐
32. dat u 't niet meer aankunt?	☐	☐	☐	☐	☐
33. dat het beter zou zijn als u maar dood was?	☐	☐	☐	☐	☐
34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben?	☐	☐	☐	☐	☐
35. dat er geen uitweg is uit uw situatie?	☐	☐	☐	☐	☐
36. dat u er niet meer tegenop kunt?	☐	☐	☐	☐	☐
37. dat u nergens meer zin in hebt?	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u <u>de afgelopen week</u>:					
38. moeite met helder denken?	☐	☐	☐	☐	☐
39. moeite om in slaap te komen?	☐	☐	☐	☐	☐
40. angst om alleen het huis uit te gaan?	☐	☐	☐	☐	☐
Bent u <u>de afgelopen week</u>:					
41. snel emotioneel?	☐	☐	☐	☐	☐
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? *(bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)*	☐	☐	☐	☐	☐
43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams?	☐	☐	☐	☐	☐
44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?	☐	☐	☐	☐	☐
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?	☐	☐	☐	☐	☐
46. Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"?	☐	☐	☐	☐	☐
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt?	☐	☐	☐	☐	☐
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?	☐	☐	☐	☐	☐
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt?	☐	☐	☐	☐	☐
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 5: Enquete huisartsen

De online 4 dimensionele klachtenlijst (4DKL): een meerwaarde in de huisartsenpraktijk?

Dag allemaal,

De afgelopen maanden kregen jullie de kans om te werken met de online 4DKL, een vragenlijst waarbij men peilt naar 4 veelvoorkomende dimensies van psychische klachten in de huisartsenpraktijk met name depressie, angst, distress en somatisatie. Alvast bedankt om hieraan mee te werken.

In het tweede deel van deze studie wil ik peilen naar jullie ervaring met deze online tool. Via deze bevraging wil ik de gebruiksvriendelijkheid van de online tool nagaan alsook de meerwaarde van deze vragenlijst binnen de huisartsenpraktijk.
Voor mijn studie is het erg belangrijk om jullie meningen te verzamelen. Het invullen van deze vragenlijst neemt een 10tal minuten tijd in beslag. Zouden jullie dit zo snel mogelijk kunnen invullen? Ook als je de online tool niet hebt gebruikt, is jouw mening van belang.

Alvast heel erg bedankt voor je respons!

Met vriendelijke groeten,

Kaat

*Vereist

Identificatie

Ik zou u willen vragen om uzelf te identificeren om zodoende te weten wie de vragenlijst al beantwoord heeft. Zo hoef ik u niet lastig te vallen met herinneringsmails als u de lijst al invulde. Ik verzeker u dat uw gegevens anoniem verwerkt worden.

1. **Wat is uw naam?** *

Gebruik van 4DKL

Bij de start van deze studie hoopte ik natuurlijk dat alle artsen actief zouden deelnemen. Het kan uiteraard dat u tijdens de looptijd van de studie er toch niet in geslaagd bent om de online 4DKL toe te passen, om welke reden dan ook. Voor de evaluatie van deze vragenlijst is het dan ook nuttig om te weten of u de tool al dan niet gebruikt heeft.

2. **Heeft u de online 4DKL als individuele arts minstens 1 keer gebruikt?** *
   Markeer slechts één ovaal.
   - ◯ Ja *Ga naar vraag 4.*
   - ◯ Nee *Ga naar vraag 3.*

Naamloze sectie

Gezien u de online 4DKL niet hebt gebruikt, zal ik u ook geen verdere vragen stellen over het gebruik van deze tool. Wel had ik nog graag vernomen waarom u deze tool niet hebt gebruikt.

3. **Waarom hebt u de online 4DKL niet gebruikt? Wat waren voor u de voornaamste drempels om hiermee aan de slag te gaan?** *

Ga naar "Dankuwel voor uw medewerking! ."

Begrip rond gebruik van online 4DKL

In de aanloop van de studie, ben ik bij jullie in de praktijk langs geweest om meer uitleg te geven over de 4DKL zelf en over het gebruik van de online tool. Voor de studie is het belangrijk dat u zo eerlijk mogelijk uw mening geeft over volgende stellingen.

4. *

Markeer slechts één ovaal per rij.

	helemaal oneens	eerder oneens	noch oneens/noch eens	eerder eens	helemaal eens
Het was voor mij duidelijk bij welke patiënten ik deze 4DKL kon gebruiken					
Het was voor mij duidelijk hoe ik de resultaten van de 4DKL vragenlijst moest interpreteren.					
Het praktisch gebruik van de online tool was voor mij duidelijk					

5. **Indien er iets onduidelijk was, zou u dit dan kunnen specificeren?**

Drempel tot gebruik van online 4DKL

Het zou kunnen dat u het moeilijk vond om de online 4DKL bij patiënten te introduceren. Wat denkt u hierover? Gelieve zo eerlijk mogelijk uw antwoord te formuleren.

