[Een kwalitatief onderzoek naar de bruikbaarheid van het vierkwadrantenmodel uit de mindfulness in de huisartsenpraktijk]

[Laura Slagter, UA; Younes Staepels, UA; Wiebe Vandoren, KUL]

Promotor: [Prof. Kris Van den Broeck, UA]

Co-promotoren: [Prof. Dr. Edel Maex, UA; Prof. Dr. Luc Debaene, UA]

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2025 – 2026]

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.

Abstract

Achtergrond
Psychische klachten zijn alomtegenwoordig in de huisartsenpraktijk en maken een aanzienlijk deel uit van de consulten in de eerstelijnszorg. Door lange wachttijden en financiële drempels is het voor huisartsen niet altijd vanzelfsprekend om patiënten met psychische klachten door te verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor ontstaat een nood aan laagdrempelige en eenvoudig toepasbare instrumenten die huisartsen ondersteunen bij het exploreren van copingmechanismen en het voorkomen van verdere decompensatie. Het vierkwadrantenmodel van Edel Maex biedt een visueel en toegankelijk kader om iemands coping te bespreken en zelfreflectie te stimuleren. Tot op heden is echter weinig bekend over de bruikbaarheid van dit model in de algemene huisartsenpraktijk.

Doelstellingen
Deze studie had primair tot doel te onderzoeken hoe huisartsen de bruikbaarheid van het vierkwadrantenmodel ervaren bij patiënten met psychische klachten. Daarnaast werd onderzocht welke aanpassingen nodig zijn om de bruikbaarheid te vergroten en bij welke indicaties en patiënten het model door de deelnemende artsen werd toegepast.

Methoden
De studie is hoofdzakelijk gebaseerd op een kwalitatief luik op basis van één focusgroep en twee individuele semi-gestructureerde interviews bij vijftien huisartsen uit de provincie Antwerpen. De deelnemende artsen gebruikten het vierkwadrantenmodel gedurende één jaar in hun alledaagse praktijkvoering en werden nadien uitgenodigd om hun ervaringen omtrent het gebruik van het model te delen. De transcripties werden geanalyseerd via een thematische analyse volgens Braun & Clarke met een combinatie van deductieve en inductieve codering. Daarnaast werden tijdens de studie patiëntkenmerken en indicatiestellingen geregistreerd van patiënten (n = 21) die het model hadden meegekregen. In dit kwantitatieve luik werden de verzamelde gegevens descriptief geanalyseerd.

Resultaten
Huisartsen ervaren het vierkwadrantenmodel als een laagdrempelig en visueel eenvoudig instrument om coping bespreekbaar te maken en patiënten aan te zetten tot zelfreflectie. Het model wordt vooral ingezet bij milde tot matige psychische klachten, zoals stress, surmenage en burn-out en kan zowel worden ingezet tijdens de eerste consultatie als tijdens een vervolgconsult, wanneer er reeds meer duidelijkheid is over de concrete hulpvraag. Het model wordt daarnaast vooral gezien als huiswerkopdracht ter voorbereiding van een vervolgconsult. De bruikbaarheid van het model wordt vooral beïnvloed door factoren zoals tijdsdruk, patiëntkenmerken, praktische toegankelijkheid, vertrouwdheid met het model en de consultatiestijl van de arts. Implementatie van het model is mogelijk, mits een concretere naam, afgebakende indicatiestelling en gestructureerde toelichting.

Conclusie
Het vierkwadrantenmodel blijkt een bruikbaar en waardevol hulpmiddel voor huisartsen bij patiënten met milde tot matige psychische klachten. Het ondersteunt zowel de structuur van het consult als de zelfreflectie van de patiënt en kan bijdragen aan vroegtijdige interventie in een context van beperkte toegankelijkheid van psychologische zorg. Aanvullend onderzoek naar de ervaringen van artsen en patiënten met een geoptimaliseerd vierkwadrantenmodel is aangewezen om het model breder en effectiever te kunnen implementeren in de eerstelijnszorg.

Inhoudstafel

1. INTRODUCTIE 5

1.1. PSYCHISCHE KLACHTEN 5
1.2. COPING 5
1.3. MINDFULNESS 6
1.4. VIERKWADRANTENMODEL 7
1.5. PROBLEM-GAP-HOOK 8

2. DOELSTELLINGEN 10

2.1. ONDERZOEKSVRAGEN 10
2.2. OUTCOME 10

3. METHODOLOGIE 11

3.1. ZOEKSTRATEGIE LITERATUURSTUDIE 11
3.2. ONDERZOEKSOPZET 13
3.3. ONDERZOEKSPOPULATIE 13
3.4. ONDERZOEKSINSTRUMENTEN 14
3.5. DATA-ANALYSE 15
3.6. ETHISCHE ASPECTEN 16

4. RESULTATEN 17

4.1. ARTSENPOPULATIE 17
4.2. FOCUSGROEP 18
4.3. THEMATISCHE ANALYSE 19
4.4. PATIËNTENPOPULATIE 30

5. DISCUSSIE 32

5.1. INTERPRETATIE RESULTATEN 32
5.2. VERGELIJKING MET DE BESCHREVEN LITERATUUR 33
5.3. STERKTES EN BEPERKINGEN 34
5.4. SUGGESTIES VOOR AANVULLEND ONDERZOEK 35
5.5. SAMENVATTING VAN DE DISCUSSIE 36

6. BESLUIT 37

7. BIBLIOGRAFIE 38

1. Introductie

1.1. Psychische klachten

Doorheen ons leven worden we allemaal geconfronteerd met psychische klachten (piekeren, acute stress, relationele problemen, rouw…). De World Health Organisation (WHO) schat dat maar liefst één op de vier personen ooit een psychische stoornis ontwikkelt. (1) In een studie van 2023 in Vlaanderen wordt zelfs gesproken over 32%. De aanvangsleeftijd ligt eerder vroeg dan laat met een mediaan van 19 jaar. (2) Een studie in de provincie Antwerpen toonde dan weer aan dat 17% van de Antwerpenaren in 2021 een professional consulteerden betreffende hun mentaal welzijn. (3) Dit is wellicht een onderschatting, aangezien heel wat patiënten vandaag de dag drempels ervaren in de zoektocht naar hulp.

De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten met psychische klachten. Cijfers tonen aan dat psychische klachten in 30% van de consulten een rol spelen. (4) Niet elke klacht is echter dusdanig ernstig dat meteen verwezen dient te worden naar hulpverleners van de geestelijke gezondheidszorg. Voor die groep patiënten is het in de eerste plaats de taak van de huisarts om de klacht te exploreren.

Een systematische review omtrent strategieën voor zelfzorgondersteuning in de eerste lijn concludeert dat de huisarts een geschikt persoon is om patiënten met psychische klachten te ondersteunen. De huisarts dient hiervoor onder meer te focussen op copingstrategieën, stressmanagement en het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid betreffende levensstijl en therapietrouw. Hiervoor is voldoende tijd, follow-up en zelfhulpmateriaal noodzakelijk. (5)

Huisartsen vinden het echter vaak moeilijk om in hun beperkte consultatietijd meerdere bezorgdheden van een patiënt te bespreken. Het is daarnaast ook aangetoond dat patiënten over het algemeen minder geneigd zijn om psychosociale klachten te bespreken, vergeleken met somatische klachten. (6) Daartegenover staat dat steeds vaker benadrukt wordt hoe belangrijk de rol van de huisarts is in de behandeling van psychische klachten. (7)

De huisarts heeft steeds de mogelijkheid een patiënt door te verwijzen. Toch weten we dat dit vandaag de dag niet evident is, met wachttijden die oplopen en steeds meer psychologen die een patiëntenstop hebben ingelast. Daarnaast is ook de kostprijs een belangrijke drempel. (2, 8) Zo gaf 2,5% van de patiënten in een studie naar psychische noden in de provincie Antwerpen aan dat ze geen hulp zochten vanwege de kostprijs. (3) Het vermoeden heerst dat ook dit cijfer wordt onderschat, aangezien de meest kwetsbare groepen vaak het moeilijkst bereikbaar zijn om te participeren aan een dergelijke studie. (9, 10) Echter zijn het net die groepen waarbij onvervulde zorgnoden het vaakst worden gezien. (8)

1.2. Coping

We kennen coping als de manier waarop mensen omgaan met moeilijke situaties en stress. In de psychologie onderscheidt men verschillende copingstijlen, waarvan de volgende drie de meest gangbare zijn: probleemoplossend-gerichte, emotiegerichte en vermijdende coping. (11-13)

Probleemoplossend-gerichte coping
Dit type van coping focust zich op het direct aanpakken van de oorzaak van de stress. Hierbij probeert men grip te krijgen op de situatie en deze te verbeteren aan de hand van enkele praktische stappen, zoals het ontwikkelen van een plan, het zoeken naar informatie en het stellen van doelen. (11) Dit kan bijdragen tot een betere veerkracht. (13, 14)

Emotiegerichte coping
Deze copingstijl richt zich niet op het probleem zelf, maar op de emotionele reactie die de stress of moeilijke situatie veroorzaakt. Hierbij focust men op het verlichten van de emotionele belasting, minder dan op het veranderen van de situatie. Dit kan bijvoorbeeld door het zoeken van sociale steun of afleiding, door zelfzorg, of door het relativeren van de situatie. (11) Indien de coping gericht is op gezonde emotionele regulatie, kan het iemands veerkracht versterken, maar als het leidt tot ongezonde afleiding, kan het de veerkracht ondermijnen. (14)

Vermijdende coping
Bij deze vorm van coping worden stressvolle situaties ontweken door confrontatie te ontlopen of gedachten te verzetten. Het ontkennen of negeren van de stress door excessieve afleiding (bv. werken, gamen, sporten, …) vallen hier ook onder. Op korte termijn kan dit een gevoel van opluchting geven, maar op lange termijn kan dit nadelig zijn. (12) Aangezien het onderliggende probleem niet aangepakt wordt, heeft dit meestal een negatieve invloed op de veerkracht. (13, 14)

Een individu heeft niet slechts één copingstijl, deze varieert naargelang de situatie, de stressor en de sociale steun of hulpbronnen die beschikbaar zijn. Iedere copingstijl kan waardevol zijn, in een bepaalde situatie en in bepaalde mate. Door zelfbewust te zijn van je coping, kan je leren je copingstijl situationeel aan te passen. Des te gezonder de balans tussen de drie stijlen, des te hoger de veerkracht. (14)

1.3. Mindfulness

1.3.1. Definitie

Mindfulness is een vorm van aandachtstraining waarbij het mild, niet-oordelend richten van de aandacht op ervaringen in het hier en nu centraal staat. Deze houding helpt om bewuster om te gaan met gedachten, emoties en lichamelijke gewaarwordingen. Dit proces stelt individuen in staat om met meer acceptatie en minder automatische reactiviteit in het leven te staan. (15) In de Westerse psychologie wordt mindfulness naar voor geschoven als een wetenschappelijk onderbouwde methode voor stressreductie en mentale weerbaarheid. (16, 17) Het wordt meestal aangeboden in de vorm van een training, waarin men leert mediteren (zitmeditatie, loopmeditatie of bewuste bewegingen) en waarbij men gedachten, emoties en lichamelijke gewaarwordingen louter observeert. Het omvat echter ook informele oefeningen, zoals bewust eten, douchen of tandenpoetsen, waarbij men met volle aandacht aanwezig is bij alledaagse handelingen.

Intussen werden reeds verschillende mechanismen beschreven om het effect van mindfulness te verklaren (Tabel 1). (16, 18)

Tabel 1: verklarende mechanismen mindfulness

Mechanisme	Verklaring
Aandachtsregulatie	Verbeterde focus en concentratie, wat helpt bij het verminderen van piekergedachten en negatieve denkpatronen.
Lichaamsbewustzijn	Het vermogen om lichamelijke sensaties zonder oordeel te ervaren. Dit vergroot inzicht in fysieke reacties op stress en emoties, wat kan helpen om angst en ongemak te verminderen.
Emotieregulatie	Helpt bij het herkennen en verwerken van emoties zonder ze te onderdrukken.

Verandering in zelfperspectief	Creëert een zekere afstand tot gedachten en emoties, waardoor men zich er minder mee identificeert.
Ervaringsgerichte acceptatie	Het leren accepteren van onvermijdelijke of moeilijke ervaringen in plaats van ze te vermijden of te onderdrukken.
Zelfmanagement	Ontwikkeling van strategieën en vaardigheden om met stressvolle situaties om te gaan door stressregulatie, zelfcontrole en veerkracht te versterken.
Ontspanning	Bevorderen van een ontspannende toestand die het zenuwstelsel kalmeert en de fysieke reacties op stress verlicht.

Mindfulness kan beschouwd worden als een ruimte-creërende copingstijl, waarbij men bewust observeert alvorens te handelen op gedachten en emoties. Hierdoor maken automatische reacties meer plaats voor bewuste keuzes. Uit een studie over mindfulness bij huisartsen in het Verenigd Koninkrijk (VK) blijkt dat 41% van de deelnemende artsen reeds ervaring had met mindfulness, terwijl 11% het actief beoefende. (19) Dit hoge percentage kan worden verklaard door hun verhoogde stressniveaus en de beschikbaarheid van mindfulness-educatie binnen de medische sector. Deze cijfers liggen aanzienlijk lager in de algemene bevolking. Een andere studie uit het VK beschrijft bijvoorbeeld dat slechts 15% van de volwassenen aangeeft te hebben geleerd hoe mindfulness te beoefenen. (20)

1.3.2. Effectiviteit

De literatuur leert ons dat mindfulness een effectieve methode is voor het verminderen van psychische klachten door middel van significante reducties in stress, angst en depressie. (21-24) Dit kan neurobiologisch verklaard worden door verminderde activiteit in de amygdala met aldus een lagere stressrespons en verbeterd emotioneel welzijn tot gevolg. (25)

Onderzoek specifiek gericht op zorgverleners toont aan dat mindfulness gepaard gaat met een significante afname in stress en een toename in zelfcompassie, zelfreflectie, rust, acceptatie en aandacht voor patiënten. Dit leidt dan weer tot betere communicatievaardigheden, arts-patiëntrelaties en preventie van burn-out. (19, 26-29)

Bovendien heeft mindfulness niet alleen psychologische voordelen, maar kan het ook bijdragen aan de fysieke gezondheid. Studies tonen aan dat mindfulness-therapie een meerwaarde biedt bij aandoeningen als prikkelbare darmsyndroom (PDS), chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), slapeloosheid en Bodily Distress Syndrome (BDS). (30-32)

1.4. Vierkwadrantenmodel

Prof. Dr. Edel Maex is psychiater en schreef reeds meerdere boeken over mindfulness. In zijn boek ‘Mindfulness: in de maalstroom van je leven’ introduceert hij een model waarmee hij psychische klachten bij patiënten met een oncologische diagnose probeerde te ondersteunen. Hierbij baseerde hij zich vooral op eigen ervaringen in het werken met mensen. Het model laat patiënten door middel van mindfulness toe inzichten te verwerven in hun coping om zo beter te leren omgaan met hun psychische klachten. (17)

Maex benadrukt hierin de waarde van twee complementaire bewegingen: enerzijds het zoeken naar afleiding als manier om mentale ruimte te creëren, en anderzijds het maken van ruimte in de geest om moeilijke emoties en gedachten toe te laten (dimensie 1). Beide bewegingen kunnen individueel of samen met anderen worden beleefd (dimensie 2). Dit resulteert in een *vierkwadrantenmodel* (Figuur 1) dat kan dienen als leidraad voor zelfreflectie en bewustwording.

Het model biedt de mogelijkheid om te exploreren in welke mate patiënten mindfulness toepassen in hun dagelijkse leven. Tegelijkertijd stimuleert het patiënten om stil te staan bij hun eigen coping, doordat het hen uitnodigt om bewust te reflecteren tijdens het invullen van het model. In die zin vertegenwoordigt mindfulness hier een dubbele functie.

Maex suggereert dat het vierkwadrantenmodel (ook bij niet-oncologische patiënten) kan gebruikt worden als instrument tijdens consultaties en als reflectietool thuis om patiënten bewust te laten worden van hun eigen copingstijl.



Figuur 1: vierkwadrantenmodel

1.5. Problem-Gap-Hook

Problem

Niet zelden worden huisartsen geconfronteerd met de zoektocht naar een psycholoog voor een patiënt met psychische klachten. Deze zoektocht blijkt vaak een moeilijke opdracht door de steeds groter wordende druk op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de lange wachttijden die hieruit volgen. Daarnaast is psychologische begeleiding ook niet voor iedere patiënt betaalbaar, zelfs met de recente wijzigingen in de terugbetaling voor eerstelijnspsychologische zorg door een beperkte groep klinisch psychologen. De incidentie van psychische klachten neemt daarnaast ook nog steeds toe, waardoor alternatieve oplossingen broodnodig zijn.

Gap

De huisarts krijgt tijdens de opleiding – los van eigen communicatieve vaardigheden en enkele diagnostische modellen – weinig handvatten aangereikt om psychische klachten zonder doorverwijzing en/of medicatie aan te pakken. Er bestaan daarnaast ook weinig eenvoudige instrumenten om coping bij patiënten met psychische klachten in kaart te brengen.

Hook

Het onevenwicht tussen vraag en aanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg zorgt ervoor dat patiënten met initieel milde problematiek zouden kunnen evolueren naar matige of zelfs ernstige problematiek. Daarnaast hebben de wachttijden ook een invloed op de arbeidsongeschiktheidsduur en aldus ook een economische impact. De introductie van een eenvoudig instrument voor de huisarts, zoals het vierkwadrantenmodel, kan een deel van de oplossing vormen. Het biedt een handvat om psychische klachten en de manier waarop een patiënt hiermee omgaat op een gestructureerde manier te exploreren en de druk op de GGZ te verminderen.

In deze studie onderzoeken we de bruikbaarheid van dit vierkwadrantenmodel door het te introduceren bij een aantal huisartsenpraktijken, het gebruik ervan op te volgen en de ervaringen van de participerende huisartsen na een vooropgestelde studieperiode te inventariseren.

2. Doelstellingen

2.1. Onderzoeksvragen

Primaire onderzoeksvraag:

- Hoe ervaren huisartsen het gebruik van het vierkwadrantenmodel bij patiënten met psychische problemen?

Secundaire onderzoeksvragen:

- Wat is volgens de deelnemende huisartsen nodig om het vierkwadrantenmodel meer bruikbaar te maken in hun dagelijkse praktijkvoering?
- Bij welke psychische klachten wordt het vierkwadrantenmodel aangewend?
- Bij welke patiëntkarakteristieken wordt het vierkwadrantenmodel aangewend?

