De impact van een LOK-training op de aanpak van depressie door huisartsen: Een pre- en postmeting studie.

Crabbé Swann, Nys Emile, Vanassche Marie, Vermeulen Nele; UGent

Promotor: Dr Ellen Van Leeuwen, UGent
Co-promotor: Hanne Creupelandt, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2024 – 2025]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoud

Abstract 1
1. Inleiding 3
1.1. Definities 3
1.2. Prevalentie 5
1.3. Aanpak van depressie in de eerste lijn in Vlaanderen 6
1.3.1. Niet-medicamenteuze interventies 7
1.3.2. Medicamenteuze interventies 9
1.4. Huidige problemen rond de diagnostiek en behandeling van depressie 10
1.4.1. Problemen bij de diagnostiek van depressie 10
1.4.2. Problemen bij de aanpak van depressie 11
1.5. Verbeteren van zorg bij depressie 12
1.5.1. Het belang van positieve attitudes en zelfeffectiviteit 12
1.5.2. Bestaande vormen van interventies 13
2. Onderzoeksvragen 15
3. Ondersteunend literatuuronderzoek 16
3.1. Methodologie literatuuronderzoek 16
3.1.1. Hoe evalueert men de implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen? 16
3.1.2. Welke determinanten zijn voor huisartsen een barrière of facilitator om correct de richtlijnen over depressie te volgen? 16
3.1.3.Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen om correct de richtlijnen over depressie te volgen? 17
3.2. Resultaten literatuuronderzoek 18
3.2.1. Hoe evalueert men de implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen? 18
3.2.2. Welke determinanten zijn voor huisartsen een barrière of facilitator om correct de richtlijnen over depressie te volgen? 19
3.2.3. Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen om correct de richtlijnen over depressie te volgen? 24
4. Methodologie 26
4.1. Deelnemers 26
4.2. Voor en nameting studie 26
4.3. Interventie 26
2.4. Ontwikkeling vragenlijst 27
4.5. Dataverzameling 28
4.6. Data-analyse 28

5. Resultaten 30
5.1. Karakteristieken van de deelnemers 30
5.2. Analyse vragenlijst vóór de interventie (voormeting) 31
5.3. Tevredenheidsmeting 35
5.4. Analyse vragenlijst na de interventie (nameting) 36
6. Discussie en conclusie 41
6.1. Ondersteunend literatuuronderzoek 41
6.1.1. Hoe evalueert men de implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen? 41
6.1.2 Welke determinanten zijn voor huisartsen een barrière of facilitator om correct de richtlijnen over depressie te volgen? 41
6.1.3. Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen om correct de richtlijnen over depressie te volgen? 42
6.2. Resultaten van de interventie LOK-training 43
6.2.1. Interpretatie van de resultaten 43
6.2.2. Vergelijking met literatuur 44
6.2.3. Methodologische sterktes en beperkingen 44
6.4. Praktische implicaties 46
6.5. Implicaties voor verder onderzoek 46
6.6. Conclusie 46
8. Referenties 47
9. Bijlagen 50

Abstract

Context: Depressie is een complexe aandoening die wereldwijd frequent voorkomt en bijdraagt aan een hoge ziektelast. De diagnostiek is uitdagend, met zowel onder- als overdiagnose. Hoewel de behandeling vooral niet-medicamenteus is, worden in België veel antidepressiva voorgeschreven. Dit wijst op een discrepantie tussen de richtlijnen en de praktijkvoering van huisartsen. Om de zorg voor depressie te verbeteren, is het belangrijk om te begrijpen welke factoren (determinanten) het gedrag van huisartsen beïnvloeden bij het volgen van deze richtlijnen. Dit onderzoek richt zich op het evalueren van een interventie voor huisartsen (de LOK-training) die gericht is op het verbeteren van het navolgen van richtlijnen rond depressie, met specifieke aandacht voor de determinanten die hun gedrag beïnvloeden.

Onderzoeksvraag:

1. Hoe evalueert men de implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen?
2. Welke determinanten zijn voor huisartsen een barrière of facilitator om correct de richtlijnen over depressie te volgen?
3. Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen tegenover het beleid bij depressie?
4. Wat is de impact van een training voor huisartsen over depressie op de determinanten die invloed hebben op het correct volgen van de richtlijnen over depressie?

Methode: Voor de eerste 3 onderzoeksvragen werd een literatuuronderzoek uitgevoerd in 2023. Voor de vierde onderzoeksvraag werd er gebruikgemaakt van een bestaande interventie (een interactieve LOK-training) over depressie voor huisartsen in Vlaanderen in 2023 en 2024. De bestaande vragenlijst van dit vormingspakket werd getoetst aan de resultaten van het literatuuronderzoek uitgevoerd op basis van de eerste drie onderzoeksvragen. Er werd een voor- en nameting studie uitgevoerd bij de deelnemers van deze LOK-training. Hierbij vulden 186 van de deelnemende huisartsen deze vragen vóór en 6 maanden na de training in. Alle data werden verzameld via REDCap en nadien geanalyseerd via SPSS Statistics 29.

Resultaten: Literatuur uit implementatieonderzoek toont aan dat het cruciaal is om interventies af te stemmen en te evalueren aan de hand van vooraf geïdentificeerde determinanten om gedragsverandering te bekomen. Het lijkt dat de determinanten perceptie, attitude, zelf-effectiviteit, kennis en maatschappelijke context invloed hebben op het gedrag van de huisarts bij de aanpak van depressie en een barrière en/of facilitator kunnen zijn bij het correct toepassen van de richtlijnen rond depressie. Om deze determinanten betrouwbaar

te bevragen bleek uit onderzoek de R-DAQ een betrouwbare, gestandaardiseerde vragenlijst. De interventie heeft een significant positief effect na 6 maanden op bijna alle determinanten, zoals de zelfeffectiviteit bij diagnostiek, ernst-inschatting van depressie en suïcide risico, bij het omgaan met de behoeften van depressieve patiënten; en een significant effect op het gebruik van het biopsychosociaal model, het stepped care model en niet-medicamenteuze interventies.

Conclusie: De interventie had een significante en duurzame impact op de zelfeffectiviteit, attitude en kennis van huisartsen wanneer we de resultaten vegelijken met de bevindingen voor de interventie. Onze bevindingen onderstrepen het belang van gerichte educatie om de kwaliteit van depressiezorg te verbeteren. Toekomstig onderzoek kan zich richten op de ontwikkeling van uniforme meetinstrumenten en het langdurige effect van educatieve interventies.

1. Inleiding

1.1. Definities

Depressie is een complexe en veel voorkomende aandoening die zich niet eenvoudig laat conceptualiseren. Depressie manifesteert zich in de realiteit binnen een continuüm, met een grote verscheidenheid aan symptomen en ernst. Dit maakt diagnostiek en behandeling complex. Een genuanceerde benadering is dan ook noodzakelijk. In de Belgische Domus Medica richtlijn over depressie, die specifiek ontworpen is voor huisartsen werkzaam in Vlaanderen, wordt depressie ingedeeld in een “milde” en een “matig tot ernstige” vorm. (1) Ze stellen een uitgebreid diagnostisch stappenplan voor om al dan niet een diagnose van depressie te stellen en de ernst in te schatten, waarna een aangepast zorgplan volgt. Bij de ontwikkeling van dit diagnostisch traject werden de kernboodschappen uit de vorige versie van de Domus Medica-richtlijn, de Engelse NICE-richtlijn en de Nederlandse NHG-richtlijn in rekening gebracht. De diagnostiek is gebaseerd op het verkennen van symptomen, het overwegen van differentiaal diagnoses of andere (behandelbare) psychische problemen, de ernst van de symptomen, hun impact op het functioneren van de patiënt, en de aanwezigheid van bijkomende risicofactoren zoals sociale steun of verslavingsproblematiek. Ondanks dit stappenplan blijft de diagnostiek van depressie in de praktijk uitdagend.

Er dient een verschil gemaakt te worden tussen “depressieve klachten”, een “dysthyme stoornis” en een “depressie”. We spreken van een depressie wanneer er voldaan wordt aan de DSM-5 criteria:

- Kernsymptomen:
    - sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag
    - duidelijke vermindering van interesse of plezier in (vrijwel) alle activiteiten
- Overige symptomen:
    - duidelijke gewichtsvermindering of -toename
    - slapeloosheid of overmatig slapen
    - psychomotorische agitatie of remming
    - moeheid of energieverlies
    - gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
    - verminderd vermogen tot nadenken, concentratieverlies of besluiteloosheid
    - terugkerende gedachten aan de dood, suïcidegedachten, suïcideplannen of suïcidepoging

Voldoet de patiënt aan één van de kernsymptomen samen met minstens vijf van de overige symptomen voor een termijn van minimum twee weken kunnen we per definitie spreken van een depressie. Depressieve klachten worden gedefinieerd als een sombere stemming of verlies aan interesse, waarbij de patiënt ook hinder ondervindt, maar er niet wordt voldaan aan de DSM-5 criteria. Wanneer we spreken over een dysthyme stoornis, gaat het over een relatief milde, maar langdurige vorm van depressie waarbij de depressieve klachten reeds langer dan twee jaar bestaan. (2)

De Domus Medica-richtlijn beschrijft de moeilijke en onvermijdelijk subjectieve inschatting van de ernst van een depressie. Mede om een mathematische telling van symptomen te vermijden, besluiten ze tot het opstellen van een zorgplan voor een “milde (en matige)” depressie enerzijds en een “matige tot ernstige” depressie anderzijds. Hiermee trachten ze tot een zo breed mogelijke, beschrijvende ernstinschatting te komen. Een depressie wordt als “mild” bestempeld als de globale ernst als minder ernstig wordt ingeschat. Matige depressie dient als een moeilijk te definiëren tussencategorie opgevat te worden. Daarom verkiezen ze het verschil te maken met een “matige tot ernstige” depressie, waarbij de globale ernst als matig tot ernstig wordt aanzien. Dit wordt gekenmerkt door uitgesproken symptomen en een grote impact op het dagelijks functioneren.

Het bovenstaande toont de complexiteit aan van depressieve stoornissen. Veel kritiek wordt dan ook geuit. Zo heeft de diagnose “milde depressie” een geringe reproduceerbaarheid en is daarom praktisch onbruikbaar. (3) De diagnose “ernstige depressie” heeft een goede reproduceerbaarheid, maar toch kan de huisarts er bij het vaststellen van het aantal symptomen gemakkelijk één tot twee symptomen naast zitten. Het lijkt ons belangrijk te vermelden dat de Domus Medica richtlijn dateert van 2016. De recentere NHG richtlijn, die in 2024 nog geüpdatet werd, besluit om geen onderscheid meer te maken tussen een ernstige en minder ernstige vorm van depressie. Ze zien de ernst van een depressie als een continuüm, waarbij het aantal aanwezige symptomen en andere factoren zoals psychische comorbiditeiten van belang is. (4) Ook wordt kritiek geuit op de DSM-criteria die gebaseerd zijn op consensus van psychiaters. Ze zijn opgesteld zonder wetenschappelijk bewijs dat deze volstaan om een depressieve stoornis vast te stellen. Daarnaast kijken ze niet tot nauwelijks naar de context waarin de klachten ontstaan zijn. (5) Zo kan men voldoen aan de diagnose “depressie”, terwijl dit in feite een normale reactie is op een specifieke gebeurtenis. (6) Enkel in het kader van rouw wordt hiermee rekening gehouden in de DSM-5. (2)

1.2. Prevalentie

Wereldwijd lijden meer dan 300 miljoen mensen aan een depressie. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is depressie de belangrijkste oorzaak van invaliditeit en een van de grootste bijdragers aan de globale ziektelast. (7) Ook in België vormt depressie een aanzienlijk volksgezondheidsprobleem. De prevalentie ervan is de voorbije decennia sterk geëvolueerd. Uit de Belgische gezondheidsenquêtes van Sciensano blijkt dat het aandeel van de bevolking met depressieve stoornissen (volgens PHQ-9-criteria) tussen 2001 en 2008 toenam van 8% tot 9,5%. (8, 9) In 2013 werd een piek van 14,8% gemeten, waarna dit cijfer in 2018 opnieuw daalde tot 9,4%, wat vergelijkbaar is met het niveau van tien jaar eerder. Bijna de helft van deze groep voldeed aan de criteria van een ernstige depressieve stoornis, met een prevalentie van 4,8%. (8, 9)

Een andere belangrijke gegevensbron is de INTEGO-studie, die huisartsenregistraties analyseerde bij ongeveer een half miljoen Vlamingen ouder dan 15 jaar tussen 2000 en 2019. Hieruit bleek een stijging in de prevalentie van depressie van 6,73% in 2000 tot 9,2% in 2019. In deze studie werd de diagnose gebaseerd op de vermelding van ICPC-2 code P76 in het medisch dossier, wat wijst op een eerder chronische interpretatie van depressie. Interessant is dat de incidentie (het aantal nieuwe gevallen per jaar) tussen 2000 en 2015 daalde van 9,42 naar 6,89 per 1000 personen, maar vervolgens opnieuw toenam tot 13,64 per 1000 in 2019. Deze vermelding van een dalende incidentie en stijgende prevalentie van de aandoening over het verloop van de tijd, zou kunnen wijzen op een tendens richting chronisch verloop. (10)

De COVID-19-pandemie leidde tot een ongeziene toename in zelfrapportering van depressieve klachten. In maart 2020 rapporteerde 20% van de Belgen symptomen die voldeden aan de criteria voor een depressieve stoornis, wat nagenoeg een verdubbeling is ten opzichte van pre-pandemische cijfers. In december 2021 steeg dit tot 21%. Na de pandemie werd een daling van de prevalentie gezien tot 17% in 2023 en 15% in 2024. Deze cijfers zijn afkomstig van opeenvolgende gezondheidsenquêtes tijdens en na de pandemie. (11) De WHO rapporteerde wereldwijd een gemiddelde stijging van 25% in depressie tijdens het eerste jaar van de pandemie. (12)

Binnen België zijn de verschillen tussen regio's opvallend. In 2018 bedroeg de prevalentie van depressieve stoornissen in Vlaanderen 6,4%, tegenover 12,8% in Brussel en 13,8% in Wallonië. Tijdens de pandemie bleef dit patroon grotendeels behouden. Depressie komt bovendien vaker voor bij vrouwen, lager opgeleiden en sociaal-economisch kwetsbare groepen. Zo was de prevalentie bij vrouwen in 2018 10,7% tegenover 8% bij mannen. Bij laagopgeleiden lag dit met 16,7% meer dan dubbel zo hoog als bij hoogopgeleiden (6,7%).

Tijdens de pandemie werd ook een verhoogde kwetsbaarheid vastgesteld bij alleenstaanden, eenoudergezinnen en vooral jongeren. In december 2021 rapporteerde 33% van de 18- tot 29-jarigen symptomen van depressie, met een piek van 36% bij jonge vrouwen. Ouderen (65+) daarentegen rapporteerden een lagere prevalentie van 11,5%. (8)

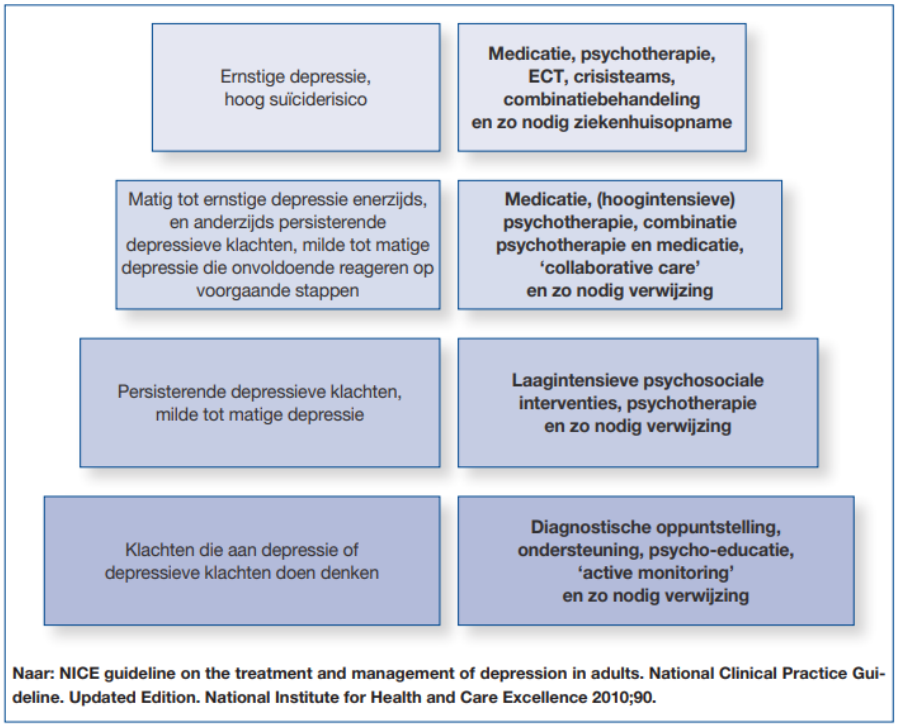
Naast deze epidemiologische evoluties zien we ook dat het aantal chronische aandoeningen bij mensen met een depressie in de INTEGO-cohort tussen 2000 en 2019 toenam van gemiddeld 1,2 naar 1,8 aandoeningen per persoon. (10)

Deze gegevens tonen aan dat depressie in België een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem blijft, met duidelijke regionale en demografische verschillen. De impact van COVID-19 heeft deze problematiek nog verder uitvergroot, vooral bij jongeren en kwetsbare bevolkingsgroepen. Dit alles onderstreept de nood aan een meer performante en gedifferentieerde aanpak van depressie in Vlaanderen.

1.3. Aanpak van depressie in de eerste lijn in Vlaanderen

In Vlaanderen werd de eerder vermelde Domus Medica-richtlijn opgesteld als houvast voor huisartsen voor het opstarten van een beleid bij mensen met een depressie. Hierboven werd de verkozen indeling van mensen met een depressie reeds vermeld. Bij een milde tot matige depressie wordt een uitgebreide niet-medicamenteuze aanpak volgens het stepped care-model besproken. Het stepped care-model gaat uit van het idee dat bij onvoldoende effect van een behandeling kan worden overgegaan naar een volgende stap. Deze is gebaseerd op het model conform de NICE-richtlijnen voor de behandeling van depressie bij volwassenen. (1)

Figuur 1: stepped care-model



Naar: NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline. Updated Edition. National Institute for Health and Care Excellence 2010;90.

Er wordt aanbevolen een aangepast zorg- en therapieplan op te stellen. Dit bestaat uit het verstrekken van informatie aan de patiënt en het implementeren van algemene maatregelen zoals slaaphygiëne en actieve monitoring van de patiënt. Verder kan dagstructurering en activiteitenplanning de patiënt ondersteunen. Er kan ook overwogen worden om bij deze groep laag-intensieve psychologische behandelingen voor te stellen. Dit kunnen bijvoorbeeld groepstherapie of online sessies zijn. Indien de klachten van deze patiënten niet voldoende verbeteren ten gevolge van de eerder genoemde interventies kan een meer intensieve psychologische interventie overwogen worden, met name psychotherapie. (1)

Bij een matige en ernstige depressie wordt aangeraden dezelfde niet-farmacologische interventies toe te passen, aangevuld door het voorschrijven van antidepressiva én het verwijzen van de patiënt naar een psycholoog. Hier gaat de voorkeur uit naar cognitieve gedragstherapie. (1)

1.3.1. Niet-medicamenteuze interventies

Hierboven werden reeds enkele voorbeelden gegeven van algemene maatregelen die door de huisarts genomen kunnen worden bij het aanpakken van depressie. Deze maatregelen focussen zich voornamelijk op de leefstijl van de patiënt, zingeving en de sociale contacten.