6. **Voelde u zich geremd om deze vragenlijst met uw patiënten mee te geven? Zo ja, waarom? Hoe ben je hiermee omgegaan of hoe heeft u deze barrières weten te omzeilen?** *

Doeleinde 4DKL

De 4DKL kan gebruikt worden voor verschillende doeleinden en bij verschillende patiënten.

7. **Voor welk doeleinde vond u deze 4DKL het meest interessant?** *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ opsporen van psychosociale problemen in het kader van het tweesporenbeleid bij lichamelijk onverklaarbare klachten
- ◯ psychische problemen bespreekbaar maken
- ◯ inschatten van de ernst van problematiek
- ◯ detectie van depressie en angststoornissen
- ◯ het signaleren en duiden van somatisatie
- ◯ het volgen van het beloop van psychische klachten
- ◯ Anders: _____

8. **Hieronder worden een aantal stellingen weergegeven over het gebruik van de 4DKL. Gelieve aan te geven in welke mate u het eens bent met volgende stellingen.** *

Markeer slechts één ovaal per rij.

	helemaal oneens	eerder oneens	neutraal	eerder eens	helemaal eens
De 4DKL hielp mij om de patiënt meer te betrekken in het formuleren van een diagnose en een plan van aanpak.	◯	◯	◯	◯	◯
De 4DKL maakte het tweede consult gemakkelijker	◯	◯	◯	◯	◯
De 4DKL schat de ernst van de problematiek goed in.	◯	◯	◯	◯	◯
De 4DKL is een goed detectie instrument voor angststoornissen en depressie	◯	◯	◯	◯	◯
De 4DKL is een goed instrument om somatisatie uit te leggen bij somatiserende patiënten	◯	◯	◯	◯	◯
De 4DKL is een goed instrument om patiënten tot inzicht te brengen	◯	◯	◯	◯	◯

4DKL als hulpmiddel bij het inschatten van depressie/angst/somatisatie en distress

9. **Hoe vaak waren er naar uw gevoel casussen waarbij u de uiteindelijke score niet had verwacht?** *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ nooit
- ◯ soms
- ◯ regelmatig
- ◯ vaak
- ◯ zeer vaak

10. **In welke gevallen kwam een onverwacht resultaat voornamelijk voor? (bv. : vaak lagere score op depressie dan verwacht of bv: vaak hogere score op angst dan verwacht)**

Tijdsaspect

Men kan het gebruik van de online 4DKL ervaren als een tijdrovend of een tijdwinstgevend instrument. Wat is uw mening hierover?

11. **Hoe ervoer u dit tijdens het eerste consult (bij het meegeven van de link voor de vragenlijst) ?** *

12. **Hoe ervoer u dit tijdens het tweede consult (bij het bespreken van de resultaten)?** *

13. **Algemeen: ervaart u het gebruik van de online 4DKL vragenlijst als tijdverlies of als een tijdwinstgevend instrument binnen de context van psychosociale en psychische aandoeningen in de huisartsenpraktijk?** *

Markeer slechts één ovaal.

- ◯ Uitgesproken tijdverlies
- ◯ Eerder tijdverlies
- ◯ Noch tijdverlies/noch tijdwinstgevend
- ◯ Eerder tijdwinst
- ◯ Uitgesproken tijdwinst

Praktisch gebruik online tool

14. **Ik vond het gebruik van deze online tool gemakkelijk.** *
Markeer slechts één ovaal.

- helemaal oneens
- eerder oneens
- neutraal
- eerder eens
- helemaal eens

15. **In vind de 4DKL in de online versie een meerwaarde tegenover de papieren versie** *
Markeer slechts één ovaal.

- helemaal oneens
- eerder oneens
- neutraal
- eerder eens
- helemaal eens

16. **Heeft u nog suggesties tot verbetering van deze online tool?**

Plus- en minpunten

17. **Wat waren volgens u de belangrijkste pluspunten van deze online 4DKL?** *

18. **Wat waren volgens u de belangrijkste minpunten van deze online 4DKL?** *

Nut in de huisartsenpraktijk

19. **Hoe nuttig schat u over het algemeen het gebruik van een online 4DKL in de huisartsenpraktijk in?** *

Markeer slechts één ovaal.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
helemaal niet nuttig	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	⬭	zeer nuttig

Dankuwel voor uw medewerking!

Bijlage 6: Indiening voorstel ethische commissie

Titel van de studie: De online 4 dimensionele klachtenlijst in de huisartsenpraktijk
Student(en): Kaat Ieven
Promotor: Jo Goedhuys (jo.goedhuys@med.kuleuven.be - u0005986 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker: Kaat Ieven
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: multicentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:

De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst die men kan gebruiken in de huisartsenpraktijk voor het meten van vier symptoomdimensies: distress, depressie, angst en somatisatie. De achterliggende conceptualisering houdt in dat distress de normale uiting is van een stressproces, terwijl depressie, angst en somatisatie berusten daarentegen op reactiepatronen in het kader van verschillende psychiatrische stoornissen (1). Het onderscheid hiertussen is belangrijk in het bepalen van het verder beleid (2).