2.2. Outcome

Met deze onderzoeksvragen willen we in eerste instantie achterhalen in welke mate het gebruik van de huidige versie van het vierkwadrantenmodel ervaren wordt. Daarnaast trachten we te achterhalen welke aanpassingen nodig zijn om de bruikbaarheid van het model te verbeteren en gaan we na bij welke indicaties en welk type patiënten het model wordt toegepast. In tweede instantie zou een vervolgstudie zich met het verbeterde model kunnen richten op de patiënt en diens ervaringen met het model. Het uiteindelijke doel is voorkomen dat patiënten met psychische klachten verder decompenseren met verlies in kwaliteit van leven, arbeidsongeschiktheid en de daarbij behorende maatschappelijke kosten of noodzaak tot doorverwijzing tot gevolg.

3. Methodologie

3.1. Zoekstrategie literatuurstudie

3.1.1. PubMed

Voor de literatuurstudie werd als eerste stap een systematische zoekstrategie opgesteld met behulp van de databank PubMed. Om relevante artikels te vinden, maakten we gebruik van MESH-termen in combinatie met vrije zoektermen in titel en abstract (tiab).

De zoekopdrachten werden opgebouwd met behulp van drie hoofdcomponenten:

1. Psychologische stress
2. Populatie
3. Copingmechanismen, mindfulness en zelfzorg

Dit resulteerde uiteindelijk in drie verschillende zoekopdrachten die onderling varieerden in de afbakening van de populatie. Deze zoekopdrachten werden uitgevoerd op 14 mei 2024.

Zoekopdracht 1:

Bij deze zoekopdracht werd de populatie beperkt tot patiënten uit de eerstelijnscontext. Hierbij werd vermeden dat de verkregen artikels zich zouden richten op de artsen zelf. Deze zoekopdracht leverde 321 artikels op.

("Stress, Psychological"[Mesh] OR Psychological-stress*[tiab] OR Psychologic-stress*[tiab] OR (stress*[tiab] AND (psychologic*[tiab] OR social[tiab])) OR mental-stress*[tiab] OR psychic-stress*[tiab] OR psychic-tension[tiab] OR mental-tension[tiab] OR psychosocial-stress*[tiab] OR emotional-stress*[tiab] OR emotional-distress*[tiab] OR emotional-tension[tiab]) AND ((Patient*[Mesh] OR patient* [tiab]) AND (General practice [Mesh] OR General practice [tiab] OR General practice physician* [Mesh] OR General practice physician* [tiab] OR primary health [Mesh] OR primary health [tiab])) AND (Mindfulness [tiab] OR 'Adaptation, psychologic*'[Mesh] OR 'Adaptation, psychologic*'[tiab] 'self management'[Mesh] OR self management [tiab], self care [Mesh] OR self care [tiab] OR coping behavior* [Mesh] OR coping behavior* [tiab] OR coping skill* [Mesh] OR coping skill* [tiab] OR health behavior* [Mesh] OR health behavior* [tiab] OR self-Assessment*[Mesh] OR self-assessment [tiab] OR awareness [Mesh] OR awareness [tiab])

Zoekopdracht 2:

Hierbij werd de populatie uitgebreid door de zoektermen *'patient'* en *'general practice'* van elkaar los te koppelen via een *'OR'*-operator. Op die manier verkregen we ook studies gericht op huisartsen zelf. Deze zoekopdracht resulteerde in een opbrengst van 10.547 artikels.

("Stress, Psychological"[Mesh] OR Psychological-stress*[tiab] OR Psychologic-stress*[tiab] OR (stress*[tiab] AND (psychologic*[tiab] OR social[tiab])) OR mental-stress*[tiab] OR psychic-stress*[tiab] OR psychic-tension[tiab] OR mental-tension[tiab] OR psychosocial-stress*[tiab] OR emotional-stress*[tiab] OR emotional-distress*[tiab] OR emotional-tension[tiab]) AND (Patient*[Mesh] OR patient* [tiab] OR General practice [Mesh] OR General practice [tiab] OR General practice physician* [Mesh] OR General practice physician* [tiab] OR primary health [Mesh] OR primary health [tiab]) AND (Mindfulness [tiab] OR 'Adaptation, psychologic*'[Mesh] OR 'Adaptation, psychologic*'[tiab] 'self management'[Mesh] OR self management [tiab], self care [Mesh] OR self care [tiab] OR coping behavior* [Mesh] OR coping behavior* [tiab] OR coping skill* [Mesh] OR coping skill* [tiab] OR health behavior* [Mesh] OR health behavior* [tiab] OR self-Assessment*[Mesh] OR self-assessment [tiab] OR awareness [Mesh] OR awareness [tiab])

Zoekopdracht 3:

Bij deze zoekopdracht werd de populatie tenslotte nog breder gedefinieerd door ook de zoektermen *'adult'* en *'human'* toe te voegen en dus niet alleen naar de eerstelijnscontext te kijken. Hierbij verkregen we 29.893 artikels.

("Stress, Psychological"[Mesh] OR Psychological-stress*[tiab] OR Psychologic-stress*[tiab] OR (stress*[tiab] AND (psychologic*[tiab] OR social[tiab])) OR mental-stress*[tiab] OR psychic-stress*[tiab] OR psychic-tension[tiab] OR mental-tension[tiab] OR psychosocial-stress*[tiab] OR emotional-stress*[tiab] OR emotional-distress*[tiab] OR emotional-tension[tiab]) AND (Patient*[Mesh] OR patient* [tiab] OR adult*[Mesh] OR adult*[tiab] OR human* [Mesh] OR human* [tiab]) AND (Mindfulness [tiab] OR 'Adaptation, psychologic*'[Mesh] OR 'Adaptation, psychologic*'[tiab] 'self management'[Mesh] OR self management [tiab], self care [Mesh] OR self care [tiab] OR coping behavior* [Mesh] OR coping behavior* [tiab] OR coping skill* [Mesh] or coping skill* [tiab] OR health behavior* [Mesh] OR health behavior* [tiab] OR self-Assessment*[Mesh] OR self-assessment [tiab] OR awareness [Mesh] OR awareness [tiab])

We verdeelden de zoektocht naar artikels in drie onderwerpen:

1. Artikels gericht op mindfulness
2. Artikels gericht op coping en zelfzorg
3. Artikels gericht op psychische klachten

Vervolgens stelden we elk een tabel op met relevante artikels per onderwerp (n = 24). Hiervoor keken we eerst naar de titel en het abstract en bij twijfel bekeken we ook het volledige artikel. Na screening op kwaliteit bleven hiervan nog 16 artikels over.

3.1.2. Snowballing

In tweede instantie werd het snowballing-principe toegepast, waarbij de referenties van relevante artikelen werden doorzocht om aanvullende bruikbare publicaties te identificeren. Deze strategie liet toe om ook artikelen te includeren die niet via de oorspronkelijke zoektermen in PubMed werden gevonden, maar wel inhoudelijk relevant bleken. Dit leverde nog 9 geschikte artikels op.

3.1.3. Boeken

We gebruikten de boeken 'Mindfulness: in de maalstroom van je leven' van Edel Maex en 'Coping Inventory and Stress Scale: Manual' van Norman Endler en James D.A. Parker voor informatie over respectievelijk het vierkwadrantenmodel en de drie verschillende copingstijlen.

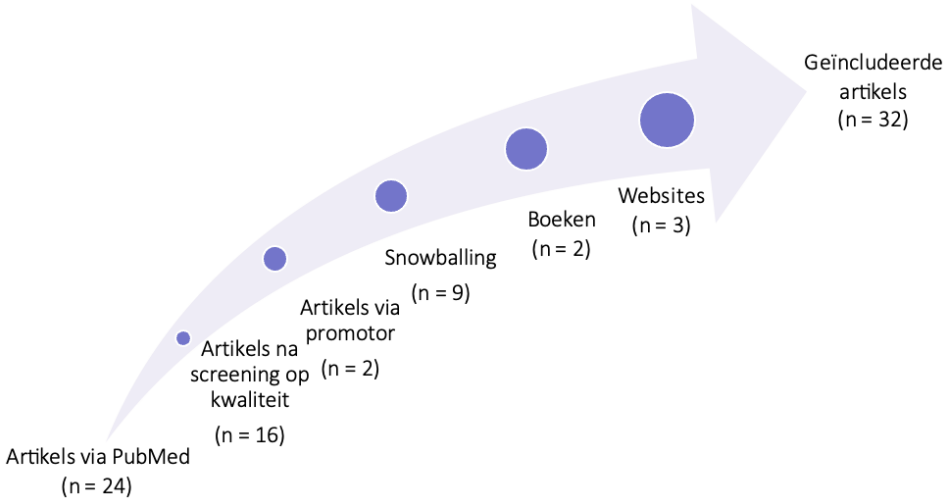
3.1.4. Websites

In de zoektocht naar specifieke cijfers omtrent het vóórkomen van psychische klachten en stoornissen raadpleegden we de website van de WHO, de website van Zorgnet-Icuro voor de Public Mental Health Monitor en de website van de Universiteit Antwerpen voor de leerstoel Public Mental Health.

3.1.5. Externe artikels

Tenslotte werden ook twee artikels aangeleverd op advies van onze promotoren.

3.1.6. Opbrengst



Figuur 2: opbrengst literatuurstudie

3.2. Onderzoeksopzet

Deze studie bestaat uit twee luiken:

- Een kwalitatief luik op basis van de bevindingen uit één of twee focusgroep(en) met de deelnemende artsen. Artsen die niet aanwezig konden zijn voor de focusgroep(en), werden gecontacteerd voor een vrijblijvend individueel semi-gestructureerd interview.
- Een kwantitatief luik op basis van een descriptieve analyse van de verkregen patiëntgegevens (leeftijd, geslacht, beroepssituatie en opleidingsniveau) en indicatiestelling.

Gezien het exploratieve karakter van deze studie, werd primair gekozen voor kwalitatief onderzoek als onderzoeksmethode. Hierbij ligt de nadruk op het verwerven van diepgaande inzichten omtrent het gebruik van het model. De keuze voor een focusgroep werd gebaseerd op de meerwaarde van interactieve dynamiek. Deelnemers kunnen elkaars inzichten aanvullen of nuanceren, waardoor overeenkomsten en verschillen tussen deelnemers beter naar voren komen.

3.3. Onderzoekspopulatie

3.3.1. Artsen

De beoogde studiepopulatie bestond uit twaalf Nederlandstalige huisartsen of huisartsen in opleiding (HAIO) die zich gedurende een jaar beschikbaar konden stellen om het vierkwadrantenmodel te gebruiken. De deelnemende artsen werden gerekruteerd via onze eigen opleidingspraktijken en via collega-artsen binnen de opleiding (convenience sampling) en waren allen werkzaam in de provincie Antwerpen. Hierbij werd getracht variatie te voorzien op vlak van locatie (landelijk of stedelijk), praktijkvorm (solo-, duo-, of groepspraktijk) en financieringssysteem (prestatiegericht of forfaitair).

De deelnemende huisartsen werden gevraagd om het vierkwadrantenmodel gedurende een studieperiode van één jaar minimaal tien keer toe te passen, zodat zij voldoende ervaring konden opdoen met het gebruik ervan. Deze doelstelling fungeerde echter louter als richtlijn. Artsen die het vooropgestelde aantal niet haalden, werden nog steeds gecontacteerd voor deelname aan de focusgroep, aangezien hun ervaringen en feedback eveneens zeer waardevol werden geacht voor de studie. Daartegenover werden door ons aanvullende bundels voorzien in het geval dat een arts het model meer dan de aanbevolen tien keer in de praktijk bracht.

3.3.2. Patiënten

De inclusiecriteria voor patiënten waaraan het vierkwadrantenmodel kon worden meegegeven waren een leeftijd van minstens 18 jaar oud en het beheersen van de Nederlandse taal. Er waren verder geen exclusiecriteria.

3.4. Onderzoeksinstrumenten

3.4.1. Vierkwadrantenmodel

We stelden een map met tien studiebundels (Bijlage 1) samen voor iedere deelnemende arts met daarin het vierkwadrantenmodel en de volgende documenten:

- Informatiefiche voor de patiënt omtrent de studie
- Informatiefiche voor de patiënt omtrent het vierkwadrantenmodel
- Ad hoc vragenlijst voor de patiënt omtrent het descriptieve luik van de studie
- Instructies voor de arts omtrent het gebruik van het model
- Feedbackformulier voor de arts omtrent het gebruik van het model
- Informed consent voor de patiënt in tweevoud

Iedere bundel werd geanonimiseerd door middel van een unieke codering bestaande uit een letter en een cijfer (bv. A1). Op die manier kreeg iedere arts een willekeurige letter toegewezen en iedere patiënt een bijbehorend cijfer. Dit systeem liet toe dat alle data van zowel arts als patiënt volledig geanonimiseerd konden worden verwerkt.

De mappen werden door ons persoonlijk bezorgd aan iedere arts, gevolgd door een korte mondelinge toelichting van de studie en het in tweevoud ondertekenen van het informed consent van de deelnemende arts.

Patiënten waaraan het vierkwadrantenmodel werd meegegeven, dienden op de hoogte te worden gebracht van de studie en de gegevens die zouden worden gebruikt. Vervolgens werd hen gevraagd het informed consent in tweevoud te ondertekenen.

3.4.2. Script

Na één jaar - de periode waarin de betrokken huisartsen werden uitgenodigd om met het vierkwadrantenmodel in hun praktijk te experimenteren - planden we hun ervaringen te inventariseren via één of meerdere focusgroepen. Deze werden voorbereid aan de hand van een script (Bijlage 2). Hierin werden de doelstellingen van de focusgroep verduidelijkt, de organisatie van de focusgroep toegelicht (datum en tijd, locatie, benodigdheden, deelnemers, geïnformeerde toestemming, rolverdeling en dataverwerking) en een gesprekshandleiding opgesteld. Die laatste bestond uit verschillende thema's waarbij telkens vertrokken werd vanuit één of meerdere hoofdvragen, gevolgd door meer gerichte bijvragen. Hierbij werd rekening gehouden met het vermijden van suggestieve vragen. De COREQ-checklist werd toegevoegd ter ondersteuning van het gestructureerd rapporteren van kwalitatief onderzoek.

De individuele interviews werden afgenomen aan de hand van dezelfde gesprekshandleiding als de focusgroep, waarbij vragen die niet relevant waren voor de individuele context, werden weggelaten.

3.4.3. Instructievideo

Tijdens het verloop van de studie gaven verschillende deelnemende artsen aan dat het document voor geïnformeerde toestemming voor de patiënt een drempel vormde voor het toepassen van het vierkwadrantenmodel in de praktijk. Naar aanleiding van deze feedback besloten de onderzoekers twee faciliterende instructievideo's te ontwikkelen. Hierin werd een gesimuleerd arts-patiëntcontact getoond waarin de arts toelichting gaf over de opzet van de studie en de rol van de patiënt daarin. Het is belangrijk te benadrukken dat in deze video's op geen enkele wijze inhoudelijke uitleg werd gegeven over het vierkwadrantenmodel zelf. Dit werd bewust vermeden om methodologische beïnvloeding van de studie te voorkomen. De video's hadden uitsluitend tot doel de communicatie van de deelnemende artsen met de patiënt te ondersteunen tijdens het toelichten van de studie en het verkrijgen van geïnformeerde toestemming.

3.5. Data-analyse

3.5.1. Kwalitatief

De verzamelde gegevens werden getranscribeerd met behulp van artificiële intelligentie (AI). Er werd gekozen voor Good Tape, aangezien deze voldoet aan de GDPR-wetgeving. De geluidsopnamen werden na grondige verificatie van de transcriptie verwijderd. Eventuele aanvullende observaties of reflectienota's werden bijgevoegd bij de transcripties.

Het transcript werd geanalyseerd middels een thematische analyse volgens de zes fasen van Braun & Clarke. Na het herhaald lezen van de transcripties werden initiële descriptieve en interpretatieve codes en subcodes gegenereerd. Het transcript werd voor deze stappen in drie verdeeld, waarbij iedere onderzoeker een deel van het transcript analyseerde. De verkregen codes en subcodes werden nadien door de twee andere onderzoekers beoordeeld en waar nodig verfijnd. De finale codes en subcodes werden door de drie onderzoekers vervolgens iteratief geclusterd tot voorlopige thema's en subthema's. In een daaropvolgende reviewfase werden de verkregen thema's en subthema's geëvalueerd op interne coherentie en onderlinge distinctie, waarbij overlappende thema's werden samengevoegd en geherdefinieerd. Dit alles werd gestructureerd in een codeboek in Excel. De finaal verkregen (sub)thema's werden tenslotte uitgewerkt in relatie tot de onderzoeksvraag.

De thematische analyse verliep aanvankelijk deductief op basis van vooraf gedefinieerde thema's uit het script die relevant leken voor de beoordeling van de bruikbaarheid van een model. Deze waren niet gebaseerd op een bestaand theoretisch kader, maar op onze eigen conceptuele verwachtingen. Tijdens het coderingsproces werd echter aanvullend inductief gewerkt, aangezien nieuwe thema's zich spontaan aandienden vanuit de data.

De uitgeschreven transcriptie en dataset werden tijdens de analysefase op een beveiligde pc van de onderzoekers bewaard. Na indiening van deze masterproef zullen ze, samen met de formulieren van geïnformeerde toestemming, op een beveiligde schijf van de UAntwerpen worden bewaard, gedurende 20 jaar, onder de verantwoordelijkheid van Prof. Kris Van den Broeck, die in deze optreedt als verantwoordelijke voor de verwerking van de gegevens.

De resultaten van de thematische analyse werden per thema en subthema beschreven. Hierbij werden gebruikte citaten waar nodig taalkundig opgefrist ter bevordering van de leesbaarheid, zonder afbreuk te doen aan de oorspronkelijke inhoudelijke boodschap. De citaten werden als volgt geformuleerd:

> *"Voorbeeld van een citaat." (Arts #)*

3.5.2. Kwantitatief

De verkregen data van de patiëntenpopulatie (leeftijd, geslacht, beroepssituatie en opleidingsniveau) en de indicatiestelling voor het gebruik van het vierkwadrantenmodel werden gecontroleerd op volledigheid (informed consent en data) en nadien descriptief geanalyseerd. De finale dataset en informed consents werden na afloop van de analyses eveneens op een beveiligde schijf van UAntwerpen bewaard.

3.6. Ethische aspecten

Deze studie hield geen risico's in voor de deelnemende huisartsen of patiënten en werd goedgekeurd door het Ethisch Comité UZA/UAntwerpen (Referentienummer 2024-6338). De deelnemers hadden op elk moment het recht om zich terug te trekken uit het onderzoek. In dat geval werd hun verzamelde data niet opgenomen in de analyse. De interventies werden uitgevoerd volgens de richtlijnen van Good Clinical Practice en de Verklaring van Helsinki voor de bescherming van deelnemers aan een klinische studie. De eindversie van de masterproef zal op verzoek ter beschikking worden gesteld voor alle geïnteresseerde deelnemers (artsen en patiënten).