Binnen deze algemene maatregelen kan men zo nodig slaapadvies geven. Daarnaast wordt 'actieve monitoring' toegepast, waarbij een vervolgafspraak na korte tijd wordt ingepland, afhankelijk van de individuele situatie. Dit geldt ook voor patiënten die geen andere therapie nodig hebben of wensen, zodat hun voortgang kan worden gevolgd, adviezen kunnen worden gegeven en ondersteuning kan worden geboden.

Dagstructurering en activiteitenplanning spelen ook een belangrijke rol. Samen met de patiënt wordt een haalbaar dagprogramma opgesteld met vaste tijden voor opstaan, naar bed gaan, maaltijden en andere activiteiten. Het is van belang om dagelijks naar buiten te gaan, gezond te eten en sociale contacten te onderhouden. Fysieke activiteit wordt aangemoedigd, waarbij rekening wordt gehouden met de belastbaarheid en interesses van de patiënt, en steeds kleine haalbare stappen worden geformuleerd. Ook wordt besproken of het wenselijk is om, eventueel gedeeltelijk, te blijven werken. Het bijhouden van een dagboek kan hierbij een nuttig hulpmiddel zijn.

De algemene maatregelen kunnen ingezet worden om zelfmanagement van de patiënt met depressie, soms met hulp van de omgeving, te ondersteunen. Hierbij wordt gefocust op het leven dat een patiënt kan leiden ondanks de klachten en wordt terugvalpreventie in de hand gewerkt. (1, 13)

De psychotherapeutische interventies worden in de richtlijnen, zoals hiervoor vermeld, ingedeeld in twee delen: de laag-intensieve psychotherapeutische interventies en de psychotherapie. Voor deze laag-intensieve psychotherapeutische interventies bestaat er ook matige evidentie in het kader van de werkzaamheid. (14-16) Voorbeelden hiervan zijn begeleide zelfhulp, groepsprogramma's voor fysieke activiteit en cognitieve gedragstherapie (CGT) in groep. (1)

Er bestaat in België een zeer breed aanbod van laagdrempelige psychologische hulp. Een voorbeeld hiervan is CAW waar mensen snel en laagdrempelig hulpverlening kunnen krijgen voor psychische klachten. Tevens bestaan er veel verschillende online platforms die groepssessies, psycho-educatie en oefeningen aanbieden, zoals www.moodspace.be en www.vaardigleven.be.

(Hoog-intensieve) psychotherapie langs zijn kant betreft een verzameling van behandelvormen en methodieken. Het wordt gegeven in de vorm van therapeutische gesprekken en soms ook in de vorm van (of gemengd met) internettherapie. Het gaat hier over individuele behandelingen, relatietherapie, gezinstherapie of groepstherapie. Meerdere vormen van psychotherapie zijn als effectief bevonden bij de behandeling van depressie, met

onderling slechts minimale verschillen in effectiviteit. (17) Vaak betreft de therapie het inventariseren en bespreken van de geschiedenis van klachten, aanleren van adequate coping en het bespreken van de persoonlijkheid en interpersoonlijke aspecten. Verder wordt er gewerkt aan het bewust maken van patronen. Bij elke vorm van psychotherapie komen gevoelens, denkpatronen en gedragingen aan bod, net als het werken aan terugvalpreventie. Het doel van de psychotherapeutische interventies zijn bij depressieve stoornissen het bereiken van symptoomvermindering en volledig herstel. (13)

Hiervoor kan in Vlaanderen verwezen worden naar een onafhankelijk psycholoog of naar een GGZinstelling zoals het CAW of het CGG. Op deze manier kan zo gewenst beroep gedaan worden op een eerstelijnspsycholoog. Een eerstelijnspsycholoog kan voor de patiënt een laagdrempelige en kortdurende hulp bieden bij licht tot matig ernstige psychische klachten met een focus op veerkracht en zelfzorg. (1, 18)

1.3.2. Medicamenteuze interventies

De eerste keuze voor het behandelen van depressie aan de hand van de medicamenteuze aanpak valt op zowel de selectieve serotonine reuptake inhibitors (SSRI) of de tricyclische antidepressiva (TCA). De keuze wordt gemaakt aan de hand van het bijwerkingenprofiel. Bij opstarten van deze behandeling wordt aangeraden de patiënt nabij op te volgen gedurende de eerste maand na opstart. (1) Doch wordt in de recenter geüpdatete NHG richtlijn vermeld dat een SSRI de eerste keuze is voor het opstarten van antidepressiva. (4)

Er wordt aangeraden bij het verdwijnen van de depressieve symptomen de behandeling nog zes maanden voort te zetten en hierna de medicatie stop te zetten. De periode van zes maanden berust op consensus, aangezien wetenschappelijk bewijs ontbreekt. (4) Slechts in uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld bij recidiverende ernstige depressie, kan het aangewezen zijn de medicatie gedurende een langere periode te gebruiken. (1, 19)

Bij onvoldoende respons op de ingestelde behandeling, moeilijkheden bij het medicatiebeleid, grote lijdensdruk of een recidief depressie met ernstig sociaal disfunctioneren wordt aangeraden om de patiënten te verwijzen naar de tweede lijn.

Onderzoek wijst uit dat bij erstige depressies de combinatie van psychotherapie en medicatie effectiever is dan medicatie alleen. (20-22) Het blijft dus cruciaal om de psychotherapeutische interventies verder te zetten bij deze groep mensen. Het is ook belangrijk te vermelden dat het gebruik van antidepressiva niet onomstreden is. Men moet bedacht zijn op het feit dat het effect van antidepressiva overschat wordt door een belangrijke publicatiebias en dat

verschillende bijwerkingen kunnen optreden. Hierbij is een niet onbelangrijk effect de mogelijke toename van suïcidale gedachten bij patiënten onder de dertig jaar. Verder hebben zaken zoals seksuele stoornissen, het beven en overmatig zweten een impact op het dagelijkse leven van de patiënt. Ook kunnen er anticholinerge effecten optreden, kunnen ze de convulsiedrempel verlagen, hyponatriëmie uitlokken met agitatie en verwardheid, verhogen ze het risico op vallen bij ouderen, en is er de mogelijkheid tot overdosering met mogelijks fatale afloop. (1, 19)

1.4. Huidige problemen rond de diagnostiek en behandeling van depressie

1.4.1. Problemen bij de diagnostiek van depressie

Er lijkt een toenemende trend te zijn in de vaardigheid van de huisartsen bij het herkennen van depressie over de laatste decennia. (23) Ondanks de vermoedelijk toenemende vaardigheden van huisartsen en de pivotale rol van de eerste lijn in het herkennen en behandelen van depressie, wijzen verschillende onderzoeken aan dat depressie in de eerste lijn fors ondergediagnosticeerd wordt. Een grote meta-analyse uit 2009 ging dit probleem na. (24) De onderzochte studies gingen na of de huisarts wel in staat was depressie correct te diagnosticeren. Er werd gerapporteerd dat in de totale groep van de geïncludeerde studies slechts 47,3% van de mensen die voldeden aan de criteria van depressie effectief de diagnose kregen. Net iets meer dan de helft kreeg dus geen diagnose en kreeg ook geen gepaste aanpak.

Aan de andere zijde toont de studie aan dat er ook veel overdiagnostiek is, waarmee we vals positieve diagnoses bedoelen. Zo worden depressieve klachten die soms een normale reactie zijn op gebeurtenissen die eigen zijn aan het leven, zoals rouw na de sterfte van een dierbare, vaak gediagnosticeerd als een depressie.

Voor de onder- en overdiagnostiek worden veel verklaringen naar voren geschoven. Zo zien heel wat huisartsen bijvoorbeeld onder een strak tijdschema heel veel patiënten per dag, waarbij er weinig tijd en ruimte is om depressieve klachten te bespreken, zeker als dit niet de aanmeldingsklacht van de patiënt is. (24)

Verder is zoals reeds eerder vermeld, depressie een moeilijk te definiëren aandoening, waarbij symptomen in heel grote mate kunnen variëren en verschillen in ernst, en waarbij ook de oorzaken en de gevolgen in heel grote mate verschillen. Het conceptualiseren van “depressie” als aandoening, als diagnose of als etiket, geeft als onvermijdelijk probleem dat er een zekere

mate van stilering of simplificatie is van het individueel unieke karakter. Dit maakt het vaak niet simpel om op basis van de klachten van een patiënt een diagnose van depressie te stellen, gezien de relatieve beperkingen van de hedendaagse diagnose- en classificatiesystemen.

1.4.2. Problemen bij de aanpak van depressie

Hoewel de richtlijnen duidelijk een niet-medicamenteuze aanpak vooropstellen en medicatie zelden aanvullend geïndiceerd is, schrijven Belgische huisartsen veel antidepressiva voor. Een studie uit 2009 toonde aan dat 37% van de huisartsen antidepressiva voorschreven aan meer dan de helft van hun patiënten met depressie. (25)

In de INTEGO-studie zag men in België tussen 2000 en 2019 een stijging van 26,44% naar 40,16% van patiënten met een depressie die minstens één voorschrift antidepressiva per jaar gekregen hadden.

Vroegere studies uit het VK concludeerden dat de toename van voorschrijfgedrag bij de patiënten met een depressie voor een deel te verklaren is door een toename in chronisch voorschrijven. (10)

De gezondheidsenquêtes van Sciensano lijken deze theorie te bevestigen door te tonen dat er geen toename was in het deel van de bevolking die antidepressiva gebruikte tussen 2013 en 2018. Het lijkt dus zo dat vooral de personen die reeds antidepressiva voorgeschreven kregen, ze langer en frequenter voorgeschreven kregen. (8)

In 2022 gebruikte minstens 13.5% van de volwassenen in België minstens één keer een antidepressivum. Van hen nam bijna driekwart deze langer dan een jaar. (26) Dit staat in schril contrast tot de richtlijnen, die langdurig gebruik van antidepressiva ten stelligste afraden, zoals hierboven vermeld.

In 2023 gebruikte 11,6% van de Belgische populatie antidepressiva. 73,5% van deze voorschriften kwamen van huisartsen. Het aantal voorschriften antidepressiva op een jaar per persoon die antidepressiva gebruikt, steeg van 2013 tot en met 2023 elk jaar. (11)

Ondanks het bestaan van goede richtlijnen over de behandeling, worden ze in de praktijk vaak niet gevolgd. Ook in Groot-Brittannië bijvoorbeeld blijkt er een wisselende naleving van de richtlijnen. (27)

Bovenstaande gegevens onderstrepen de noodzaak de diagnostiek en aanpak van personen met depressie door huisartsen te verbeteren. In de eerste plaats kan dit door een betere

naleving van de richtlijnen. Bijgevolg moet onderzocht worden via welke interventies dit kan worden bereikt.

1.5. Verbeteren van zorg bij depressie

1.5.1. Het belang van positieve attitudes en zelfeffectiviteit

De attitudes en de zelfeffectiviteit (self-efficacy, namelijk het vertrouwen in zijn of haar vermogen om een bepaalde taak succesvol uit te voeren) van de arts ten opzichte van de aanpak van depressie zijn belangrijke determinanten voor een goede behandeling van depressie omdat deze determinanten het gedrag van de arts aansturen en dus mee bepalen welke keuzes de arts maakt. (28, 29)

Zo schrijven huisartsen, die zich comfortabel en beloond voelen bij het werken met patiënten met depressie, minder waarschijnlijk antidepressiva voor. Ook geloven ze vaker dat psychotherapie (als onderdeel van de niet-medicamenteuze aanpak) baat heeft. Huisartsen die een groter ongemak ervaren bij het behandelen van patiënten met depressie en een sterker geloof hebben in een onbeïnvloedbaar (slecht) verloop van depressie, vooral bij patiënten met oudere leeftijd, volgen minder waarschijnlijk patiënten met depressie op. (29)

Deelname van huisartsen aan trainingen over mentale gezondheid lijkt geassocieerd te zijn aan positieve attitudes en een grotere zelfeffectiviteit tegenover de zorg rond depressie. (29, 30)

Huisartsen met een empathische attitude en een holistische kijk op problemen en de noden van de patiënt, lijken meer diagnoses van depressie te stellen. Dit geeft meer kans dat er overgegaan wordt tot een behandelplan. Daarentegen heeft een exclusieve belangstelling voor organische aandoeningen het tegenovergestelde effect. (30)

Tenslotte is zelfeffectiviteit geassocieerd aan de mate waarin richtlijnen gevolgd worden en aan de kwaliteit van zorg rond depressie. (28)

Zelfeffectiviteit is een gekende sterke determinant van menselijk gedrag, die ook modificeerbaar is. Daarnaast is zelfeffectiviteit positief geassocieerd aan betere zorg. Dit maakt zelfeffectiviteit theoretisch tot een goede meeteenheid voor de mate waarin richtlijnen gevolgd worden en goede zorg geleverd wordt. (28)

1.5.2. Bestaande vormen van interventies

Verschillende strategieën zijn mogelijk om de vaardigheden van zorgverleners in de eerste lijn te verbeteren. Voornamelijk educatieve interventies voor de zorgverleners worden gebruikt, maar er bestaan ook complexere interventies waarbij bijvoorbeeld zowel zorgverlener als patiënt onderricht worden. (30-32)

Een systematische review uit 2023 onderzocht het effect van de implementatie van interventies rond de diagnostiek van depressie. (33) Er waren zes types interventies: educatieve trainingen, toepassen van screening tijdens consultaties, screening met feedback over de resultaten, combinatie van educatie, screening en feedback, implementatie van richtlijnen/samenwerkingszorgpakketten of kwaliteitsverbeterprojecten, voorstellen van antidepressiva tijdens consultaties. Allen verschilden in duur van interventie, intensiteit, inhoud en formaat. Ook de meting van het effect gebeurde op verschillende manieren, waaronder vragenlijsten, case vignetten, bevragingen en nog andere.

Wellicht de meest gebruikte interventie, zoals hierboven aangehaald, bestaat uit het trainen van eerstelijnshulpverleners in het diagnosticeren en behandelen van depressie, zonder de betrokkenheid van specialisten in de geestelijke gezondheidszorg. Huisartsen die een training rond mentale gezondheidszorg gevolgd hebben, zijn meer waarschijnlijk om grotere aantallen patiënten met een depressie te zien en een correcte aanpak uit te voeren. (29)

Een training als interventie houdt ook veel rekening met de beperkte financiële middelen van gezondheidszorgsystemen. Hieruit volgend zouden naar onze mening de snellere detectie en betere kennis van de behandelingsopties kunnen leiden tot een grotere graad van remissie op kortere tijd.

Sikorski et al. toonden aan dat educatieve interventies enkel effectief kunnen bijdragen aan een verbeterde zorg voor depressie in de eerste lijn wanneer er gebruik gemaakt wordt van de implementatie van richtlijnen. Het gebruiken van richtlijnen tijdens de interventie bleek zowel op de middellange als lange termijn een significant effect te hebben op de symptoomlast van patiënten. Bovendien bleken de interventies ook effectiever te zijn wanneer er wordt ingegaan op het correct toepassen van deze richtlijnen bij het beleid rond depressie. (32)

Een andere soort interventie is het consultatie-liaison model. Hierbij wordt overleg tussen eerste- en tweedelijnsartsen gestimuleerd, waardoor er meer kennisuitwisseling is. Hiermee wordt getracht de zorg voor depressie te verbeteren. Echter, in een review is deze aanpak niet effectiever gebleken in vergelijking met standaard zorg op depressie-eindpunten of gebruik van antidepressiva. (31)

In een studie met een onderwerp dat aanleunt bij dit onderzoek werd het effect van een educatieve interventie op het voorschrijven van benzodiazepines in de eerste lijn nagegaan. Deze interventie ging aan de slag met het inzetten op de bestaande determinanten voor het voorschrijfgedrag bij de artsen. Deze determinanten bestonden uit de attitudes, percepties en de zelfeffectiviteit van de huisartsen tegenover het voorschrijven van benzodiazepines. Er kon een significant effect geëvalueerd worden voor en na de interventie. (34)

Het blijkt uit de bestaande literatuur dat trainingen gebaseerd op de richtlijnen het meest effectief zijn. Er dient wel in acht genomen te worden dat op heden weinig onderzoek en evidentie bestaat over de effectiviteit van de mogelijke interventies bij huisartsen om hun zorg voor depressie te verbeteren. Breder onderzoek wijst wel op het belang van determinanten die geassocieerd zijn aan het gedrag en de zorgverlening van huisartsen. Het inzetten op deze determinanten binnen een interventie kan een positieve invloed hebben op de uitkomst. Het is dan ook cruciaal dat barrières en facilitatoren voor het volgen van de richtlijnen van depressie zoveel als mogelijk geïdentificeerd kunnen worden en dat er verder onderzoek gevoerd wordt naar evidentie over de effectiviteit bij het uitvoeren van interventies die inzetten op het verminderen van barrières en het vermeerderen van facilitatoren. (35, 36)

2. Onderzoeksvragen

Er is een discrepantie tussen de richtlijnen en de praktijkvoering van huisartsen. Om de zorg voor depressie te verbeteren, is het nodig om gepaste interventies voor huisartsen te organiseren. Heden is er slechts weinig literatuur en evidentie over de effectiviteit van deze interventies.

Voor ons thesisonderzoek werkten we aansluitend met een bestaand vormingspakket dat gebaseerd is op de Domus Medica-richtlijnen over depressie, en huisartsen traint om deze beter toe te passen. We willen het effect onderzoeken van deze training op de aanpak van depressie bij deze huisartsen.

We trachten in onze masterproef dus een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag:

- Wat is de impact van een training voor huisartsen over depressie op de determinanten die invloed hebben op het correct volgen van de richtlijnen over depressie?

Om op deze vraag te kunnen beantwoorden, gaan we in de eerste plaats na hoe de evaluatie van de implementatie van zo'n vormingspakket het best gebeurt. Omdat het gedrag van de huisarts en dus hun aanpak in de praktijk door meerdere factoren (determinanten) wordt bepaald, onderzoeken we vervolgens welke determinanten belangrijk zijn. We onderzoeken binnen deze determinanten welke kunnen dienen als barrière of als facilitator voor huisartsen om de richtlijnen te volgen. Aansluitend hierop onderzoeken we hoe men determinanten best kan bevragen.

De drie bijkomende onderzoeksvragen zijn:

- Hoe evalueert men de implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen?
- Welke determinanten zijn voor huisartsen een barrière of facilitator om correct de richtlijnen over depressie te volgen?
- Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen om correct de richtlijnen over depressie te volgen?

3. Ondersteunend literatuuronderzoek

3.1. Methodologie literatuuronderzoek

3.1.1. Hoe evalueert men de implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen?

Een oriënterend literatuuronderzoek werd in 2023 uitgevoerd om te onderzoeken hoe een interventie rond de aanpak van depressie door huisartsen best geëvalueerd kan worden. Op PubMed werd gezocht aan de hand van Mesh-termen die terug te vinden zijn in bijlage II.