Tot op heden wordt deze vragenlijst in Vlaanderen zelden gebruikt in de huisartsenpraktijk. Actueel wordt de onderliggende diagnose meestal vermoed op basis van de ervaring en de impliciete kennis van de arts omtrent de verschillende symptoomdimensies (o.a. DSM V criteria (3)). Recent onderzoek toonde aan dat huisartsen de lijst als een meerwaarde beschouwen in het vermoeden van een diagnose en het uitstippelen van het verdere beleid (4). In deze studie worden beide methodes met elkaar vergeleken: enerzijds het stellen van de meest waarschijnlijk diagnose op basis van het “aanvoelen” van de arts volgens zijn ervaring en kennis, anderzijds op basis van de 4DKL vragenlijst.

Recent onderzoek toonde eveneens aan dat de arts het manueel berekenen van de score als tijdrovend beschouwde en dat dit een belemmering vormde voor het gebruik van de 4DKL in de praktijk (3). Daarom wordt in deze studie een online tool gebruikt voor het invullen de 4DKL en het berekenen van de uiteindelijke score. Vervolgens wordt gepeild naar de ervaring van de patiënt en de arts over het praktisch gebruik van deze tool.

Vraagstelling:

1. Is er een verschil in het stellen van de vermoedelijke diagnose en het uitstippelen van het verdere beleid op basis van volgende twee methodes: 1/ ervaring en impliciete kennis van de arts en 2/4DKL vragenlijst?
2. Beschouwt de arts het gebruik van de 4DKL vragenlijst, zo toegepast via een online tool, als tijdwinstgevend of als tijdrovend? Wat vindt de patiënt over het praktisch gebruik van de online tool voor het invullen van de 4DKL vragenlijst?

Methodologie:

Verschillende huisartsen passen het gebruik van de 4DKL vragenlijst toe in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Patiënten bij wie de huisarts een achterliggende psychische diagnose vermoedt, krijgen een link mee om de vragenlijst online in te vullen. Bij het openen van deze link krijgen ze eerst de informed consent (zie bijlage) te lezen, waarbij ze moeten aanvinken dat ze akkoord gaan om deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens wordt gepeild naar achtergrondinformatie (geslacht, leeftijd, moedertaal, nationaliteit, eerdere psychotherapeutische begeleiding of gebruik van psychofarmaca, aanmeldingsklacht bij de huisarts, vaste of niet vaste huisarts,…). Nadien verschijnt de 4DKL lijst om in te vullen. Ten slotte worden enkele korte vragen gesteld over hun ervaring bij het invullen van de 4DKL lijst

via de online tool. Op het einde van de vragenlijst geven de patiënten een code in, via dewelke de arts de resultaten van de 4DKL en de uiteindelijke score kan opvragen.

Met deze code keert de patiënt terug naar de arts. De arts opent de website en geeft de code in. Voor hij/zij de resultaten en de berekende score te zien krijgt, moet hij/zij de vermoedelijke diagnose aanvinken, gesteld op basis van zijn/haar ervaring en impliciete kennis*. Nadien krijgt de arts de resultaten van de 4DKL lijst en de berekende score op angst/depressie/somatisatie en distress te zien. De arts en patiënt kunnen gezamenlijk de uitslag bespreken en als dat nodig is een “diagnose” formuleren en een plan van aanpak opstellen.

Tenslotte wordt er bij de arts via enkele korte vragen gepeild naar het praktisch gebruik van de 4DKL lijst via de online tool. De wijze (elektronische of manuele vragenlijsten) waarop de arts zal bevraagd worden over de vermoedelijke diagnose op basis van ervaring en impliciete kennis en over het praktisch gebruik van de online tool, is nog onder voorbehoud.

Referenties:

1. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996; 39(12):538-47.
2. Terluin B, Terluin M, Prince K, Van Marwijk H. De vierdimensionele klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts Wet 2008; 51(5):251-55.
3. American psychiatric association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Fifth edition. Amsterdam. Uitgeverij Boom. 2014.
4. Dendooven Liesbeth. Masterpoef over meerwaarde van 4DKL in de huisartsenpraktijk. (voorlopig ongepubliceerd).

Bijlage 7: Gunstig advies ethische commissie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "De vier dimensionele klachtenlijst in de huisartsenpraktijk: een meerwaarde of tijdverlies? (titel onder voorbehoud)" (mp11608)

Martine Goossens <martine.goossens@med.kuleuven.be>

wo 23/03/2016 17:28
Aan:Jo Goedhuys <jo.goedhuys@kuleuven.be>;
CC:Kaat Ieven <kaat.ieven@student.kuleuven.be>;

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "De vier dimensionele klachtenlijst in de huisartsenpraktijk: een meerwaarde of tijdverlies? (titel onder voorbehoud)" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "De vier dimensionele klachtenlijst in de huisartsenpraktijk: een meerwaarde of tijdverlies? (titel onder voorbehoud)" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)