4. Resultaten

4.1. Artsenpopulatie

Tabel 2 geeft een overzicht van de uiteindelijke artsenpopulatie. Uiteindelijk werden vijftien artsen geïncludeerd, afkomstig uit vijf verschillende praktijken uit de provincie Antwerpen. De deelnemende artsen waren allen werkzaam in een (al dan niet multidisciplinaire) groepspraktijk. Zeven artsen uit twee praktijken werkten met een forfaitair financieringssysteem en acht artsen uit drie praktijken werkten prestatiegericht. Binnen de geïncludeerde populatie waren elf huisartsen en vier huisartsen-in-opleiding (HAIO's).

Betreffende de ligging van de praktijken, waren vijf artsen werkzaam in eenzelfde stedelijke praktijk, terwijl de overige tien artsen afkomstig waren uit vier landelijke praktijken. De stedelijke praktijk was een forfaitaire groepspraktijk. De landelijke praktijken omvatten zowel forfaitaire als prestatiegerichte groepspraktijken. De deelnemersgroep bestond uit twaalf vrouwelijke artsen en drie mannelijke artsen.

Tabel 2: beschrijving artsenpopulatie

Arts	Praktijk	Praktijkvorm	Ligging	HAIO / HA	Geslacht	Bundels	Uitval
A	1	Prestatie	Landelijk	HA	V	1	Neen
B	1	Prestatie	Landelijk	HA	V	0	Ja
C	2	Prestatie	Landelijk	HA	V	2	Neen
D	2	Prestatie	Landelijk	HA	V	0	Ja
E	2	Prestatie	Landelijk	HAIO	V	2	Neen
F	2	Prestatie	Landelijk	HA	V	3	Ja
G	3	Prestatie	Landelijk	HAIO	V	4	Neen
H	3	Prestatie	Landelijk	HA	V	0	Ja
I	4	Forfaitair	Landelijk	HA	V	14	Neen
J	4	Forfaitair	Landelijk	HA	V	8	Neen
K	5	Forfaitair	Stedelijk	HA	M	2	Neen
L	5	Forfaitair	Stedelijk	HAIO	V	4	Neen
M	5	Forfaitair	Stedelijk	HAIO	M	7	Neen
N	5	Forfaitair	Stedelijk	HA	M	1	Neen
O	5	Forfaitair	Stedelijk	HA	V	0	Ja

HA = huisarts; HAIO = huisarts in opleiding; V = vrouw; M = man

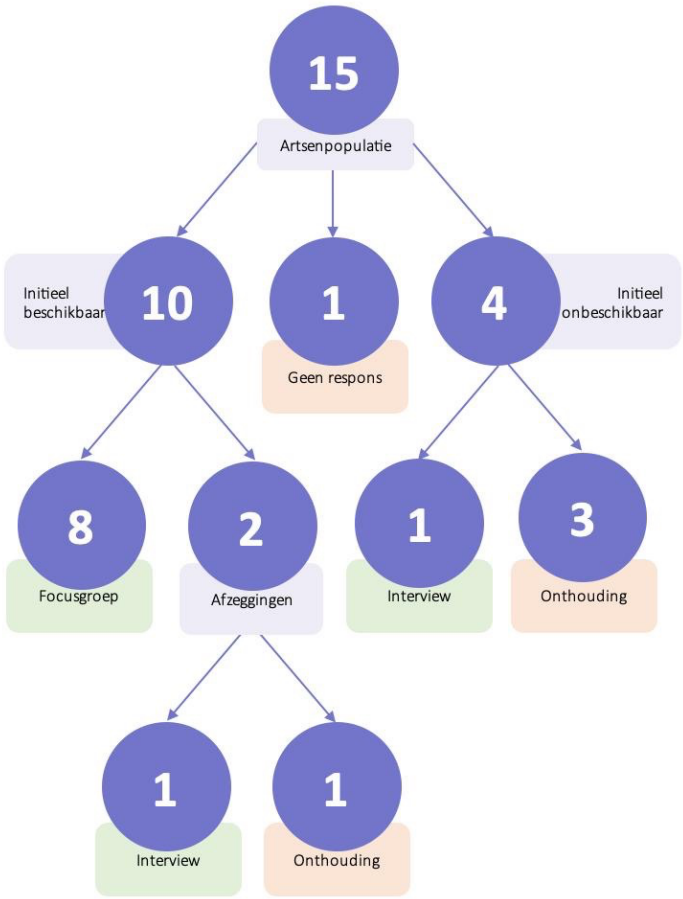
4.2. Focusgroep

4.2.1. Rekruteringsproces

De geïncludeerde artsen werden enkele maanden voor het einde van de studieperiode toegevoegd aan een mobiel groepsgesprek om de datum van de focusgroep te plannen. In deze groep werden meerdere data voorgesteld om maximale deelname te bekomen. Uiteindelijk werd een datum gekozen waarop tien van de vijftien artsen beschikbaar konden zijn. Vier artsen konden zich niet beschikbaar stellen op de voorgestelde datum en van één arts kwam geen respons meer na de initiële inclusie in de studie. Uiteindelijk namen acht artsen deel aan de focusgroep, na twee annulaties op de dag zelf.

De zoektocht naar een datum voor een tweede focusgroep met de zes overgebleven artsen, bleek onvoldoende respons te hebben. Hierop werd beslist de artsen vrijblijvend uit te nodigen voor een individueel semi-gestructureerd interview. Twee artsen gingen op deze uitnodiging in. De overige vier artsen vielen uit de studie.

Het beschreven proces staat schematisch weergegeven in onderstaand stroomschema (Figuur 3).



Figuur 3: rekruteringsproces focusgroep en interviews

4.2.2. Verloop

De focusgroep ging door op 21 oktober 2025 om 19u in een vergaderzaal te Ekeren. In deze zaal werden de tafels in een rechthoekige vorm opgesteld met de artsen aan beide lange zijden en de onderzoekers aan de uiteinden. Iedere deelnemer kreeg pen, papier en een naamkaartje ter beschikking.

De focusgroep werd geleid door een moderator en ondersteund door een observator. Er werden daarnaast aantekeningen gemaakt op papier door een notulist, die de eerste woorden van elke spreker noteerde, om latere onduidelijkheden uit de transcriptie op te vangen. Bij aanvang van de focusgroep werden duidelijke afspraken gemaakt omtrent vertrouwelijkheid en respect. Het gesprek verliep vervolgens volgens het geplande semi-gestructureerde script.

Het eerste individuele semi-gestructureerde interview ging door op 2 december 2025 in de praktijk van de betreffende arts en het tweede interview ging door op 18 december 2025 en verliep om praktische redenen online.

De inhoud van zowel de focusgroep als beide interviews werd vastgelegd via een geluidsopname.

4.3. Thematische analyse

4.3.1. Inleiding

De focusgroep en beide interviews werden ingeleid met enkele verkennende vragen omtrent de actuele zorgdrempels bij patiënten met psychische klachten, persoonlijke ervaring met mindfulness en kennis over coping. Deze vragen fungeerden als opstap naar het verdere verloop van het gesprek en hadden mede tot doel om na te gaan in welke mate de kennis en ervaringen van de deelnemers overeenstemden met de eerder beschreven literatuur.

De deelnemende artsen bevestigden de gekende structurele barrières (lange wachttijden, kostprijs, bureaucratie, gebrek aan psychotherapeutische vaardigheden) en benadrukten dat mindfulness breed geïmplementeerd kan worden in het dagelijkse leven en een meerwaarde kan bieden in het reguleren van coping om met psychische klachten om te kunnen gaan.

Uit deze vragen kwam aldus duidelijk voort dat de deelnemers de huidige problematiek inzake zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheid en de meerwaarde van mindfulness hierin erkennen.

4.3.2. Praktische implementatie van het model

4.3.2.1. Timing van interventie

De timing van het introduceren van het model varieerde tussen de artsen, afhankelijk van de context en van de patiënt. Enkele artsen gebruikten het al tijdens het eerste consult, vooral wanneer patiënten aangaven nog geen echte copingstrategie te hebben of wanneer er nood was aan structuur. Andere artsen zetten het model pas in tijdens een vervolgconsult, wanneer er meer duidelijkheid was over de hulpvraag. Een HAIO uit een prestatiegerichte praktijk ziet het eerste consult vooral als een explorerend gesprek en zou het model pas later toelichten.

> *"Een eerste gesprek is altijd explorerend voor mij. De ruimte geven om te vertellen en even kijken wat precies hun verwachting is. Dan heb ik wel in mijn achterhoofd van 'hoe gaan we dit concreet aanpakken naar de toekomst?', maar dat laat ik meestal voor een tweede consult om te bespreken." (Arts E)*

Het model werd door meerdere artsen gebruikt bij zowel nieuwe patiënten als bij patiënten in langdurige opvolging. Daarnaast werd het model ook gebruikt wanneer het gesprek spontaan evolueerde naar copingmechanismen, als een logische overgang binnen het consult.

> *"Bij de ene wordt het gebruikt als een manier om een gesprek te creëren, en bij de andere zal het gebruikt worden als een actie bij vastgelopen dingen." (Arts K)*

4.3.2.2. Indicatiestelling

Meerdere artsen gaven aan dat ze het model niet systematisch gebruikten, maar selectief inzetten op basis van patiëntkenmerken, draagkracht en hun eigen klinische inschatting. Buikgevoel en klinische intuïtie speelden hier een belangrijke rol.

De meeste artsen gaven het model vooral aan patiënten waarvan ze verwachtten dat ze ermee aan de slag zouden gaan en waar er al een zeker reflectief vermogen was. Zo gebruikten enkele artsen het model vaker bij jonge vrouwen met psychische klachten, omdat zij als meer ontvankelijk werden gezien. Het vooroordeel of vermoeden dat een patiënt er niet voor open zou staan, kon een reden zijn om het model niet te gebruiken.

> *"Je selecteert al patiënten waarvan je verwacht dat je het model terugkrijgt." (Arts M)*

Sommige artsen merkten dat het model minder geschikt was voor patiënten met ernstige psychische problematiek of net bij patiënten die al veel voorkennis hadden, zoals zorgverleners. Een arts gaf aan:

> *"Als mensen zelf een traject hebben gedaan of zelf zorgverlener zijn… dan moet je hier niet meer mee afkomen." (Arts I)*

Daartegenover werd het model toch ook als nuttig ervaren bij kwetsbare patiënten met weinig inzicht in hun coping of bij wie er nog hiaten zitten in het begrijpen van hun eigen situatie.

> *"Bij heel kwetsbare mensen [...] het gevoel van, hier moeten we inderdaad wel eens de coping bekijken, ik heb het zeker niet bij elke depressieve patiënt gebruikt, maar wel als ik voel dat ik er iets nuttigs uit kan halen. Bij mensen die weinig inzicht hebben in het effect van wat ze doen op hun genezing." (Arts I)*

Tot slot werd door een HAIO ook de draagkracht van de patiënt benoemd als bepalende factor. Het model kan voornamelijk ingezet worden wanneer er voldoende mentale ruimte is om ermee aan de slag te gaan.

> *"Ik denk inderdaad ook meer de belastbaarheid van de patiënt, of dat erbij ging kunnen of niet." (Arts M)*

4.3.2.3. Concrete toepassing in het consult

De toepassing van het model maakt deel uit van een bredere aanpak van psychische klachten waarin ook andere hulpmiddelen een plaats hebben. De meeste artsen stelden dat het model niet als een afzonderlijke tool moet worden beschouwd.

Meermaals werd aangehaald dat het model werd ingezet als huiswerkopdracht. Patiënten kregen het model mee naar huis om het zelfstandig in te vullen en brachten het nadien opnieuw mee naar het vervolgconsult. De artsen gaven aan dat deze aanpak efficiënter is dan het invullen van het model tijdens het consult, omdat patiënten thuis meer tijd hebben voor reflectie. Zo fungeert het model als

voorbereiding op een volgende consultatie en een manier om patiënten actief te betrekken in hun eigen zorgproces.

Sommige artsen gebruikten het model ook als een groeidocument, waarbij patiënten het model bleven aanvullen en gebruiken doorheen hun traject.

Het model bleek ook nuttig te zijn als facilitator om moeilijke of gevoelige thema's te benoemen en bespreekbaar te maken. Volgens een HAIO formuleerde een patiënt bijvoorbeeld automutilatie als afleiding, wat de aanzet gaf tot een open gesprek over dit onderwerp.

> *"Een patiënt had zelfverminking opgeschreven en dat echt benoemd als afleiding. Daar konden we mee verder. We zijn er open over beginnen praten, wat ze anders kon doen als afleiding en dat heeft ze dan echt aangepakt." (Arts G)*

Enkele artsen gaven daarnaast aan dat verpleegkundigen met sterke psychosociale vaardigheden het model mee zouden kunnen opvolgen. Zo zei een arts uit een prestatiegerichte praktijk:

> *"Ik was ook aan het denken aan onze twee verpleegkundigen, die echt ook heel sociaal en psychologisch heel sterk zijn, kan ik dit dan bij hun laten?." (Arts C)*

Daartegenover vond een arts uit een forfaitaire praktijk dat het aanleren van copingmechanismen eerder tot de taak van de eerstelijnspsycholoog behoort.

> *"Ik denk dat ik mijn taak als huisarts nog heel erg zie in de psycho-educatie. Ik vind dat tools meer de taak zijn van de eerstelijnspsycholoog." (Arts K)*

4.3.3. Ervaren klinische meerwaarde

4.3.3.1. Impact

Door meerdere artsen werd bevestigd dat het model patiënten aanzet tot zelfreflectie en zelfinzicht inzake coping en dagelijkse activiteiten. Een van de HAIO's noemde het *"een mooie aanzet om aan reflectie te doen" (Arts E)*. Een andere HAIO gaf aan dat patiënten het prettig vonden om hun coping op papier te zien.

> *"Patiënten zeiden dat het fijn voelde dat het opgeschreven staat." (Arts L)*

Meerdere artsen gaven aan dat dit helpt om copingmechanismen zichtbaar te maken en het gesprek hierover te openen en structureren. Zo kunnen kleine veranderingen worden gestimuleerd die op lange termijn een verschil kunnen maken.

Daarnaast zei een arts dat het model een nuttige tool kan zijn, maar dat men voorzichtig moet zijn om alle verandering enkel hieraan toe te schrijven, al kan het model ertoe bijdragen om een non-verbale boodschap van hoop over te brengen:

> *"Het basis ding van, het komt wel goed en dat kunnen uitstralen naar uw patiënt, is eigenlijk misschien de belangrijkste boodschap die je non-verbaal meegeeft door dat vierkwadrantenmodel of gelijk wat, mee te geven." (Arts K)*

Meerdere artsen merkten dat deze reflectie soms leidde tot concrete gedragsverandering nog vóór het vervolgconsult. Een arts vertelde hoe een patiënt thuis een oude bucketlist had bovengehaald en hiermee aan de slag was gegaan.

Daarnaast bood het model artsen meer inzicht in het sociaal netwerk van patiënten. Een arts merkte op dat sommige patiënten nauwelijks steunfiguren hadden buiten professionele hulpverleners, wat voor de patiënt zelf eveneens inzichtgevend kon zijn.

> *"Ik heb bij een paar mensen gemerkt dat het deel "samen" vrij leeg was, of alleen praten met de huisarts en de psycholoog, maar geen ander netwerk. Zet dat dan in de verf, dat gaf de patiënt inzicht." (Arts I)*

Een andere arts benoemde dan weer dat het model geholpen heeft om toekomstige kwetsbaarheid te verminderen:

> *"Ik heb ook wel het gevoel dat er veel meer uitleg is; hoe is het zo gekomen en wat zijn daar de basisoorzaken van? Dat dit model ook veel meer gaat kijken naar: 'wat kun je doen om je te beschermen in de toekomst en hoe gaan we daarmee aan de slag, hoe kunnen we dat gaan versterken zodat je niet in diezelfde cyclus blijft draaien?'" (Arts J)*

Een HAIO gaf tenslotte aan dat het model kan helpen om de maanden wachttijd bij psychologen te overbruggen.

4.3.3.2. Arts-patiëntrelatie

Verschillende artsen gaven aan dat het gebruik van het model de arts-patiëntrelatie niet essentieel veranderde, maar wel kon leiden tot een andere dynamiek in een consult. Enkele artsen beschreven bijvoorbeeld dat het model hen hielp om de patiënt actiever te kunnen betrekken en zo de interactie te verdiepen.

> *"Ik probeer wel die patiënten mee te trekken, omdat ik soms wat op mijn honger blijf zitten bij psychologen die maar weinig activeren." (Arts A)*

Een van de artsen benoemde dat een gesprek over copingmechanismen met behulp van het model, het onderlinge vertrouwen versterkte, omdat de patiënten zich begrepen voelden.

4.3.3.3. Artsenervaring

Meerdere artsen beschreven het model als een werkbare aanvulling op andere tools, maar daarnaast vaak handiger dan reeds bestaande modellen.

> *"Die andere modellen gebruikte ik, maar vond ik wat breed. Ik vond dit een veel handiger schema dan de tools die ik kende." (Arts G)*

De meerwaarde voor de patiënt of arts wisselde van casus tot casus volgens *Arts J*. Een andere arts gaf dan weer aan dat de bruikbaarheid van het model zich niet beperkt tot beginnende artsen, maar ook later in de carrière relevant kan worden.

> *"Ik hoop dat we het niet te veel over jong en oud hebben. Het zou goed kunnen dat ik dit over een aantal jaar wel geïntegreerd ga toepassen, omdat het op dat moment klopt in mijn verhaal." (Arts K)*

Verder werd aangegeven dat het al dan niet terug meenemen van een ingevuld model op zichzelf waardevolle informatie opleverde, bijvoorbeeld over de motivatie of draagkracht van de patiënt of de mate waarin patiënten *"hun plan kunnen trekken" (Arts A)*.

Bijkomend was tijdswinst een vaak terugkerend voordeel. De patiënten kunnen thuis aan zelfreflectie doen, waardoor de daaropvolgende consultaties efficiënter verlopen. Dit liet toe om sneller tot concrete stappen te komen op zowel korte als lange termijn.

Tenslotte gaven meerdere artsen aan dat het model hen meer zicht gaf op de dagelijkse realiteit van patiënten, bijvoorbeeld op hun daginvulling of mate van activiteit.