De zoekopdracht baseerde zich op de volgende thema's: evaluatie/implementatie, depressie en huisartsen. Het aantal artikels van de laatste 5 jaar waarvan een full-text beschikbaar was, bedroeg 345. De voornaamste exclusiecriteria waren studies die niet in het Engels of Nederlands te lezen waren, studies uit niet-Westerse landen, studies die zich richtten op onjuiste populaties of psychiatrische aandoeningen zoals perinatale depressie.

Via EndNote werden deze artikels geëvalueerd op basis van relevantie. Via de sneeuwbalmethode werden extra relevante artikels gevonden. Uiteindelijk bleven 6 artikels over.

3.1.2. Welke determinanten zijn voor huisartsen een barrière of facilitator om correct de richtlijnen over depressie te volgen?

Systematisch literatuuronderzoek werd uitgevoerd om barrières en facilitatoren te identificeren die huisartsen ervaren bij het al dan niet volgen van de richtlijnen rond depressie in de praktijk. We doorzochten de volgende databanken: Pubmed, Embase en PsychArticles. We voerden twee verschillende zoekopdrachten uit. De eerste zoekopdracht baseerde zich op de concepten: depressieve stoornissen, mentale gezondheidszorg, huisartsen en kwalitatief onderzoek. De tweede zoekopdracht werd opgesteld om te focussen op het voorschrijfgedrag van huisartsen en de implementatie van richtlijnen. Een gedetailleerd overzicht van deze zoekstrategie met het aantal studies per databank in bijlage III. De zoekopdracht werd uitgevoerd in maart 2023. Studies ouder dan 5 jaar werden geëxcludeerd. Aan de hand van deze zoekmethode werden in totaal 2185 studies gevonden. Duplicaten werden verwijderd met behulp van de Endnote-software. Vervolgens werden alle resterende studies geüpload in Rayyan, een online hulpmiddel voor systematische review screening, en hebben we de resterende duplicaten manueel geëlimineerd, wat resulteerde in een totaal van 1997 artikels.

Er werd een reeks exclusiecriteria toegepast om de relevantie van de geïdentificeerde studies te waarborgen, waaronder studies met een onjuiste populatie (zoals uitsluitend perinatale depressie), studies in hoge-inkomenslanden, studies gericht op psychiatrische aandoeningen anders dan depressie, interventies buiten de huisartsenzorg, en onderzoeken die zich concentreerden op interventies met een ander doel dan het onderzoek. In de eerste stap werden de studies beoordeeld op basis van titel en samenvatting. Dit resulteerde in 86 studies. In de laatste stap werd de volledige tekst gelezen en gescreend, waarna we 4 studies hebben geïncludeerd voor ons literatuuronderzoek.

3.1.3.Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen om correct de richtlijnen over depressie te volgen?

Een systematisch literatuuronderzoek werd uitgevoerd in PubMed om relevante vragenlijsten te identificeren die gebruikt worden voor de beoordeling van attitudes rond diagnostiek en aanpak van depressie in de eerste lijn. De zoektermen werden zo opgesteld om deze studies op te nemen die focussen op depressieve stoornissen, huisartsen en zelfbeoordeling. De zoektermen worden verder beschreven in bijlage IV.

Er werd zowel gebruikgemaakt van Mesh-termen als tiab-termen om de nieuwste artikels niet te missen. De zoekopdracht werd uitgevoerd in 2023. Er werd een beperking toegepast voor het excluderen van artikels ouder dan 5 jaar. Aan de hand van deze zoekmethode werden 478 artikels gevonden waarvan er tevens een full-text-versie beschikbaar was.

Hierna werd een reeks exclusiecriteria toegevoegd om de relevantie van de geïdentificeerde studies te waarborgen. Studies met een onjuiste populatie, het beoordelen van patiënten in plaats van artsen, studies gericht op specifieke hoge inkomsenlanden, studies dewelke zich richtten op psychiatrische aandoeningen anders dan depressie, interventies buiten de huisartsenzorg of onderzoeken die zich concentreerden op interventies met een ander doel dan deze in dit onderzoek, werden geëxcludeerd.

Na het toepassen van deze exclusiecriteria werden 9 artikels weerhouden, gebaseerd op de titel en abstract. Na het lezen van de volledige artikels werden uit deze selectie 2 artikels weerhouden.

3.2. Resultaten literatuuronderzoek

In dit onderdeel geven we een antwoord op de onderzoeksvragen van het literatuuronderzoek. Hoe evalueert men de implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen? Welke determinanten zijn voor huisartsen een barrière of facilitator om correct de richtlijnen over depressie te volgen? Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen tegenover het beleid bij depressie?

3.2.1. Hoe evalueert men de implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen?

Zoals eerder vermeld werd voor deze masterproef samengewerkt met een bestaande interventie, namelijk een op richtlijnen gebaseerde training voor huisartsen, bedoeld om hun zorg voor patiënten met depressie te verbeteren. Om na te gaan welk effect deze training had, onderzochten we in de eerste plaats hoe we dit kunnen evalueren. Om de aanpak van de zorgprofessional te verbeteren is het aangewezen als de implentatie-interventies van richtlijnen op maat gemaakt zijn op basis van op voorhand geïdentificeerde barrières voor het gebruik maken van richtlijnen. (37)

Hieruit volgt dat implementatie-onderzoekers pleiten voor het kiezen en aanpassen van interventies gebaseerd op vooraf geïdentificeerde determinanten, waaronder barrières en facilitatoren voor het toepassen van richtlijnen, die aan de hand van theoretische modellen uitgewerkt worden.

In de praktijk worden bij studies theoretische modellen uiterst inconsistent en ontransparant gebruikt voor de evaluatie van guideline-implementatie. (37)

Hoewel tegenover een systematische review uit 2010 het gebruik van theorietische modellen duidelijk toenam, wordt er nog steeds in heel veel studies geen gebruik van gemaakt of worden deze enkel vermeld en verder niet toegepast. Maar weinig studies verduidelijken de keuze van hun interventie en waarom ze op een bepaalde manier evalueren aan de hand van modellen, frameworks of theorieën.

De TPB (Theory of Planned Behavior) en de TDF (Theoretical Domains Framework) zijn de meest gebruikte theoretische modellen om een implementatie te evalueren. (37) De TPB is de meest bekende theorie en stelt dat intenties beïnvloed worden door attitudes, de subjectieve sociale norm en zelfeffectiviteit. Hoe positiever de attitude, sociale norm en zelfeffectiviteit, hoe sterker de intentie, en bijgevolg hoe groter de kans op ander gedrag. Het

evalueren van verandering in attitudes is volgens dit theoretisch model dus een goede indicator om verandering in gedrag na te gaan. (38, 39)

Deze theorie wordt ondersteund door veel studies die op uiteenlopende manieren een relatie aantoonden tussen attitudes van zorgprofessionals en hun praktijkvoering. (40)

Het TDF is een integratief model dat elementen uit 33 gedragstheorieën integreert in 14 domeinen, waaronder kennis, vaardigheden, zelfeffectiviteit, sociale rol en sociale invloeden. Dit framework is speciaal ontworpen om factoren te identificeren die een invloed hebben op gedrag, specifiek gericht op implementatieonderzoek.

Een derde theoretisch model dat als leidraad gebruikt kan worden, is het ASE-model. Het ASE-model stelt dat gedrag voortkomt uit drie kernfactoren, namelijk attitude, sociale invloeden en zelfeffectiviteit. Zo gebruikte een studie het ASE-model om determinanten te bepalen om het effect van een training over richtlijnen van depressie te evalueren. (41) Deze determinanten betroffen de attitude, zelfeffectiviteit, intentie en ten vierde de kennis en vaardigheden.

Uit dit onderzoek blijkt dat theoretische modellen zoals de TPB, het TDF en het ASE-model nuttige kaders bieden voor de evaluatie van implementatie-interventies, maar dat ze in de praktijk vaak inconsistent en ontransparant worden toegepast. Er bestaat geen eenduidige richtlijn voor het toepassen van deze kaders in de praktijk, wat het moeilijk maakt om betrouwbaar een kader te gebruiken. Wel wordt het gebruik van determinanten als gedragsbeïnvloeders duidelijk naar voor geschoven om het effect van een implementatie te evalueren. Het is daarom essentieel om bij de implementatie en evaluatie van richtlijninterventies te onderzoeken welke determinanten van belang zijn, en deze gericht te kunnen bevragen.

3.2.2. Welke determinanten zijn voor huisartsen een barrière of facilitator om correct de richtlijnen over depressie te volgen?

Na een systematische zoekopdracht, zoals beschreven in het onderdeel methodologie, hebben we 4 kwalitatieve studies weerhouden. In deze studies werden semi-gestructureerde interviews toegepast bij respectievelijk 36 huisartsen in Spanje (42), 32 huisartsen in Frankrijk (43), 45 huisartsen in Nieuw-Zeeland (44) en 36 eerstelijns-gezondheidsmedewerkers in de Verenigde Staten (45).

Na ons systematisch literatuuronderzoek lijkt dat de volgende determinanten een impact hebben op het correct toepassen van de richtlijnen: de attitude van huisartsen ten aanzien van het beleid, de percepties van huisartsen ten aanzien van de patiënt met een depressie en de overtuigingen van huisartsen over hun zelfeffectiviteit. We beschrijven deze determinanten in de volgende onderdelen. Daarnaast beschrijven we tevens barrières en facilitatoren die door maatschappelijke en/of organisatorische factoren beïnvloed worden ('maatschappelijke context').

3.2.2.1. Perceptie

Het lijkt erop dat de perceptie van de huisarts ten aanzien van de patiënt met een depressie een determinant is die invloed kan hebben op het correct toepassen van de richtlijnen. In een studie van Iglesias-González et al. (42) waarbij semi-gestructureerde interviews met 36 huisartsen in Spanje werden uitgevoerd, ervaren huisartsen een patiënt met een depressie vaak als moeilijk behandelbaar waarbij de perceptie leeft dat de patiënt een lage draagkracht zou hebben om adviezen op te volgen. Dit is mogelijk een barrière om een niet-farmacologische aanpak toe te passen. Dit kan een rol spelen waarom huisartsen antidepressiva voorschrijven en lijkt dus een determinant waarop een interventie best inzet.

3.2.2.2. Attitude

De attitudes van huisartsen ten aanzien van antidepressiva, niet-medicamenteuze interventies, doorverwijzing naar een psychiater en een goede vertrouwensband, lijken een belangrijke invloed te hebben op het correct toepassen van de richtlijnen.

In de studie van Dumesnil et al. identificeert men drie profielen van huisartsen, na het uitvoeren van semi-gestructureerde interviews bij 32 Franse huisartsen over hun visie rond de behandelingen van depressie (43): een groep huisartsen die eerder antidepressiva voorschrijft, een groep die meestal niet-medicamenteuze interventies toepast en ten derde een groep die afhankelijk van de context kiest voor het best passend beleid (antidepressiva of niet-medicamenteuze interventies). Deze laatste groep huisartsen stelt een gewenst gedrag dat conform de huidige richtlijnen is, waarbij ze een positieve attitude hebben over zowel medicatie als een niet-medicamenteuze aanpak. Een positieve attitude ten opzichte van zowel antidepressiva als niet-medicamenteuze interventies is dus faciliterend voor het toepassen van de richtlijnen.

Het lijkt dat een interventie zich best richt tot de eerste groep huisartsen die een uitgesproken voorkeur heeft voor een farmacologische behandeling, aangezien het voorschrijfgedrag van antidepressiva bij huisartsen in België te hoog is. We zien dat dit in de studie van Dumesnil et

al. voornamelijk oudere mannelijke artsen zijn. Deze groep huisartsen geloven dat antidepressiva veel voordelen en weinig nadelen hebben: zeer effectief, goede tolerantie, weinig bijwerkingen of redenen om het voorschrijven van antidepressiva te beperken. Niet-medicamenteuze interventies zouden volgens hen weinig tot zelfs niet effectief zijn. Een negatieve attitude ten opzichte van niet-medicamenteuze interventies en een uitermate positieve attitude ten opzichte van antidepressiva lijken dus barrières te zijn voor het correct toepassen van de richtlijnen. Het lijkt dan ook belangrijk om in een interventie voldoende aandacht te geven aan de correcte indicatiestelling van antidepressiva, het toepassen van het stepped care-model en niet-medicamenteuze interventies.

In dezelfde studie van Dumesnil et al. lijkt dat de attitude rond doorverwijzing naar een psychiater een invloed heeft op het correct behandelen van een patiënt met een depressie. Zo zijn sommige huisartsen van mening dat alles gerelateerd aan geestelijke gezondheidszorg moet behandeld worden door een psychiater, die ze zien als de expert met betere vaardigheden. Sommigen vinden dat de enige rol van de huisarts is om depressie te herkennen en hen dan te verwijzen naar een psychiater (43, 44). Dit kan een barrière zijn voor een goede samenwerking met de tweede lijn (psychiater of psycholoog) of derde lijn (PAAZ of psychiatrisch ziekenhuis). Het is goed om deze attitude determinant in een interventie aan te pakken en opleiding te geven over het stepped care-model en collaborative care (samenwerking tussen hulpverleners), zodat huisartsen enkel patiënten met complexe of ernstige problemen (zoals een psychotische stoornis of een ernstig suïcide risico) verwijzen naar een psychiater.

Als laatste onderdeel van de attitude determinant bespreken we de positieve attitude tegenover het belang van relationele vaardigheden en een goede vertrouwensband tussen de huisarts en de patiënt, dat aangehaald werd in het artikel van Dumesnil et al. en het onderzoek van Iglesias-González et al. (42, 43) In de studie van Isglesias-Gonzalez et al. bestaat er overeenstemming onder de huisartsen over de noodzaak van een adequate vertrouwensband tussen artsen en patiënten om het geloof te bevorderen in de behandeling. (42)

3.2.2.3. Zelfeffectiviteit

Het lijkt erop dat zelfeffectiviteit een belangrijke determinant is die invloed heeft op het gedrag van huisartsen om de richtlijnen correct toe te passen. In de studie van Moir et al. vonden huisartsen globaal gezien dat huisartsen in hun beroepsgroep weinig zelfeffectiviteit hebben in gesprekstechnieken. Dit werd geassocieerd aan beperkingen waarmee huisartsen te maken hebben, zoals tijdgebrek en gebrek aan geschikte vaardigheden en training. (44) De meerderheid van de huisartsen in de studie van Iglesias-Gonzalez et al. zegt dat ze een lage

zelfeffectiviteit ervaren en een gevoel van onvermogen om patiënten met een depressie correct te benaderen. Ze vinden dat ze weinig vaardigheden hebben om een niet-medicamenteus beleid voor depressie toe te passen. (42) Een lage zelfeffectiviteit lijkt dus een belangrijke barrière om de richtlijnen correct toe te passen, in het bijzonder om een niet-medicamenteus beleid te stellen, zijnde onder andere activering, dagstructuur en slaapadvies. Een interventie die aandacht heeft voor het verhogen van de zelfeffectiviteit van huisartsen om een niet-medicamenteus beleid te stellen kan vermoedelijk helpen om het voorschrijven van antidepressiva te verminderen.

Een aantal factoren hebben invloed op de zelfeffectiviteit van de huisarts in de aanpak van depressie. Positieve feedback ontvangen van een patiënt is een belangrijke factor. (42) Ook een sterke vertrouwensband tussen patiënt en huisarts zorgt voor meer zelfeffectiviteit om een niet-medicamenteus beleid toe te passen. (44)

3.2.2.4. Kennis

Kennis is een determinant die invloed heeft op het gedrag van de huisarts bij de aanpak van depressie conform de richtlijnen. De kennis over de indicatie rond opstart antidepressiva werd in de studie van Moir et al. bevraagd. Bij een ernstige depressie wordt eerder een antidepressivum opgestart door de meerderheid van de geïnterviewde huisartsen. (44) Dit gedrag lijkt conform de richtlijnen, waarbij antidepressiva voornamelijk geïndiceerd zijn bij een ernstige depressie, terwijl bij een milde tot matige depressie een niet-medicamenteuze aanpak meestal zal volstaan. Een correcte kennis over de indicatie rond de opstart van antidepressiva volgens het stepped care-model lijkt dus een faciliterende determinant te zijn voor een aanpak van depressie conform de richtlijnen. Het lijkt dan ook dat een interventie gericht op deze kennis over onder andere het stepped care-model en de indicaties van antidepressiva kan helpen om het overmatig voorschrijven van antidepressiva aan te pakken.

3.2.2.5. Maatschappelijke context

Naast de determinanten perceptie, attitude, zelfeffectiviteit en kennis zijn er barrières en facilitatoren voor het correct toepassen van de richtlijnen die door maatschappelijke en/of organisatorische factoren bepaald worden. Belangrijke barrières hierbij zijn mogelijks: onvoldoende tijd tijdens de consultatie van huisartsen, onvoldoende training van huisartsen, gebrekkige toegankelijkheid of communicatie met psychiaters en psychologen, onder andere door de hoge kostprijs en wachtlijsten. (42-45)

Huisartsen in de studies van Iglesias et al. en Moir et al. wijzen erop dat de beschikbare tijd voor een consultatie te kort is voor de toepassing van niet-medicamenteuze interventies,

waardoor huisartsen soms eerder medicatie zullen voorschrijven, wat niet conform de richtlijnen is. (42, 44)

Huisartsen in Spanje en Nieuw-Zeeland zijn van mening dat een belangrijke barrière voor de management van depressie hun gebrek aan opleiding en gestructureerde training is voor zowel diagnose als behandeling van depressie. Het systeem biedt volgens hen enige vrijwillige training, maar garandeert niet dat alle huisartsen zijn opgeleid in diagnostiek en behandeling van depressie. (42, 44)

Een gebrekkige toegankelijkheid tot psychiaters en psychotherapie is een derde belangrijke barrière. De meerderheid van de geïnterviewde Franse huisartsen benoemt de moeilijke toegang tot psychiaters door lange wachttijden en hoge kosten voor consultaties in een privépraktijk. (43) De Nieuw-Zeelandse huisartsen in de studie van Dumesnil et al. geven aan dat de hoge kostprijs van psychotherapie voor patiënten een belangrijke barrière is voor de toegang. Sommige huisartsen kunnen dit oplossen door te verwijzen naar een programma dat terugbetaald is, maar waar de wachttijd doorgaans heel lang is. Medicamenteuze behandeling wordt door hen gezien als de goedkoopste oplossing, wat een belangrijke, niet-wenselijke attitude is bij het correct toepassen van de richtlijnen rond depressie. (44) Huisartsen in Spanje wijzen op de grotere zorglast die resulteert in steeds langere wachtlijsten en minder flexibiliteit in hun uurroosters. Soms zijn psychiaters opgenomen in een team in de eerstelijnszorg, waardoor de toegankelijkheid beter is. (42)

Het lijkt dat de geïnterviewde Franse huisartsen ontevreden zijn over de huidige samenwerking met psychiaters. Ze klagen vooral over een gebrek aan communicatie: de zeldzaamheid van overleg over de patiënten, het onvermogen van de specialisten om op de huisarts te reageren over de verwijzing, en de wederzijdse moeilijkheden om elkaar te begrijpen. Ze gaven aan meer problemen te ervaren bij het werken met psychiaters dan bij andere specialisten. Niettemin wilde de meerderheid van de huisartsen meer communiceren met psychiaters en beter met hen samenwerken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en hun eigen isolement te doorbreken. (43)

Concluderend kunnen we stellen dat er verschillende determinanten zijn die kunnen verklaren waarom huisartsen in de praktijk de richtlijnen rond depressie niet steeds correct volgen. Het lijkt dat de determinanten perceptie, attitude, zelf-effectiviteit, kennis en maatschappelijke context invloed hebben op het gedrag van de huisarts bij de aanpak van depressie en een barrière en/of facilitator kunnen zijn bij het correct toepassen van de richtlijnen rond depressie. Het lijkt belangrijk dat interventies die als doel hebben om gedrag van huisartsen te

veranderen met betrekking tot het toepassen van de richtlijnen rond depressie en bij het evalueren van het effect van deze interventies aandacht hebben voor deze determinanten.