> *"Bijvoorbeeld iemand die al twee maanden thuis staat, waarbij ik al een aantal gesprekken had gehad van 'oké, we gaan een plan maken en we moeten u activeren.' En nu blijkt na twee maanden dat die eigenlijk zes uur per dag in de zetel op de telefoon zit te scrollen." (Arts A)*

4.3.4. Drempels

4.3.4.1. Tijdsgebrek

Tijdsgebrek werd door meerdere artsen genoemd als een belangrijke barrière voor het gebruik van het model tijdens consultaties. Artsen van zowel prestatiegerichte als forfaitaire praktijken gaven aan dat de beperkte duur van een standaardconsultatie (een kwartier) het moeilijk maakte om uitgebreid stil te staan bij psychosociale thema's in het algemeen. Maar ook modelspecifiek gaven de meesten aan dat het gezamenlijk invullen van het model tijdens een consultatie vaak te tijdsintensief is. Daarentegen stelden een aantal artsen dat het toelichten van het model en het meegeven als huiswerk om later te bespreken wel haalbaar was binnen de consultatietijd en soms zelfs tijdwinst gaf.

> *"Ik gebruikte het niet tijdens de consultatie, maar echt als huiswerk, om het mee te geven en op de vervolgafspraak terug mee te nemen." (Arts M)*

Een arts werkzaam in een multidisciplinaire praktijk vangt de beperkte consultatietijd op door een meer coördinerende rol op te nemen, waarbij patiënten eerder snel worden doorverwezen naar een psycholoog of therapeut.

4.3.4.2. Studiegerelateerde drempels

Een belangrijk deel van de ervaren drempels hield rechtstreeks verband met de onderzoekscontext van de studie. Verschillende artsen gaven aan dat de procedure rond het informeren van patiënten over de studie en het ondertekenen van een informed consent het gebruik van het model bemoeilijkte. Voornamelijk tijdens een psychologisch consult worden administratieve documenten en uitleg rond de studie als een 'flow-breaker' ervaren.

> *"Je moet het consult onderbreken en zeggen dat we meedoen aan een studie. De drempel werd in deze studie al lager gemaakt, maar was toch nog te hoog voor mij." (Arts N)*

> *"Ik had te weinig ruimte om dit in studieverband uit te voeren. Nu ik de andere artsen hoor, geef mij maar snel een bundeltje met alleen het voorste blaadje en ik ga ermee aan de slag." (Arts C)*

> *"Ik heb zoveel te doen op een consult. Er is al zoveel administratie te regelen en dan kwam dat er nog bij. Dat was vaak een drempel." (Arts E)*

4.3.4.3. Patiëntgerelateerde drempels

Verschillende artsen benoemden ook patiëntgerelateerde drempels die het gebruik van het model bemoeilijkten. Zo werd door sommige artsen aangegeven dat het model niet voor iedere patiënt toegankelijk aanvoelde. Zij probeerden vooraf in te schatten of een patiënt open zou staan voor het model. Hierin waren geen duidelijke verschillen tussen forfaitaire of prestatiegerichte praktijken.

> *"Ook misschien een vooroordeel van: deze patiënt gaat daar niet voor open staan." (Arts G)*

Sommige artsen ervaarden andere weerstand bij patiënten om met het model aan de slag te gaan, bijvoorbeeld wanneer patiënten weinig inzicht hadden in hun eigen gedrag of copingstrategieën. Een arts gaf bijvoorbeeld aan:

> *"Het is net voor die mensen die daar totaal geen inzicht in hebben, dat dat zou helpen. Maar bij die mensen is de weerstand juist te groot om het te introduceren." (Arts E)*

Daarnaast werd ook vermeld dat het model soms als overbodig kon worden ervaren door patiënten met veel zelfinzicht. Een arts gaf aan:

> *"Het gevoel dat het voor sommige patiënten te 'obvious' was of dat het overbodig was." (Arts I)*

Ook contextuele factoren zoals vergeetachtigheid of ernstige depressieve klachten konden ervoor zorgen dat patiënten het model niet invulden of terugkwamen. Verder werd aangegeven dat het gebruik van het model soms moeilijker was bij patiënten die al een uitgebreid traject in de geestelijke gezondheidszorg hadden doorlopen of zelf in de zorgsector werkzaam waren.

4.3.4.4. Artsgerelateerde drempels

Naast patiëntgebonden factoren werden ook verschillende artsgerelateerde drempels aangehaald. Sommige artsen gaven aan dat zij reeds andere instrumenten of methodieken gebruiken binnen psychosociale consultaties, waardoor het introduceren van een nieuw model minder vanzelfsprekend aanvoelde. Zo werd onder meer verwezen naar bestaande instrumenten die reeds geïntegreerd zijn in de huisartspraktijk, zoals bijvoorbeeld het balansmodel, het batterijmodel of de 4DKL.

Daarnaast gaven verschillende artsen aan dat zij door hun klinische ervaring een eigen manier van werken hebben ontwikkeld bij psychosociale problematiek. Hierdoor werd het gebruik van een nieuw model soms als minder natuurlijk ervaren. Een arts verwoordde dit als volgt:

> *"Ik heb doorheen de jaren mijn manier zelf ontwikkeld en dan vond ik dat eerst wat onnatuurlijk om ineens een ander model te gaan gebruiken dat ik zelf niet zo goed kende of waar ik zelf zo geen voeling mee had." (Arts E)*

Enkele artsen gaven aan dat het model mogelijk beter aansluit bij artsen die minder ervaring hebben met psychosociale consultaties. Een arts stelde bijvoorbeeld dat het model vooral een houvast kan bieden voor beginnende artsen, terwijl meer ervaren artsen reeds beschikken over eigen strategieën en technieken. Daarnaast gaf een arts uit een prestatiegerichte praktijk aan dat het model weinig meerwaarde bood omdat de praktijk reeds goed georganiseerd was in het opvangen van geestelijke gezondheid (zie ook 4.3.5.4).

> *"Zeker als HAIO's die nog wat zoekende zijn in 'hoe breng ik dat verhaal', denk ik dat het een goede tool is, [...] om je verhaal wat te kneden." [...] "Als je die handvatten al hebt, is het moeilijker om er nieuwe handvatten in te steken." (Arts N)*

Bovendien werd door sommige artsen gesteld dat zij het moeilijk vonden om het model spontaan te introduceren bij een langer bestaande arts-patiëntrelatie, waarbij de communicatie reeds vertrouwd en informeel is. Dit staat tegenover een HAIO die aangaf dat het net moeilijker was om het model te introduceren bij patiënten die zij nog niet lang kende.

Tot slot werden ook persoonlijke factoren, zoals drukte in de praktijk en thuissituatie, verhuizing en weinig mentale ruimte aangehaald als bijkomende drempels voor het gebruik van het model.

4.3.5. Voorwaarden voor succesvolle toepassing

4.3.5.1. Toelichting

Een duidelijke introductie met toelichting van het model blijkt een belangrijke voorwaarde voor het gebruik ervan. Zo gaven enkele artsen aan dat het niet volstaat om het model enkel als een losse tool aan te bieden. Volgens hen moet het ingebed worden in een bredere visie op psychische zorg en consultvoering. Wanneer het model zonder context of uitleg wordt aangeleerd, bestaat het risico dat artsen het niet zullen integreren in hun praktijk.

> *"Ik hoop dat het niet gewoon even als een tool wordt meegegeven aan gedesinteresseerde studenten, maar dat het gaat over een houding en visie. Dit mis ik in alle opleidingsvormen geneeskunde. Dus ik ben dit moeten gaan zoeken na mijn opleiding". (Arts K)*

Daarnaast werden duidelijke instructies over wanneer en bij welke patiënten het model best ingezet wordt als belangrijk genoemd. Sommige artsen gaven aan dat het voor hen niet altijd duidelijk was in welke fase van het traject het model het meest geschikt is. Praktische voorbeelden of demonstraties, bijvoorbeeld via een video van een consult waarin het model wordt toegepast, zouden volgens de deelnemers kunnen helpen om het gebruik concreter en toegankelijker te maken.

> *"Het gaat erom waar het voor dient, dat je inderdaad weet bij wie je het moet inzetten of niet." (Arts I)*

Ook herhaalde toelichting en opvolging lijken een rol te spelen. Artsen gaven aan dat een tweede uitleg of herinnering hen opnieuw motiveerde om het model effectief te proberen in consultaties.

> *"Ik denk dat die motivatie en dat uitleggen rond het model wel echt een meerwaarde kan zijn." (Arts L)*

4.3.5.2. Gebruikservaring

Een belangrijke voorwaarde voor gebruik is dat artsen voldoende vertrouwd raken met het model. Wanneer het model onvoldoende gekend is, ervaren artsen dat het extra tijd kost om het tijdens een consult uit te leggen of toe te passen. Sommige artsen gaven aan dat ze tijdens consultaties moesten nadenken over hoe het model precies werkte, wat de drempel om het te gebruiken verhoogde.

Daarnaast werd aangegeven dat het model pas echt bruikbaar wordt wanneer het "in de vingers zit" en geïntegreerd kan worden in het gesprek met de patiënt. Sommige artsen beschreven dat het model gemakkelijker te gebruiken is wanneer het onderdeel wordt van een therapeutisch narratief dat tijdens het consult wordt opgebouwd.

> *"Omdat ik er zelf eigenlijk niet mee vertrouwd was, ben je vijf minuten kwijt met 'hoe doe je dat weer?' En als ze daar dan mee terugkomen, moet je daar een verhaal rond kunnen maken. Dus dat moet wel echt goed in je vingers zitten." [...] "Je moet er ooit in investeren, voordat je er iets kunt uithalen." (Arts N)*

Tegelijk bleek dat veel artsen hun eigen consultatiestijl ontwikkelen doorheen de jaren. Wanneer een nieuw model onvoldoende aansluit bij deze bestaande manier van werken, kan dat een drempel vormen voor implementatie.

4.3.5.3. Motivatie

Motivatie speelt eveneens een belangrijke rol bij het gebruik van het model. Sommige artsen gaven aan dat ze het model vooral zouden gebruiken wanneer ze overtuigd zijn van de therapeutische meerwaarde of wanneer het op langere termijn efficiëntiewinst oplevert.

> *"Als ik echt aan het denken ben van 'wat zou mij meer overtuigen om het te gebruiken?', dan is het dat ik hier ergens therapeutisch of efficiëntiegewijs winst uit ga halen op de lange termijn." (Arts N)*

Daarnaast kan het model volgens sommige deelnemers nuttig zijn in situaties waarin patiënten moeilijk toegang krijgen tot psychologische zorg. In dat geval kan het een hulpmiddel zijn om patiënten te begeleiden tijdens de wachttijd voor een psycholoog.

> *"Dat is een reden dat ik dat blijf doen, omdat ik ze niet bij een psycholoog krijg." (Arts I)*

Ook externe triggers kunnen het gebruik stimuleren. Zo gaven artsen aan dat de aanwezigheid van een HAIO die met het model werkt stimulerend kan zijn of een extra toelichting over het model hen kan aanzetten om het te gebruiken tijdens consultaties.

4.3.5.4. Vaardigheden

Ervaring in de praktijk beïnvloedt hoe artsen omgaan met het model en met psychosociale consultaties in het algemeen. Verschillende deelnemers benadrukten dat het gebruik van het model bepaalde vaardigheden vereist. Sommige artsen gaven aan dat ze zich onvoldoende opgeleid voelen om

psychologische klachten te begeleiden, omdat dit in de eerste plaats tot het domein van psychologen behoort. Hierdoor ervaren ze soms een gebrek aan kennis of vaardigheden om dergelijke gesprekken te voeren.

> *"Je blijft wel merken onder de HAIO's dat dit nog een vraag is: 'hoe gaan jullie aan de slag met burn-out?' Dus je merkt wel dat er noodzaak is aan 'geef mij iets in handen waarmee ik ook aan de slag kan.'" (Arts L)*

> *"Je wilt die mensen wel helpen, maar je hebt de kennis ook niet. Het is ook een andere opleiding, psycholoog, met reden." (Arts J)*

Tegelijk gaven andere deelnemers aan dat hun vaardigheden rond psychische klachten voornamelijk groeien door bijkomende opleidingen, cursussen en praktijkervaring. Doorheen hun carrière bouwen artsen geleidelijk een eigen "toolbox" van technieken en benaderingen op.-

> *"Daarvoor heb ik honderden cursussen gevolgd en daar geleidelijk aan verschillende tools uit gehaald en daar mijn rugzak van gemaakt."(Arts K)*

Daarnaast gaven sommige deelnemers aan dat instrumenten zoals deze vooral nuttig kunnen zijn voor HAIO's of beginnende huisartsen, omdat zij nog meer op zoek zijn naar concrete handvatten voor consultaties rond psychische klachten, terwijl meer ervaren artsen vaker al een eigen manier van werken hebben ontwikkeld, waardoor een nieuw model minder snel geïntegreerd zal worden in hun werking (zie ook 4.3.4.4).

> *"Een handvat voor de HAIO, maar zelf vond ik dat wat moeilijker omdat ik mij heel erg baseer op wat we allemaal al opgebouwd hadden, om vanuit daar verder te kunnen gaan." (Arts C)*

4.3.5.5. Toegankelijkheid

Daarnaast speelt praktische toegankelijkheid van het model een belangrijke rol. Artsen gaven aan dat de kans groter is dat ze het model zouden gebruiken wanneer het snel en eenvoudig beschikbaar is, bijvoorbeeld digitaal of in een gedeelde map binnen de praktijk. Wanneer het model moeilijk terug te vinden is, vormt dit een extra drempel om het tijdens een consult te gebruiken.

> *"Het zit bij ons in de Dropbox en ik zoek onderaan een vierkwadrantenmodel en ik druk het af. Dat is iets wat mij wel gewoon geholpen heeft om het te gebruiken. Niet dat dat mapje in een schuif lag. Ik druk het af en geef het mee." (Arts A)*

Daarnaast werd het belang van ondersteunend materiaal benadrukt, zoals duidelijke voorbeelden of documenten die gemakkelijk aan patiënten kunnen worden meegegeven.

4.3.6. Evaluatie van het model zelf

4.3.6.1. Taalgebruik en terminologie

Een terugkerende bevinding was dat de naam van het model als te abstract werd ervaren. De naam *vierkwadrantenmodel* werd als weinig specifiek benoemd, aangezien het gebruik van vier kwadranten in een model volgens hen reeds in vele andere sectoren gebruikt wordt. In vergelijking met meer

bekende modellen zoals het balansmodel of het batterijmodel, wordt de huidige benaming van het model volgens hen als minder toegankelijk beschouwd.

> *"Ik vind de benaming redelijk abstract." [...] "We hebben de weegschaal, het balansmodel. Dat geeft een beetje een indruk voor de patiënt van waar hebben we het over." (Arts L)*

Tijdens de focusgroep stelde een HAIO (*Arts M)* spontaan een alternatieve benaming voor, die door meerdere artsen positief werd onthaald: het *"coping kompas"*.

Hoewel de overkoepelende naam niet door iedere arts als concreet genoeg bevonden werd, was er wel consensus over de vier termen die de kwadranten van elkaar scheiden. Deze werden voldoende toegankelijk ervaren voor gebruik bij patiënten.

Er werden tenslotte geen onduidelijkheden gemeld wat betreft het taalgebruik in de bijgevoegde instructies voor de arts en voor de patiënt.

4.3.6.2. Visuele vormgeving

De visuele eenvoud van het vierkwadrantenmodel werd door zo goed als alle deelnemers als een belangrijke sterkte benoemd. Het model bestaat uit twee assen die een eenvoudig kruis vormen met daarrond voldoende schrijfruimte. De mogelijkheid om het model snel zelf te tekenen werd eveneens als een voordeel ervaren, omdat het de toepasbaarheid in een druk consult verhoogt.

> *"Ja, duidelijk door zijn eenvoud. Gewoon een kruis." [...] "Ja, ik vond het handig dat je veel plaats had om te schrijven." (Arts G)*

Diezelfde arts gaf aan dat de visuele structuur ook hielp om de disbalans in de coping snel zichtbaar te maken.

> *"[...] en ook visueel zie je de disbalans, bijvoorbeeld 'daar heb je vijf dingen opgeschreven en al de rest is leeg'. Ik vond dat goed." (Arts G)*

De stijl sluit volgens sommige artsen ook aan bij bestaande tools binnen stressmanagement en mindfulness, waardoor het model vertrouwd aanvoelt.

> *"Ik denk dat dat zeker kadert in het grotere verhaal rond stressmanagement, surmenage, mindfulness. Het bouwt wat verder op wat er al wordt gedaan." (Arts N)*

4.3.6.3. Conceptueel begrip

Artsen gaven aan dat het vierkwadrantenmodel in zijn huidige vorm inhoudelijk helder en intuïtief is. De instructies bij het model werden beschreven als handig en duidelijk. Een HAIO die zelf minder geneigd was de instructies te lezen, gaf aan dat het model zonder uitgebreide toelichting goed te begrijpen viel.

> *"Zelfs zonder het te lezen kun je het eigenlijk volgen, gewoon laten zien aan de patiënt." (Arts M)*

Daarnaast bleek het vierkwadrantenmodel in de praktijk weinig vragen op te roepen bij patiënten, wat het volgens de deelnemende artsen toegankelijk maakte in gebruik.

Verder werden de stappen in het gehele proces (meegeven, invullen en bespreken) in een interview omschreven als behapbaar, niet omslachtig en *to the point*.

> *"Je geeft dat papier mee." [...] "Ze schrijven dat dan op en dan de volgende keer overloop je dat met hen. Dus ik vond dat wel, dat was vrij to the point, niet te omslachtig ofzo." [...] "Ik vond het wel behapbaar." (Arts E)*

4.3.6.4. Inhoudelijke volledigheid

Inhoudelijk werd door meerdere deelnemers het belang van een correcte indicatiestelling benadrukt. Niet iedere arts vond het evident om te weten bij welke indicatie of doelgroep ze het model nu juist konden introduceren.

> *"Op voorwaarde dat dat dus de juiste indicatie is, [...] het moet met de juiste mensen worden meegegeven en dat vind ik niet altijd gemakkelijk of zo om in te schatten." (Arts E)*

Duidelijke uitleg en ondersteunend materiaal, zoals de begeleidende video, spelen een belangrijke rol in het effectief gebruik van het model. De voorziene instructies bij het model en de instructievideo werden als een meerwaarde gezien om te weten wat er van de arts verwacht werd en wat het doel was.