3.2.3. Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen om correct de richtlijnen over depressie te volgen?

Om de zorg voor patiënten met depressie te verbeteren is het belangrijk dat we onderzoeken hoe we betrouwbaar de determinanten kunnen bevragen die bepalen of huisarts de richtlijnen over depressie wel of niet correct toepassen. Er is een groei in het aantal studies die de visie en ervaringen van huisartsen in verband met depressiezorg analyseren ter identificatie van barrières en facilitatoren. Veel van deze studies zijn echter kwalitatief onderzoek. Dit maakt het moeilijk om de bekomen resultaten te veralgemenen, ondanks de verschafte zinvolle inzichten in het complexe gegeven van depressiezorg. Het is dus noodzakelijk dat bij verdere onderzoeken gebruikgemaakt wordt van gestandaardiseerde methoden om dit onderwerp te beoordelen. (46)

Bij het zoeken naar een gestandaardiseerde manier voor de bevraging van attitudes van artsen, leek het in onze studieopzet zinvoller om aan de slag te gaan met een vragenlijst.

Bij het uitvoeren van de literatuurstudie bleek dat er slechts weinig gevalideerde en gestandaardiseerde vragenlijsten bestaan rond dit onderwerp. Na een systematische zoekopdracht met als onderzoeksvraag ‘Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen om correct de richtlijnen over depressie te volgen?’ werden 2 artikels weerhouden die vragenlijsten beschrijven.

Recent werd een poging gedaan om een gevalideerde vragenlijst te ontwikkelen voor Frankrijk en het Franssprekende deel van Zwitserland. Hieruit ontstond de ‘barriers to depression care questionnaire (BDC-Q)’-vragenlijst. Deze lijst werd uiteindelijk gevalideerd in het Frans binnen deze regio’s. Voor België bestaan er echter geen recent ontwikkelde Nederlandstalige vragenlijsten. (46)

Bij verder onderzoek rond het vinden van vragenlijsten zagen we dat er in studies vaak teruggevallen wordt op eenzelfde vragenlijst. Deze vormde tevens de basis voor het opstellen van de hierboven vermelde BDC-Q. De tot nu toe meest gebruikte vragenlijst is de R-DAQ of de revised Depression Attitude Questionnaire. Deze vragenlijst is gebaseerd op de reeds bestaande DAQ, een vragenlijst ontwikkeld in Groot-Brittannië en voor het eerst gebruikt in 1992. Echter wordt kritiek geuit op de originele vragenlijst waarbij de psychometrische eigenschappen en de geschiktheid van de vragenlijst voor zorgverleners en de specifieke geografische regio’s waar depressiezorg plaatsvindt, betwist wordt. Vanuit deze overtuiging

werd in 2015 een onderzoek gestart naar het reviseren van deze veelgebruikte vragenlijst met het ontwikkelen van de R-DAQ als gevolg. De R-DAQ is intussen reeds gevalideerd in verschillende talen, maar er bestaat nog geen gevalideerde versie in het Nederlands. Gezien we ervoor gekozen hebben in dit onderzoek te werken met de R-DAQ hebben we met eigen vertalingen gewerkt. (47)

4. Methodologie

Zoals eerder aangehaald, werd voor deze masterproef samengewerkt met een bestaand vormingspakket over depressie voor huisartsen in Vlaanderen. Dit vormingspakket werd gegeven tijdens een bijeenkomst van huisartsen in de lokale kwaliteitsgroep (LOK). De zogenaamde LOK-training vond plaats tussen 2023 en 2024. Voor ons onderzoek verkregen wij de toestemming van de deelnemers om deze uit te nodigen om vrijblijvend en anoniem mee te werken aan ons onderzoek.

4.1. Deelnemers

Deelnemers voor deze studie bestonden uit LOK groepen bestaande uit Nederlandstalige huisartsen die werkzaam zijn in Vlaanderen. Een informed consent werd ondertekend door iedere deelnemer en de studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent (bijlage I, VI).

4.2. Voor en nameting studie

De deelnemers werden uitgenodigd om binnen deze prospectieve, educatieve, interventionele en quasi-experimentele studie drie maal een vragenlijst in te vullen. De eerste vragenlijst werd ingevuld in de zeven dagen voorafgaand aan de educatieve interventie. Zes maanden na de interventie werd dezelfde vragenlijst nog een keer ingevuld door de huisartsen die de eerste volledig ingevuld hadden. Meteen na de interventie werd ook de tevredenheid van de deelnemers bevraagd. Hieronder wordt de totstandkoming van deze vragenlijsten verder toegelicht.

4.3. Interventie

De interventie betrof een interactieve vorming voor LOK-groepen over de diagnostiek en aanpak van depressie in de eerste lijn. Deze vormingen werden telkens gemodereerd door een psycholoog en een huisarts en werden gefinancierd door FOD Volksgezondheid, waardoor de LOK groepen deze LOK gratis kunnen aanvragen. LOK-groepen zijn lokale groepen van 8 tot 25 huisartsen die hun medische praktijkvoering delen en kritisch beoordelen (aan de hand van peer review) met als doel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. In België is het verplicht om als huisarts deel uit te maken van een LOK-groep en aan minstens twee van de jaarlijkse vier georganiseerde LOK-bijeenkomsten deel te nemen.

Dit specifiek LOK-vormingspakket werd in het verleden reeds zodanig samengesteld dat het probeert in te zetten op het verbeteren van de onderliggende determinanten die het gedrag van de huisarts beïnvloeden, om op deze manier zoveel als mogelijk effect te hebben op de praktijkvoering van de deelnemende huisartsen. Zowel diagnostiek als aanpak van depressie werden tijdens de LOK-vormingen behandeld, met een presentatie die werd opgesteld aan de hand van de huidige Domus Medica-richtlijnen en in lijn met de recente evidence ivm depressie aanpak. Voor de deelnemers wordt een overzicht gegeven van de diagnostische criteria voor depressie volgens de DSM-5. Tijdens de LOK-training werd de website www.gebruikvanpsychofarmaca-gids.be als leidraad gebruikt. Ook werden ze vertrouwd gemaakt met het zorglandschap in België en hoe ze een sociale kaart kunnen gebruiken om verwijzingen en ondersteunende diensten voor patiënten te coördineren. Verder werden ze geïnformeerd over het belang en de wijze van opvolging in de praktijk. Als laatste werden nog een aantal praktische tips meegegeven en werd ook een verwijzing naar de bovengenoemde website 'https://gebruikvanpsychofarmaca-gids.be/' meegegeven.

2.4. Ontwikkeling vragenlijst

Voorafgaand aan ons onderzoek werd dezelfde LOK-training reeds gegeven in Vlaanderen, waarbij een evaluatie gedaan werd aan de hand van een vragenlijst om de effectiviteit van deze training te evalueren. Deze vragenlijst werd opgesteld door de ontwikkelaars van de LOK-training (bijlage V). We hebben de bestaande vragenlijst gebruikt in de praktijk getoetst aan de theoretische inzichten vanuit ons systematisch literatuuronderzoek. Enerzijds hebben we onderzocht of de determinanten, die als barrière of facilitator een impact hebben op het beleid van huisartsen conform de richtlijnen, duidelijk terug te vinden zijn in deze bestaande vragenlijst. Anderzijds hebben we alle vragen getoetst met de wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst van de R-DAQ. Zo blijkt dat de vragenlijst die reeds in de praktijk gebruikt werd voldoende onderbouwd is door de onderkende determinanten van ons literatuuronderzoek: attitude, kennis en perceptie. Echter ontbrak de determinant 'zelfeffectiviteit' waardoor we het onderdeel van de R-DAQ, het professioneel zelfvertrouwen, vertaald hebben naar het Nederlands en toegevoegd aan de vragenlijst.

Tijdens ons oriënterend literatuuronderzoek werd de determinant 'maatschappelijke context' aangehaald als belangrijke barrière. We hebben voor deze 'maatschappelijke context' determinant echter geen extra vragen toegevoegd aan de vragenlijst omdat de LOK training geen impact kan hebben op het toepassen van de richtlijn. Een overzicht van de vragen met gekoppelde determinanten is terug te vinden in bijlagen VII, IX en X.

Als primaire outcome van de opgestelde vragenlijst werd vanwege zijn reproduceerbaarheid gebruik gemaakt van een Likertschaal met vijf punten: ‘helemaal niet akkoord’, ‘niet akkoord’, ‘neutraal’, ‘akkoord’, ‘helemaal akkoord’. Eén vraag betrof een meerkeuzevraag, waarbij meerdere antwoorden uit negen mogelijkheden konden worden aangeduid.

4.5. Dataverzameling

De e-mailadressen van de potentiële deelnemers werden aangeleverd door de voorzitters van de verschillende LOK-groepen. Hierdoor werd elke persoon die op de deelnemerslijst stond gecontacteerd via e-mail, ongeacht of die effectief aanwezig was bij de LOK-training of niet. De communicatie met de deelnemers, evenals het verzenden van de vragenlijsten, verliep via REDCap (Research Electronic Data Capture), een beveiligd en HIPAA-compliant online platform dat veelvuldig wordt gebruikt voor het beheren en verzamelen van onderzoeksdata.

Binnen REDCap werden de verschillende vragenlijsten opgesteld, waaronder een voorafgaande informed consent. Deze informed consent werd verplicht voorgelegd aan elke deelnemer, en moest volledig worden ingevuld en ondertekend alvorens deel te kunnen nemen aan de studie.

Hierin werd onder andere uitgelegd dat de verzamelde gegevens enkel voor onderzoeksdoeleinden gebruikt worden, en dat de data volledig pseudo-geanonimiseerd opgeslagen werden. De e-mailadressen van de deelnemers werden enkel gebruikt binnen het kader van deze studie en niet gedeeld of gebruikt worden voor andere doeleinden, conform de richtlijnen inzake gegevensbescherming (GDPR/AVG).

Ook werd een tevredenheidsvragenlijst gemaakt die elke deelnemer kon invullen direct na de LOK-training om na te gaan waar de sterke en zwakke punten van de training lagen, om deze in de toekomst te kunnen verbeteren. Via REDCap werd een automatische procedure ingesteld, via dewelke elke deelnemer die de voormeting volledig ingevuld hadden, na zes maanden automatisch de nameting zouden ontvangen per mail.

4.6. Data-analyse

Na het exporteren van de data uit REDCap, werd deze via SPSS Statistics 29 geanalyseerd. Categorische variabelen werden beschreven via absolute frequenties en percentage van relatieve frequenties. Kwantitatieve variabelen werden beschreven via gemiddelde en standaarddeviatie als ze een symmetrische verdeling hadden en via een gemiddelde en

interkwartielafstand als ze een asymmetrische verdeling hadden. In een kruistabel werden score veranderingen per item weergegeven voor en zes maanden na de training.

Om mogelijke significante verschillen in de voor- en nameting te analyseren, werd de Wilcoxon signed-rank test gebruikt (via 'Analyze, Nonparametric Tests, Legacy Dialogs, 2 Related Samples, Wilcoxon' in SPSS Statistics 29). Deze test werd verkozen, gezien het twee gepaarde waarnemingen betrof, waarvan we aannamen dat de antwoorden niet-normaal verdeeld zijn. Om de gebruikte niet-medicamenteuze interventies te vergelijken tussen de voormeting en nameting werd de McNemar-test gebruikt, omdat dit gepaarde binaire antwoorden betrof. Om het verschil tussen de karakteristieken van de groep deelnemers en uitvallers te analyseren, werden de Chi-kwadraattest en de Fisher's exact-test gebruikt. De Fisher's exact-test werd daarbij enkel gebruikt voor het geslacht, omdat dit een 2x2-tabel betrof.

5. Resultaten

In dit onderdeel bespreken we de resultaten van de doorgestuurde vragenlijsten die ingevuld werden door de huisartsen voor en na de LOK-training. Aan de hand van deze resultaten geven we antwoord op de laatste onderzoeksvraag: Wat is de impact van een training voor huisartsen over depressie op de determinanten die invloed hebben op het correct volgen van de richtlijnen over depressie? Hierbij bespreken we ook de tevredenheid van de huisartsen over de LOK-training.

5.1. Karakteristieken van de deelnemers

Er werden 352 huisartsen uitgenodigd om de interventie te volgen waarvan er 255 huisartsen aanwezig waren op de LOK-training. 186 huisartsen vulden ook volledig de nameting in (75.9% van het totaal aantal deelnemers). De overige 69 huisartsen hebben de nameting niet of incompleet ingevuld.

Iets meer dan de helft van de deelnemende huisartsen zijn vrouwen (60.2%). Er is een goede variatie in leeftijd, de meeste deelnemende huisartsen waren minder dan 35 jaar oud (44.1%). Daarna kwam de groep van de artsen ouder dan 50 jaar (36.6 %), gevolgd door de leeftijdsgroep 35 tot 50 jaar (19.4%). (tabel 1)

Er is een goede variatie op vlak van ervaring. De meeste huisartsen hadden minder dan 5 jaar werkervaring (31.7%). Daarna kwam de groep met meer dan 30 jaar ervaring (26.3%), 6 tot 15 jaar werkervaring (24.7%), en tenslotte 16 tot 30 jaar ervaring (17.2%) (tabel 1). De meeste LOK's werden in Oost-Vlaanderen georganiseerd (9/20), waardoor ook de meeste deelnemende huisartsen (41.4%) actief zijn in Oost-Vlaanderen. (tabel 1)

Om een beeld te krijgen van de karakteristieken van groep uitvallers, keken we naar de informatie verkregen van de uitvallers die toch de voormeting invulden (n=134). Zo konden we een analyse maken op een groep binnen de uitvallers, om dit te kunnen vergelijken met totale groep. Als de karakteristieken van de huisartsen die de vragenlijsten compleet invulden vergeleken werden met die van de uitvallers, was de leeftijd de enige die significant verschilde. We zien een relatief grotere groep oudere huisartsen bij de uitvallers. Onder de andere karakteristieken, waaronder opvallend genoeg ook het aantal jaren werkervaring, worden er geen significante verschillen gezien tussen beide groepen. (tabel 1)

Tabel 1: Karakteristieken deelnemers die studie voltooid hebben (zowel voor- en nameting ingevuld) en uitvallers (uitsluitend voormeting ingevuld)

	Studie voltooid (n=186)	Uitvallers (voormeting ingevuld) (n=134)	Fisher's Exact test	Pearson Chi-Square	p-waarde
Geslacht			0.422	0.797	0,28
Man	74 (39.8%)	60 (44.8%)			
Vrouw	112 (60.2%)	74 (55.2%)			
Leeftijd				6.0729	0.048
<35 jaar	82 (44.1%)	41 (30.6%)			
35-50 jaar	36 (19.4%)	34 (25.4%)			
>50 jaar	68 (36.6%)	59 (44.0%)			
Provincie werkzaam				0.386	0.984
Antwerpen	29 (15.6%)	21 (17,7%)			
Oost-Vlaanderen	77 (41.4%)	52 (38.8%)			
Limburg	34 (18.3%)	24 (17.9%)			
Vlaams-Brabant	30 (16.1%)	24 (17.9%)			
West-Vlaanderen	16 (8.6%)	13 (9.7%)			
Werkervaring				5.235	0.155
<=5 jaar	59 (31.7%)	34 (25.4%)			
6-15 jaar	46 (24.7%)	26 (19.4%)			
16-30 jaar	32 (17.2%)	35 (26.1%)			
>30 jaar	49 (26.3%)	39 (29.1%)			

5.2. Analyse vragenlijst vóór de interventie (voormeting)

Tabel 2: Voormeting (n = 186)

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)
1. Ik voel me comfortabel om correct de diagnose depressie te stellen.					
Voormeting	0	3.8	16.1	70,4	9.7
2. Ik voel mezelf in staat om de ernst van een depressie in te schatten.					
Voormeting	0.5	3.8	27.4	64	4.3
3. Ik voel me comfortabel bij het bevragen van een suïciderisico.					
Voormeting	0.5	5.4	14.0	58.6	21.5
4. Ik voel mezelf in staat om (de ernst van) het suïciderisico bij een depressieve patiënt te beoordelen.					
Voormeting	1.1	20.4	36.0	38.7	3.8
5. Ik voel me comfortabel om om te gaan met de behoefte van patiënten met een depressie.					
Voormeting	0,5	12.4	37.1	45.7	4.3
6. Als huisarts ben ik goed geplaatst om patiënten met een depressie bij te staan.					
Voormeting	0,5	1.6	17.2	68.8	11.8

7. Als huisarts ben ik voldoende opgeleid om patiënten met een depressie bij te staan.

Voormeting	1.6	19.9	40.3	35.5	2.7

8. Ik voel me meer comfortabel bij het werken met patiënten met een lichamelijke ziekte dan patiënten met een mentale ziekte (zoals depressie).

Voormeting	2.2	31.7	23.7	30.1	12.4

9. Het geeft voldoening om tijd te besteden aan het zorgen voor patiënten met een depressie.

Voormeting	3.8	14.0	39.2	39.2	3.8

10. Bij een patiënt met een duidelijk depressief beeld, start ik in het eerste consult antidepressiva.

Voormeting	18.8	54.3	18.8	6.5	1.6

11. Wanneer ik uitleg wat een depressie is, leg ik vooral de nadruk op de rol van neurotransmitters.

Voormeting	8.6	46.8	31.7	11.3	1.6

12. Ik voel mij comfortabel om uit te leggen wat een depressie is.

Voormeting	1.1	12.4	39.2	44.6	2.7

13. Ik voel mezelf in staat om een behandelplan op te stellen volgens het stepped care model.

Voormeting	4.8	29.6	42.5	21.5	1.6

14. Antidepressiva zijn zinvol kort na een life event (rouw, scheiding...).

Voormeting	19.9	57.5	18.3	3.8	0.5

15. Ik gebruik het biopsychosociaal model om psycho-educatie te geven over depressie.

Voormeting	6.5	33.9	28.0	28.5	3.2

16. Enkel wanneer ik antidepressiva voorschrijf, toon ik de patiënt dat ik zijn lijden serieus neem.

Voormeting	45.2	48.9	4.8	1.1	0

17. Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, schrijf ik antidepressiva voor om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.

Voormeting	32.8	55.9	8.1	2.7	0.5

18. Antidepressiva: baat het niet, dan schaadt het niet (aan de gezondheid).

Voormeting	39.8	54.3	4.8	1.1	0

19. Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psychiater.

Voormeting	0.5	12.9	33.3	48.9	4.3

20. Ik voel me comfortabel om een depressie bij ouderen (>75 jaar) aan te pakken.

Voormeting	2.7	30.1	40.3	24,7	2.2

21. Eén van de belangrijkste oorzaken van depressie is een tekort aan discipline en wilskracht.

Voormeting	58.1	37.6	3.8	0.5	0

22. Depressief worden is een natuurlijk onderdeel van veroudering.

Voormeting	39.8	54.8	4.8	0.5	0

23. Psychotherapie neigt eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.

Voormeting	34.9	54.8	9.1	1.1	0

24. Antidepressiva neigen eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.

Voormeting	21.0	67.2	11.3	0.5	0

25. Ik voel mezelf in staat om enkele niet-medicamenteuze interventies toe te passen in geval van depressie.

Voormeting	2.7	13.4	30.6	48.4	4.8

Tabel 3: Voormeting: niet medicamenteuze interventies

26. Welke interventies pas je toe bij de aanpak van depressie?

	voormeting (n=186)
niets bijzonder	13 (6,9%)
verwijzen naar websites	40 (21,5%)
balansmodel	50 (26,9%)
KOP-model	20 (10,8%)
5G-schema	26 (14,0%)
biopsychosociaal model	64 (34,4%)
(pro-)actieve opvolging	130 (69,9%)
dagstructuur, activiteitenplanning	171 (91,9%)
slaaphygiëne	162 (87,1%)

In deze paragraaf bespreken we, aanvullend op de resultaten weergegeven in tabel 2 en 3, de relevante gegevens en leernoden van de deelnemers ingedeeld volgens de geïdentificeerde determinanten zelfeffectiviteit, attitude, perceptie en kennis.

De groep deelnemende huisartsen heeft over het algemeen positieve opvattingen tegenover het ziektebeeld depressie en tegenover antidepressiva. Zo stellen ze vooral niet akkoord te zijn met de stelling “Eén van de belangrijkste oorzaken van depressie is een tekort aan discipline en wilskracht”. Ook zijn de meeste huisartsen niet akkoord met de stelling “Als ik antidepressiva voorschrijf, toon ik de patiënt dat ik zijn lijden serieus neem”. Aanvullend zijn ook bijna alle huisartsen tegen de stelling “Antidepressiva: baat het niet, dan schaadt het niet”. De meeste huisartsen zijn ook sterk overtuigd van de ineffectiviteit van antidepressiva kort na een life event. (tabel 2)

Tegelijkertijd blijkt uit de resultaten dat de meeste huisartsen het oneens waren met de stellingen dat antidepressiva en psychotherapie eerder onsuccesvol zouden zijn bij mensen met depressie. Dit wijst erop dat de huisartsen vermoedelijk een positieve houding hebben tegenover zowel antidepressiva als psychotherapie en beide behandelingen als effectief beschouwen in de behandeling van depressie. (tabel 2)

Tegenover deze positieve opvattingen zien we dat 43% van de huisartsen voldoening krijgt van de zorg voor patiënten met depressie. Graag zouden we met de LOK-training hier verandering in brengen. (tabel 2)

80.6% van de huisartsen voelt zich goed geplaatst om patiënten met depressie bij te staan. Daartegenover voelt een derde 38.2% van de huisartsen zich goed opgeleid om deze patiënten effectief te ondersteunen. Dit suggereert dat huisartsen zich niet goed geschoold voelen om zorg te dragen voor patiënten met depressie. (tabel 2)

Daarnaast lijkt het toepassen van de behandelingsrichtlijnen gebrekkig. Slechts één op de drie huisartsen gebruikt het biopsychosociaal model om psycho-educatie te geven over depressie (31.7%). Slechts één op de vier huisartsen (23.1%) voelde zich in staat om een behandelplan op te stellen volgens het stepped care-model. Daarnaast is er ook een kennisgebrek over verwijzing naar een psychiater, aangezien slechts 53,2% aangeeft te weten wanneer ze moeten doorverwijzen. Dit toont aan dat er nood is aan extra ondersteuning en opleidingen rond het beleid van depressie. (tabel 2)

Een grote meerderheid van de deelnemende huisartsen (80.1%) voelde zich comfortabel om correct de diagnose depressie te stellen. Wat betreft het suïciderisico voelde ook de meerderheid (80.1%) zich reeds comfortabel om het suïciderisico te bevragen. Daartegenover merken we bij andere onderdelen een lage zelfeffectiviteit op. De helft van de huisartsen voelt zich niet comfortabel om om te gaan met de behoeften van patiënten met een depressie. Een derde van de huisartsen voelt zich niet volledig in staat om de ernst van een depressie in te schatten (31.7%). En iets minder dan de helft van de huisartsen voelt zich in staat om de ernst van het suïciderisico te beoordelen (42.5%). Opvallend is dat slechts de helft van de huisartsen zich comfortabel voelt om uit te leggen wat een depressie is (47.3%). We zien duidelijk dat er behoefte is aan meer zelfvertrouwen bij het inschatten van de ernst en beoordelen van depressie en suïcide. (tabel 2)

Ook werd er een een lage zelfeffectiviteit opgemerkt omtrent het beleid bij depressie. Slechts 53.2% van de huisartsen voelt zich volledig in staat om niet-medicamenteuze interventies toe te passen. Dit is dus een belangrijke leernood voor de LOK-training. (tabel 2)

De meest gebruikte interventies betroffen het bespreken van dagstructuur, activiteitenplanning (91,9%) en adviezen over slaaphygiëne (87,1%). Daarnaast gaf een ruime meerderheid aan gebruik te maken van een (pro-)actieve opvolging van patiënten (69,9%). Het biopsychosociaal model werd door een derde van de respondenten gehanteerd (34,4%). Verder bleek dat huisartsen in mindere mate gebruikmaakten van gespreksmodellen zoals het balansmodel (26,9%), het 5G-schema (14,0%) en het KOP-model (10,8%). Een kleiner deel verwees patiënten naar externe websites voor aanvullende informatie (21,5%), terwijl 6,9% aangaf niets bijzonders te doen in het gesprek of de begeleiding. Deze gegevens geven aan dat veel huisartsen al ervaring hebben met basisinterventies gericht op structuur en

gedrag, terwijl de toepassing van specifieke gespreksmodellen en verwijzingen naar digitale bronnen minder frequent voorkomt. (tabel 3)

De deelnemende huisartsen lijken voor een deel wenselijke attitude en prceptie te hebben voor de aanvang van de LOK-training. We zien voornamelijk verbeterruimte bij de determinant zelfeffectiviteit, waaronder de zelfeffectiviteit bij het inschatten van de ernst van de depressie en van het suïciderisico en de zelfeffectiviteit bij het toepassen van de niet-medicamenteuze interventies. (tabel 2)

5.3. Tevredenheidsmeting

190 huisartsen hebben de vragenlijst van de tevredenheid over de LOK-training ingevuld (74.5% van het totaal aantal huisartsen die de LOK-training heeft gevolgd). De huisartsen waren tevreden over deze LOK-training: 46.3% vond deze goed en 42.6% zeer goed. De deelnemers geven aan dat ze iets hebben bijgeleerd. 53.2% heeft eerder wel iets bijgeleerd en 38.9% zeker wel iets bijgeleerd. Ze stellen ook dat ze iets met de aangebrachte inhoud kunnen in hun praktijk (93.1%). Ze voelen zich meer ondersteund/beter onderlegd om depressieve klachten te benaderen conform de richtlijnen na deze LOK-training: 59.5% eerder wel en 22.1% zeker wel. (tabel 4,5)

Tabel 4: Tevredenheidsmetig, globale tevredenheid (n = 190)

	1	2	3	4	5
Geef uw tevredenheid over deze lok weer in een score van 1 (zeer slecht) t.e.m. 5 (zeer goed).					
	0	2.1	8.9	46.3	42.6

Tabel 5: Tevredenheidsmeting, inhoudelijke tevredenheid (n = 190)

	Helemaal niet (%)	Eerder niet (%)	Neutraal (%)	Eerder wel (%)	Zeker wel (%)
Heeft u iets geleerd tijdens deze bijeenkomst?					
	0	3.2	6.3	53.2	38.9
Kan u iets met de aangebrachte inhoud in uw praktijk?					
	0	2.1	4.7	51.1	42.1
Voelt u zich na deze voordracht meer ondersteund / beter onderlegd om depressieve klachten te benaderen conform de richtlijnen?					
	0	2.1	16.4	59.5	22.1

De deelnemers die de tevredenheidsbevraging invulden ervaren het inzetten van een duo huisarts-psycholoog voor het begeleiden van de bijeenkomst als een meerwaarde (93.2%). Ze vonden de mate van interactie en participatie tijdens de training goed (90%). (tabel 6)

Tabel 6: Tevredenheismeting, format van de LOK-training (n = 190)

	Geeft geen meerwaarde %	Neutraal/geen mening %	Geeft wel een meerwaarde %
Wat vond u van het inzetten van een duo huisarts-psycholoog voor het begeleiden van deze bijeenkomst?			
	1.6	5.3	93.2
	Te weinig %	**Goed %**	**Te veel %**
Wat vond u van de mate van interactie en participatie tijdens deze bijeenkomst?			
	7.9	90	2.1

Slechts een klein deel (12.6%) van de deelnemers had voor de training de aanbeveling depressie (Domus Medica, 2017) reeds doorgenomen; 28.9% had een klein stukje hiervan gelezen. Ongeveer de helft (54.2%) heeft al eerder een vorming gevolgd over het thema depressie. Ongeveer de helft (57.4%) kent iemand in hun nabije omgeving (familie, vriend, kennis) met een depressie. (tabel 7)

Tabel 7: Tevredenheidsmeting, voorafgaande kennis richtlijn (n = 190)

	Nee	Een stukje/schuin	Ja
Had u voor deze training de aanbeveling depressie (Domus Medica, 2017) reeds doorgenomen?			
	58.4	28.9	12.6
Heeft u al eerder een vorming gevolgd over het thema depressie			
	45.8		54.2
Kent u iemand in uw nabije omgeving (familie, kennis, vriend) met een depressie?			
	42.6		57.4

5.4. Analyse vragenlijst na de interventie (nameting)

Tabel 8: Voor- en nameting (n = 186)

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)	Wilcoxon-Z	P-waarde
1. Ik voel me comfortabel om correct de diagnose depressie te stellen.							
Voormeting	0	3.8	16.1	70,4	9.7	-2,941	**0.003***
Nameting	0	1,1	9,1	77.4	12.4		
2. Ik voel mezelf in staat om de ernst van een depressie in te schatten.							
Voormeting	0.5	3.8	27.4	64	4.3	-4.612	**<.001***
Nameting	0	0.5	16.7	74.7	8.1		

3. Ik voel me comfortabel bij het bevragen van een suïciderisico.

Voormeting	0.5	5.4	14.0	58.6	21.5	-2.943	**0.003***
Nameting	0	2.7	8.1	64.5	24.7		

4. Ik voel mezelf in staat om (de ernst van) het suïciderisico bij een depressieve patiënt te beoordelen.

Voormeting	1.1	20.4	36.0	38.7	3.8	-6.359	**<.001***
Nameting	0,5	3.8	31.7	57.5	6.5		

5. Ik voel me comfortabel om om te gaan met de behoefte van patiënten met een depressie.

Voormeting	0,5	12.4	37.1	45.7	4.3	-4.714	**<.001***
Nameting	0	3.8	29.0	61.3	5.9		

6. Als huisarts ben ik goed geplaatst om patiënten met een depressie bij te staan.

Voormeting	0,5	1.6	17.2	68.8	11.8	-2.107	**0.035***
Nameting	0	1.1	13.4	69.9	15.6		

7. Als huisarts ben ik voldoende opgeleid om patiënten met een depressie bij te staan.

Voormeting	1.6	19.9	40.3	35.5	2.7	-3.922	**<.001***
Nameting	0	15.1	32.8	46.2	5.9		

8. Ik voel me meer comfortabel bij het werken met patiënten met een lichamelijke ziekte dan patiënten met een mentale ziekte (zoals depressie).

Voormeting	2.2	31.7	23.7	30.1	12.4	-0.468	0.639
Nameting	2.7	32.3	23.1	30.1	11.8		

9. Het geeft voldoening om tijd te besteden aan het zorgen voor patiënten met een depressie.

Voormeting	3.8	14.0	39.2	39.2	3.8	-2.578	0,010
Nameting	2.2	11.3	34.4	49.5	2.7		

10. Bij een patiënt met een duidelijk depressief beeld, start ik in het eerste consult antidepressiva.

Voormeting	18.8	54.3	18.8	6.5	1.6	-0.850	0,395
Nameting	22.6	53.8	13.4	9.1	1.1		

11. Wanneer ik uitleg wat een depressie is, leg ik vooral de nadruk op de rol van neurotransmitters.

Voormeting	8.6	46.8	31.7	11.3	1.6	-1.786	0.074
Nameting	10.2	48.4	31.7	9.7	0		

12. Ik voel mij comfortabel om uit te leggen wat een depressie is.

Voormeting	1.1	12.4	39.2	44.6	2.7	-1.983	**0,047***
Nameting	0.5	7.5	39.8	49.5	2.7		

13. Ik voel mezelf in staat om een behandelplan op te stellen volgens het stepped care model.

Voormeting	4.8	29.6	42.5	21.5	1.6	-7.646	**<.001***
Nameting	1.6	9.7	28.0	57.5	3.2		

14. Antidepressiva zijn zinvol kort na een life event (rouw, scheiding...).

Voormeting	19.9	57.5	18.3	3.8	0.5	-2.142	**0.032***
Nameting	24.7	56.5	15.6	3.2	0		

15. Ik gebruik het biopsychosociaal model om psycho-educatie te geven over depressie.

Voormeting	6.5	33.9	28.0	28.5	3.2	-5.835	**<.001***
Nameting	2.2	17.2	28.5	44.6	7.5		

16. Enkel wanneer ik antidepressiva voorschrijf, toon ik de patiënt dat ik zijn lijden serieus neem.

Voormeting	45.2	48.9	4.8	1.1	0	-2.247	**0.025***
Nameting	50.5	47.3	1.6	0.5	0		

17. Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, schrijf ik antidepressiva voor om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.

Voormeting	32.8	55.9	8.1	2.7	0.5	-0.709	0.478
Nameting	37.1	50,0	10.8	2.2	0		

18. Antidepressiva: baat het niet, dan schaadt het niet (aan de gezondheid).							
Voormeting	39.8	54.3	4.8	1.1	0	-2.469	**0.014***
Nameting	46.8	50.5	2.7	0	0		
19. Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psychiater.							
Voormeting	0.5	12.9	33.3	48.9	4.3	-4.221	**<.001***
Nameting	0	4.8	24.2	65.1	5.9		
20. Ik voel me comfortabel om een depressie bij ouderen (>75 jaar) aan te pakken.							
Voormeting	2.7	30.1	40.3	24,7	2.2	-5.455	**<.001***
Nameting	0.5	17.7	39.8	38.2	3.8		
21. Eén van de belangrijkste oorzaken van depressie is een tekort aan discipline en wilskracht.							
Voormeting	58.1	37.6	3.8	0.5	0	-0.126	0.900
Nameting	54.8	43.0	2.2	0	0		
22. Depressief worden is een natuurlijk onderdeel van veroudering.							
Voormeting	39.8	54.8	4.8	0.5	0	-0.231	0.817
Nameting	40.9	53.8	4.8	0.5	0		
23. Psychotherapie neigt eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.							
Voormeting	34.9	54.8	9.1	1.1	0	-0.225	0.822
Nameting	37.1	51.6	8.6	1.6	1.1		
24. Antidepressiva neigen eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.							
Voormeting	21.0	67.2	11.3	0.5	0	-0.143	0.887
Nameting	23.1	64.0	10.8	1.6	0.5		
25. Ik voel mezelf in staat om enkele niet-medicamenteuze interventies toe te passen in geval van depressie.							
Voormeting	2.7	13.4	30.6	48.4	4.8	-5.412	**<.001***
Nameting	0.5	5.4	23.1	61.3	9.7		

** = signifcant (p<0.05)*

Tabel 9, Voor-en nameting: niet medicamenteuze interventies

26. Welke interventies pas je toe bij de aanpak van depressie?

	voormeting (n=186)	nameting (n=186)	p-waarde
niets bijzonder	13 (6,9%)	2 (1,1%)	**<0.001***
verwijzen naar websites	40 (21,5%)	61 (32,8%)	**0.002***
balansmodel	50 (26,9%)	69 (37,1%)	**0.005***
KOP-model	20 (10,8%)	35 (18,8%)	**0.003***
5G-schema	26 (14,0%)	42 (22,6%)	**<0.001***
biopsychosociaal model	64 (34,4%)	107 (57,5%)	**<0.001***
(pro-)actieve opvolging	130 (69,9%)	141 (75,8%)	0.169
dagstructuur, activiteitenplanning	171 (91,9%)	171 (91,9%)	1.000
slaaphygiëne	162 (87,1%)	165 (88,7%)	0.690

** = signifcant (p<0.05)*

In deze paragraaf beschrijven we de impact van de LOK-training na zes maanden, als aanvulling op de resultaten weergegeven in tabel 8 en 9. In de verdere analyse van de resultaten werden voor de interpretatie de antwoorden ‘akkoord’ en ‘helemaal akkoord’ steeds

samengevoegd en als ‘meer akkoord’ beschreven. De resultaten tonen beoogde en significante verbeteringen op niveau van verschillende determinanten bij de huisartsen.

Voor de LOK-training waren er al reeds positieve opvattingen tegenover het ziektebeeld depressie en het gebruik van antidepressiva. Na de LOK-training gaven de huisartsen aan significant sterker overtuigd te zijn van de ineffectiviteit van antidepressiva kort na een life event (77.4% naar 81.2%, Z-score -2.142, p=0.032) en zijn zij zich meer bewust van de potentiële bijwerkingen van antidepressiva (94.1% naar 97.3%, Z-score -2.469, p=0.014). Tevens is er een significante stijging in het aantal huisartsen die voldoening krijgt van de zorg voor patiënten met een depressie (43% naar 52.2%; Z=-2.578, p=.010). Deze verbetering wijst op een positieve verandering in de perceptie van huisartsen ten aanzien van hun zorg voor patiënten met depressie. (tabel 8)

Zes maanden na de interventie werden er belangrijke positieve effecten gezien op de determinant kennis. Er was een significante stijging in het aantal huisartsen dat het biopsychosociaal model gebruikt om psycho-educatie te geven over depressie (31.7% naar 52.1%, Z=-5.835, p<.001). Ook nam het aantal huisartsen toe dat zich in staat voelt het stepped care-model te gebruiken bij het opstellen van een behandelplan, met bijna een verdrievoudiging (23.1% naar 60.7%, Z=-7.646, p<0.001). Na de interventie voelde ook een significant groter deel van de huisartsen zich beter in staat om in te schatten wanneer ze een patiënt naar een psychiater moeten doorverwijzen (53.2% naar 71%, Z=-4.221, p<.001). We kunnen dus stellen dat de LOK-training ondersteuning biedt in het verbeteren van hun kennis en vaardigheden, wat zou bijdragen aan het correct volgen van de richtlijnen rond depressie. (tabel 8)

Een zeer gunstig resultaat is dat alle stellingen met betrekking tot zelfeffectiviteit van de huisartsen een significante verbetering vertoonden na de LOK-training, vooral op het gebied van het inschatten van de ernst van de depressie en suïcide risico. Zo gaf een groter aantal huisartsen aan zich comfortabeler te voelen bij het stellen van de diagnose depressie (80.1% naar 89.8%, Z=-2.941, p=0.003) en bij het bevragen van het suïciderisico (80.1% naar 98.2%, Z=-2.943, p=0.003). Eén van de leernoden was het beter kunnen beoordelen van de ernst van depressie en het suïciderisico. Na de LOK-training ervaarde een grotere groep huisartsen verbeteringen op deze gebieden: het percentage huisartsen dat de ernst van de depressie goed kan inschatten steeg significant van 68.3% naar 82.8% (Z=-4.612, p<.001), en het percentage dat het suïciderisico goed kan inschatten steeg significant van 42.5% naar 64% (Z=-6.359, p<.001). Daarnaast voelt meer dan de helft van de huisartsen zich comfortabel om uit te leggen wat een depressie is. Dit is ook een significante stijging na de LOK-training (47.3% naar 52.2%, Z=-1.983, p=0.047). Daarbij sluit aan dat er ook een significante toename

van huisartsen zich comfortabel voelt om met de behoeften van depressieve patiënten om te gaan (50% naar 67.2%, Z=-4.714, p<.001). Deze resultaten geven aan dat de LOK-training een positieve invloed heeft gehad op het vertrouwen van huisartsen in hun vermogen om depressie te diagnosticeren en in te schatten.