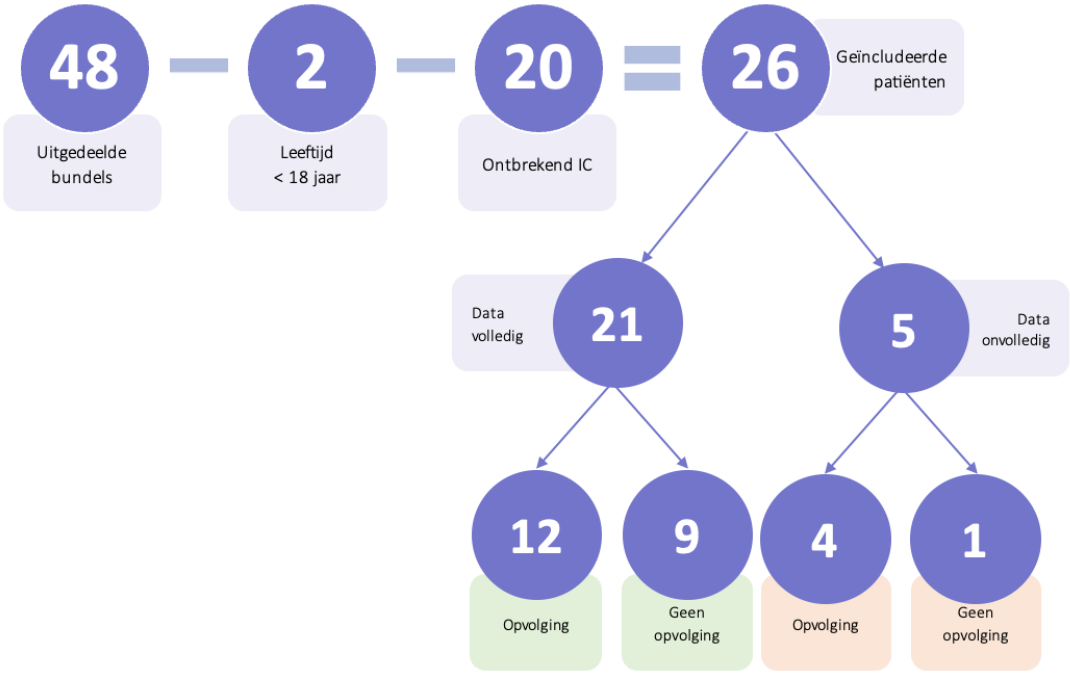
Tot slot werd het bijgevoegde voorbeeld van een ingevuld vierkwadrantenmodel als positief ervaren door een van de artsen. Het zou het gebruik voor de patiënt hebben gefaciliteerd.

> *"Die voorbeelden zijn wel echt nuttig. Anders is het misschien wat te vaag." (Arts G)*

4.4. Patiëntenpopulatie

4.4.1. Inclusieproces

Na de inclusieperiode van één jaar werden de uitgedeelde mappen opnieuw verzameld. Uiteindelijk werden er door de deelnemers gedurende de inclusieperiode in totaal 48 bundels meegegeven. Onderstaande flowchart (Figuur 4) toont het doorlopen proces na het verzamelen van alle bundels.



Figuur 4: schematisch overzicht inclusieproces patiënten

Na uitval door exclusiecriteria of een ontbrekend informed consent werden uiteindelijk 26 patiënten geïncludeerd. Aanvullend ontbrak in deze groep bij vijf patiënten (19,2%) missende data (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, beroepscategorie en/of indicatiestelling). Hierdoor werd uiteindelijk een bruikbare populatie van 21 patiënten bekomen, waarvan 12 patiënten (57%) met een ingevuld model zijn teruggekeerd voor een opvolggesprek bij hun arts. De overige 9 patiënten (43%) kwamen niet terug met een ingevuld model.

4.4.2. Patiëntgegevens

De descriptieve analyse van de geïncludeerde patiëntenpopulatie staat beschreven in Tabel 3. Naast vier mannelijke patiënten (n = 4; 19,0%) was de patiëntenpopulatie overwegend vrouwelijk (n = 17; 81,0%). De gemiddelde leeftijd bedroeg 32,8 jaar (SD = 10,4) met een spreiding van 20 tot 57 jaar. Betreffende het opleidingsniveau had 42,9% (n = 9) van de patiënten een hoger universitaire opleiding, 33,3% (n = 7) een graduaat en 23,8% (n = 5) een hoger niet-universitaire opleiding. De meest voorkomende beroepsstatus was bediende (n = 12; 57,1%). Daarnaast waren er drie patiënten student (14,3%), drie arbeider (14,3%), één langdurig arbeidsongeschikt (4,8%), één huisvrouw (4,8%) en één werkzoekend (4,8%).

Er werden elf indicaties weerhouden, waarbij er bij verschillende patiënten meerdere indicaties werden geschreven. Hierbij werd zelden gespecificeerd op een biopsychosociaal domein (bv. relationeel, financieel, schoolgerelateerd…). De meeste indicaties zijn afgeleid van een bepaalde mate van stress. Duidelijke uitzonderingen hierop zijn fibromyalgie en zelfmutilatie, dewelke beide eenmalig werden genoemd als indicatie.

Tabel 3: sociodemografische gegevens en indicatiestelling van de patiëntenpopulatie

Kenmerk		
Leeftijd		
Gemiddelde ± SD (jaar)	32,8 ± 10,4	
Spreiding (jaar)	20-57	
Kenmerk	**n**	**%**
Geslacht		
Vrouw	17	81,0
Man	4	19,0
Leeftijd		
Gemiddelde ± SD	32,8 ± 10,4	
Spreiding	20-57	
Opleidingsniveau		
Geen diploma	0	0,0
Lagere school	0	0,0
Graduaat (HBO5)	7	33,3
Hoger niet-universitair	5	23,8
Hoger universitair	9	42,9
Beroepssituatie		
Student	3	14,3
Werkzoekend	1	4,8
Huisman/-vrouw	1	4,8
Langdurig arbeidsongeschikt	1	4,8
Arbeider	3	14,3
Bediende	12	57,1
Zelfstandige	0	0,0
Ambtenaar	0	0,0
Gepensioneerd	0	0,0
Vrij beroep	0	0,0
Indicatie		
Mentale uitputting	1	4,8
Geen ontspanning	1	4,8
Overspanning	5	23,8
Overprikkeling	1	4,8
Surmenage	3	14,3
Burn-out	9	42,9
Bore-out	1	4,8
Depressieve klachten	3	14,3
Angstklachten	1	4,8
Zelfmutilatie	1	4,8
Fibromyalgie	1	4,8

5. Discussie

5.1. Interpretatie resultaten

5.1.1. Primaire onderzoeksvraag

Hoe ervaren huisartsen het gebruik van het vierkwadrantenmodel bij patiënten met psychische problemen?

Uit de thematische analyse blijkt dat huisartsen het vierkwadrantenmodel overwegend ervaren als een laagdrempelige, visueel duidelijke en klinisch bruikbare tool om coping en psychische klachten te exploreren. Het model kan dienen als een structurerend hulpmiddel dat zowel het gesprek als de reflectie van patiënten ondersteunt en stimuleert. Artsen geven aan dat het model patiënten helpt om hun copingmechanismen te herkennen, te benoemen en te verbeteren, resulterend in een verbeterd zelfinzicht.

Het wordt vooral bruikbaar geacht als huiswerkopdracht, waarbij patiënten het model na een korte toelichting mee naar huis nemen, hierover reflecteren en de inzichten nadien bespreken tijdens een vervolgconsult. De artsen ervaren dat deze aanpak ervoor zorgt dat de patiënt actief betrokken wordt in het zorgproces en de hierop volgende consultaties efficiënter verlopen.

Verder bleek het gebruik van het model afhankelijk te zijn van de consultatiestijl en ervaring van de arts. Beginnende huisartsen en HAIO's beschouwen het model vaker als een houvast, terwijl meer ervaren artsen aangeven dat zij reeds een eigen werkwijze hebben ontwikkeld, waardoor implementatie van een nieuw instrument minder vanzelfsprekend is. Toch wordt benadrukt dat het model ook later in de carrière relevant kan worden, afhankelijk van de persoonlijke evolutie en consultatiestijl van de arts.

De onderzoekscontext bleek de belangrijkste drempel voor het gebruik van het model, waarbij het toelichten en laten ondertekenen van het informed consent tijdens een psychologisch gesprek ervoor zorgde dat de meeste artsen het model minder vaak hebben toegepast. Het aanbieden van een informed consent tijdens een psychologisch consult kan de spontane flow onderbreken.

5.1.2. Secundaire onderzoeksvragen

Wat is volgens de deelnemende huisartsen nodig om het vierkwadrantenmodel meer bruikbaar te maken in hun dagelijkse praktijkvoering?

De deelnemende huisartsen formuleren enkele voorwaarden om het vierkwadrantenmodel optimaal te kunnen integreren in hun praktijk.

Een eerste voorwaarde gaat over de toepasbaarheid, waarbij het belang van een duidelijk beschreven indicatiestelling wordt genoemd. Daarnaast halen meerdere artsen aan dat de huidige naam van het model onvoldoende toegankelijk is, aangezien het weinig concreet is. Het voorstel om het model te hernoemen als *het coping-kompas* werd positief onthaald. Het model dient eveneens gemakkelijk beschikbaar te zijn (bijvoorbeeld digitaal of via een gedeelde map in de praktijk) om het gebruik ervan te faciliteren. Meerdere artsen willen ook overtuigd zijn van de therapeutische impact op langere termijn. Hiervoor is aanvullend onderzoek essentieel. Tot slot werd ook door de meerderheid van de artsen het belang van duidelijke en gestructureerde toelichting benoemd. Dit kan onder de vorm van ondersteunend materiaal, zoals casusvoorbeelden, demonstraties of instructievideo's of door integratie van het model in het lessenpakket van de opleiding tot huisarts. Hierbij wordt ingespeeld op

de veronderstelling dat vooral beginnende artsen baat hebben bij dergelijke tools. Het zou voor hen een concrete houvast kunnen bieden in psychosociale consultaties, terwijl meer ervaren artsen het eerder selectief zullen implementeren wanneer het aansluit bij hun bestaande werkwijze.

Bij welke psychische klachten wordt het vierkwadrantenmodel aangewend?

Artsen ervaren het vierkwadrantenmodel voornamelijk als praktisch inzetbaar bij milde tot matige psychische klachten, waarbij stress en coping centraal staan. Artsen gebruiken het model grotendeels bij overspanning, surmenage en burn-out. Het model wordt ook toegepast bij patiënten met angst- of depressieve klachten, maar minder systematisch bij ernstige psychiatrische problematiek. Het model fungeert ook als facilitator om moeilijke of gevoelige thema's zoals automutilatie bespreekbaar te maken, wanneer patiënten deze spontaan noteren. Dit opent de deur naar diepgaande gesprekken en maakt kwetsbaarheden sneller zichtbaar. Het model biedt ook inzicht in het sociale netwerk van patiënten, bijvoorbeeld wanneer de kwadranten '*samen*' eerder leeg blijven.

Bij welke patiëntkarakteristieken wordt het vierkwadrantenmodel aangewend?

Artsen geven aan dat zij het model selectief inzetten. Ze gebruiken het vooral bij patiënten met beperkt inzicht in hun coping, van wie zij verwachten hier ontvankelijk voor te zijn en voldoende reflectief vermogen te hebben. Klinische intuïtie en buikgevoel spelen hierbij een belangrijke rol.

Gezien de beperkte hoeveelheid geïncludeerde studiebundels, kunnen weinig significante uitspraken gedaan worden over de patiëntenpopulatie waaraan het model werd toegelicht en meegegeven. Hoewel deze informatie een secundaire doelstelling betrof, hadden we wel gehoopt enkele conclusies te kunnen trekken uit deze data. De deelnemende artsen halen echter wel aan dat ze het model vaker gebruiken bij jongere vrouwen. De verkregen data lijkt dit op het eerste zich ook te bevestigen, gezien de overwegend vrouwelijke patiëntenpopulatie (n = 17; 81,0%) en een gemiddelde leeftijd van 32,8 jaar (SD = 10,4).

Het model zou volgens de deelnemende artsen daarnaast minder bruikbaar zijn bij patiënten met ernstige psychische problematiek, beperkte draagkracht, professionele voorkennis of patiënten die reeds een uitgebreid psychologisch traject doorlopen hebben. Dit lijkt eveneens voort te komen uit de verkregen data, waarbij slechts bij enkele patiënten (n = 4) een ernstige psychiatrische aandoening als indicatie werd genoteerd.

5.2. Vergelijking met de beschreven literatuur

De bevindingen in deze studie sluiten nauw aan bij de bestaande literatuur over coping, mindfulness en de rol van de huisarts in de begeleiding van psychische klachten. De literatuur stelt dat psychische klachten in een aanzienlijk deel van de consultaties voorkomen en dat huisartsen geconfronteerd worden met beperkte tijd, hoge werkdruk en terughoudendheid bij patiënten om psychische klachten te bespreken. Deze elementen kwamen duidelijk naar voor in de thematische analyse: huisartsen benoemden tijdsgebrek als een structurele drempel en gaven aan dat patiënten soms moeite hebben om psychische klachten spontaan aan te brengen. Het vierkwadrantenmodel werd in dat opzicht ervaren als een toegankelijk hulpmiddel om dergelijke gesprekken te openen en structureren. Dit sluit aan bij de aanbevelingen uit de literatuur om tools te gebruiken die zelfreflectie en communicatie bevorderen.

Daarnaast bevestigen de resultaten dat coping een belangrijk aangrijpingspunt vormt binnen de aanpak van psychische klachten in de eerstelijnszorg. De eerder vermelde literatuur benadrukt dat het ondersteunen van copingstrategieën, zelfzorg en stressmanagement een kerntaak is van de huisarts, zeker bij milde tot matige psychische klachten. De artsen in deze studie gaven aan dat het

vierkwadrantenmodel hen helpt om coping op een efficiënte manier te exploreren en zichtbaar te maken, wat patiënten aanzet tot reflectie en soms zelfs tot concrete gedragsverandering nog vóór het vervolgconsult. Dit sluit nauw aan bij de beschreven waarde van zelfzorginterventies in de eerste lijn.

Mindfulness wordt in de literatuur omschreven als een ruimte-creërende copingstijl die kan helpen om automatische reacties te doorbreken en bewust stil te staan bij gedachten en emoties. De artsen gaven in deze studie aan dat het model zowel mindfulness-gerelateerde activiteiten zichtbaar maakt als een vorm van bewuste reflectie veronderstelt om het model effectief te kunnen invullen. Hiermee bevestigen de resultaten de dubbele functie van mindfulness in het vierkwadrantenmodel.

De bevindingen sluiten verder aan bij de literatuur over de steeds toenemende druk op de geestelijke gezondheidszorg en de nood aan laagdrempelige interventies in de eerste lijn. De artsen gaven aan dat het model hen helpt om patiënten te begeleiden in afwachting van een doorverwijzing naar psychologische zorg, in periodes waarin deze minder toegankelijk is.

Tot slot bevestigen de resultaten dat eenvoudige en visueel duidelijke modellen beter aansluiten bij de realiteit van de huisartsenpraktijk dan complexe theoretische kaders. De literatuur benadrukt dat tools in de eerste lijn vooral bruikbaar zijn wanneer ze snel inzetbaar zijn, weinig uitleg vergen en flexibel kunnen worden toegepast. De artsen in deze studie waardeerden deze kenmerken van het vierkwadrantenmodel, wat de bruikbaarheid ervan binnen de eerstelijnszorg beklemtoont.

5.3. Sterktes en beperkingen

Dit onderzoek kent verschillende methodologische sterktes die bijdragen aan de betrouwbaarheid, diepgang en relevantie van de bevindingen. Daarnaast zijn er ook enkele beperkingen die een invloed kunnen hebben gehad op de verkregen resultaten.

Een eerste sterkte is de mate waarin de deelnemende artsen aan dit exploratieve onderzoek hebben geparticipeerd. Van de vijftien artsen die initieel waren gestart aan de studie, waren er maar liefst tien bereid om in groep (n = 8) of individueel (n = 2) het model te evalueren. Dit omvatte ook artsen die weinig of geen studiebundels hadden uitgedeeld. Het is waardevol om ook deze perspectieven te betrekken, omdat ze bijdragen aan een volledigere begrip van de motieven en afwegingen rond het al dan niet inzetten van het model. Tegelijk moeten we toegeven dat er ook stemmen ontbreken, meer bepaald van vier artsen die het model nooit hebben gebruikt en één arts die het model drie keer heeft gebruikt, waardoor onze bevindingen in dat licht toch nog deels onvolledig blijven (non-response bias). Daarnaast werden bepaalde combinaties van praktijkvorm en -ligging niet vertegenwoordigd in deze studie (geen solo- of duopraktijk en geen prestatiegerichte praktijk in een stedelijke regio). Het zou waardevol zijn geweest om hierin meer diversiteit te hebben gecapteerd, zodat we de bruikbaarheid van het vierkwadrantenmodel nog beter zouden kunnen inschatten.

De deelnemende artsen waren allen afkomstig uit gekende professionele kringen (convenience sampling). Dit maakte de communicatie en organisatie van de dataverzameling eenvoudiger. Hierbij dient echter wel een mogelijke selectiebias benoemd te worden, waarbij de connectie tussen de onderzoekers en de deelnemende artsen een invloed kan hebben gehad op de participatie. Hoewel dit wellicht geen rechtstreekse impact heeft op de ervaringen omtrent het gebruik van het model, zou het er wel voor kunnen hebben gezorgd dat sommige artsen geneigd waren om zich meer in te zetten voor de studie vanwege de persoonlijke connectie met de onderzoekers. Daarbij dient ook steeds het Hawthorne-effect vermeld te worden dat bij iedere studie een beperking vormt.

Een tweede uitgesproken sterkte is de uiteindelijke triangulatie van onze dataverzameling. Hoewel initieel enkel was voorzien op focusgroepen, werd omwille van praktische beperkingen gekozen voor aanvullende individuele semi-gestructureerde interviews. Deze combinatie liet toe om zowel

groepsdynamische interacties als meer persoonlijke ervaringen te kunnen capteren. Dezelfde gesprekshandleiding werd gehanteerd in zowel de focusgroep als de interviews, wat de inhoudelijke vergelijkbaarheid van de data ondersteunde en de consistentie van de analyse bevorderde. Dit wordt aangesterkt door het feit dat er uiteindelijk geen noemenswaardige verschillen werden opgemerkt op vlak van inhoudelijke reflecties tussen de focusgroep en beide interviews.

Echter dienen ook enkele inherente beperkingen van focusgroepen en/of interviews genoemd te worden, waaronder de moderator bias. Als onderzoekers kijken we met een bevooroordeelde bril naar het vierkwadrantenmodel, waardoor bepaalde vragen mogelijks onbewust werden gestuurd om antwoorden te verkrijgen die passen bij onze verwachtingen. Daarnaast is er ook steeds de mogelijkheid dat deelnemers met een eerder dominant karakter een invloed hebben gehad op het gesprek (focus group bias) of dat deelnemers meer geneigd waren om wenselijke antwoorden te geven om aan onze verwachtingen te voldoen (social desirability bias). Hoewel de moderator en observator hierin enigszins hebben proberen te sturen, blijft beïnvloeding van de resultaten mogelijk.

De twee instructievideo's die werden ontwikkeld als reactie op de feedback van de deelnemende artsen, droegen dan weer bij aan het verlagen van de studiegerelateerde drempels door het informed consent (consent bias). Hiermee werd ook tijdens de inclusieperiode ingespeeld op de noden van de deelnemende artsen om de participatiegraad te verhogen. Tijdens de focusgroep en de twee individuele interviews gaven meerdere artsen aan dat deze video's ondersteunend werkten en hen gemotiveerd hadden om het model frequenter toe te passen. Dit toont aan dat visuele duiding een methodologische meerwaarde kan zijn voor deelname aan dit soort onderzoek. Aangezien de instructievideo's pas na enkele maanden in de studieperiode werden voorzien, is het aannemelijk dat dit alsnog een impact heeft gehad op de uiteindelijke gebruikservaring van de deelnemende artsen, met een onderschatting van de bruikbaarheid van het model tot gevolg.

Een laatste belangrijke sterkte is de keuze voor een kwalitatief studiedesign met thematische analyse volgens Braun & Clarke. Deze methode is bijzonder geschikt voor exploratief onderzoek naar ervaringen, percepties en gebruiksgemak van een nieuw instrument in de huisartsenpraktijk. Door een combinatie van zowel deductieve als inductieve elementen, kon het onderzoek vertrekken vanuit vooraf gedefinieerde thema's, terwijl er ook ruimte bleef voor nieuwe inzichten die uit de data naar voor kwamen. Dit droeg bij aan de rijkdom van de verkregen resultaten.

De genoemde methodologische bijsturingen tonen alleszins aan dat praktijkgericht onderzoek in de huisartsgeneeskunde vaak noodgedwongen flexibel moet omgaan met participatiegerelateerde en logistieke beperkingen. De uiteindelijke aanpak in deze studie weerspiegelt dan ook een evenwicht tussen methodologische idealen en de realiteit van onderzoek in een drukke eerstelijnscontext.

5.4. Suggesties voor aanvullend onderzoek

Gebaseerd op de bevindingen die tijdens dit onderzoek naar voor kwamen, kunnen verschillende pistes voor toekomstig onderzoek worden geformuleerd. Deze richten zich zowel op het verbeteren van de onderzoeksopzet als op het verder exploreren van de bruikbaarheid, implementatie en impact van het vierkwadrantenmodel in diverse contexten.

De noodzaak tot het verkrijgen van een schriftelijk geïnformeerde toestemming vormde voor zowel artsen als patiënten een substantiële drempel. Toekomstig onderzoek kan zich focussen op een geanonimiseerd, niet-interventioneel design, waarbij geen patiëntengegevens worden verzameld en – naast de verbale informatieplicht – geen schriftelijke toestemming vereist is.

Aangezien het vierkwadrantenmodel primair gericht is op psycho-educatie, is het eveneens zinvol om het gebruik ervan te onderzoeken bij psychologen. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van dezelfde

studieopzet als hierboven beschreven. Een vergelijkende studie tussen huisartsen en psychologen zou bovendien inzicht kunnen geven in de discipline-specifieke meerwaarde.

Een andere relevante onderzoekspiste betreft het introduceren van het vierkwadrantenmodel tijdens de opleiding huisartsgeneeskunde. Hierbij zou gekozen kunnen worden voor zowel een prospectieve als een retrospectieve benadering. HAIO's zouden kort na de toelichting van het vierkwadrantenmodel bevraagd kunnen worden over hun neiging naar het gebruik van het model in hun toekomstige carrière (prospectief). Hieruit zou onder andere kunnen worden gepeild naar de eerste indruk van het model met feedback omtrent de toegankelijkheid en mogelijke meerwaarde als psychosociale tool. Daarnaast zouden ze ook na hun opleiding benaderd kunnen worden om na te gaan of ze het model effectief hebben toegepast (retrospectief). Hierbij kan dan gevraagd worden naar context, drempels en impact.

Tenslotte zou vervolgonderzoek zich ook kunnen richten op patiënttevredenheid en impact. Hiervoor dient het vierkwadrantenmodel in de eerste plaats gebruiksklaar te zijn. Vervolgens zou onderzocht kunnen worden hoe patiënten het model ervaren tijdens consultaties en of het model effectief een bijdrage heeft geleverd in de omgang met psychische klachten.

5.5. Samenvatting van de discussie

De discussie toont aan dat het vierkwadrantenmodel meer is dan een eenvoudig schema om coping in kaart te brengen: het fungeert als een spiegel die patiënten uitnodigt tot reflectie en autonomie in hun zorgproces. Huisartsen ervaren het model als een bruikbaar hulpmiddel dat de vaak complexe realiteit van milde tot matige psychische klachten in kaart kan brengen door herkenbare, alledaagse copingstrategieën zichtbaar te maken.

De bevindingen suggereren dat het model niet zozeer werkt als een diagnostisch instrument, maar fungeert als een gesprekskader dat uitnodigt tot het verkennen van grenzen, patronen en perspectief.

Daarentegen wordt duidelijk dat de meerwaarde van het model niet los staat van de context waarin het wordt gebruikt. Beperkte consultatietijd, vertrouwdheid met het model, patiëntkenmerken en de consultatiestijl van de arts beïnvloeden de implementatie van het model.

Tegelijkertijd tonen de ervaringen van de deelnemende artsen dat het model in zijn huidige vorm nog niet volledig aansluit bij de noden van de eerstelijnszorg. Hiervoor dient het model in eerste instantie geoptimaliseerd te worden door middel van een concretere naam en een duidelijkere specificering van de doelgroep.

Daarnaast dient het model op een gestructureerde wijze toegelicht te worden via ondersteunend materiaal (voorbeeldcasussen of instructievideo's) of als onderdeel in de opleiding tot huisarts. Het model dient tenslotte praktisch toegankelijk te zijn, waarbij artsen het snel en eenvoudig kunnen raadplegen.

Het vierkwadrantenmodel lijkt dus, mits verdere verfijning, bruikbaar te zijn als instrument voor de huisarts om milde tot matige psychische klachten te exploreren.

6. Besluit

Deze masterthesis onderzocht de bruikbaarheid van het vierkwadrantenmodel van Edel Maex binnen de huisartsenpraktijk. Uit de bevindingen blijkt dat het model een waardevolle aanvulling kan vormen op het bestaande arsenaal aan instrumenten van de huisarts. Het biedt de mogelijkheid om milde tot matige psychische klachten op een laagdrempelige manier bespreekbaar te maken door coping op een efficiënte en visueel toegankelijke wijze te exploreren. Hierbij wordt de patiënt via zelfreflectie actief betrokken in diens eigen zorgproces.

Hoewel het model duidelijk potentieel biedt om patiënten met psychische klachten te ondersteunen en wachttijden binnen de geestelijke gezondheidszorg te overbruggen, is verdere optimalisatie nodig. Aanvullend onderzoek is bovendien aangewezen om de klinische meerwaarde van het model meer te onderbouwen. Dit kan de kans op duurzame implementatie in de huisartsenpraktijk aanzienlijk verhogen.

De inzichten uit deze thesis vormen geen eindpunt, maar een uitnodiging om het model verder te verfijnen, met als eerste stap de keuze voor een nieuwe, meer concrete naam: *het coping-kompas*.

7. Bibliografie

1. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Bruffaerts R, Leys, M., Portzky, G., Van den Broeck, K., Kaesemans, G., Jansen, L., Jeanin, R., Bootsma, E., Dhaene, L., Wuyts, Y., & de Wal, E. . De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023. Leerstoel Public Mental Health Monitor, Zorgnet-Icuro, Brussel. 2023.
3. Rens E, Michielsen J, Dom G, Remmen R, Van den Broeck K. Clinically assessed and perceived unmet mental health needs, health care use and barriers to care for mental health problems in a Belgian general population sample. BMC Psychiatry. 2022;22(1):455.
4. Rens E, Spinnewijn B, Van den Broeck K, Van Nuffel R. Wachttijden en tekorten in de geestelijke gezondheidszorg: ook de huisarts draagt de gevolgen. Huisarts Nu. 2025;54:173-8.
5. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. PLoS One. 2019;14(8):e0220116.
6. Santo EC, Vo MT, Uratsu CS, Grant RW. Patient-Defined Visit Priorities in Primary Care: Psychosocial Versus Medically-Related Concerns. J Am Board Fam Med. 2019;32(4):513-20.
7. Vogel ME, Romano SE. Behavioral medicine. Prim Care. 1999;26(2):385-400.
8. Rens E, Dom G, Remmen R, Michielsen J, Van den Broeck K. Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. Int J Equity Health. 2020;19(1):169.
9. UyBico SJ, Pavel S, Gross CP. Recruiting vulnerable populations into research: a systematic review of recruitment interventions. J Gen Intern Med. 2007;22(6):852-63.
10. Woodall A, Morgan C, Sloan C, Howard L. Barriers to participation in mental health research: are there specific gender, ethnicity and age related barriers? BMC Psychiatry. 2010;10:103.
11. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman MD, Turner JR, editors. Encyclopedia of Behavioral Medicine. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 1913-5.
12. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. Int J Behav Med. 1997;4(1):92-100.
13. Endler NS, & Parker, J. D. A. (1990). Coping Inventory and Stress Scale: Manual. Multi-Health Systems.
14. Aldwin CM. Stress, coping, and development: An integrative perspective, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. xvi, 432-xvi, p.
15. Williams JM. Mindfulness and psychological process. Emotion. 2010;10(1):1-7.
16. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. Perspect Psychol Sci. 2011;6(6):537-59.
17. Maex E. Mindfulness: in de maalstroom van je leven. Tielt: Lannoo; 2006.
18. Ngô TL. [Review of the effects of mindfulness meditation on mental and physical health and its mechanisms of action]. Sante Ment Que. 2013;38(2):19-34.
19. van Wietmarschen H, Tjaden B, van Vliet M, Battjes-Fries M, Jong M. Effects of mindfulness training on perceived stress, self-compassion, and self-reflection of primary care physicians: a mixed-methods study. BJGP Open. 2018;2(4):bjgpopen18X101621.
20. Simonsson O, Fisher S, Martin M. Awareness and Experience of Mindfulness in Britain. Sociological Research Online. 2021;26(4):833-52.
21. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2013;33(6):763-71.
22. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. J Altern Complement Med. 2009;15(5):593-600.
23. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2015;78(6):519-28.

24. Fjorback LO. Mindfulness and bodily distress. Dan Med J. 2012;59(11):B4547.
25. Creswell JD. Mindfulness Interventions. Annu Rev Psychol. 2017;68:491-516.
26. Spinelli C, Wisener M, Khoury B. Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychosom Res. 2019;120:29-38.
27. Tement S, Ketiš ZK, Miroševič Š, Selič-Zupančič P. The Impact of Psychological Interventions with Elements of Mindfulness (PIM) on Empathy, Well-Being, and Reduction of Burnout in Physicians: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(21).
28. Salvado M, Marques DL, Pires IM, Silva NM. Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout in Primary Healthcare Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2021;9(10).
29. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. Jama. 2009;302(12):1284-93.
30. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2011;31(6):1032-40.
31. Piet J, Würtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2012;80(6):1007-20.
32. Hood MM, Jedel S. Mindfulness-Based Interventions in Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterol Clin North Am. 2017;46(4):859-74.

Persoonlijke Reflecties

Laura Slagter

Als ik terugkijk op het verloop van onze masterproef, ben ik heel dankbaar voor de aangename en efficiënte samenwerking met Younes en Wiebe. We vormden een team dat niet alleen inhoudelijk op dezelfde lijn zat, maar ook qua werkhouding en persoonlijkheid goed op elkaar aansloot. Dat maakte het groepswerk vlot en natuurlijk.

Met Wiebe heb ik al langer een vriendschappelijke band, wat de samenwerking vanaf het begin vertrouwd maakte. Younes leerden we kennen via de opleiding, maar al snel werd duidelijk dat hij goed in onze dynamiek paste. Onze gedeelde interesse in onder andere het psychosomatische luik van de huisartsgeneeskunde zorgde ervoor dat we snel tot een gemeenschappelijk onderwerp kwamen. Het voorstel om het kruismodel uit het boek van Edel Maex te gebruiken kwam van Younes, die het al eerder had toegepast tijdens zijn consultaties. Zowel Wiebe als ik waren meteen enthousiast. Het voelde als een onderwerp dat niet alleen relevant was, maar ook dicht bij onszelf lag.

Voor mij persoonlijk speelde ook mijn affiniteit met mindfulness en meditatie een rol. Het model dat we gebruikten komt uit het boek 'Mindfulness' van Edel Maex, en meditatie is al langer een belangrijk onderdeel van mijn eigen leven. Aan het begin van mijn studie geneeskunde heb ik een cursus Transcendente Meditatie gevolgd en na het afstuderen ook nog een yoga opleiding. Dat maakte het makkelijker om me volledig achter het onderwerp te zetten. Het voelde als iets dat aansluit bij wie ik ben en hoe ik als arts wil werken: holistisch, met aandacht voor coping, en met oog voor de volledige mens achter de klacht.

Als groep waren we al snel een goed geoliede machine. We planden regelmatig meetings, zowel online als face-to-face. In het begin probeerden we vaker samen te schrijven, maar dat bleek minder productief: het werd snel chaotisch en de focus ontbrak. Gaandeweg ontdekten we dat onze efficiëntie het grootst was wanneer we tijdens fysieke bijeenkomsten concrete afspraken maakten en duidelijke doelstellingen formuleerden. Daarna werkte ieder van ons zelfstandig verder, zonder afleiding. Door onze aanpak bij te sturen, vonden we een ritme dat voor iedereen werkte.

Het samenstellen en organiseren van de focusgroep verliep opvallend vlot. Iedereen nam spontaan een rol op die bij hem of haar paste: Wiebe als moderator, Younes als notulist en ik als observator. De catering, locatie en opzet van de focusgroep was allemaal goed geregeld. Fijn dat we hiervoor achteraf ook appreciatie kregen van de deelnemende artsen.

Het coderen van de data was het meest intensieve deel van onze samenwerking. Hier moesten we echt samen zitten, elke uitspraak overlopen, subthema's bepalen en tot gezamenlijke interpretaties komen. De eerste delen van de transcriptie hebben we met z'n drieën gecodeerd om een basisstructuur te leggen. Daarna verdeelden we de rest in drie gelijke delen. Toch bleven we voortdurend afstemmen, zodat onze codes consistent bleven en we elkaar konden bijsturen waar nodig.

Ook het schrijven van de inleiding, methoden en discussie verliep volgens een gelijkaardig patroon: we verdeelden de hoofdstukken in drie delen, schreven elk ons stuk, en bespraken vervolgens alles tijdens onze meetings. Dat gaf iedereen de kans om feedback te geven, aan te passen en mee te denken. Het zorgde ervoor dat het eindresultaat een gezamenlijk werk werd, waarin ieders stem aanwezig was.

Wat ons team sterk maakte, was de combinatie van gelijkaardige doelstellingen en complementaire persoonlijkheden. We zijn alle drie behoorlijk perfectionistisch en hechten veel belang aan nauwkeurigheid. Dat maakte dat we op een vergelijkbaar niveau werkten en snel tevreden waren met

elkaars bijdragen. Tegelijkertijd vulden we elkaar goed aan: wanneer iemand te diep in details dreigde te gaan, was er altijd wel iemand anders die de helikopterview behield en ons terug naar de essentie bracht. Die balans maakte onze vergaderingen efficiënt en waardevol.

Voor mij houdt deze thesis meer in dan enkel het afronden van een academische opdracht. Ik zie het als het planten van een eerste zaadje om een breder model rond coping bij psychische klachten te introduceren in de huisartsenpraktijk. Hoewel er al verschillende modellen bestaan, ervaar ik het copingsmodel als diepgaander, breder. Het biedt een andere, meer holistische kijk op het leven van de patiënt en geeft handvatten die ik voordien miste.

Nog voor we het model in onze thesis gebruikten, ben ik er zelf mee aan de slag gegaan in de praktijk. Intussen is het bijna routine geworden, ik haal het model wekelijks boven tijdens consultaties. Ik merk hoe het helpt om gesprekken te verdiepen, om patiënten beter te begrijpen en om gerichtere, meer persoonlijke adviezen te geven. Het is een waardevolle tool om psychologische gesprekken te structureren, om de wachttijd bij de psycholoog te overbruggen en om patiënten meer inzicht te geven in hun eigen copingmechanismen.

Voor mij voelt deze thesis dan ook niet als een afgesloten project, maar eerder als een eerste stap in het integreren van dit model in mijn toekomstige praktijkvoering. Het biedt artsen een hanteerbare manier om psychische klachten te benaderen, zonder te vervallen in oppervlakkige adviezen of te snel door te verwijzen. Het helpt om écht in gesprek te gaan, en dat is volgens mij een van de belangrijkste vaardigheden in ons vak.

Younes Staepels

Ik kijk in deze reflectie graag terug op de masterproef van de opleiding huisartsgeneeskunde, waarin ik reflecteer over het doorlopen groepsproces, mijn persoonlijke aandeel en mijn visie op de betekenis van deze studie voor het werkveld.

Ik voelde initieel weinig affiniteit met de onderwerpen die werden voorgesteld als optie voor deze masterproef. Ik miste iets dat nauw aansloot bij mijn eigen interesses. Mijn persoonlijke ervaringen met mindfulness – dat ik tijdens mijn opleiding geneeskunde leerde kennen via workshops en terugkomdagen onder begeleiding van Edel Maex en Luc Debaene – vormde uiteindelijk het vertrekpunt van deze studie. Mindfulness heeft mij de afgelopen jaren erg geholpen om mijn stress beter te reguleren en mijn veerkracht te versterken. Het voelde dan ook vanzelfsprekend om een onderwerp te kiezen dat niet alleen theoretisch relevant was, maar ook een persoonlijke betekenis had.

Het idee om het vierkwadrantenmodel uit het boek ‘Mindfulness: in de maalstroom van je leven’ van Edel Maex te onderzoeken, ontstond spontaan. Ik kende het model al langer en had het tijdens mijn stagejaar al meermaals toegepast. Toen ik merkte dat ook Laura en Wiebe interesse hadden in mindfulness, stelde ik voor om dit model als onderwerp te kiezen voor de masterproef. Zij voelden meteen aan dat dit een goede keuze was en besloten hierover samen te brainstormen. Het werd duidelijk dat onze visies sterk overeenkwamen: we wilden alle drie bijdragen aan het verlagen van de drempels voor patiënten met psychosociale klachten door een bestaand model te verfijnen tot een hulpmiddel dat huisartsen in hun dagelijkse praktijk konden gebruiken.