Daarnaast zien we bij het toepassen van het beleid ook een toegenomen zelfeffectiviteit. Een significant groter percentage huisartsen voelt zich in staat om enkele niet-medicamenteuze interventies toe te passen (53.2% naar 71%, Z=-5.412, p<.001). Daarbij werd significant meer gebruikgemaakt van het KOP-model (10.8% naar 18.8%, p<.003), het 5G schema (14% naar 22.6%, p<.001), verwijzen naar websites (21.5% naar 32.8%, p=0.002), gebruik van het balansmodel (26.9% naar 37.1%, p=0.005) en het biopsychosociaal model (34.4% naar 57.5%, p <.001). Er werd geen significant verschil gezien bij het toepassen van de volgende niet-medicamenteuze interventies: dagstructuur en activiteitenplanning, (pro)-actieve opvolging en slaaphygiëne gezien dit al reeds werd toegepast door bijna alle huisartsen vooraf aan de LOK traning. Er is ruimte om niet-medicamenteuze interventies verder te integreren in de dagelijkse praktijk. (tabel 8, 9).

De LOK-training heeft een significant positieve invloed gehad op de zelfeffectiviteit van huisartsen, vooral op het gebied van diagnosestelling, het inschatten van de ernst van depressie en suïciderisico, en het omgaan met de behoeften van depressieve patiënten. Er werd ook een substantiële verbetering gezien in het gebruik van het biopsychosociaal model, het stepped care-model, en niet-medicamenteuze interventies. Positieve opvattingen over depressie, antidepressiva en psychotherapie werden verder versterkt, of waren al aanwezig bij de huisartsen voorafgaand aan de training.

6. Discussie en conclusie

6.1. Ondersteunend literatuuronderzoek

6.1.1. Hoe evalueert men de implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen?

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. Dit betrof echter geen systematisch literatuuronderzoek, mede door de zeer beperkte bestaande literatuur. Via de sneeuwbalmethode werden de meeste relevante artikels uiteindelijk bekomen, wat de reproduceerbaarheid van deze methode beperkt. De artikels die bekomen werden, waren van een laag aantal. Dit maakt dat conclusies die uit deze artikels voortkomen met de nodige voorzichtigheid moeten overwogen worden. De algemene conclusie was dat de evaluatie van een implementatie van een vormingspakket over depressie voor huisartsen geen gestandaardiseerde methode kent. Het onderzoek hiernaar is uiterst beperkt. De meeste bestaande onderzoeken zijn ontransparant en inconsequent betreffende hun evaluatiemethodes. We merkten op dat meerdere theoretische modellen voorstellen om determinanten van gedrag te gebruiken bij de evaluatie, maar dat er ook geen eenduidig advies bestaat over het gebruik van determinanten en welke determinanten dit best zijn.

Er is een grote nood aan extra onderzoek naar hoe een implementatie best geëvalueerd kan worden om op een uniforme en duidelijke manier ondersteuning te kunnen geven aan implementatie-onderzoek.

6.1.2 Welke determinanten zijn voor huisartsen een barrière of facilitator om correct de richtlijnen over depressie te volgen?

Er werd geprobeerd de determinanten die huisartsen beïnvloeden bij het toepassen van de richtlijnen over depressie te identificeren. Hiervoor werd een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Een belangrijke beperking was de geringe hoeveelheid relevante studies en de kwalitatieve aard van deze studies.

De beperkte beschikbare literatuur en de specifieke aard van kwalitatief onderzoek maken het moeilijk om definitieve uitspraken te doen over de factoren die de naleving van richtlijnen door huisartsen beïnvloeden. Toch biedt ons onderzoek waardevolle inzichten in de complexiteit van de toepassing van richtlijnen in de praktijk. Het benadrukt de belangrijke rol van zowel persoonlijke factoren (zoals zelfeffectiviteit) als systeemgebonden factoren (zoals tijdsdruk) in het wel of niet volgen van richtlijnen bij de behandeling van depressie.

Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op grotere, meer diverse steekproeven van huisartsen, bij voorkeur via zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. Het zou interessant zijn om de prevalentie van de geïdentificeerde barrières en facilitatoren te onderzoeken. Dit zou ons in staat stellen om meer algemeen toepasbare en evidence-based aanbevelingen te doen voor het verbeteren van de implementatie van richtlijnen in de huisartsenzorg.

6.1.3. Hoe bevraag je betrouwbaar de determinanten van huisartsen om correct de richtlijnen over depressie te volgen?

Na de uitvoering van een systematisch literatuuronderzoek blijkt dat het merendeel van de onderzoeken op kwalitatieve basis zijn, ondanks een groeiende interesse in onderzoek over depressie in de eerste lijn. Het is dus niet gemakkelijk om gestandaardiseerde (kwantitatieve) methoden te zoeken die dit onderwerp beoordelen. Hoewel we de meerwaarde van kwalitatief onderzoek in het blootleggen van meer diepgaande inzichten in depressiezorg niet kunnen ontkennen, heeft een gestandaardiseerde beoordeling hiertegenover zeker meer mogelijkheden op vlak van het generaliseren en vergelijken van interventies. Uit het literatuuronderzoek kwamen slechts 2 gestandaardiseerde vragenlijsten voort. Hierbij werd gekozen om gebruik te maken van de R-DAQ vanwege zijn brede erkenning en toepasbaarheid bij ons onderzoek. Het is echter belangrijk om bedenkingen te stellen bij het feit dat er tot op heden van de R-DAQ geen gestandaardiseerde Nederlandstalige versie ontwikkeld werd en er dus gebruikgemaakt werd van eigen vertalingen, wat zorgt voor een verminderde reproduceerbaarheid van dit onderzoek. Tevens is het bij eigen vertalingen moeilijk rekening te houden met de mogelijke culturele interpretatie van de vragen, hoewel ze misschien taalkundig wel correct zijn. Ten slotte merken we op dat de gebruikte R-DAQ-vragenlijst uitsluitend de determinanten attitude en zelf-effectiviteit bevraagt, maar de andere determinanten die mogelijks een barrière of facilitator kunnen zijn bij het toepassen van de richtlijnen rond depressie niet aan bod komen, namelijk perceptie en kennis.

Er is dus zeker een mooie opening voor verder onderzoek naar het gestandaardiseerd bevragen van determinanten van depressiezorg in de eerste lijn. Wanneer dit kan gebeuren op basis van bestaande vragenlijsten, kan dit eventueel op internationaal vlak ook helpen voor het opbouwen van verder onderzoek over dit ontwerp.

6.2. Resultaten van de interventie LOK-training

6.2.1. Interpretatie van de resultaten

De LOK-training rond depressie had een significante en duurzame impact op meerdere belangrijke determinanten van de deelnemende huisartsen ten aanzien van de zorg rond depressie.

Verschillende studies wijzen aan dat veel diagnoses van depressie gemist worden en er ook veel onterecht en foutief gesteld worden binnen de eerste lijn. Vóór de LOK-interventie gaf echter de grote meerderheid van de deelnemende huisartsen in ons onderzoek reeds aan zich comfortabel te voelen om correct de diagnose depressie te stellen. We vermoeden dat voor dit verschil meerdere verklaringen mogelijk zijn: sociaal wenselijk antwoorden, selectiebias (mogelijks hadden de deelnemende huisartsen een bijzondere interesse voor de behandeling van depressie, en dus niet representatief voor de bredere populatie van huisartsen) en zelfoverschatting van de eigen vaardigheden. Voor de inschatting van de ernst van de depressie was er wel een duidelijke relatieve leernood. Zes maanden na de interventie was er een significante positieve verandering in het aantal huisartsen die zich bekwaam voelden in beide aspecten (stellen van diagnose depressie en inschatten van de ernst). Dit is een essentieel effect voor zorgverleners in de eerste lijn waar patiënten met een depressie veruit het meeste worden gezien, en waar goede diagnostiek en ernstinschatting van vitaal belang zijn voor de verdere aanpak.

De grote meerderheid van de huisartsen vindt dat ze als huisarts goed geplaatst is om een patiënt met depressie bij te staan. Dit bevestigt het belang van de LOK-training. Het valt op dat bij de voormeting slechts de helft zich comfortabel voelde om om te gaan met de behoeften van patiënten met een depressie en een derde zich goed opgeleid voelde hiervoor. Het is dan ook waardevol om te zien dat de LOK-training hierop een aanzienlijk en significant effect had. Dit wijst erop dat training een sleutelrol speelt in het vergroten van de zelfeffectiviteit van huisartsen en suggereert dat huisartsen zich niet alleen zelfverzekerder voelen in hun technische vaardigheden, maar zich ook beter uitgerust voelen om om te gaan met de emotionele en psychologische behoeften van patiënten.

De helft voelde zich bij de voormeting comfortabel om uit te leggen wat een depressie is en om niet-medicamenteuze interventies toe te passen. Slechts één op vijf artsen voelde zich comfortabel om een behandelplan op te stellen volgens het stepped care-model. We zien dat deze aspecten sterk tot zéér sterk verbeteren zes maanden na de LOK-training. Dit toont aan

dat gerichte educatieve interventies een grote impact kunnen hebben op de zelfeffectiviteit van de huisartsen tijdens de implementatie van richtlijnen in de praktijk.

Het percentage huisartsen dat zich bij de nameting in staat voelde om een behandelplan op te stellen volgens het stepped care-model verdrievoudigde bijna tot 60%. Dit toont aan dat huisartsen vóór de training onvoldoende kennis of vertrouwen hadden in het toepassen van het stepped care-model, wat een belangrijk onderdeel is in de richtlijn van Domus Medica.

Na de training voelden opmerkelijk meer huisartsen zich in staat om gebruik te maken van niet-medicamenteuze interventies, zoals het biopsychosociaal model en het 5G-schema. Hoewel voor de training al veel huisartsen dagstructuur en slaaphygiëne toepassen, lijkt de training hen beter in staat te hebben gesteld om een breder scala aan interventies te gebruiken, wat belangrijk is gezien de toenemende focus op niet-medicamenteuze opties in de behandeling van depressie.

Literatuuronderzoek toont aan dat Belgische artsen grote voorschrijvers zijn van antidepressiva. Echter, het merendeel van de huisartsen gaf reeds bij de voormeting aan gewenste attitudes en kennis over antidepressiva te hebben, conform de huidige richtlijnen. We vermoeden dat deze stellingen eerder sociaal wenselijk geantwoord zijn geweest door de deelnemende huisartsen, of dat ze een grotere interesse hebben in de zorg rond depressie, waardoor ze antidepressiva reeds op een correcte manier gebruikten.

6.2.2. Vergelijking met literatuur

In onze studie werd een significant en duurzaam positief effect gevonden op de kennis, attitude en zelfeffectiviteit van huisartsen ten aanzien van de zorg voor een patiënt met een depressie. Dit ligt in lijn met eerdere studies die de impact van educatieve interventies rond depressie hebben onderzocht (pre-post-studie), waarbij er ook een significant effect op zelfeffectiviteit was na de training, en versterkt dus onze bevindingen. Positief is dat er bij onze studie een groot aantal huisartsen heeft deelgenomen, namelijk 186 huisartsen, terwijl het aantal deelnemers bij de meeste studies van de voorbije 5 jaar minder dan 100 bedroeg. (40, 41, 48)

6.2.3. Methodologische sterktes en beperkingen

Onze interventie heeft meerdere methodologische sterktes die de validiteit van de bevindingen verhogen. We onderzochten het effect van de LOK-trainingen over een periode van september 2023 tot en met januari 2024 waarbij 255 huisartsen hebben deelgenomen. Een groot aantal deelnemers, namelijk 186, heeft zowel de voor- als nameting ingevuld. Dit gaf de

mogelijkheid om aan de slag te gaan met een grote steekproef van huisartsen. We zien een mooie variatie van huisartsen qua leeftijd en ervaring. Er werd een significant effect aangetoond na zes maanden. Dit duurzaam effect is een belangrijke sterkte van onze interventie.

LOK-groepen zijn in Vlaanderen een praktische manier om veel huisartsen te bereiken, de LOK-training kan dus eenvoudig verder ingezet worden in de toekomst. De interventie is de eerste studie in België gericht op het verbeteren van de onderliggende determinanten van de zorg rond depressie door huisartsen. Ons onderzoek is interessant omdat de interventie geëvalueerd kon worden met behulp van relevante determinanten. Door verder te kijken dan kennis van huisartsen over de richtlijn rond depressie en het correct toepassen van deze richtlijn, konden we determinanten van huisartsen versterken die waarschijnlijk leiden tot het correct toepassen van de richtlijn rond depressie.

Onze studie kent ook enkele methodologische beperkingen. Zo is er sprake van een beperkte uitval van een aantal deelnemers, voornamelijk bij de nameting. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de langere looptijd van het project en een verminderde betrokkenheid na het afronden van de training. Ook bij de tevredenheidsmeting kort na de training was er reeds enige uitval merkbaar. Hoewel niet alle deelnemers het volledige traject hebben doorlopen, tonen de beschikbare gegevens aan dat de karakteristieken van deelnemers en uitvallers, op leeftijd na, grotendeels vergelijkbaar zijn. Dit ondersteunt de betrouwbaarheid van de resultaten.

Daarnaast bieden de resultaten van ons onderzoek geen direct inzicht in de vertaling naar de praktijk van de artsen. Zo kunnen we bijvoorbeeld geen cijfers voorzien voor het voorschrijfgedrag van antidepressiva voor en na de interventie. We baseren ons echter op het effect van de interventie op de gerapporteerde zelfeffectiviteit en attitudes van de deelnemende artsen tegenover depressie. Een grote zelfeffectiviteit en sterke positieve attitudes tegenover het behandelen van mensen met een depressie, is namelijk gelinkt aan een betere zorgverlening en een betere diagnosticering van mensen met een depressie.

Een verdere beperking bij het gebruiken van een vragenlijst is zoals gebruikelijk de geldigheid en betrouwbaarheid van de beoordelingen. Gezien er geen gebruikgemaakt werd van een gevalideerde vragenlijst maar eerder een combinatie van een bestaande vragenlijst met een deel van de R-DAQ, die zelf vertaald werd, zijn de geobserveerde resultaten met enige omzichtigheid te interpreteren. Het zou in de toekomst dan ook van grote waarde zijn om verder onderzoek te doen naar het creëren van een gestandaardiseerde Nederlandstalige vragenlijst.

6.4. Praktische implicaties

Dit onderzoek onderstreept het belang van educatieve programma's voor huisartsen om hun zelfvertrouwen te vergroten bij het diagnosticeren en behandelen van depressie. Er werd aangetoond dat huisartsen na de interventie niet alleen meer vertrouwen hadden in hun eigen capaciteiten, maar ook dat zij meer niet-medicamenteuze behandelingsopties konden toepassen, wat in overeenstemming is met de aanbevolen richtlijnen. Dit suggereert dat vergelijkbare trainingen in heel België zouden kunnen bijdragen aan een betere naleving van de richtlijnen.

6.5. Implicaties voor verder onderzoek

Hoewel onze studie de effectiviteit van de LOK-training heeft aangetoond, blijven er vragen over de langetermijnimpact van deze educatieve interventies. Het zou nuttig zijn om te onderzoeken of de veranderingen in zelfeffectiviteit, voorschrijfgedrag en beleid van huisartsen op de lange termijn (langer dan zes maanden) behouden blijven en hoe dit de uitkomst van de management bij patiënten met een depressie en het voorschrijfgedrag beïnvloedt. Zoals eerder besproken zou het in de toekomst waardevol zijn om verder onderzoek te doen naar het creëren van een gestandaardiseerde Nederlandstalige vragenlijst. Dit zou verder onderzoek in Nederlandstalige regio’s kunnen ondersteunen en het mogelijk maken de onderzoeken meer te veralgemenen.

6.6. Conclusie

De studie toont een significante en duurzame impact van een LOK-training op geïdentificeerde determinanten van huisartsen rond het correct toepassen van de richtlijnen rond depressie zoals zelfeffectiviteit, attitude en kennis. De bevindingen onderstrepen het belang van gerichte educatie om de kwaliteit van depressiezorg te verbeteren en richtlijnen beter te implementeren. Toekomstig onderzoek kan zich richten op de ontwikkeling van uniforme meetinstrumenten en het langdurige effect van educatieve interventies, zodat huisartsen optimaal worden ondersteund in hun cruciale rol binnen de eerstelijnszorg.

8. Referenties

1. Declercq T, Habraken, H., Van den Ameele, H., Callens, J., De Lepeleire, J., & Cloetens, H. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen. Domus Medica vzw. 2017.
2. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington: VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Terluin B, van Hout, H. P. J., van Marwijk, H. W. J., Adèr, H. J., van der Meer, K., de Haan, M., & van Dyck, R. Diagnose depressie niet zo betrouwbaar te stellen. Huisarts en Wetenschap. 2004;47(2):66-70.
4. NHG. NHG-standaard Depressie 2024. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie.
5. Terluin B, & Oud, M. J. T. Is de diagnose 'depressie' nog wel bruikbaar? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2012;156:A5684.
6. Horwitz AV, & Wakefield, J. C. The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press; 2007.
7. WHO. "Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health 2017. Available from: https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health#:~:text=Depression%20is%20the%20leading%20cause%20of%20ill%20health,of%20more%20than%2018%25%20between%202005%20and%202015.
8. Gisle L, Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Sciensano. 2020.
9. Sciensano. Negende COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten 2022. Available from: https://www.sciensano.be/nl/biblio/negende-covid-19-gezondheidsenquete-eerste-resultaten.
10. Walrave R, Beerten SG, Mamouris P, Coteur K, Van Nuland M, Van Pottelbergh G, et al. Trends in the epidemiology of depression and comorbidities from 2000 to 2019 in Belgium. BMC Prim Care. 2022;23(1):163.
11. België G. Geestelijke gezondheid: Angst en Depressie 2024. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/angst-en-depressie.
12. WHO. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide 2022. Available from: https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide.
13. GGz NK. Zorgstandaard depressieve stoornissen. GGZ Standaarden. 2018.
14. Wong CPS, Yeung JTK, Fong DYT, Smith RD, Ngan AHY, Lam YYL, et al. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for depression in adults: a systematic review and meta-analysis of delivery by different healthcare professionals. Cogn Behav Ther. 2024;53(3):302-23.
15. Cuijpers P, Donker T, Johansson R, Mohr DC, van Straten A, Andersson G. Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis. PloS one. 2011;6(6):e21274.
16. Heissel A, Heinen D, Brokmeier LL, Skarabis N, Kangas M, Vancampfort D, et al. Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. Br J Sports Med. 2023;57(16):1049-57.
17. Cuijpers P, Quero S, Noma H, Ciharova M, Miguel C, Karyotaki E, et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. World Psychiatry. 2021;20(2):283-93.
18. Riziv. Eerstelijns psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheid. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg/eerstelijns-psychologische-zorg-in-een-netwerk-voor-geestelijke-gezondheid.