De begeleiding door prof. Kris Van den Broeck en co-promotoren prof. dr. Luc Debaene en prof. dr. Edel Maex was hierbij van onschatbare waarde. Aangezien we begonnen met een volledig leeg blad, was hun expertise in kwalitatief onderzoek en ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg bijzonder waardevol. De samenwerking met Edel Maex gaf bovendien een extra dimensie aan deze studie, aangezien hij de persoon was die het model oorspronkelijk introduceerde.

De samenwerking met Laura en Wiebe verliep gedurende het hele traject opvallend goed. We communiceerden helder, verdeelden het werk op een evenwichtige manier en gaven elkaar constructieve feedback. Aanvankelijk merkten we dat fysiek samen schrijven weinig efficiënt verliep, aangezien we snel afgeleid raakten of in discussies verzeild raakten over de kleinste details. Daarom kozen we ervoor om grotere stukken individueel te schrijven en deze nadien door de rest te laten nalezen. De daaropvolgende gezamenlijke feedbackmomenten (zowel fysiek als online) zorgden ervoor dat we sneller knopen konden doorhakken. Grotere onderdelen zoals de literatuurstudie en de discussie verliepen bijvoorbeeld op deze manier. De thematische analyse werd daarnaast ook in drie delen verdeeld met een gezamenlijke bespreking achteraf. Ik merkte doorheen het traject steeds meer hoe sterk onze gedeelde visie op de huisartsgeneeskunde ons verbond.

De focusgroep vormde uiteindelijk voor ons allen een hoogtepunt. We hadden hier een jaar naartoe gewerkt en de resultaten hingen hier volledig van af. De rolverdeling verliep heel spontaan, aangezien ik me minder geschikt voelde als moderator of observator en Laura en Wiebe deze rollen zonder aarzeling op zich namen. Ik wierp mezelf op als notulist om ook een waardevolle bijdrage te kunnen leveren tijdens de focusgroep. Uiteindelijk verliep deze dan ook zonder enig probleem en kregen we achteraf zelfs complimenten van de deelnemende artsen.

Daarnaast was het ook inspirerend om te zien hoe goed we als groep hebben ingespeeld op methodologische problemen die zich tijdens de studie opwierpen. We werkten perfect samen om deze problemen aan te pakken en de meest geschikte oplossing te voorzien.

Tijdens deze masterproef werd ik echter wel geconfronteerd met mijn perfectionisme. Tijdens eerdere groepswerken, zoals de masterproef in de opleiding geneeskunde, leidde dat soms al tot spanningen. Ik had toen veel moeite om dingen los te laten wanneer ik vond dat ze visueel of taalkundig nog niet perfect waren. Door mijn perfectionisme expliciet te benoemen aan het begin van de samenwerking met Laura en Wiebe, konden zij hierop inspelen en ontstonden er geen conflicten. Wanneer grote inhoudelijke lijnen vastlagen, kreeg ik de ruimte om extra tijd te investeren in taal en lay-out. Het begrip dat zij hiervoor toonden, apprecieerde ik erg. Daarnaast wisten ze mij ook op de juiste momenten in te tomen, waardoor ik mijn drang naar perfectionisme op een gezonde manier heb kunnen inzetten.

Ik ben ontzettend trots op wat we met deze masterproef hebben verwezenlijkt; van een eenvoudig kruis naar een volwaardige thesis. Ik ben ervan overtuigd dat dit model een meerwaarde kan betekenen voor patiënten met psychische klachten. Ik gebruik het zelf wekelijks en zie hoe patiënten zich bewust worden van hun coping en hiermee aan de slag gaan om hun stress opnieuw de baas te kunnen. Het model biedt houvast voor zowel arts als patiënt in een oververzadigd zorglandschap. Deze studie heeft mijn vertrouwen in het model alleen maar versterkt.

Ik voel ook veel dankbaarheid omdat ik dit heb mogen doen met twee collega's die dezelfde visie en gedrevenheid delen. Deze thesis heeft mijn holistische kijk op huisartsgeneeskunde alleen maar aangesterkt en ik hoop dan ook van harte dat deze masterproef hieraan een beperkte, maar betekenisvolle bijdrage heeft kunnen leveren.

Aanvullend onderzoek is noodzakelijk om het model breder te kunnen implementeren. Ik zou me in de toekomst dan ook willen inzetten door nieuwe studies over het model te begeleiden, waarbij de drempels die we tegenkwamen vermeden worden en de aanbevelingen van de artsen uit deze studie geïntegreerd worden.

Wiebe Vandoren

Wanneer ik terugkijk op het traject van onze masterproef, ervaar ik de samenwerking als bijzonder vlot en aangenaam. Vanaf het begin zaten we inhoudelijk en persoonlijk op dezelfde lijn, wat ervoor zorgde dat de communicatie heel natuurlijk verliep. We kenden elkaar al van hiervoor, wat maakte dat er weinig drempels waren om ideeën te delen of elkaar feedback te geven. We konden open communiceren, afspraken maken en elkaar vertrouwen in het zelfstandig uitwerken van taken. Hierdoor ontstond er een goede balans tussen samenwerken en individueel verder bouwen aan de thesis. De samenwerking voelde nooit geforceerd aan, maar eerder als een vanzelfsprekend en aangenaam proces. Daarnaast was het ook gewoon leuk om samen te werken en regelmatig af te spreken, wat de samenwerking alleen maar versterkte. Door onze verschillende maar toch ook gelijkende kwaliteiten vulden we elkaar goed aan.

De begeleiding door prof. Kris Van den Broeck en co-promotoren prof. dr. Luc Debaene en prof. dr. Edel Maex was hierbij van grote meerwaarde. Edel Maex met zijn boek Mindfulness – leven in de maalstroom- is de grondlegger van het model waarmee we werkten. Dit zorgde voor een sterke inhoudelijke verankering en gaf ons de mogelijkheid om het model niet alleen theoretisch, maar ook vanuit zijn oorspronkelijke visie te benaderen. Kris Van den Broeck begeleidde ons in het uitwerken van de thesis van begin tot eind. Luc Debaene gaf voornamelijk waardevolle feedback bij het finaliseren van onze thesis.

Voor mij persoonlijk sluit het onderwerp van de thesis zeer nauw aan bij wie ik ben, zowel professioneel als privé. Mindfulness en zelfreflectie maken al lange tijd deel uit van mijn dagelijks leven. Ik heb zelf een yoga-opleiding gevolgd en ben opgegroeid in een omgeving waar bewust omgaan met gedachten en emoties centraal stond. Vandaag integreer ik dit nog steeds actief, onder andere door dagelijks te schrijven en te reflecteren over mijn dag, ademhalingsoefeningen te doen en rustmomenten in te bouwen, bijvoorbeeld met behulp van een infraroodlamp in de ochtend en avond.

Mijn interesse in de psyche is altijd groot geweest. Ik heb een jaar psychologie gestudeerd, wat mijn fascinatie voor dit domein verder heeft verdiept. Binnen de geneeskunde ervaar ik echter dat er relatief weinig aandacht wordt besteed aan hoe we als arts concreet kunnen omgaan met psychische klachten, terwijl deze een aanzienlijk deel uitmaken van de huisartsenpraktijk. Je hoort vaak van medecollega's dat praktische handvaten of eenvoudige modellen die we kunnen inzetten tijdens consultaties ontbreken. Ook voor mij voelde dit aan als een duidelijke leegte.

Vanuit die nood ontstond ook mijn motivatie om rond dit onderwerp te werken. In de praktijk merk ik dat er vaak iets wringt op het niveau van coping bij patiënten met psychische klachten. Het vierkwadrantenmodel biedt een eenvoudige en visuele manier om dit bespreekbaar te maken. Intussen gebruik ik dit model bijna dagelijks in mijn praktijk. Het helpt mij om gesprekken te structureren, meer inzicht te krijgen in het functioneren van patiënten en samen concrete stappen te zetten. Tevens in tijdnood tijdens een consultatie is dit een tool die ik gebruik om de patiënt gehoord te laten voelen en toch al aan reflectie/inzicht te doen door huiswerk te geven en een vervolgconsult in te plannen.

Wat mij daarbij vooral opvalt, is hoe patiënten hierop reageren. Ze voelen zich gehoord en begrepen, en ervaren dat er effectief iets wordt gedaan met hun verhaal. Het model helpt om abstracte klachten tastbaar te maken en vormt vaak een eerste aanzet tot verandering. Voor mij voelt dit als het planten van een zaadje: kleine inzichten die op langere termijn kunnen groeien en bijdragen aan herstel.

Deze thesis betekent voor mij dan ook meer dan een universitaire opdracht. Het is een bevestiging van een manier van werken waar ik sterk in geloof, en een eerste stap in het verder integreren van een meer holistische benadering binnen de huisartsgeneeskunde. Ik ben ervan overtuigd dat er binnen de geneeskunde meer ruimte mag zijn voor dit soort tools, die artsen helpen om psychische klachten op een toegankelijke en gestructureerde manier aan te pakken. Ik neem uit dit traject dan ook niet alleen

inhoudelijke kennis mee, maar ook een versterkt gevoel van richting in mijn verdere carrière. Het bevestigt mijn interesse in de psychische dimensie van geneeskunde en motiveert mij om mij hier verder in te verdiepen. In de toekomst hoop ik deze inzichten verder uit te bouwen en te integreren in mijn werk als huisarts, en mogelijk ook bij te dragen aan het breder implementeren van dergelijke modellen binnen de opleiding en praktijk.

Tot slot heeft dit traject mij ook bewuster gemaakt van mijn eigen rol en groei binnen een samenwerkingsproces. Waar ik in het begin vooral gefocust was op de inhoud en het correct uitwerken van de thesis, merkte ik gaandeweg dat ik ook sterker werd in het durven innemen van standpunten, het formuleren van ideeën en het kritisch meedenken met de ander. Daarnaast heeft deze masterproef mij geleerd hoe belangrijk het is om theorie en praktijk met elkaar te verbinden. Wat startte als een eerder theoretisch kader, kreeg pas echt betekenis door de toepassing in de praktijk en de interactie met patiënten. Dit maakte het proces niet alleen leerzaam, maar ook bijzonder relevant en motiverend.

Bijlage 1

VIERKWADRANTENMODEL

Beste patiënt,

Het vierkwadrantenmodel biedt de mogelijkheid te reflecteren over de manier waarop u met uw bezorgdheden omgaat. Met deze thesis hopen we een handvat te creëren voor de huisarts om uw mentaal welzijn bespreekbaar te maken.

Om met uw deelname voor onze studie akkoord te gaan, dient u het bijgevoegde informed consent dubbel te ondertekenen (één versie voor u en één voor uw huisarts). Deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.

Hartelijke groet,

Wiebe, Laura en Younes – Huisartsen in opleiding.

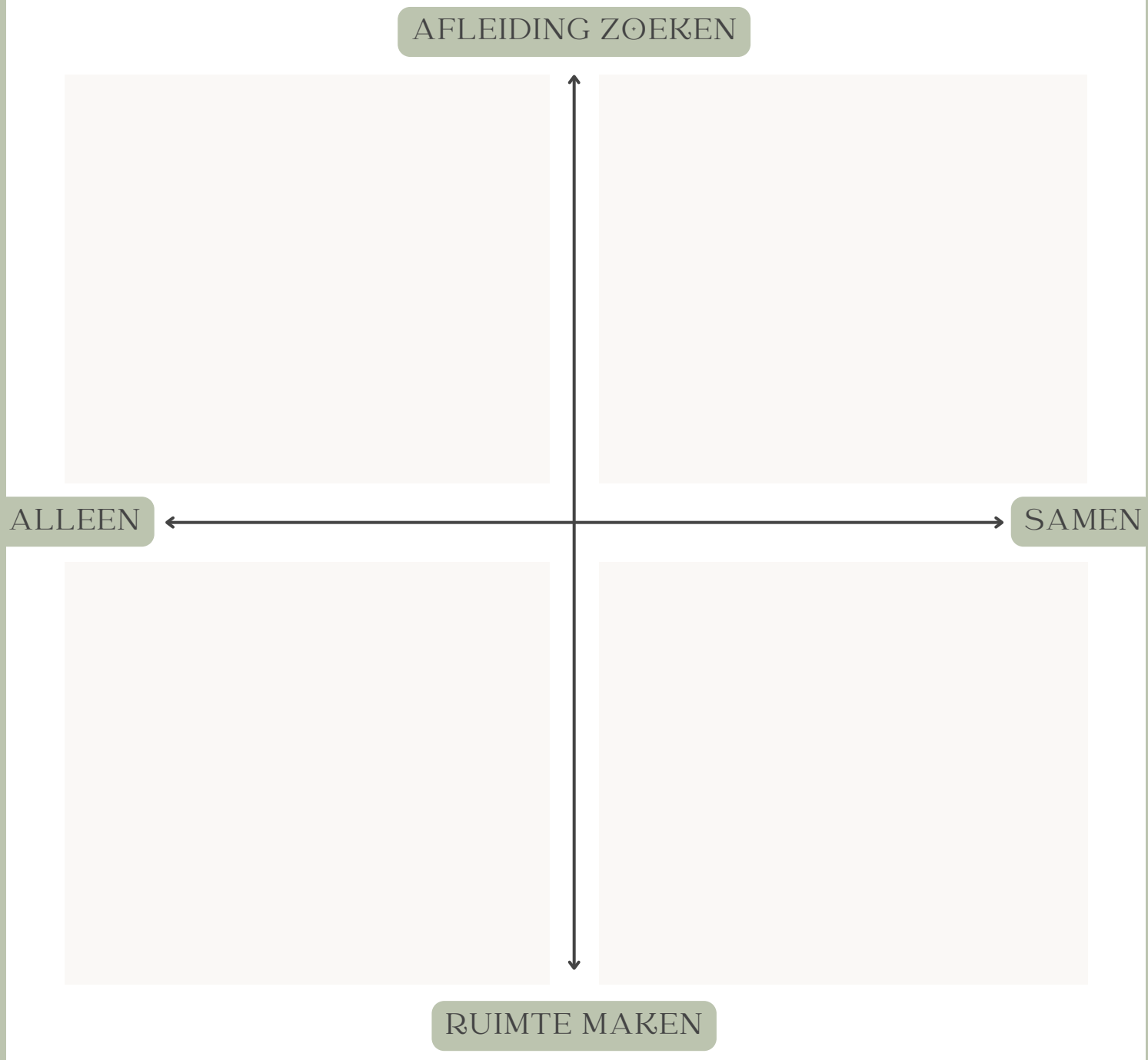
Contactgegevens:
- laura.slagter@student.uantwerpen.be
- younes.staepels@student.uantwerpen.be
- wiebe.vandoren@student.kuleuven.be

Universiteit Antwerpen
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

VIERKWADRANTENMODEL

Patiënt: _____ Huisarts: _____

Het vierkwadrantenmodel is ontworpen om je meer inzicht te geven in de manier waarop je omgaat met psychische klachten. Op de keerzijde van dit document staan instructies over de manier waarop je het model dient in te vullen aan de hand van een fictief voorbeeld.



ALGEMENE INFORMATIE

Er bestaan verschillende manieren om met psychische klachten om te gaan.

Je kan **afleiding zoeken** om niet aan je problemen te hoeven denken. Dit kan kan **alleen** **(kwadrant 1)** of **samen met anderen** **(kwadrant 2)**.

Je kan daarnaast ook **ruimte maken** om het over je problemen te hebben. Dit kan opnieuw **alleen** **(kwadrant 3)** of **samen met anderen** **(kwadrant 4)**.

Belangrijk:

- Er bestaan geen juiste of foute antwoorden. Vul dus gerust alles in dat in je opkomt.
- Eenzelfde activiteit kan perfect tot meerdere kwadranten behoren.
- Het voorbeeld hieronder is fictief en komt dus mogelijk niet overeen met jouw specifieke situatie.

Voorbeeld:



Breng de ingevulde versie terug mee naar je huisarts om de resultaten te overlopen.

VRAGENLIJST STUDIE

Onderstaande vragenlijst peilt naar enkele basisgegevens die relevant zijn voor deze studie. De verkregen informatie blijft anoniem en wordt uitsluitend gebruikt voor studiedoeleinden. Mocht u vragen hebben over de aard van deze vragen of over hoe de verstrekte informatie zal worden gebruikt, aarzel dan niet om contact met ons op te nemen (zie pagina 1).

- **Geslacht:** ☐ M ☐ V ☐ X
- **Leeftijd:** ___ jaar oud
- **Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?**
  - ☐ Geen diploma
  - ☐ Lagere school
  - ☐ Graduaat (HBO5)
  - ☐ Hoger niet-universitair (professionele bachelor/master)
  - ☐ Hoger universitair (academische bachelor/master of hoger)
- **Wat past het best bij uw situatie?**
  - ☐ Ik ben student
  - ☐ Ik ben op pensioen (ook pre- of brugpensioen)
  - ☐ Ik ben langdurig arbeidsongeschikt (ziekte of invaliditeit)
  - ☐ Ik ben werkzoekend
  - ☐ Ik ben huisman/huisvrouw
  - ☐ Ik ben arbeider
  - ☐ Ik ben bediende
  - ☐ Ik ben zelfstandige
  - ☐ Ik ben ambtenaar
  - ☐ Ik heb een vrij beroep

WERKWIJZE VOOR DE ARTS

ALGEMENE INFORMATIE

WAT?

Het **vierkwadrantenmodel** is een handvat dat toelaat inzicht te krijgen in de manier waarop iemand omgaat met psychische klachten (**coping**) en maakt het mogelijk om hierover met de patiënt in gesprek te gaan. Het model laat toe als huisarts reeds een **eerste interventie** te voorzien.

WIE?

Psychische klachten kunnen hierbij **breed benaderd** worden (stress, rouw, eenzaamheid, relationele problemen, ouder worden...).

WANNEER?

Het model kan worden aangeboden van zodra een psychische klacht door de arts of door de patiënt ter sprake wordt gebracht.

STAPPENPLAN VOOR GEBRUIK

STAP 1

Neem **pagina 1-4** en het **informed consent** (IC) uit de bundel om af te geven aan de patiënt. Informeer de patiënt over de studie en laat de patiënt het **informed consent dubbel ondertekenen** (één versie voor ons en één voor de patiënt).

STAP 2

Overloop pagina 3 en 4 met de patiënt om het gebruik van het model toe te lichten. **Vul samen** met de patiënt nadien **pagina 5 in** en **noteer op pagina 6** de **indicatie**.

STAP 3

Plan een **opvolggesprek** in **na maximaal twee weken**.