19. BCFI. BCFI: Antidepressiva. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=7997.
20. Cuijpers P, Oud M, Karyotaki E, Noma H, Quero S, Cipriani A, et al. Psychologic Treatment of Depression Compared With Pharmacotherapy and Combined Treatment in Primary Care: A Network Meta-Analysis. Ann Fam Med. 2021;19(3):262-70.
21. Driessen E, Fokkema M, Dekker JJM, Peen J, Van HL, Maina G, et al. Which patients benefit from adding short-term psychodynamic psychotherapy to antidepressants in the treatment of depression? A systematic review and meta-analysis of individual participant data. Psychol Med. 2023;53(13):6090-101.
22. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF, 3rd. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry. 2014;13(1):56-67.
23. Brand-Piek. Diagnostiek en behandeling van depressie. Huisarts en Wetenschap. 2014;57:458–60.
24. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. The Lancet. 2009;374(9690):609-19.
25. Koen Demyttenaere MA, Eric Constant, Adelin Albert, Geert Van Gassen and Kees van Heeringen. Do general practitioners and psychiatrists agree about defining cure from depression? The DEsCRIBE™ survey. BMC Psychiatry. 2011;11(11):169.
26. Agentschap) II. % Gebruikers van antidepressiva 2022. Available from: https://ima-aim.be/Antidepressiva-in-Belgie#:~:text=Gebruikers%20van%20antidepressiva%20worden%20in,internationale%20meeteenheid%20van%20de%20WHO.
27. Alex Gyani NP, Hannah Parker, Roz Shafran, Suzanna Rose. Investigating the use of NICE guidelines and IAPT services in the treatment of depression. Mental Health in Family Medicine. 2012;9:149-60.
28. Loeb DF, Leister E, Ludman E, Binswanger IA, Crane L, Dickinson M, et al. Factors associated with physician self-efficacy in mental illness management and team-based care. General hospital psychiatry. 2018;50:111-8.
29. Richards JC RJ, Ryan P, Mccabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the Effective Management of Depression in General Practice. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2004;38(10):795-803.
30. Manzanera R, Lahera G, Álvarez-Mon MÁ, Alvarez-Mon M. Maintained effect of a training program on attitudes towards depression in family physicians. Fam Pract. 2018;35(1):61-6.
31. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation–liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry. 2010;32(3):246-54.
32. Claudia Sikorski ML, Hans-Helmut König, Hendrik van den Bussche and Steffi G Riedel-Heller. Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and metaanalysis. BMC Health Services Research. 2012(12):10.
33. Habtamu K, Birhane R, Demissie M, Fekadu A. Interventions to improve the detection of depression in primary healthcare: systematic review. Systematic Reviews. 2023;12(1).
34. Creupelandt H, Anthierens S, Habraken H, Declercq T, Sirdifield C, Siriwardena AN, et al. Teaching young GPs to cope with psychosocial consultations without prescribing: a durable impact of an e-module on determinants of benzodiazepines prescribing. BMC Medical Education. 2017;17(1).
35. Robles R, Lopez-Garcia P, Miret M, Cabello M, Cisneros E, Rizo A, et al. WHO-mhGAP Training in Mexico: Increasing Knowledge and Readiness for the Identification and Management of Depression and Suicide Risk in Primary Care. Archives of Medical Research. 2019;50(8):558-66.

36. Simon Gilbody PW, Jeremy Grimshaw, Ruth Thomas. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care. Americal Medical Association. 2003;289(23).
37. Liang L, Bernhardsson S, Vernooij RW, Armstrong MJ, Bussières A, Brouwers MC, et al. Use of theory to plan or evaluate guideline implementation among physicians: a scoping review. Implement Sci. 2017;12(1):26.
38. Rashidian A, Russell I. General practitioners' intentions and prescribing for asthma: using the theory of planned behavior to explain guideline implementation. Int J Prev Med. 2012;3(1):17-28.
39. Ajzen I. Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire2006. 1-12 p.
40. Muyambi K, Gillam M, Dennis S, Gray R, Martinez L, Jones M. Effect of depression awareness and management training on the attitudes of rural primary health care workers. The Australian journal of rural health. 2021;29(3):449-54.
41. Zwerver F, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek AJ. Changes in insurance physicians' attitudes, self-efficacy, intention, and knowledge and skills regarding the guidelines for depression, following an implementation strategy. Journal of occupational rehabilitation. 2013;23(1):148-56.
42. Iglesias-Gonzalez M, Gil-Girbau M, Penarrubia-Maria MT, Blanco-Garcia E, Fernandez-Vergel R, Serrano-Blanco A, et al. Barriers and opportunities for the treatment of mild-to-moderate depression with a watchful waiting approach. Patient Educ Couns. 2021;104(3):611-9.
43. Dumesnil H, Apostolidis T, Verger P. Opinions of general practitioners about psychotherapy and their relationships with mental health professionals in the management of major depression: A qualitative survey. PloS one. 2018;13(1):e0190565.
44. Moir F, Roskvist R, Arroll B, Louis D, Walsh E, Buttrick L, et al. Treatment of depression in the first primary care consultation: A qualitative study. Journal of family medicine and primary care. 2022;11(6):2597-602.
45. Pilipenko N, Vivar-Ramon C. Depression screening perceptions and practices in a primary care clinic: A mixed-methods study. Psychological services. 2023;20(4):756-63.
46. Senchyna A, Abbiati M, Chambe J, Haller DM, Maisonneuve H. General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire. BMC Fam Pract. 2020;21(1):156.
47. Haddad M, Menchetti M, McKeown E, Tylee A, Mann A. The development and psychometric properties of a measure of clinicians' attitudes to depression: the revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ). BMC psychiatry. 2015;15:7.
48. Ghesquiere A, Martinez J, Jalali C, Sirey JA, Morales S. Training residents in depression and grief. The clinical teacher. 2018;15(2):114-9.

9. Bijlagen

Bijlage I

Goedkeuring onderzoeksprotocol door de commissie medische ethiek

Prof.Dr. Thierry Christiaens
Vakgroep Fundamentele en
Toegepaste Medische Wetenschappen
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Ellen Van Leeuwen	28/03/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
ONZ-2023-0070		B6702023000125

Betreft:
De impact van een LOK training over de aanpak van depressie op de skills, attitude en self-efficacy van huisartsen ivm het behandelen van patienten met depressie
The impact of a GP training in the treatment of depression on GPs attitude, and self-efficacy towards depression

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 08/03/2023.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 27/03/2023 een gunstig advies over deze studie.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage II

Pubmed

(“**Program Evaluation***” OR “Surveys and Questionnaires” OR “Education, Continuing” OR “Qualitative Research” OR “Psychiatric Status Rating Scales” OR “Treatment Outcome” OR “Teaching*” OR “Education, Medical, Continuing*” OR “Education, Medical, Graduate” OR “Implementation Science*” OR “Evaluation Studies as Topic*” OR “Program Evaluation / methods” OR “Program Evaluation / standards*” OR “Research Design / standards” OR “Prospective Studies” OR “Managed Care Programs / organization & administration*” OR “Models, Organizational” OR “Practice Patterns, Physicians'*” OR “Quality Assurance, Health Care”) AND (“Depression* / diagnosis” OR “Depression* / therapy” OR “Depression / psychology*” OR “Depression / prevention & control*” OR “Depressive Disorder / diagnosis*” OR “Depressive Disorder / epidemiology” OR “Depressive Disorder / therapy*” OR “Depressive Disorder / drug therapy” OR “Mental Disorders / therapy*” OR “Mental Health / education*” OR “Antidepressive Agents / therapeutic use*” OR “Psychiatry / education*”) AND (**“Physicians, Family*** / education” OR “Physicians, Family* / standards” OR “General Practitioners / education*” OR “General Practitioners / psychology” OR “Caregivers / education*” OR “Health Personnel / psychology*” OR “Health Personnel / education*” OR “Physicians, Primary Care / statistics & numerical data*” OR “Physicians, Primary Care / education*” OR “Physicians, Primary Care / psychology” OR “Primary Health Care*” OR “Family Practice / education*”).
→ 345 artikels

Bijlage III

Pubmed
(**"Depressive Disorder**"[Mesh] OR “Depressive Disorder*”[tiab] OR “depressive disease*”[tiab] OR “depressive illness*”[tiab] OR “depressive episode*”[tiab] OR “depressive state”[tiab] OR “Depressive Syndrome*”[tiab] OR “depressive symptom*”[tiab] OR “Depression*”[tiab] OR “depressed patient*”[tiab] OR “antidepressant*”[tiab]) AND (**"primary health care**"[Mesh] OR "primary care"[tiab] OR "family medicine"[tiab] OR "general practi*"[tiab] OR "primary health care"[tiab] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Family Physician*" [tiab]) AND ("**qualitative studies**"[tiab] OR "qualitative evaluation"[tiab] OR "qualitative research*"[tiab] OR "Focus Groups"[Mesh] OR "focus group*"[tiab] OR "process evaluation"[tiab] OR “interview*”[tiab] OR “Action research”[tiab] OR "Interviews as Topic"[Mesh] OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR “survey*”[tiab]) NOT (“postpartum"[tiab] OR “pregnan*"[tiab] OR “postnatal"[tiab] OR “maternal"[tiab] OR “mother"[tiab] OR “pediatric"[tiab] OR “child*"[tiab] OR “adolescent"[tiab] OR “youth”[tiab] OR “teenager”[tiab] OR “diabetes”[tiab] OR “COVID”[tiab] OR “HIV”[tiab] OR “cancer”[tiab] OR “COPD”[tiab] OR “heart failure”[tiab] OR “stroke”[tiab] OR “hypothyroidism”[tiab] OR “tinnitus”[tiab] OR “intensive care unit”[tiab] OR “ICU”[tiab] OR “veteran*”[tiab] OR “transgender”[tiab] OR “regufees”[tiab])
→ 1 158 artikels

Pubmed
(**"Depressive Disorder**"[Mesh] OR “Depressive Disorder*”[tiab] OR “depressive disease*”[tiab] OR “depressive illness*”[tiab] OR “depressive episode*”[tiab] OR “depressive state”[tiab] OR “Depressive Syndrome*”[tiab] OR “depressive symptom*”[tiab] OR “Depression*”[tiab] OR “depressed patient*”[tiab] OR “antidepressant*”[tiab]) AND ("**primary health care**"[Mesh] OR "primary care"[tiab] OR "family medicine"[tiab] OR "general practi*"[tiab] OR "primary health care"[tiab] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Family Physician" [tiab] OR "Family Physicians" [tiab] OR "Physician, Family" [tiab]) AND ("**Practice Patterns, Physicians**"[Mesh] OR "inappropriate prescribing"[Mesh] OR "prescribing pattern*"[tiab] OR "prescribing behavior"[tiab] OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR "Adherence, Guideline"[tiab] OR "Policy Compliance" [tiab] OR "Compliance, Policy" [tiab] OR "Protocol Compliance" [tiab] OR "Compliance, Protocol" [tiab] OR "Guideline implementation" [tiab])
→ 526 artikels

Embase
(‘**Depression**’/exp OR 'Depressive Disorder*':ti,ab,kw OR 'depressive disease*':ti,ab,kw OR 'depressive illness*':ti,ab,kw OR 'depressive episode*':ti,ab,kw OR 'depressive state':ti,ab,kw OR 'Depressive Syndrome*':ti,ab,kw OR 'depressive symptom*':ti,ab,kw OR 'Depression*':ti,ab,kw OR 'depressed patient*':ti,ab,kw OR 'antidepressant*':ti,ab,kw) AND (‘**primary health care**’/exp OR ‘primary care’:ti,ab,kw OR ‘family medicine’:ti,ab,kw OR ‘general practitioner’/exp OR ‘general practi*’:ti,ab,kw OR ‘primary health care’:ti,ab,kw OR ‘Family Physician’:ti,ab,kw) AND (‘**qualitative research**’/exp OR ‘qualitative studies’:ti,ab,kw OR ‘qualitative evaluation’:ti,ab,kw OR ‘qualitative research*’:ti,ab,kw OR ‘focus group*’:ti,ab,kw OR ‘process evaluation’:ti,ab,kw OR 'Action research':ti,ab,kw OR ‘interview’/exp OR ‘Questionnaire’/exp OR 'survey*':ti,ab,kw) NOT ('postpartum’:ti,ab,kw OR 'pregnan*':ti,ab,kw OR 'postnatal’:ti,ab,kw OR 'maternal’:ti,ab,kw OR 'mother’:ti,ab,kw OR 'pediatric’:ti,ab,kw OR 'child*’:ti,ab,kw OR 'adolescent’:ti,ab,kw OR 'youth':ti,ab,kw OR 'teenager':ti,ab,kw OR 'diabetes':ti,ab,kw OR 'COVID':ti,ab,kw OR 'HIV':ti,ab,kw OR 'cancer':ti,ab,kw OR 'COPD':ti,ab,kw OR 'heart failure':ti,ab,kw OR 'stroke':ti,ab,kw OR 'hypothyroidism':ti,ab,kw OR 'tinnitus':ti,ab,kw OR 'intensive care unit':ti,ab,kw OR 'ICU':ti,ab,kw OR 'veteran*':ti,ab,kw OR 'transgender':ti,ab,kw OR 'refugees':ti,ab,kw)
→ 483 artikels

PsychArticles
(((MAINSUBJECT.EXACT("**Qualitative Methods**") OR MAINSUBJECT.EXACT("Qualitative Measures") OR ABSTRACT,TITLE("qualitative evaluation") OR ABSTRACT,TITLE("qualitative research*") OR ABSTRACT,TITLE("Focus Group*") OR ABSTRACT,TITLE("process evaluation") OR ABSTRACT,TITLE("interview*") OR ABSTRACT,TITLE("Action research") OR ABSTRACT,TITLE("Interviews as Topic") OR ABSTRACT,TITLE("Surveys and Questionnaires") OR ABSTRACT,TITLE("survey*")) AND (la.exact("ENG") AND yr(2018-2023))) AND ((MAINSUBJECT.EXACT(**"Primary Health Care**") OR MAINSUBJECT.EXACT("Family Medicine") OR MAINSUBJECT.EXACT("General Practitioners") OR ABSTRACT,TITLE("primary health care") OR ABSTRACT,TITLE("primary care") OR ABSTRACT,TITLE("family medicine") OR

ABSTRACT,TITLE("general practi*") OR ABSTRACT,TITLE("family physician*")) AND yr(2018-2023)) AND ((MAINSUBJECT.EXACT("major depression") OR MAINSUBJECT.EXACT("**depression**(emotion)") OR ABSTRACT,TITLE("major depression*") OR ABSTRACT,TITLE("depression*") OR ABSTRACT,TITLE("depressive disorder*") OR ABSTRACT,TITLE("depressive disease*") OR ABSTRACT,TITLE("depressive illness*") OR ABSTRACT,TITLE("depressive episode*") OR ABSTRACT,TITLE("depressive state") OR ABSTRACT,TITLE("depressive syndrome*") OR ABSTRACT,TITLE("depressive symptom*") OR ABSTRACT,TITLE("depressed patient*") OR ABSTRACT,TITLE("antidepressant*")) AND (la.exact("ENG") AND yr(2018-2023)))) NOT ((ABSTRACT,TITLE("postpartum") OR ABSTRACT,TITLE("pregnan*") OR ABSTRACT,TITLE("postnatal") OR ABSTRACT,TITLE("maternal") OR ABSTRACT,TITLE ("mother") OR ABSTRACT,TITLE("pediatric") OR ABSTRACT,TITLE("child*") OR ABSTRACT,TITLE("adolescent") OR ABSTRACT,TITLE("youth") OR ABSTRACT,TITLE ("teenager") OR ABSTRACT,TITLE(“diabetes”) OR ABSTRACT,TITLE(“COVID”) OR ABSTRACT,TITLE(“HIV”) OR ABSTRACT,TITLE(“cancer”) OR ABSTRACT,TITLE(“COPD”) OR ABSTRACT,TITLE(“heart failure”) OR ABSTRACT, TITLE(“stroke”) OR ABSTRACT,TITLE(“hypothyroidism”) OR ABSTRACT,TITLE(“tinnitus”) OR ABSTRACT,TITLE(“intensive care unit”) OR ABSTRACT,TITLE(“ICU”) OR ABSTRACT,TITLE(“veteran*”) OR ABSTRACT,TITLE(“transgender”) OR ABSTRACT,TITLE(“regufees”)) AND (la.exact("ENG") AND yr(2018-2023)))
→ 18 artikels

Bijlage IV

Pubmed
("**Depressive Disorder**"[Mesh] OR “Depressive Disorder*”[tiab] OR “depressive disease*”[tiab] OR “depressive illness*”[tiab] OR “depressive episode*”[tiab] OR “depressive state”[tiab] OR “Depressive Syndrome*”[tiab] OR “depressive symptom*”[tiab] OR “Depression*”[tiab] OR “depressed patient*”[tiab] OR “antidepressant*”[tiab]) AND
("**primary health care**"[Mesh] OR "primary care"[tiab] OR "family medicine"[tiab] OR "general practi*"[tiab] OR "primary health care"[tiab] OR "General Practitioners"[Mesh] OR "General Practitioner" [tiab] OR "Practitioner, General" [tiab] OR "Practitioners, General" [tiab] OR "Physicians, General Practice" [tiab] OR "General Practice Physician" [tiab] OR "General Practice Physicians" [tiab] OR "Physician, General Practice" [tiab] OR "Practice Physicians, General" [tiab] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR "Family Physician" [tiab] OR "Family Physicians" [tiab] OR "Physician, Family" [tiab]) AND ("**Self-Assessmen**t"[Mesh] OR “Self-assessment”[tiab] OR "Self Assessment*"[tiab] OR "Self Assessment* (Psychology)"[tiab] OR "Assessment*, Self (Psychology)"[tiab] OR "Assessment*, Self"[tiab] OR "Self-Assessments"[tiab] OR "Self-Criticism*"[tiab] OR "Self Criticism"[tiab] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Self Efficacy"[tiab] OR "Efficacy, Self"[tiab] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[tiab] OR "Health Personnel Attitude"[tiab] OR "Health Personnel Attitudes"[tiab] OR "Motivation"[Mesh] OR "Motivation*"[tiab] OR "Disincentive*"[tiab] OR "Expectation*"[tiab] OR "Incentive*"[tiab] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR “Health Knowledge, Attitudes, Practice” [tiab])
→ 478 artikels

Bijlage V

Effectiviteitsbevraging van de eerder uitgevoerde LOK-trainingen.

1. Ik voel mezelf in staat om correct de diagnose depressie te stellen.

2. Bij een patiënt met een duidelijk depressief beeld, start ik in het eerste consultantidepressiva.

3. Ik voel mezelf in staat om (de ernst van) een suïciderisico te bevragen

4. Ik voel mezelf in staat om de ernst van een depressie in te schatten.

5. Ik voel me beter in staat om uitleg te geven wat een depressie is.

6. Wanneer ik uitleg wat een depressie is, leg ik de nadruk op de rol vanneurotransmitters.

7. Ik voel mezelf in staat om een behandelplan op te stellen volgens het steppedcare model.

8. Antidepressiva zijn zinvol kort na een life event (rouw, scheiding, normalereacties als wenen op abnormale gebeurtenissen…).

9. Bij de aanpak van depressie gebruik ik volgende niet-medicamenteuzealternatieven (meerdere antwoorden mogelijk):
Vink alle toepasselijke opties aan.

niets speciaals

verwijzen naar website/apps/online info

psycho educatie geven (bio psycho sociaal model - tekening ...)

tools laten invullen (5G, slaaphygiëne, dagstructuur...)

context exploreren

lectuur/boek aanbevelen

folder meegeven

doorverwijzen naar andere hulpverleners

verwijzen naar zelfhulp(groepen)/lotgenoten

Andere

10. Indien u andere niet-medicamenteuze alternatieven toepast, welke?

11. Ik voel mezelf in staat om enkele niet-medicamenteuze interventies toe tepassen in geval van depressie.

12. Wanneer ik een patiënt met een depressie GEEN medicatie voorschrijf, voelik mij NIET empathisch genoeg.

13. Antidepressiva: baat het niet, dan schaadt het niet (aan de gezondheid).

14. Ik gebruik het bio-psycho-sociaal model om psycho-educatie te geven overdepressie.

15. Ik weet naar wie ik kan doorverwijzen voor psychotherapie

16. Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psychiater

17. Ik voel mezelf beter in staat om een depressie bij ouderen aan te pakken.

18. Heb je interesse in een verdere verdieping van de LOK-depressie? *

Indien 'ja' waarover wenst u meer verdieping?

Bijlage VI

Geïnformeerde toestemming van de deelnemers, voorafgaand met informatiebrief, verstuurd via REDCAP.

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: De impact van een LOK training over de aanpak van depressie

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt "informed consent" of "geïnformeerde toestemming" voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

De dienst Klinische Farmacologie en de dienst Farmaceutische Zorg van de Universiteit Gent voert een onderzoek bij huisartsen uit over de impact van een lok-training over de aanpak van depressie .
Via een online-bevraging vlak vooraf de Lok-vorming en 6 maanden na de Lok-vorming "aanpak van depressie in de huisartsenpraktijk" willen we nagaan of er een verandering is op vlak van kennis, attitude, skills, en self-efficacy bij de huisartsen die deze training volgden. Daarnaast volgt ook een tevredenheidstraining onmiddellijk na de Lok.
U kan aan deze studie deelnemen indien u huisarts bent en indien u de Lok "aanpak van depressie in de huisartsenpraktijk" volgt. Huisartsen die niet werkzaam zijn in een huisartspraktijk of niet de lok-training gevolgd hebben kunnen niet deelnemen.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deze vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 7 a 10 min van uw tijd in beslag nemen. Als u een rapport van de studieresultaten wenst te ontvangen kan u op het einde van de online vragenlijst uw emailadres invullen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

De opdrachtgever van deze studie is Universiteit Gent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr Ellen Van Leeuwen. Studenten van de vakgroep Geneeskunde en gezondheidswetenschappen zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor educatie bij depressie bij huisartsen.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.
Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent, (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare

ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie en uit veiligheidsoverwegingen ten aanzien van de uitgevoerde studie en de (eventuele) opvolging daarvan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr Ellen Van Leeuwen (Ugent). Het onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de

Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam:
Dr Ellen Van Leeuwen

Klinische Farmacologie, Vakgroep Toegepaste en Fundamentele Med. Wet. & Volksgezondheid en Eerstelijnszorg Corneel Heymanslaan 10, 9000 Gent, België

Ellen.vanleeuwen@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **verplichte aspecten** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief:

- Door verder te klikken naar de vragenlijst ga ik akkoord met bovenstaande informatie.
- □ Ik bevestig dat ik meerderjarig ben.
- □ Ik ben ervan op de hoogte dat de gegevens verwerkt worden voor deze studie en ga akkoord met deelname aan de studie door deze vragenlijst in te vullen.
- Optioneel :
  - □ Ik wens een rapport met de resultaten van deze studie te ontvangen. Dit rapport mag verstuurd worden naar mijn emailadres :
    Gelieve uw persoonlijk emailadres hier toe te voegen :

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage VII

Voormeting

Beste huisarts,

Binnenkort neemt u deel aan een gratis LOK-training over de aanpak van depressie. In ruil voor deze gratis vorming vragen wij u om deze vragenlijst in te vullen vóór de LOK-training start. Dit duurt ongeveer 7 minuten.

Dit kadert binnen een masterproef onder leiding van Dr. Ellen Van Leeuwen (Ugent), waarbij er gepeild wordt naar de effectiviteit van deze vorming.

De dataverwerking gebeurt op anonieme wijze en GDPR-proof via de tool REDCap van de Universiteit Gent.

Bij vragen kan u ons altijd contacteren via volgend e-mailadres: info.lokdepressie@gmail.com.

Alvast dank voor uw medewerking!

Hanne Creupelandt,Dr. Ellen Van Leeuwen,Jolien Delbeke

Nele Vermeulen, Marie Vanassche, Emile Nys, Swann Crabbé

1) Uw geslacht
- ◯ man
- ◯ vrouw
- ◯ zeg ik liever niet

2) Uw leeftijd
- ◯ < 35 jaar
- ◯ 35 - 50 jaar
- ◯ > 50 jaar

3) In welke provincie bent u werkzaam?
- ◯ Antwerpen
- ◯ Oost-Vlaanderen
- ◯ Limburg
- ◯ Vlaams-Brabant
- ◯ West-Vlaanderen

4) Hoeveel jaren werkervaring heeft u als huisarts?
- ◯ 30 jaar

Correctie vraag 4 antwoordopties: > 30 jaar, 16-30jaar, 6-15 jaar, <= 5 jaar

5) Datum LOK _____

6) Locatie LOK _____

		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
7)	Ik voel me comfortabel om correct de diagnose depressie te stellen.	◯	◯	◯	◯	◯
8)	Ik voel mezelf in staat om de ernst van een depressie in te schatten.	◯	◯	◯	◯	◯

9)

Ik voel me comfortabel bij het bevragen van een suïciderisico.	○	○	○	○	○
10) Ik voel mezelf in staat om (de ernst van) het suïciderisico bij een depressieve patiënt te beoordelen.	○	○	○	○	○
11) Ik voel me comfortabel om om te gaan met de behoefte van patiënten met een depressie.	○	○	○	○	○

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
12) Als huisarts ben ik goed geplaatst om patiënten met een depressie bij te staan.	○	○	○	○	○
13) Als huisarts ben ik voldoende opgeleid om patiënten met een depressie bij te staan.	○	○	○	○	○
14) Ik voel me meer comfortabel bij het werken met patiënten met een lichamelijke ziekte dan met patiënten een mentale ziekte (zoals depressie).	○	○	○	○	○
15) Het geeft voldoening om tijd te besteden aan het zorgen voor patiënten met een depressie.	○	○	○	○	○
16) Bij een patiënt met een duidelijk depressief beeld, start ik in het eerste consult antidepressiva.	○	○	○	○	○

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
17) Wanneer ik uitleg wat een depressie is, leg ik vooral de nadruk op de rol van neurotransmitters.	○	○	○	○	○
18) Ik voel mij comfortabel om uit te leggen wat een depressie is.	○	○	○	○	○
19) Ik voel mezelf in staat om een behandelplan op te stellen volgens het stepped care model.	○	○	○	○	○
20) Antidepressiva zijn zinvol kort na een life event (rouw, scheiding...).	○	○	○	○	○
21) Ik gebruik het biopsychosociaal model om psycho-educatie te geven over depressie.	○	○	○	○	○

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
33) Ik voel mezelf in staat om enkele niet-medicamenteuze interventies toe te passen in geval van depressie.	○	○	○	○	○

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
22) Enkel wanneer ik antidepressiva voorschrijf, toon ik de patiënt dat ik zijn lijden serieus neem.	○	○	○	○	○
23) Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, schrijf ik antidepressiva voor om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.	○	○	○	○	○
24) Antidepressiva: baat het niet, dan schaadt het niet (aan de gezondheid).	○	○	○	○	○
25) Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psychiater.	○	○	○	○	○
26) Ik voel me comfortabel om een depressie bij ouderen (>75 jaar) aan te pakken.	○	○	○	○	○

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
27) Eén van de belangrijkste oorzaken van depressie is een tekort aan discipline en wilskracht.	○	○	○	○	○
28) Depressief worden is een natuurlijk onderdeel van veroudering.	○	○	○	○	○
29) Psychotherapie neigt eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.	○	○	○	○	○
30) Antidepressiva neigen eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.	○	○	○	○	○

31) Welke niet-medicamenteuze interventies pas je toe bij de aanpak van depressie?

- ☐ Niets bijzonder
- ☐ Verwijzen naar websites
- ☐ Balansmodel
- ☐ KOP model
- ☐ 5G schema
- ☐ Biopsychosociaal model
- ☐ (pro)Actieve opvolging
- ☐ Dagstructuur, activiteitenplanning
- ☐ Slaaphygiëne

32) Ik voel mezelf in staat om enkele niet-medicamenteuze interventies toe te passen in geval van depressie.

- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord

Bijlage VIII

Tevredenheidsmeting

Beste huisarts,

U nam zojuist deel aan een LOK-training over de aanpak van depressie. Voor de evaluatie van onze vormingen vragen wij u om een korte tevredenheidsmeting in te vullen. Dit duurt ongeveer 5 minuten.

Dit kadert binnen een masterproef onder leiding van Dr. Ellen Van Leeuwen (UGent), waarbij er gepeild wordt naar de impact van de training en de tevredenheid bij de deelnemers.

De dataverwerking gebeurt op anonieme wijze en GDPR-proof via de tool REDCap van de Universiteit Gent.

Bij vragen kan u ons altijd contacteren via volgend e-mailadres: info.lokdepressie@gmail.com.

Alvast dank voor uw medewerking!

Hanne Creupelandt, Dr. Ellen Van LeeuwenJolien Delbeke

Nele Vermeulen, Marie Vanassche, Emile Nys, Swann Crabbé

1) Datum LOK

_____

2) Locatie LOK

_____

3) Heeft u iets geleerd tijdens deze bijeenkomst?
- ☐ Helemaal niet
- ☐ Eerder niet
- ☐ Neutraal
- ☐ Eerder wel
- ☐ Zeker wel

4) Kan u iets met de aangebrachte inhoud in uw praktijk?
- ○ Helemaal niet
- ○ Eerder niet
- ○ Neutraal
- ○ Eerder wel
- ○ Zeker wel

5) Voelt u zich na deze voordracht meer ondersteund / beter onderlegd om depressieve klachten te benaderen conform de richtlijnen?
- ○ Helemaal niet
- ○ Eerder niet
- ○ Neutraal
- ○ Eerder wel
- ○ Zeker wel

6) Wat vond u van het inzetten van een duo huisarts-psycholoog voor het begeleiden van deze bijeenkomst?
- ○ Geeft geen meerwaarde
- ○ Neutraal / Geen mening
- ○ Geeft wel een meerwaarde

7) Wat vond u van de mate van interactie en participatie tijdens deze bijeenkomst?
- ○ Te weinig
- ○ Goed
- ○ Te veel

8) Welke van uw vragen of verwachtingen rond de aanpak van depressie werden niet ingelost?

_____

9) Had u voor deze training de aanbeveling depressie (Domus Medica, 2017) reeds doorgenomen?
- ○ Nee
- ○ Een stukje/schuin
- ○ Ja

10) Heeft u al eerder een vorming gevolgd over het thema depressie?
- ○ Nee
- ○ Ja

11) Kent u iemand in uw nabije omgeving (familie, kennis, vriend) met een depressie?
- ○ Nee
- ○ Ja

12) Geef uw tevredenheid over deze lok weer in een score van 1 (zeer slecht) t.e.m. 5 (zeer goed).
- ○ 1
- ○ 2
- ○ 3
- ○ 4
- ○ 5

13) Wat moet er veranderen aan deze vorming om een 5/5 te krijgen?

_____

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit project!!

Bijlage IX

Nameting

Beste huisarts,

U nam 6 maanden geleden deel aan een gratis LOK-training over de aanpak van depressie in de huisartspraktijk. Voor de evalutie van onze vormingen vragen wij om deze korte nameting in te vullen. Dit duurt ongeveer 7 minuten.

Dit kadert binnen een masterproef onder leiding van Dr. Ellen Van Leeuwen, waarbij gepeild wordt naar de effectiviteit van deze vorming.

De dataverwerking gebeurt op anonieme wijze en GDPR-proof via de tool REDCap van de Universiteit Gent.

Bij vragen kan u ons altijd contacteren via volgend e-mailadres: info.lokdepressie@gmail.com.

Alvast dank voor uw medewerking!

Hanne Creupelandt, Dr. Ellen Van LeeuwenJolien Delbeke

Nele Vermeulen, Marie Vanassche, Emile Nys, Swann Crabbé

		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
1)	Ik voel me comfortabel om correct de diagnose depressie te stellen.	○	○	○	○	○
2)	Ik voel mezelf in staat om de ernst van een depressie in te schatten.	○	○	○	○	○
3)	Ik voel me comfortabel bij het bevragen van een suïciderisico.	○	○	○	○	○
4)	Ik voel mezelf in staat om (de ernst van) het suïciderisico bij een depressieve patiënt te beoordelen.	○	○	○	○	○
5)	Ik voel me comfortabel om om te gaan met de behoefte van patiënten met een depressie.	○	○	○	○	○

		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
6)	Als huisarts ben ik goed geplaatst om patiënten met een depressie bij te staan.	○	○	○	○	○
7)	Als huisarts ben ik voldoende opgeleid om patiënten met een depressie bij te staan.	○	○	○	○	○
8)	Ik voel me meer comfortabel bij het werken met patiënten met een lichamelijke ziekte dan met patiënten een mentale ziekte (zoals depressie).	○	○	○	○	○

	Het geeft voldoening om tijd te besteden aan het zorgen voor patiënten met een depressie.	○	○	○	○	○
10)	Bij een patiënt met een duidelijk depressief beeld, start ik in het eerste consult antidepressiva.	○	○	○	○	○
		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
11)	Wanneer ik uitleg wat een depressie is, leg ik vooral de nadruk op de rol van neurotransmitters.	○	○	○	○	○
12)	Ik voel mij comfortabel om uit te leggen wat een depressie is.	○	○	○	○	○
13)	Ik voel mezelf in staat om een behandelplan op te stellen volgens het stepped care model.	○	○	○	○	○
14)	Antidepressiva zijn zinvol kort na een life event (rouw, scheiding...).	○	○	○	○	○
15)	Ik gebruik het biopsychosociaal model om psycho-educatie te geven over depressie.	○	○	○	○	○
		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
16)	Enkel wanneer ik antidepressiva voorschrijf, toon ik de patiënt dat ik zijn lijden serieus neem.	○	○	○	○	○
17)	Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, schrijf ik antidepressiva voor om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.	○	○	○	○	○
18)	Antidepressiva: baat het niet, dan schaadt het niet (aan de gezondheid).	○	○	○	○	○
19)	Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psychiater.	○	○	○	○	○
20)	Ik voel me comfortabel om een depressie bij ouderen (>75 jaar) aan te pakken.	○	○	○	○	○

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
21) Eén van de belangrijkste oorzaken van depressie is een tekort aan discipline en wilskracht.	○	○	○	○	○
22) Depressief worden is een natuurlijk onderdeel van veroudering.	○	○	○	○	○
23) Psychotherapie neigt eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.	○	○	○	○	○
24) Antidepressiva neigen eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.	○	○	○	○	○

25) Welke niet-medicamenteuze interventies pas je toe bij de aanpak van depressie?

- ☐ Niets bijzonder
- ☐ Verwijzen naar websites
- ☐ Balansmodel
- ☐ KOP model
- ☐ 5G schema
- ☐ Biopsychosociaal model
- ☐ (Pro)actieve opvolging
- ☐ Dagstructuur, activiteitenplanning
- ☐ Slaaphygiëne

26) Ik voel mezelf in staat om enkele niet-medicamenteuze interventies toe te passen in geval van depressie.

- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
27) Ik voel mezelf in staat om enkele niet-medicamenteuze interventies toe te passen in geval van depressie.	○	○	○	○	○

28) Gelieve uw maildres in te geven indien u geïnformeerd wilt worden over de onderzoeksresultaten. _____

Bijlage X

Vragenlijst met aanvullend per vraag de bijhorende determinanten.

Vraag	Determinant				
	Perceptie	Attitude	Zelfeffectiviteit	Kennis	Systeem
1.Ik voel me comfortabel om correct de diagnose depressie te stellen.			X		
2.Ik voel mezelf in staat om de ernst van een depressie in te schatten (R-DAQ)			X		
3.Ik voel me comfortabel bij het bevragen van een suïciderisico			X		
4.Ik voel mezelf in staat om (de ernst van) het suïciderisico bij een depressieve patiënt te beoordelen			X		
5.Ik voel me comfortabel in het omgaan met de behoeften van patiënten met een depressie.			X		
6.Als huisarts ben ik goed geplaatst om patiënten met een depressie bij te staan.		X			X
7.Als huisarts ben ik voldoende opgeleid om patiënten met een depressie bij te staan. R-DAQ		X	X	X	X
8.Ik voel me meer comfortabel bij het werken met patiënten met een lichamelijke ziekte dan met een mentale ziekte zoals depressie. R-DAQ		X	X		
9. Het geeft voldoening om tijd te besteden aan het zorgen voor patiënten met een depressie.	X	X			
10.Bij een patiënt met een duidelijk depressief beeld, start ik in het eerste consult antidepressiva op.		X		X	
11. Wanneer ik uitleg wat een depressie is, leg ik de nadruk op de rol van neurotransmitters		X		X	

12.Ik voel mij comfortabel om uit te leggen wat een depressie is.			X	X	
13.Ik voel mezelf in staat om een behandelplan op te stellen volgens het stepped care model.			X	X	
14. Antidepressiva zijn zinvol kort na een life event (rouw, scheiding, normale reacties als wennen aan abnormale gebeurtenissen…)				X	
15. Ik gebruik het biopsychosociaal model om psycho-educatie te geven over depressie.		X		X	
16.Enkel wanneer ik antidepressiva voorschrijf, toon ik de patiënt dat ik zijn lijden serieus neem	X				
17.Als ik niet weet hoe ik de patiënt verder kan helpen, schrijf ik antidepressiva voor om het gevoel te krijgen dat ik geholpen heb.	X	X			
18.Antidepressiva: baat het niet, dan schaadt het niet (aan de gezondheid).		X		X	
19. Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psychiater.				X	
20. Ik voel me comfortabel om een depressie bij ouderen (>75 jaar) aan te pakken.			X		
21. Eén van de belangrijkste oorzaken van depressie is een tekort aan discipline en wilskracht.	X			X	
22. Depressief worden is een natuurlijk onderdeel van veroudering.	X			X	
23. Psychotherapie neigt eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.		X		X	

24. Antidepressiva neigen eerder onsuccesvol te zijn bij mensen met een depressie.		X		X	
25. Ik voel mezelf in staat om enkele niet-medicamenteuze interventies toe te passen in geval van depressie.			X		
26. Welke interventies pas je toe bij de aanpak van depressie? . niets bijzonder . verwijzen naar websites . balansmodel . KOP model . 5G schema biopsychosociaal model . (pro)actieve opvolging . dagstructuur, activiteitenplanning . slaaphygiëne		X		X	