STAP 4

Overloop tijdens het opvolggesprek het **ingevulde model** en ga na hoe de patiënt het invullen heeft ervaren en welke inzichten die heeft verworven. De patiënt neemt hierin het voortouw en u ondersteunt aan de hand van gerichte vragen.

Handvaten

- “Hoe heb je het invullen van het model ervaren?”
- “Heb je bepaalde inzichten verworven na het invullen van het model?”
- “Heb je de indruk meer bewust te zijn van hoe je met je problemen omgaat?”
- “Heb je het gevoel dat een kwandrant te veel/te weinig invulling heeft?”
- “In welke mate denk je dat er momenteel een evenwicht heerst tussen de vier kwadranten?”
- “Denk je dat er activiteiten zijn die je liever in een ander kwadrant zou zien staan? Waarom?”
- “Zijn er activiteiten die je liever wel/niet in het model ziet staan?”
- “Op welke manier denk je dat we meer richting een evenwicht zouden kunnen gaan?”

WERKWIJZE VOOR DE ARTS

STAP 5

Overloop de aan- of afwezigheid van activiteiten die voor een onevenwicht zorgen. Een evenwicht betekent niet noodzakelijk dat er in elk kwadrant evenveel genoteerd staat. Het is die situatie waarin de patiënt het gevoel heeft dat er voldoende afwisseling bestaat tussen de vier kwadranten.

STAP 6

Hanteer **shared decision-making** om tot **actiepunten** te komen die het evenwicht zouden kunnen helpen herstellen.

Handvaten

Begin met de inzichten die de patiënt zelf heeft verworven en ga nadien verder met de inzichten die zijn verworven na het overlopen van het model. Hieronder geven we enkele handvaten voor adviezen per kwadrant.

Kwadrant 1:

- Het toevoegen van een externe prikkel (beeld/geluid) tijdens de activiteit
- Verplaats je activiteit naar een locatie waar geen prikkels aanwezig zijn die je aan je problemen kunnen doen denken
- Overweeg activiteiten waarbij je moet nadenken (puzzels, gamen, lezen)

Kwadrant 2:

- Kondig voor de activiteit aan dat je het niet over je problemen wilt hebben
- Overweeg een nieuwe hobby of herneem een oude hobby
- Vermijd ruimte maken tijdens gezellige activiteiten (restaurantbezoek, hobby, vakantie, verjaardagsfeestjes...)

Kwadrant 3:

- Tracht bewuste ademhalingen te koppelen aan bepaalde activiteiten (in- en uit de auto stappen, tijdens het douchen, na een toiletbezoek...)
- Plan een vast moment in om gedachten en gevoelens neer te schrijven om piekergedachten ‘s nachts te vermijden
- Overweeg morning journaling (wat doe ik vandaag om mezelf af te leiden of ruimte te maken?)
- Luister een podcast of lees een boek over mentaal welzijn/mindfulness/psyche
- Overloop dagelijks enkele positieve gebeurtenissen

Kwadrant 4:

- Kondig momenten om ruimte te maken vooraf aan
- Baken gesprekken over je problemen af (eventueel met een timer)
- Gebruik consultaties met de huisarts om vooruitgang te bespreken
- Blijf weg van mensen die je niet vooruit helpen

BELANGRIJK

1

Om na te gaan met welke reden een arts het model meegeeft aan de patiënt, zouden we willen vragen om hieronder de indicatie te noteren. Dit mag volledig in eigen bewoording en hoeft dus niet via een gekende codering te worden genoteerd.

Indicatie: _____

2

Tenslotte zouden we willen vragen om de ingevulde versies te bewaren totdat wij deze komen ophalen. U wordt enorm bedankt voor uw participatie in deze studie en hopen dat dit model een meerwaarde kan betekenen in uw praktijkvoering.

Dankuwel!

Contactgegevens:
- laura.slagter@student.uantwerpen.be
- younes.staepels@student.uantwerpen.be
- wiebe.vandoren@student.kuleuven.be

FEEDBACK

We hebben hier ruimte voorzien voor feedback m.b.t. het gebruik van het model bij deze patiënt:

Bijlage 2

Script Focusgroep

Slagter Laura, UA

Staepels Younes, UA

Vandoren Wiebe, KUL

Promotor: Van den Broecke Kris, UA

Co-promotoren: Prof. Dr. Maex Edel, UA & Prof. Dr. Debaene Luc, UA

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2026

1. Inleiding

1.1. Doelstelling

Dit protocol beschrijft de totstandkoming van een focusgroep om de ervaringen in het gebruik van het vierkwadrantenmodel uit de mindfulness voor huisartsen in kaart te brengen. Meer specifiek wilden we inzicht verwerven in de bruikbaarheid van het model voor de huisarts, de toepasbaarheid voor de patiënt, suggesties voor verbetering van het model en de algemene meerwaarde in de medische context.

De keuze voor een focusgroep werd gemaakt op basis van verschillende argumenten:

1. Groepsdynamiek: deelnemers kunnen elkaars ideeën aanvullen, nuanceren of weerleggen, wat vaak leidt tot diepgaandere inzichten en uiteenlopende perspectieven

   « De bruikbaarheid van het vierkwadrantenmodel kan variëren naargelang de praktijkvorm en -werking. Verschillende inzichten kunnen elkaar op die manier beïnvloeden wanneer het ook vanuit een ander perspectief wordt bekeken. »

2. Efficiëntie: meerdere deelnemers worden tegelijk bevraagd, waardoor tijd bespaard wordt in vergelijking met individuele interviews

   « Individuele interviews zijn arbeidsintensief en niet gemakkelijk te combineren met onze eigen voltijdse werkplanning. Anderzijds is het wel moeilijker om veel artsen op hetzelfde moment samen te krijgen. Voor de artsen die niet aanwezig kunnen zijn, zal om die reden een individueel interview worden voorzien. »

3. Toegankelijkheid: deelnemers durven zich sneller openstellen in groep dan tijdens een individueel interview

   « Een focusgroep laat toe met elkaar te interrageren en verbaal of non-verbaal te volgen. De aandacht ligt ook minder op de persoon zelf, maar eerder op de groep als geheel, waardoor men zich over het algemeen meer op zijn gemak voelt. Dit is exact wat we willen bereiken. »

2. Organisatie

2.1. Datum en tijd

De focusgroep werd georganiseerd op 21 oktober 2025 vanaf 19u00. De gehele duur van de sessie werd geschat op twee uur. De datum werd in overleg met de deelnemende artsen gepland via een WhatsApp-groep. Hierin werden verschillende data voorgesteld, waarna gekozen werd voor de datum waarop de meeste artsen aanwezig konden zijn.

2.2. Locatie

Er werd gekozen voor de vergaderruimte van de huisartenspraktijk *Huisartsen.a* te Ekeren. Deze locatie was gemakkelijk bereikbaar voor alle participanten en was voorzien van adequate belichting en akoestiek voor het organiseren van een focusgroep. Op het moment van de focusgroep was er tevens niemand anders in het gebouw aanwezig, waardoor privacy verzekerd werd.

De tafels en stoelen werden in een rechthoekige opstelling ingericht, waardoor iedere deelnemer tijdens de focusgroep zichtbaar was voor alle andere aanwezigen. We kozen ervoor met tafels te werken om het maken van notities te faciliteren.

Catering werd voorzien voor iedere deelnemer voor aanvang van de focusgroep.

2.3. Benodigdheden

De focusgroep werd vastgelegd via een geluidsopname op twee verschillende smartphones. Hiermee werd voorzien op technische problemen van een telefoon tijdens de duur van de opname.

De deelnemers kregen voor aanvang van de focusgroep een naamkaartje toegewezen en werden voorzien van pen en papier voor het maken van aantekeningen tijdens de focusgroep.

2.4. Deelnemers

Uiteindelijk namen negen artsen deel aan de focusgroep. De uiteindelijke groep was homogeen in achtergrond, maar heterogeen door variaties op basis van ervaring (huisartsen/huisartsen in opleiding), praktijkligging (stedelijk/landelijk) en praktijkvorm (prestatiegericht/forfaitair). Hiermee werden verschillende perspectieven verzekerd om tot een vruchtbare discussie te komen.

2.5. Geïnformeerde toestemming

Voorafgaand aan de focusgroep werd gecontroleerd of iedere deelnemer een informed consent document ondertekend had. Deelnemers die dit nog niet gedaan hadden, kregen de kans dit in orde te brengen. De contactgegevens van iedere deelnemer werden zorgvuldig geregistreerd en bewaard.

2.6. Rolverdeling

Binnen het onderzoeksteam werd de rolverdeling vooraf duidelijk vastgelegd. Deze bestond uit een moderator (V.W.) die de discussie leidde en de structuur bewaakte, een observator (S.L.) die instond voor het opmerken van non-verbale signalen en optimalisatie van de groepsdynamiek en een notulist

(S.Y.) die notities voorzag tijdens de focusgroep met tijdscodes telkens iemand aan het woord kwam. Hiermee kon iedere uitspraak steeds worden teruggeleid tot de desbetreffende deelnemer.

2.7. Dataverwerking

De geluidsopname werd getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd via thematische analyse (Braun & Clarke). Voor de transcriptie werd gebruikgemaakt van de applicatie *Good Tap*, een gratis tool die volledig GDPR-proof werkt en waarbij data verwerkt wordt binnen de Europese Unie.

(https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/thematic-analysis/book248481)
(https://goodtape.io/blog/security/)

- Nog stukje over coderen van citaten op basis van geslacht, leeftijd, ervaring, en praktijkvorm/locatie?

3. Gesprekshandleiding

3.1. Principes

Vooraf werd een topiclijst opgesteld bestaande uit verschillende thema's met bijbehorende open vragen. Bij ieder thema werd vertrokken vanuit één of meerdere hoofdvragen, gevolgd door specifiekere bijvragen om uitspraken beter te kunnen duiden. Hierbij werd rekening gehouden suggestieve of sturende vragen ten allen tijde te vermijden.

3.2. Script

Introductie

Verwelkoming:	"Welkom allemaal, laat ons beginnen met jullie te bedanken om hier vanavond aanwezig te zijn."
Voorstelling:	"Mijn naam is Wiebe Vandoren en ik zal dit groepsgesprek modereren. Ik zal hierin worden begeleid door Laura Slagter als observator en Younes Staepels als notulist."
Doelstelling:	"Via deze focusgroep willen we inzicht krijgen in jullie ervaringen en percepties omtrent het gebruik van het vierkwadrantenmodel bij patiënten met milde psychische klachten."
Afspraken:	"Voor aanvang wil ik graag enkele praktische afspraken met jullie overlopen."
	"Alles wat hier vanavond gezegd wordt, blijft vertrouwelijk en zal anoniem worden verwerkt. De focusgroep zal worden vastgelegd via een geluidsopname op twee telefoons. Deze opnames zullen worden verwijderd na de transcriptie."
	"Eerst en vooral wil ik benadrukken dat er vandaag geen juiste of foute antwoorden bestaan. Het gaat hier louter om jullie persoonlijke ervaringen. Respecteer elkaars mening, maar deel gerust je eigen mening steeds met de groep."
	"Iedereen krijgt de kans om aan het woord te komen. We willen echter wel vragen om elkaar te laten uitspreken. Indien je iets wenst aan te vullen, kan je dit noteren op de hiervoor voorziene papieren en je hand opsteken om ons op de hoogte te brengen. We willen hiermee des te meer vermijden dat bepaalde uitspraken niet verstaanbaar zijn op de geluidsopname."
	"Is dit voor iedereen duidelijk?"
Kennismaking:	"We zullen van start gaan met onszelf even kort voor te stellen. Nadien zullen we de cirkel rond gaan en iedereen hetzelfde laten doen. Het zou fijn zijn mocht iedereen ook vermelden in welke praktijkvorm ze werken en of deze in de stad Antwerpen of daarbuiten gelegen is."
	"Ik ben Wiebe…"; "Ik ben Laura…"; "Ik ben Younes…"

Openingsvragen

Mindfulness:	"Wat komt er in je op bij het woord mindfulness?"
	"Doe je wel eens aan mindfulness en zo ja, in welke situatie of op welke manier?"
	"Wat komt er in je op bij het woord coping?"

Transitievragen

Psychische klachten:	"Hoe gaan jullie over het algemeen om met patiënten die zich presenteren met milde psychische klachten?"
Instrumenten:	"Welke instrumenten of methodes gebruiken/gebruikten jullie om deze te exploreren (bespreekbaar te maken)?"
	"Welke rol speelt mindfulness voor jullie in de aanpak van milde psychische klachten?"

Sleutelvragen

Ervaringen:	"Wat was jullie eerste indruk van het vierkwadrantenmodel toen we deze voor het eerst kwamen voorstellen in de praktijk?"
	"Hoe vaak heb je het model meegegeven aan een patiënt?"
	"Hoe verliep de introductie van het model bij de patiënt?"
	"Hoe vaak zijn patiënten teruggekomen met het model?"
Bruikbaarheid:	"Bij welke patiënten of klachten vonden jullie het model bruikbaar?"
	"Bij welke patiënten of klachten vonden jullie het model niet bruikbaar?"
Toegankelijkheid:	"In welke mate vond je het model toegankelijk voor jezelf als arts en voor de patiënt? Waren de instructies duidelijk?"
Haalbaarheid:	"In welke mate acht je het toelichten van het model haalbaar in één consultatie?"
	"In welke mate acht je het bespreken van het model haalbaar in één consultatie?"
Efficiëntie:	"Op welke manier heeft het model tijdswinst opgeleverd?"
	"Op welke termijn achten jullie dat patiënten zouden moeten terugkomen met het ingevulde model?"

Impact:	"In hoeverre heeft het model jullie geholpen psychische klachten bespreekbaar te maken?" "In hoeverre gaf het model jullie extra inzicht in de copingstijl van de patiënt?" "Welke impact had het gebruik van het model op de arts-patiëntrelatie?" "Welke impact heeft het model volgens jullie gehad op de patiënt?" "Kan je een voorbeeld aanhalen waarbij het model een meerwaarde bood?" "Welke rol heeft het model gespeeld in je beleid bij milde psychische klachten (bv. doorverwijzing)?"
Knelpunten:	"Wat hield je tegen om het model mee te geven aan een patiënt?" "Waarom denk je dat patiënten niet zijn teruggekeerd met het model?" "Welke moeilijkheden of valkuilen zijn jullie tegengekomen bij het gebruik van het model?" "In welke situatie(s) werkte het model minder goed of voelde het onnatuurlijk?"

Slotvragen

Toekomst:	"Wat zou er volgens jullie nodig zijn om het model nog bruikbaarder te maken (bv. vormgeving, instructies, training)?"
Suggesties:	"Wat zou je behouden? Wat zou je veranderen?"
Meerwaarde:	"Als jij morgen zou moeten beslissen of het model al dan niet zou worden geïmplementeerd in de opleiding tot huisarts, wat zou je dan adviseren?"

Afronding

Vragen:	"Zijn er zaken die volgens jullie nog niet aan bod zijn gekomen? Is er nog feedback die jullie graag zouden willen delen? Indien jullie graag individueel nog iets willen delen, mogen jullie ons ook steeds na de sessie persoonlijk aanspreken."
Dankwoord:	"Bedankt voor jullie openheid en waardevolle input. Dit helpt ons enorm om het model en de instructies beter af te stemmen op de praktijk. Jullie zullen na afloop van de studie allen een samenvatting krijgen van de resultaten. Dank voor jullie tijd en inzet!"

COREQ Checklist – Sjabloon voor Kwalitatief Onderzoek

Deze checklist helpt bij het gestructureerd rapporteren van kwalitatief onderzoek volgens de COREQ-richtlijnen.

Domein 1: Onderzoeksteam en reflexiviteit

- 1. Wie voerde de interviews/focusgroepen uit?
  Antwoord/toelichting:
- 2. Wat is de opleiding en functie van de onderzoeker(s)?
  Antwoord/toelichting:
- 3. Wat is het geslacht van de onderzoeker(s)?
  Antwoord/toelichting:
- 4. Heeft de onderzoeker ervaring of training in kwalitatief onderzoek?
  Antwoord/toelichting:
- 5. Was er een relatie tussen onderzoeker en deelnemer vóór het onderzoek?
  Antwoord/toelichting:
- 6. Wat wisten deelnemers over de onderzoeker?
  Antwoord/toelichting:
- 7. Heeft de onderzoeker gereflecteerd op zijn/haar rol en bias?
  Antwoord/toelichting:

Domein 2: Studieontwerp

- 8. Welk theoretisch kader of analysemethode werd gebruikt?
  Antwoord/toelichting:
- 9. Hoe werden deelnemers geselecteerd (sampling)?
  Antwoord/toelichting:
- 10. Hoe werden deelnemers gerekruteerd?
  Antwoord/toelichting:
- 11. Hoeveel deelnemers namen deel?
  Antwoord/toelichting:
- 12. Werden deelnemers uitgevallen? Zo ja, hoeveel en waarom?
  Antwoord/toelichting:
- 13. Waar vonden de interviews plaats?
  Antwoord/toelichting:
- 14. Waren er anderen aanwezig bij het interview?
  Antwoord/toelichting:
- 15. Beschrijf de sociale context van de dataverzameling.
  Antwoord/toelichting:
- 16. Werd er een interviewgids gebruikt?
  Antwoord/toelichting:
- 17. Werd het interview opgenomen (audio/video)?
  Antwoord/toelichting:
- 18. Werden er aantekeningen gemaakt tijdens het interview?
  Antwoord/toelichting:
- 19. Wat was de gemiddelde duur van de interviews?
  Antwoord/toelichting:

[Script Focusgroep]

- 20. Werden er herhaalinterviews gedaan?
  Antwoord/toelichting:
- 21. Werd dataverzadiging bereikt?
  Antwoord/toelichting:
- 22. Werden transcripties teruggestuurd naar deelnemers ter controle?
  Antwoord/toelichting:

Domein 3: Analyse en bevindingen

- 23. Hoeveel onderzoekers waren betrokken bij de data-analyse?
  Antwoord/toelichting:
- 24. Hoe zijn codes en thema's ontwikkeld?
  Antwoord/toelichting:
- 25. Werd er software gebruikt voor analyse?
  Antwoord/toelichting:
- 26. Werd de analyse gecontroleerd door meerdere onderzoekers?
  Antwoord/toelichting:
- 27. Worden citaten van deelnemers weergegeven?
  Antwoord/toelichting:
- 28. Zijn deze citaten correct gelabeld?
  Antwoord/toelichting:
- 29. Is er samenhang tussen data en bevindingen?
  Antwoord/toelichting:
- 30. Worden de thema's duidelijk gepresenteerd?
  Antwoord/toelichting:
- 31. Worden onverwachte bevindingen besproken?
  Antwoord/toelichting:
- 32. Zijn de resultaten relevant voor de onderzoeksvraag?
  Antwoord/toelichting: