“Dokter, het gaat niet meer!”

De meerwaarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartsenpraktijk

Liesbeth Dendooven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys
Copromotor: Dr. Marc Van Nuland

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014-2016

ABSTRACT

"DOKTER, HET GAAT NIET MEER!" DE MEERWAARDE VAN DE VIERDIMENSIONALE KLACHTENLIJST (4DKL) IN DE HUISARTSENPRAKTIJK.

Haio: Liesbeth Dendooven / KULeuven / Promotors: Prof. Jo Goedhuys en Dr. Marc Van Nuland / Praktijkopleider: Dr. Lieve Deturck

Achtergrond
De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst die ontwikkeld is in de huisartsenpraktijk en die een onderscheid maakt tussen aspecifieke distress-klachten en somatisatie, depressie en angst. In dit onderzoek wordt de meerwaarde van de 4DKL voor de huisartsen geëvalueerd en wordt er gepeild naar de mening van de patiënten over de 4DKL.

Methodologie
Er werd een literatuurstudie uitgevoerd over artikels die handelden over de 4DKL. Voor het veldonderzoek naar de meerwaarde van de 4DKL voor de patiënten werd er gekozen voor een kwantitatieve methode aan de hand van een vragenlijst over de 4DKL. Voor het veldonderzoek naar de meerwaarde van de 4DKL voor de huisartsen werd er gekozen voor een kwalitatieve methode aan de hand van afsluitende vergaderingen.

Resultaten
Na het verwerken van honderd en twaalf patiënten bundels en twee afsluitende vergaderingen werden volgende resultaten bekomen. De patiënten vonden de vragenlijst duidelijk met een aanvaardbare tijdsinvestering. Ongeveer twintig procent vond het moeilijk om de vragenlijst in te vullen en slechts drieëndertig procent vond dat de 4DKL hen tot inzicht had gebracht, maar zevenentachtig procent vond wel dat de vragenlijst nuttig was voor hun huisarts.

De huisartsen vonden de 4DKL een meerwaarde op alle vlakken. De grootste voordelen waren het bespreekbaar maken van psychische klachten zeker in het geval van psychosomatiek, het helpen bij het inschatten van de ernst van de problematiek, het detecteren van angst en het meer inzicht krijgen in de psychische problematiek van hun patiënt. De grootste nadelen waren het uitrekenen van de scores, het feit dat de 4DKL een momentopname is en het feit dat de 4DKL niet letterlijk mag gevolgd worden, het is geen diagnostisch middel.

Besluit
De 4DKL kan beschouwd worden als een meerwaarde voor de huisartsen in de huisartsenpraktijk. Een werkpunt naar de toekomst is het ontwikkelen van een online tool. De meerwaarde voor de patiënten moet verder worden onderzocht.

E-mail: liesbeth.dendooven@hotmail.com

Trefwoorden: Vierdimensionale Klachtenlijst - 4DKL – meerwaarde - huisartsgeneeskunde

INHOUDSTABEL

Abstract 2

Afkortingen 5

1. Inleiding 6

1.1 Keuze van het onderwerp 6
1.2 Onderzoeksvragen 6
1.3 Achtergrond 6
A. Omvang psychische problematiek en de rol van de huisarts 6
B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) 7
B.1 De vier dimensies 7
B.2 Doel van de 4DKL 9

2. Methodologie 10

2.1 Methode literatuur 10
2.2 Methode veldstudie 10
A. Opzet van het onderzoek 11
B. Opstellen patiënten bundel 11
C. Rekrutering huisartsen 11
D. Registratieperiode 12
E. Afsluitende vergaderingen 12
F. Verwerking gegevens 12

3. Resultaten 13

3.1 Literatuur 13
A. Gebruik van een vragenlijst 13
B. Bemerkingen over de 4DKL 13
B.1 Wat ontbreekt er? 13
B.2 Detectiewaarde 13
B.3 Verschillende talen 14
B.4 Recent onderzoek 14
C. Surmenage/overspanning 14
3.2 Veldstudie 15
A. Resultaten en bespreking kwantitatieve deel onderzoek 15
A.1 Achtergrondkenmerken patiënten 15
A.2 Mening patiënten over de 4DKL 19
A.3 Scores 20
A.4 Verbanden 23
B. Resultaten en bespreking kwalitatieve deel onderzoek 26
B.1 Deelnemende artsen 26
B.2 Resultaten afsluitende vergaderingen 26

4. Discussie 32
4.1 De meerwaarde van de 4DKL voor de patiënten in de huisartsenpraktijk 32
A. Deelnemende patiënten 32
B. Bespreking resultaten 33
4.2 De meerwaarde van de 4DKL voor de huisartsen in de huisartsenpraktijk 34
A. Deelnemende huisartsen 34
B. Bespreking resultaten 34
4.3 Verder onderzoek 35
4.4 Eigen reflectie 35
5. Besluit 36
6. Dankwoord 37
7. Referenties 38
8. Bijlagen 40
Verplichte bijlagen: Goedgekeurd protocol + Gunstig advies ethisch comité 40
Bijlage 1: Patiënten bundel Nederlandstalige versie 42
Bijlage 2: Patiënten bundel Engelstalige versie 47
Bijlage 3: Protocol onderzoek voor de huisartsen 52
Bijlage 4: Scoreformulier 53
Bijlage 5: Draaiboek afsluitende vergaderingen 54
Bijlage 6: Vragen afsluitende vergaderingen 55
Bijlage 7: Samenvattingen afsluitende vergaderingen aan de hand van stellingen 57
Bijlage 8: Literatuuronderzoek surmenage/overspanning 60

AFKORTINGEN

4DKL = Vierdimensionale Klachtenlijst
DSM = Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
EMD = Elektronisch Medisch Dossier
HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale
HAIO = Huisarts In Opleiding
ICHO = Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding
ICPC = International Classification of Primary Care
LESA = Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak overspanning en burn-out
MeSH = Medical Subject Headings
NHS = National Health Service
NIVEL = Nederlands Instituut Voor onderzoek van de EersteLijns gezondheidszorg
OCS = Obsessieve Compulsieve Stoornis
PTSS = Posttraumatische Stressstoornis

1. INLEIDING

1.1. Keuze van het onderwerp

Het psychosociale aspect binnen geneeskunde/huisartsgeneeskunde heeft mij altijd geboeid. Voor mij is het psychisch welzijn van een patiënt zeker zo belangrijk als het fysieke welzijn. Maar naar mijn mening wordt er ten onrechte niet altijd voldoende aandacht besteed aan het psychisch welzijn. Vandaar mijn keuze voor een onderwerp over één van de psychosociale problematieken. Na navraag binnen mijn opleidingspraktijk kwamen we al snel bij het volgende onderwerp: "Wat te doen bij patiënten met surmenage?". Surmenage/overspanning is iets dat heel frequent voorkomt in de huisartsenpraktijk en waar er nog veel valt over bij te leren. Volgende onderzoeksvragen kwamen ter sprake: "Diagnostiek van surmenage in de huisartsenpraktijk" en "Behandeling van surmenage in de huisartsenpraktijk". Met deze twee onderzoeksvragen ging ik aan de slag, maar al snel werd me duidelijk dat dit onderwerp veel te breed was en dat er maar weinig over gepubliceerd is. Naar aanleiding van het lezen van een goede Nederlandse richtlijn (1) waarin het gebruik van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) werd aanbevolen en het reeds gebruiken van de Vierdimensionale Klachtenlijst door een collega in mijn praktijk, kwam ik op mijn definitieve onderwerp: "Wat is de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk?". De 4DKL is een vragenlijst die door de huisarts kan gebruikt worden om psychische problemen op te sporen, deze in kaart te brengen en bespreekbaar te maken (2). Via mijn onderzoek wou ik huisartsen laten kennismaken met deze vragenlijst en de meerwaarde hiervan onderzoeken.

1.2. Onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 1: "Wat is de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk voor de patiënten?"

Onderzoeksvraag 2: "Wat is de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk voor de huisartsen?"

De focus in deze thesis ligt vooral op de tweede onderzoeksvraag.

1.3. Achtergrond

A. Omvang psychische problematiek en de rol van de huisarts

Psychische klachten zijn een frequent voorkomend probleem in de huisartsenpraktijk. Het percentage psychische problemen, dat werd vastgesteld door de huisartsen, volgens de ICPC-2 classificatie ten opzichte van het totale aantal gestelde diagnosen in een betrokken jaar bedraagt ongeveer 2,5 procent (3). Bij benadering heeft een derde van de Belgische bevolking van vijftien jaar en ouder psychische klachten, die op de een of andere manier verwijzen naar een "slecht in zijn vel zitten". Het gaat hier om een stijgende trend, want in 2008 waren dat nog één op vier personen. Deze gegevens komen uit de Belgische gezondheidsenquête van 2013 (4).

Aangezien psychische klachten zo frequent voorkomen in de huisartsenpraktijk is de huisarts de aangewezen persoon voor psychosociale hulpverlening. Als huisarts ken je de context van je patiënt, je hebt een vertrouwensrelatie en je bent een aanspreekpunt (5). De huisarts is in het overgrote deel

de eerste hulpverlener die men consulteert bij psychische problemen. Met andere woorden de huisarts is de belangrijkste toegangspoort tot de geestelijke gezondheidszorg (6).

B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) (2)

De 4DKL is ontwikkeld door Berend Terluin in 1994, naar aanleiding van een onderzoek bij patiënten met overspanning (surmenage) in de huisartsenpraktijk (7). De 4DKL is een gratis beschikbare vragenlijst en bestaat uit vijftig items die vragen naar klachten in de afgelopen zeven dagen. De patiënt moet op deze 50 items antwoorden met de frequentie van aanwezigheid (nee=0, soms=1, regelmatig=2, vaak=3, heel vaak/voortdurend=4). Aan de hand van deze vragen, kan de huisarts een onderscheid maken tussen de volgende vier dimensies: distress (16 items), somatisatie (16 items), depressie (6 items) en angst (12 items). Elke vraag levert 0, 1 of 2 punten op: 0 punten als men nee antwoord, 1 punt als de klacht soms aanwezig is en 2 punten als de klacht regelmatig, vaak of heel vaak/voortdurend aanwezig is.

B.1. De vier dimensies (2)

De 4DKL maakt een onderscheid tussen de volgende vier dimensies.

a. Distress: *"Distress is een aspecifieke maat voor de ernst van psychisch lijden ."*(2) Onder de term distress worden de symptomen van stress en surmenage/overspanning verstaan (7). Deze dimensie is de belangrijkste dimensie, want als deze score verhoogd is, dan is er altijd wel iets aan de hand, alleen weet je nog niet wat. Deze score geeft aan hoeveel spanning (stress) de patiënt ervaart en hoeveel moeite hij/zij heeft om te blijven functioneren, met andere woorden deze score geeft je een beeld van hoe ernstig de psychische klachten zijn.

De **oorzaak** van deze stress kan alles zijn dat het bio-psycho-sociaal evenwicht van de patiënt in het gedrang kan brengen, bijvoorbeeld werkdruk, conflicten, rouw, levensgebeurtenissen, traumatische gebeurtenissen, sociale problemen, lichamelijke problemen of psychiatrische stoornissen (8).

Typische **kenmerken** van distress zijn zich zorgen maken, piekeren, snel geïrriteerd zijn, lusteloosheid, zich niet goed kunnen concentreren, moedeloosheid/demoralisatie en slaapproblemen (8).

Bij een lage **score** (0-10) spreekt men van een normale spanning, bij deze score moet er geen actie ondernomen worden. Is de score matig verhoogd (11-20) dan zijn er verhoogde spanningen met dreiging van disfunctioneren, hier is actie wel wenselijk. Bij een sterk verhoogde score (>20) spreekt men van ernstige spanningen met grote kans op disfunctioneren (arbeidsongeschiktheid), hier is actie wel aangewezen.
Een sterk verhoogde score van distress in combinatie met lage scores voor somatisatie, depressie en angst, wijst op een ernstige verstoring tussen draaglast en draagkracht en is kenmerkend voor surmenage/overspanning (7).

b. Somatisatie : "*Bij somatisatie gaat het om een sterk lichamelijke reactie op onlustgevoelens, die maakt dat de patiënt zich in toenemende mate zorgen maakt over zijn gezondheid en daar vervolgens hulp voor zoekt via het medische kanaal* ." (7) Somatisatie staat voor het ervaren van lichamelijke spanningsklachten en de neiging daar ongerust over te zijn. Het is de mate dat het lichaam reageert op spanningen of stress. Deze lichamelijke klachten zijn medisch niet te verklaren, ze hebben geen fysische oorzaak.

Diverse **mechanismen** kunnen bijdragen tot somatisatie: sensibilisering van de hersenen bij bepaalde lichamelijke gewaarwordingen, fysiologische afwijkingen in het zenuwstelsel of het endocriene systeem, verhoogd bewustzijn van lichamelijke sensaties en ongepaste ziekte overtuigingen en ziekte gedrag (8).

Typische **kenmerken** van somatisatie zijn moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid, concentratie/geheugenklachten, rugpijn en buikpijn (9). Volgens de 4DKL zijn dat duizeligheid of licht gevoel in het hoofd, pijnlijke spieren, flauwvallen, nek- en rugklachten, overmatig zweten, hartkloppingen, hoofdpijn, buik- en maaglast, opgeblazen gevoel in de buik, misselijkheid of maag die van streek is, wazig zien of vlekken voor de ogen, benauwdheid, drukkend of beklemmend gevoel op de borst, pijn in de borst en tintelingen in de vingers.

Bij een lage **score** (0-10) spreekt men van relatief normale lichamelijke spanningsklachten. Is de score matig verhoogd (11-20) dan spreekt men van mogelijke somatisatie met dreiging van disfunctioneren, dit moet besproken worden met de patiënt. Bij een sterk verhoogde score (>20) spreekt men van een grote kans op somatisatie met grote kans op disfunctioneren, actie is aangewezen (overweeg cognitieve gedragstherapie of verwijzing).

c. Depressie: "*Depressie is een disproportioneel verlies van het vermogen om positieve gevoelens en gedachten te produceren.*" (7) De depressieschaal meet symptomen die horen bij een depressieve stoornis.

Typische **kenmerken** van een depressie zijn een depressieve stemming, anhedonie, slaapproblemen, verandering in eetlust of gewicht, verminderde energie, verhoogde of verminderde psychomotorische activiteit, verminderde concentratie, gevoelens van schuld of van waardeloosheid en suïcide gedachten (10).

Bij een lage **score** (0-2) is er waarschijnlijk geen depressieve stoornis. Is de score matig verhoogd (3-5) dan is er mogelijks een depressieve stoornis, hier kan men eventueel de diagnostiek voor depressie toepassen, deze situatie kan je aanzien en na enkele weken her-evalueren. Bij een sterk verhoogde score (>5) is de kans relatief groot dat het hier gaat om een depressieve stoornis, depressiediagnostiek is aangewezen.

e. Angst: "*Bij angst is er sprake van irrationele angsten die de patiënt niet kan verdragen en daarom tracht te vermijden of anderszins te neutraliseren."* (7) De angstschaal meet symptomen die horen bij angststoornissen.

Mogelijke **kenmerken** van angst zijn angstig zijn, angst- of paniek-aanvallen, onbestemde angstgevoelens, zomaar plots schrikken, beven in gezelschap van andere mensen, angst om alleen het huis uit te gaan, angstig zijn voor iets waarvoor men helemaal niet bang hoeft te zijn, bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen, het gevoel hebben dat je door een onbekend gevaar bedreigd wordt en herbelevingen van gebeurtenissen.

Bij een lage **score** (0-3) is er waarschijnlijk geen angststoornis. Is de score matig verhoogd (4-9) dan is er mogelijks een angststoornis, hier kan men eventueel de diagnostiek naar angststoornissen toepassen, deze situatie kan je aanzien en na enkele weken her-evalueren. Bij een sterk verhoogde score (>9) is de kans relatief groot dat het hier gaat om een angststoornis, diagnostiek van angststoornissen is aangewezen.

B.2. Doel van de 4DKL (2)

De 4DKL heeft meerdere doelen voor ogen. 1) **Het opsporen van psychosociale problemen**. De 4DKL helpt psychosociale problemen bespreekbaar te maken, vooral bij patiënten met lichamelijke onverklaarde klachten. 2) **Het kwantificeren van de ernst**. De distressscore geeft een goed inzicht over de ernst van het psychisch lijden. 3) **Detectie van depressieve en angststoornissen**. De depressie- en angstscore helpen de huisarts die patiënten op te sporen waarbij verdere diagnostiek nodig is. 4) **Het signaleren en duiden van somatisatie**. Aan de hand van de somatisatiescore kan de huisarts een acceptabele uitleg geven voor de onverklaarde lichamelijk klachten. De huisarts kan de patiënt zo geruststellen en zich richten op de psychosociale klachten. 5) **Het opvolgen van het beloop**. De 4DKL kan het herstel of herval objectiveren aan de hand van de scores.

2. METHODOLOGIE

2.1. Methode literatuur

De **initiële onderzoeksvraag** was tweeledig "diagnostiek van surmenage in de huisartsenpraktijk" en "behandeling van surmenage in de huisartsenpraktijk". Volgende Engelstalige **zoektermen** werden hiervoor gebruikt: distress (MeSH), psychological stress (MeSH), family practice, general practice, diagnosis en therapy. De volgende Nederlandstalige zoektermen werden gebruikt: surmenage, overspanning, distress, huisartsgeneeskunde, diagnose en therapie.
Na een grondige zoektocht in de literatuur werd geconstateerd dat deze onderzoeksvraag veel te breed was, waardoor ik mij meer specifiek ben gaan richten op de volgende **onderzoeksvraag**. "Wat is de meerwaarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst in de huisartsenpraktijk?" Volgende Engelstalige **zoektermen** werden hiervoor gebruikt: Four-Dimensional Symptom Questionnaire, Terluin, distress, family practice en general practice. De volgende Nederlandstalige zoektermen werden gebruikt: Vierdimensionale Klachtenlijst, Terluin, surmenage, overspanning, distress en huisartsengeneeskunde.

Er werd gezocht in zowel de Nederlandstalige als de internationale literatuur. Richtlijnen werden tevergeefs gezocht via Domus Medica, Nederlandse Huisartsen Genootschap, Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, Dynamed, Clinical Practice Guidelines Database, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines Group, NHS Evidence en European Guideline. Volgende **bronnen** konden wel worden weerhouden. De Medline databank via pubmed en ovid, het archief van 'Huisarts en Wetenschap', 'Huisarts Nu' en 'Tijdsschrift voor Geneeskunde'. Er werd gezocht naar artikels gepubliceerd na 2005 en alleen artikels in het Nederlands of Engels werden weerhouden. Onderzoeksrapporten werden gezocht via NIVEL.nl. Informatiebrochures werden gevonden via thuisarts.nl. Er werd gebruik gemaakt van de referentielijsten en verwante artikels bij reeds gevonden artikels. Ook werden er meerdere artikels aangereikt door experten. De Intego-databank en de DSM IV werden geraadpleegd. Verschillende soorten vragenlijsten werden doorgenomen. Er werd gezocht naar verwante artikels op de ICHO site en de psychosociale leerlijn en de bijscholing "Aanpak van Burnout en Surmenage" aangeboden door het ICHO werden gevolgd. Ook was er via Skype een interview met Dr. Berend Terluin op 9/01/2015 (de auteur van de 4DKL) en een live interview met Björn Wullus op 6/02/2015 (een psycholoog uit mijn praktijk).

2.2. Methode veldstudie

Na de literatuurstudie werd de onderzoeksvraag "diagnostiek en behandeling van surmenage in de huisartsenpraktijk" verengd naar " wat is de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk?". Om deze vraag te onderzoeken in de praktijk werd deze nog eens onderverdeeld in de volgende twee onderzoeksvragen. "Wat is de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk voor de huisartsen?" en "Wat is de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk voor de patiënten?". De nadruk in dit onderzoek wordt vooral gelegd op de meerwaarde voor de huisartsen.

Tijdens mijn zoektocht naar een goede richtlijn over overspanning/surmenage, ben ik gestoten op een zeer goede richtlijn van onze Noorderburen (1). In deze richtlijn werd de 4DKL als een aanvulling gezien op de anamnese en omdat wij deze reeds gebruikten in mijn opleidingspraktijk, leek het mij heel interessant om de meerwaarde van deze vragenlijst hier in België te gaan onderzoeken. Hier in

België is deze vragenlijst vrijwel ongekend, maar bij onze Noorderburen is deze wel gekend en wordt het zelfs aangeboden in de opleiding tot huisarts (11). Rechtstreekse informatie over de 4DKL werd verkregen via Dr. Terluin zelf (11).

A. Opzet van het onderzoek

Het opzet van dit onderzoek was de meerwaarde nagaan van de 4DKL voor de patiënten en de huisartsen. Hiervoor moesten zowel patiënten als huisartsen deelnemen. De meerwaarde voor de patiënten werd nagegaan door een bundel mee te geven aan de patiënten, waarin de vragenlijst zelf bevraagd werd. Het meegeven van deze bundel aan de patiënten moest gebeuren door de huisartsen. De huisartsen werd gevraagd een bundel mee te geven aan alle patiënten ouder dan 18 jaar en waarbij ze een vermoeden hadden van distress, somatisatie, depressie of angst. Exclusiecriteria waren gekende psychiatrische problematieken. In deze bundel zat de 4DKL en zo konden de huisartsen de 4DKL leren kennen en gebruiken. Er werd aan de huisartsen gevraagd om de scores van de 4 dimensies uit te rekenen via de scoreformulieren en een vervolg afspraak te maken om de resultaten met de patiënt te bespreken en zo de 4DKL te betrekken in hun diagnostiek en beleid.

B. Opstellen patiënten bundel

In samenspraak met Dr. Terluin werd er een patiënten bundel opgesteld. Deze bundel bestond uit de volgende onderdelen: toestemming deelname, achtergrondkenmerken, de originele 4DKL (alleen de lay-out werd aangepast), een bevraging over de vragenlijst voor de patiënten en het scoreformulier (in te vullen door de huisarts). Deze bundel werd aan 3 huisartsen en 3 proefpersonen voorgelegd, om na te gaan of alles duidelijk was. Na grondige evaluatie werd de bundel gefinaliseerd (Bijlage 1). Er werd ook een Engelse versie ontwikkeld (Bijlage 2), hierbij moest het scoreformulier ook worden aangepast. De cutoff van de angstscore moest bij de Engelse versie met 1 punt worden verlaagd, om overeen te komen met de Nederlandstalige versie. Dus bij het Engelse scoreformulier spreekt men van een lage angstscore bij een score van nul tot en met drie, een matig verhoogde angstscore bij een score van vier tot en met acht en een sterk verhoogde angstscore bij meer dan acht (12).

C. Rekrutering huisartsen

De huisartsen werden gerekruteerd via een mail via de wachtpost van Oost-Brabant, op deze manier werd er gepoogd zoveel mogelijk huisartsen te bereiken. De eerste mail werd verzonden op 21/04/2015. Na weinig respons van de reeds deelnemende artsen, werd er besloten deze mail opnieuw te sturen op 4/08/2015. De beperking tot één wachtgebied is een nadeel in dit onderzoek, maar een groter gebied was logistiek niet mogelijk. Het streefdoel was om zeker 10 huisartsen te includeren, die elk minimaal 10 vragenlijsten hebben kunnen meegeven. Na de rekrutering via mail, werd er bij elke geïnteresseerde huisarts/huisartsenpraktijk een praktijkbezoek gepland en uitgevoerd. Elke huisarts kreeg een protocol (Bijlage 3), een artikel over de 4DKL (2), patiënten bundels en scoreformulieren (Bijlage 4). Ze kregen uitleg over de 4DKL, het onderzoek werd met alle deelnemende huisartsen doorgenomen, er werden instructies gegeven hoe ze de vragenlijst moesten gebruiken en er werd hen medegedeeld dat ze na de registratieperiode gingen bevraagd worden over hun mening over de meerwaarde van de 4DKL. De deelnemende artsen werden maandelijks herinnerd aan het onderzoek via mail en er werd hen telkens gevraagd de reeds ingevulde vragenlijsten via de pick-up dienst van het MCH (plaatselijk labo) op te zenden in voorgemaakte enveloppes. Zo was er controle over het verloop van het onderzoek. Twee keer werden de deelnemende huisartsen ook telefonisch opgebeld voor een stand van zaken. Op het einde van de

registratieperiode werd er bij de nog steeds deelnemende artsen langsgegaan om de resterende ingevulde vragenlijsten op te halen.

D. Registratieperiode

De registratieperiode was aanvankelijk van Mei 2015 tot en met September 2015, maar deze werd verlengd tot December/Januari 2016 gezien er in Augustus/September nog artsen waren bijgekomen.

E. Afsluitende vergaderingen

Op het einde van de registratieperiode werd elke huisarts uitgenodigd voor een afsluitende vergadering. In deze vergadering werd de meerwaarde van de 4DKL voor de huisartsen nagegaan. Er werden twee afsluitende vergaderingen georganiseerd en in beide afsluitende vergaderingen kwamen volgende onderdelen aan bod: inleiding, algemene ervaringen, tijd, praktisch gebruik, informatie verworven door de 4DKL, meerwaarde algemeen, samenvatting en bedanking. Elk onderdeel begon met een stelling, hierover werden de meningen dan gedeeld. Het was niet de bedoeling om tot een consensus te komen, wel om zoveel mogelijk ideeën en meningen naar boven te halen.

Op 10 December 2015 werd er een 1ste afsluitende vergadering georganiseerd. Hiervoor werd op voorhand een doodle rondgestuurd. Er werd een 2de afsluitende vergadering georganiseerd op 15 Januari 2016 met de artsen van de studentenvoorziening te Leuven. Beide afsluitende vergaderingen werden goed voorbereid. Er werd een draaiboek (Bijlage 5) en hoofdvragen en subvragen (Bijlage 6) opgesteld. Deze vragen werden nagelezen door Dr. Terluin, na het verwerken van zijn feedback, werd een definitieve versie opgesteld. Deze definitieve versie werd ter controle voorgelegd aan één van mijn collega's. Bij de eerste afsluitende vergadering was Dr. Marc Van Nuland de moderator en Dr. Liesbeth Dendooven de observator. Bij de tweede afsluitende vergadering was Dr. Liesbeth Dendooven zowel moderator als observator. Beide vergaderingen werden opgenomen op video en via een dictafoon. Voor beide afsluitende vergaderingen werd er accreditering aangevraagd.

F. Verwerking gegevens

De gegevens van de patiënten bundels (het **kwantitatieve luik** van het onderzoek) werden verwerkt via Excel. Alle gegevens van de patiënten werden ingegeven in een Excel bestand. In totaal waren er 112 geïncludeerde patiënten. Uit dit Excel bestand werden gemiddelden en percentages berekend en via meerdere formules werden verbanden gelegd.

De informatie van de twee afsluitende vergaderingen (het **kwalitatieve luik** van het onderzoek) werd als volgt verwerkt. Via de geluidsopnames werden de vergaderingen uitgetypt, weliswaar niet letterlijk, maar eerder samenvattend. Van deze eerste ruwe versie werd een 2de versie gemaakt, deze versie bevat per onderdeel een korte samenvatting aan de hand van stellingen. Deze laatste versie werd ter controle naar de deelnemende artsen verzonden via mail, hen werd gevraagd feedback te geven op deze stellingen (Bijlage 7).

3. RESULTATEN

3.1. Literatuur

Volgende items uit de literatuur worden besproken: gebruik van een vragenlijst en bemerkingen over de 4DKL. In bijlage 8 wordt er een overzicht gegeven van het literatuuronderzoek naar surmenage/overspanning.

A. Gebruik van een vragenlijst

Vele Vlaamse huisartsen hebben hun twijfels over het gebruik van tools voor de diagnostiek van psychische problemen en hebben een zekere weerstand tegen vragenlijsten (13). Maar in Nederland wordt de 4DKL wel door veel huisartsen gebruikt, deze wordt hen aangeboden tijdens hun opleiding en in Nederlandse richtlijnen wordt de 4DKL ook aangeprezen (11,14). De vragenlijsten worden door de Vlaamse artsen als te uitgebreid en weinig praktisch ervaren (13). Andere redenen om vragenlijsten niet te gebruiken zijn: tijdgebrek en onbekendheid of slechte beschikbaarheid van de vragenlijsten. Uit een studie van Zwaanswijk et al uit 2009 blijkt dat het gebruik van vragenlijsten bij huisartsen minder gangbaar is dan bij andere hulpverleners. Bij een bevraging naar de manier waarop vragenlijsten het best konden worden ingezet in de huisartsenpraktijk kwamen volgende twee voornaamste redenen voor het gebruik van een vragenlijst naar voor. De respondenten vonden dat de vragenlijsten best werden gebruikt ter ondersteuning van de diagnostiek, als er al een vermoeden was van de aanwezigheid van een bepaalde aandoening. En ze vonden ook dat de vragenlijsten konden worden gebruikt om problemen bespreekbaar te maken (15).

B. Bemerkingen over de 4DKL

B.1. Wat ontbreekt er?

De 4DKL pikt niet alles op. De 4DKL is in staat om pathologische angst te meten, deze pathologische angst wordt vooral gemeten bij patiënten met een paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, OCS en PTSS. In minder mate wordt deze pathologische angst gemeten bij patiënten met een gegeneraliseerde angst en specifieke fobieën. Met andere woorden gegeneraliseerde angst en specifieke fobieën hebben niet altijd een hoge angstscore, patiënten met deze twee vormen van angst, worden moeilijker gedetecteerd door de 4DKL (16). Ook kan rouw niet zodanig uit de 4DKL worden afgeleid. Ook zal de 4DKL problemen die niet gepaard gaan met psychisch lijden niet opsporen, zoals antisociaal gedrag, verslavingen en eetstoornissen. De 4DKL bevraagt ook alcoholproblemen niet, gezien de prevalentie van dit probleem is het verstandig daar specifiek naar te vragen. Uiteraard is de 4DKL ook niet beveiligd tegen fraude (2).

B.2. Detectiewaarde

Een bemerking die ook naar voorkomt in de literatuur, is de vraag of de depressieschaal van de 4DKL wel in staat is om depressieve stoornissen te detecteren bij patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk. Het antwoord hierop is JA. “De 4DKL is in staat om depressieve stoornissen te detecteren bij patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk.” (17) Als men de 4DKL vergelijkt met de HADS (Hospital Anxiety and DepressionScale) dan kan men besluiten dat de 4DKL en de HADS vergelijkbaar zijn qua detectie van depressie en angststoornissen. De beide vragenlijsten zijn in staat depressie en angststoornissen te detecteren. De 4DKL heeft zelfs een voordeel ten opzichte van de HADS bij ernstige gevallen, waar het gerechtvaardigd is om een behandeling te

starten, vooral bij het detecteren van een paniekstoornis, agorafobie en een sociale fobie (18). Er werd ook onderzoek gedaan naar de geldigheid van de 4DKL. De 4DKL is een gevalideerde vragenlijst om distress, somatisatie, depressie en angst te meten bij patiënten in de eerstelijns gezondheidszorg (8).

B.3. Verschillende talen

De 4DKL is vertaald in verschillende talen. Voorlopig kan je de 4DKL vinden op de emgo-site in twaalf verschillende talen (Nederlands, Engels, Frans, Duits, Tsjechisch, Grieks, Pools, Roemeens, Russisch, Servisch, Turks en in het Urdu (is officiële nationale taal in Pakistan)). De twee versies waarbij de cutoff moest worden aangepast om overeen te komen met de Nederlandse versie, waren de Engelse en Poolse versie. Bij de Engelse versie moet de cutoff van de angstscore voor de sterk verhoogde score met één punt worden verlaagd (12)**.** Bij de Poolse versie moet de cutoff van de distressscore voor de normale score met één punt worden verlaagd (19).

B.4. Recent onderzoek

De 4DKL komt meer en meer aan bod in de literatuur. Er zou aan de hand van drie items uit de distressschaal van de 4DKL nu ook een screeningstool bestaan om na te gaan of een niet zieke werknemer een risico heeft om uit te vallen in de toekomst. Deze distress-screener bestaat uit de volgende drie items: Hebt u de afgelopen week last van piekeren?, Hebt u de afgelopen week last van lusteloosheid? en Voelt u zich de afgelopen week gespannen?. Men spreekt van distress bij een score meer dan of gelijk aan vier (20-22).
Ook werd er recent een onderzoek gedaan naar de waarde van de 4DKL bij patiënten met schouderproblemen (23).

C. Surmenage/overspanning

Initieel werd hierover een literatuur onderzoek verricht. In bijlage 8 wordt er een overzicht gegeven van de term, de incidentie, de diagnostiek en de behandeling van overspanning/surmenage.

3.2. Veldstudie

Over een periode van acht maanden (1/05/2015 tem 31/12/2015) namen er **18 huisartsen** en ikzelf deel aan het onderzoek en werden er **112 patiënten bundels** verzameld. Van deze 18 deelnemende huisartsen hebben er 12 huisartsen deelgenomen aan de twee afsluitende vergaderingen op het einde van de registratieperiode. Het is ongekend hoeveel bundels er werden meegegeven aan de patiënten, alleen de bundels van de terugkerende patiënten werden opgestuurd. Wel waren er maar drie artsen die aangaven dat hun patiënt/patiënten niet was/waren teruggekeerd. Ook is het onduidelijk of er ingevulde vragenlijsten zijn verloren gegaan.

Eerst worden de resultaten van het kwantitatieve deel (resultaten patiënten) besproken en daarna de resultaten van het kwalitatieve deel (resultaten huisartsen).

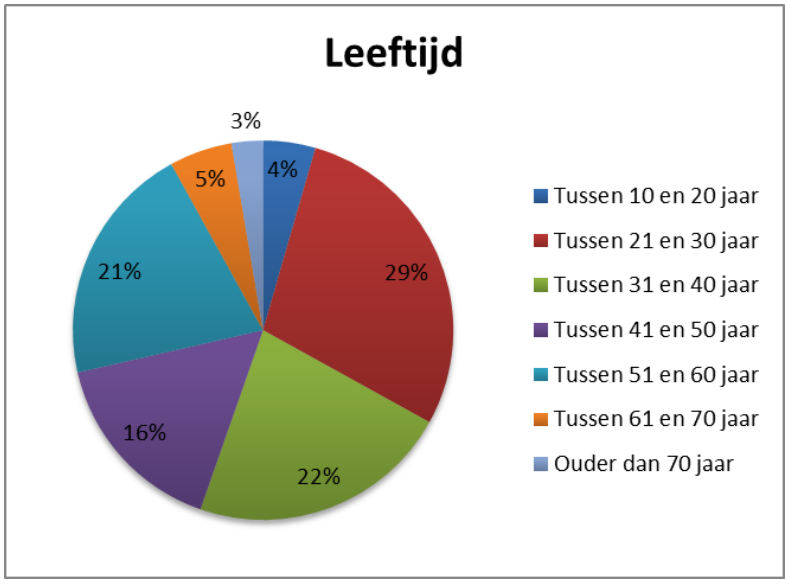
A. Resultaten en bespreking kwantitatieve deel onderzoek

Er werden in het totaal 112 patiënten bundels verzameld. Er werd aan de huisartsen gevraagd om alle patiënten ouder dan 18 jaar met een vermoeden van distress, somatisatie, depressie en angst te includeren. In de praktijk is dit niet zo verlopen. Sommige artsen gaven het vooral mee bij psychosomatiek, andere artsen gaven het mee bij depressieve kenmerken en nog anderen dan weer voor opvolging, ook werd de bundel twee keer meegegeven aan patiënten jonger dan 18 jaar. Dit wordt verder besproken in de resultaten van het kwalitatieve onderzoek.

Eerst worden de achtergrondkenmerken van de deelnemende patiënten weergegeven. Daarnaast wordt de mening van de patiënten over de 4DKL besproken. Daarna wordt er bij elke score een vergelijking gemaakt tussen mannen en vrouwen en tussen de verschillende leeftijdscategorieën. Als laatste worden er nog enkele verbanden (overeenkomst scores distress en somatisatie,verband tussen de scores en de diagnoses/aanmeldingsklachten en welke aanmeldingsklacht heeft de hoogste score) weergegeven.

A.1. Achtergrondkenmerken patiënten

Driekwart van de deelnemende patiënten waren vrouwen. De meerderheid van de patiënten bevond zich in de leeftijdscategorie tussen 21 en 60 jaar (87,5%), waarvan de grootste groep zich bevond in de leeftijdscategorie 21 tot 30 jaar (28,57%) (zie Figuur 1).



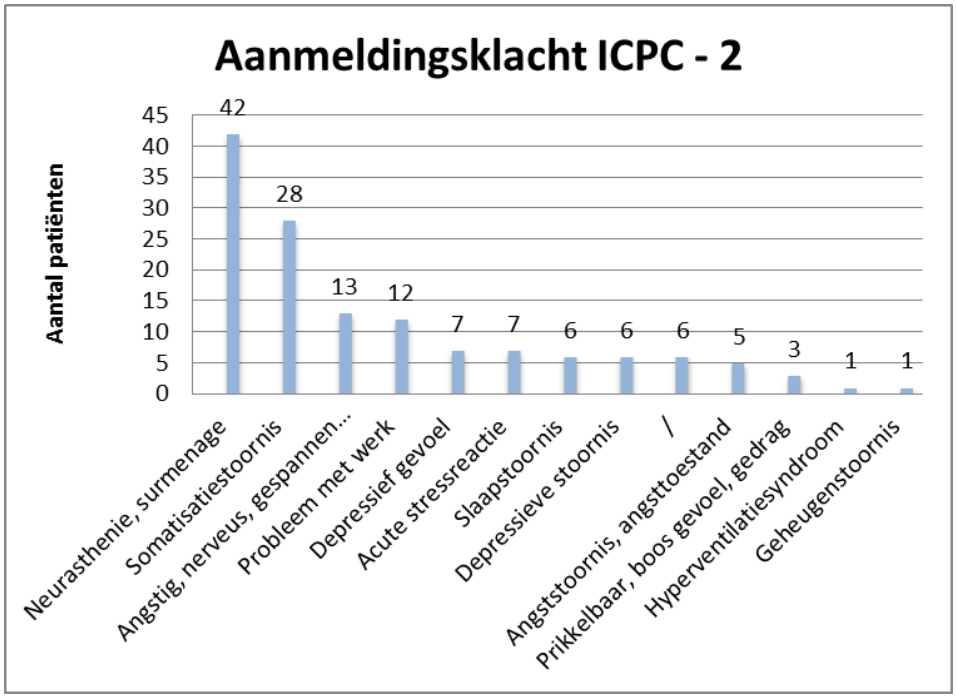
Figuur 1: Leeftijdscategorieën (afgeronde percentages)

De overgrote meerderheid had de Belgische nationaliteit en had Nederlands als moedertaal (beide 89,26%). 106 van de 112 patiënten woonden in Vlaams-Brabant, wat wel te verwachten was, aangezien het onderzoeks domein beperkt was tot het gebied Oost-Brabant. Iets meer dan één derde was gehuwd (37,5%), één vierde was ongehuwd en ongeveer één vijfde was samenwonend (20,54%). Ongeveer 12% was alleenstaand of gescheiden en 3 patiënten waren weduwe/weduwnaar.

Vaste huisarts. Driekwart van de deelnemende patiënten had de bundel ontvangen van hun vaste huisarts. Dit aandeel werd op voorhand hoger in geschat, aangezien men zou verwachten dat patiënten met psychische klachten eerder naar hun vaste huisarts zouden gaan. Maar in dit onderzoek kan dit verklaard worden doordat er een burn-out expert en studentenartsen hebben deelgenomen, hun patiëntenbestand bestaat voornamelijk uit een niet vast cliënteel.

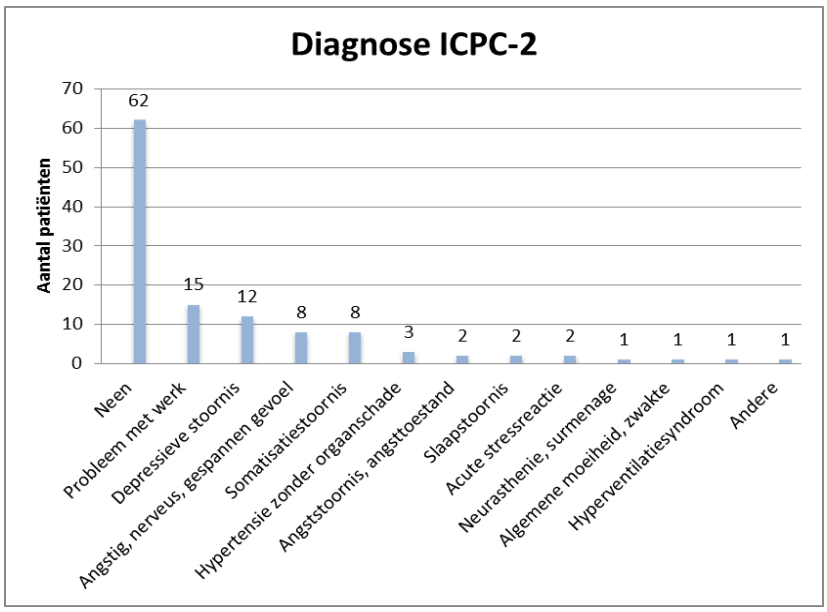
Werk. Van de deelnemende patiënten werkte het grootste deel (70,54%). 15,18% waren studenten, 7,14% waren gepensioneerd, 2 patiënten waren werkzoekende en 1 patiënt was invalide.
In de categorie van de werkende patiënten, was ongeveer de helft bediende (50,63%), 15, 19% had een job in het onderwijs en 12,66% had een job als zorgkundige (in deze categorie zitten alle patiënten die werken in de gezondheidssector). 12.66% waren arbeiders en slechts 2,53% waren zelfstandig. Ongeveer de helft van de patiënten aan wie de 4DKL werd meegegeven, waren in ziekteverlof (55 patiënten waren in ziekteverlof, 48 patiënten niet en 9 patiënten hadden op deze vraag niet geantwoord). Het aantal dagen van ziekteverlof varieerde, de meerderheid (18 patiënten) was minder dan 1 week of 1 week afwezig. 5 patiënten waren meer dan 1 jaar afwezig en de rest bevond zich daartussen (8 patiënten waren al 8 tot 14 dagen in ziekteverlof, 6 patiënten al 15 tot 31 dagen, 9 patiënten 32 tot 90 dagen en 2 patiënten 91 tot 364 dagen).

Aanmeldingsklachten. Op de vraag waarom ze naar de huisarts waren gegaan, werden veel verschillende antwoorden gegeven. De aanmeldingsklachten werden onderverdeeld volgens de ICPC-2 classificatie. De meest voorkomende klacht was neurasthenie/surmenage en somatisatiestoornis. Met andere woorden vermoeidheid en fysieke klachten waren de meest voorkomende aanmeldingsklachten (Zie Figuur 2).



Figuur 2: Aanmeldingsklachten volgens de ICPC-2 classificatie (/ = niet ingevuld)

Diagnoses. De onderverdeling voor de diagnoses verliep gemakkelijker dan bij de aanmeldingsklachten. Ook hier werd gebruik gemaakt van de ICPC-2 classificatie. 62 patiënten hadden geen reeds gestelde diagnose ingevuld (=neen). 15 patiënten gaven zichzelf de diagnose van burn-out, die valt onder de ICPC-2 code “Probleem met werk”. 12 patiënten spraken over een depressieve stoornis en 8 patiënten over overspanning, deze term werd geclassificeerd onder “Angstig, nerveus, gespannen gevoel”. 8 patiënten hadden een somatisatiestoornis (Zie Figuur 3).



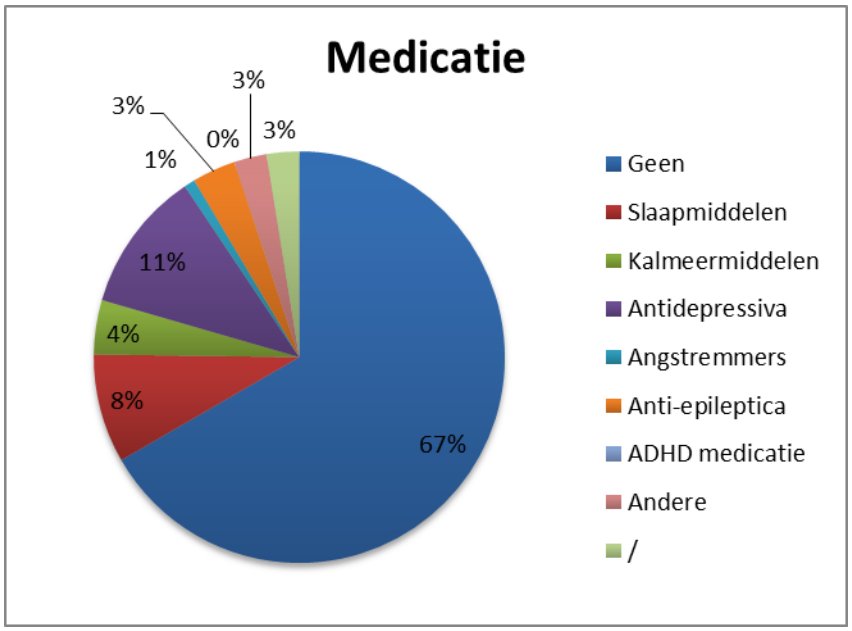
Figuur 3: Diagnoses volgens de ICPC-2 classificatie (neen = niet ingevuld)

Als er wordt gekeken naar de **tien meest voorkomende diagnoses en klachten** rond geestelijke gezondheid, dan staat de depressieve stoornis op nummer één staat (intego-databank 1994-2010, ICPC-2 codes (3)). Uit de bevraging van deze studie staat “Probleem met werk” als eerste, maar op de tweede plaats staat de depressieve stoornis. Angstig, nerveus, gespannen gevoel, staat in deze studie op de 3de plaats en in de intego-databank op de 4de plaats (Zie Figuur 4).

Intego-databank 1994-2010 (3)	Bevraging 4DKL 2015-2016
Depressieve stoornis	Probleem met werk
Acute stressreactie	Depressieve stoornis
Slaapstoornis	Angstig/nerveus/gespannen gevoel
Angstig/nerveus/gespannen gevoel	Somatisatiestoornis
Angststoornis/angsttoestand	Hypertensie zonder orgaanschade
Neurasthenie/surmenage	Acute stressreactie
Somatisatiestoornis	Slaapstoornis
Chronisch alcoholmisbruik	Angststoornis/angsttoestand
Dementie	Neurasthenie/surmenage
Depressief gevoel	Algemene moeheid, zwakte
	Hyperventilatiesyndroom

Figuur 4: Diagnoses Intego-databank versus voorkomen diagnoses uit de studie

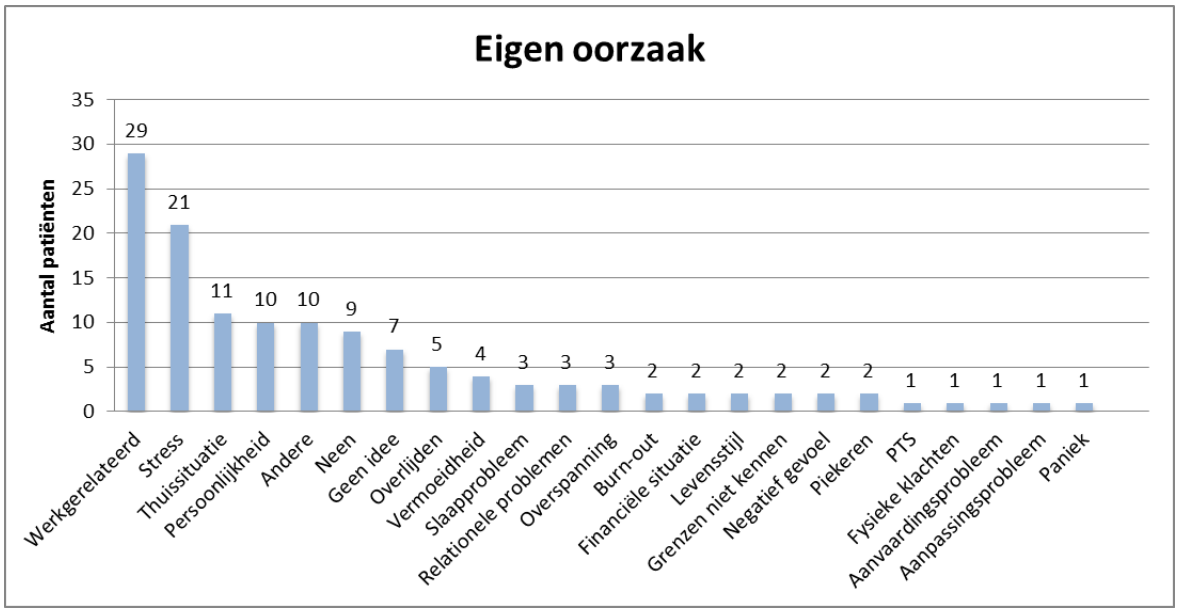
Medicatie (Zie Figuur 5). 78 van de 112 patiënten nam geen medicatie. 13 patiënten namen **antidepressiva**, dus ongeveer 11% van de deelnemende patiënten nam antidepressiva. Op het moment van de Belgische gezondheidsenquête van 2013 gebruikte 8% van de personen van 15 jaar en ouder antidepressiva (4). Deze waarden zijn vergelijkbaar, ook al ligt het percentage in dit onderzoek wel wat hoger, dit kan verklaard worden omdat het hier niet om de algemene bevolking gaat, maar reeds om patiënten met een vermoeden van een psychisch probleem. Van de 13 patiënten die antidepressiva namen, hadden er 6 geen depressie, 4 een matig verhoogde score voor depressie en 3 een sterk verhoogde score voor depressie. Hieruit zou men kunnen concluderen dat 6 patiënten ten onrechte antidepressiva nemen, maar misschien gaat het hier om mensen die al een lange tijd antidepressiva nemen en geen acute symptomen meer vertonen. Ongeveer 12% van de deelnemende patiënten namen **slaap-en kalmeringsmiddelen**, dit komt overeen met de gegevens uit de gezondheidsenquête van 2013 (4).



Figuur 5: Medicatiegebruik

Duur van de klachten. De duur van de klachten was wat verspreid. Bij de grootste groep waren de klachten begonnen 1-3 maanden geleden (27,68%), bij de tweede grootste groep waren de klachten meer dan 12 maanden bezig (26,79%). 15,18% gaf aan dat de klachten al 3-6 maanden bezig waren, bij 13,39% waren de klachten minder dan 1 maand bezig en bij 10,71% waren de klachten 6-12 maanden bezig. 7 patiënten hadden deze vraag niet ingevuld. Hieruit zou men kunnen besluiten dat patiënten of te wel vrij snel naar hun huisarts gaan of juist eerder wachten om hulp te zoeken. Maar deze conclusie hieruit trekken, is wat kort door de bocht.

Oorzaken van de klachten. Op de vraag wat volgens hen de belangrijkste oorzaak is van hun klachten werden heel veel oorzaken aangehaald. Deze oorzaken werden onderverdeeld in 25 categorieën (Zie Figuur 6). De grootste oorzaken van hun klachten waren: werkgerelateerd, stress, hun thuissituatie en hun persoonlijkheid.



Figuur 6: Belangrijkste oorzaken van de klachten (neen = niet ingevuld, andere = o.a pensioen, ziekte van lyme, psychose, osteoporose, probleem met hormonen, samenloop van omstandigheden en hypertensie)

A.2. Mening patiënten over de 4DKL

De meerderheid (40,18%) van de patiënten had **5 tot 10 minuten** nodig om de vragenlijst in te vullen. Ongeveer 1/4de (27,68%) had minder dan 5 minuten nodig, ongeveer 1/4de (22,32%) had 10 tot 15 minuten nodig en 7 patiënten hadden meer dan 15 minuten nodig.

102 van de 112 patiënten (91,07%) hadden deze vragenlijst voor het eerst ingevuld. Voor 108 patiënten (96,43%) was het duidelijk hoe ze de vragenlijst moesten invullen en voor 105 patiënten (93,75%) was het duidelijk waarom ze deze moesten invullen.

Op de stelling: "**Het invullen van deze vragenlijst was moeilijk voor mij**." Gaf 50% aan dat ze helemaal niet akkoord waren en het dus niet moeilijk vonden om de vragenlijst in te vullen. Ongeveer 1/4de (25,89%) gaf aan dat ze eerder niet akkoord waren, 18,75% vond deze stelling eerder akkoord en 2 patiënten gaven aan dat ze helemaal akkoord waren met deze stelling. In het totaal vonden 23 patiënten het eerder moeilijk om deze vragenlijst in te vullen. Volgende redenen werden door de patiënten zelf aangegeven: door de vragenlijst moesten ze over zichzelf nadenken en dat ervoeren ze als niet zo gemakkelijk. Een veel voorkomende opmerking was dat de vragenlijst over de afgelopen week ging en hun klachten terugbrengen tot de afgelopen week was voor sommigen niet evident. Een andere opmerking was dat het niet gemakkelijk was om toe te geven dat het mentaal niet meer gaat. Ook gaven 2 patiënten aan dat het niet gemakkelijk was om te werken met de scores. Er waren ook veel positieve reacties, dat het duidelijk was, dat het hen deed nadenken, … .
Welke patiënten vonden het moeilijk om deze vragenlijst in te vullen? Het gaat hier om die 23 patiënten. Er wordt geen verschil gezien tussen mannen en vrouwen. Het lag ook niet aan de moedertaal, want er waren maar 3 van de 23 die niet Nederlands of Engels als moedertaal hadden. Wat wel duidelijk was, was dat vooral de jongere deelnemers (12 van de 23 patiënten waren jonger dan 30 jaar) het moeilijker vonden om de vragenlijst in te vullen. Hierbij samenhangend waren het ook vooral de studenten (7 van de 17 studenten) die het moeilijk vonden om de vragenlijst in te vullen. Bij de werkenden waren het vooral de arbeiders en de zorgkundigen die het moeilijk hadden

deze vragenlijst in te vullen. Vooral patiënten met aanmeldingsklacht acute stressreactie vonden het moeilijk om de vragenlijst in te vullen (5 van de 7 patiënten).

70 patiënten gaven aan dat de vragenlijst hen niet tot **inzicht** had gebracht, 37 patiënten vonden dat wel en 5 patiënten hadden hier geen mening over. De patiënten die vonden dat ze tot inzicht kwamen, haalden volgende redenen aan. Voor sommigen gaf de vragenlijst aan dat ze hulp nodig hadden, dat hun situatie ernstiger/minder ernstig was dan dat ze zelf dachten en 3 patiënten gaven aan dat ze een relatie zagen tussen hun fysieke klachten en hun psychische klachten.
Welke patiënten kwamen tot inzicht door de 4DKL? Per diagnose vonden ongeveer de helft van de patiënten dat ze via de 4DKL tot inzicht kwamen. Behalve bij de categorie somatisatiestoornis. Van de 8 patiënten uit deze categorie gaven er slechts 2 aan dat ze via de 4DKL tot inzicht waren gekomen.

97 patiënten dachten dat de informatie van deze vragenlijst **nuttig** zou zijn **voor hun huisarts**, 6 patiënten vonden van niet, 3 patiënten antwoorden misschien en 6 patiënten hadden geen mening. Ze zagen het als een hulpmiddel bij de diagnostiek en opvolging, als een verdieping in hun klachten, het geeft een globaal beeld, het helpt om de situatie in te schatten, het is vollediger (in de praktijk geen tijd om dat allemaal te bevragen) en het helpt bij het uitsluiten van bepaalde zaken (zoals suïcide, ernstige psychische aandoeningen). Eén patiënt vond het negatief dat het om een momentopname ging.

Andere opmerkingen en suggesties die werden gegeven:
Een opmerking die hier weer aan bod komt, is het feit dat het om een momentopname gaat. Een patiënt stelde voor om de vragen over een ruimere periode te bekijken. Ook de opmerking over de scores werd hier weer aangehaald. Een patiënt stelde voor om een duidelijker beeld te schetsen. “Soms” is zoveel keer per week, “vaak” is zoveel keer per week, enzovoort.

A.3. De Scores

Hieronder worden per dimensie de verschillen besproken tussen geslacht en leeftijdscategorieën (Zie Figuur 7). Deze resultaten zijn vertekend door de sampling. De huisartsen konden zelf kiezen aan wie ze de vragenlijst meegaven en die beslissing zal bij elke huisarts verschillend zijn geweest. Vandaar dat onderstaande gegevens niet als methodologische exacte resultaten, maar eerder als bedenkingen gezien moeten worden.

	Geslacht		**Leeftijd**						
	Mannen	Vrouwen	10 - 20 jaar	21 - 30 jaar	31 - 40 jaar	41 - 50 jaar	51 - 60 jaar	61 - 70 jaar	> 70 jaar
Distress									
0 tot 10	25,00 % (7)	14,29 % (12)	0,00 % (0)	15,63 % (5)	20,00 % (5)	11,11 % (2)	17,39 % (4)	33,33 % (2)	33,33 % (1)
11 tot 20	21,43 % (6)	36,90 % (31)	60,00 % (3)	40,63 % (13)	28,00 % (7)	27,78 % (5)	17,39 % (4)	50,00 % (3)	66,67 % (2)
> 20	53,57 % (15)	48,81 % (41)	40,00 % (2)	42,75 % (14)	52,00 % (13)	61,11 % (11)	65,22 % (15)	16,67 % (1)	0,00 % (0)
Somatisatie									
0 tot 10	53,87 % (15)	40,48 % (34)	40,00 % (2)	37,50 % (12)	52,00 % (13)	38,89 % (7)	39,13 % (9)	66,67 % (4)	66,67 % (2)
11 tot 20	42,86 % (12)	45,24 % (38)	60,00 % (3)	46,88 % (15)	44,00 % (11)	33,33 % (6)	52,17 % (12)	33,33 % (2)	33,33 % (1)
> 20	3,57 % (1)	14,29 % (12)	0,00 % (0)	15;63 % (5)	4,00 % (1)	27,78 % (5)	8,70 % (2)	0,00 % (0)	0,00 % (0)
Depressie									
0 tot 2	42,86 % (12)	50,00 % (42)	20,00 % (1)	62,50 % (20)	52,00 % (13)	44,44 % (8)	34,78 % (8)	33,33 % (2)	66,67 % (2)
3 tot 5	25,00 % (7)	16,67 % (14)	40,00 % (2)	9,38 % (3)	28,00 % (7)	22,22 % (4)	8,70 % (2)	50,00 % (3)	0,00 % (0)
> 5	32,14 % (9)	33,33 % (28)	40,00 % (2)	28,13 % (9)	20,00 % (5)	33,33 % (6)	56,52 % (13)	16,67 % (1)	33,33 % (1)
Angststoornis									
0 tot 3	57,14 % (16)	47,62 % (40)	40,00 % (2)	46,88 % (15)	56,00 % (14)	50,00 % (9)	56,52 % (13)	33,33 % (2)	33,33 % (1)
4 tot 9	32,14 % (9)	34,52 % (29)	60,00 % (3)	25,00 % (8)	36,00 % (9)	27,78 % (5)	30,43 % (7)	66,67 % (4)	66,67 % (2)
> 9	10,71 % (3)	17,86 % (15)	0,00 % (0)	28,13 % (9)	8,00 % (2)	22,22 % (4)	13,04 % (3)	0,00 % (0)	0,00 % (0)

Figuur 7: Overzicht scores (getal tussen haakjes zijn het aantal patiënten)

a. Distress

Kijkend naar de distressscore, hadden 56 patiënten (50%) een sterk verhoogde score voor distress. Dit geeft aan dat de huisartsen de juiste patiënten de vragenlijst hebben meegegeven. 37 patiënten (33,04%) hadden een matig verhoogde score en 19 patiënten (16.96%) hadden geen verhoogde distressscore. Bij deze score komt de verhouding tussen **mannen en vrouwen** ongeveer overeen. In de categorie van de mannen (28 mannen), hadden 15 mannen (53,57%) een sterk verhoogde score, 6 mannen (21,43%) een matig verhoogde score en 7 mannen (25%) geen verhoogde score. Bij de vrouwen (84 vrouwen) hadden 41 vrouwen (48,81%) een sterk verhoogde score, 31 vrouwen (36,90%) een matig verhoogde score en 12 vrouwen (14,29%) geen verhoogde score.

Kijkend naar de **leeftijdscategorieën** kan het volgende worden besloten. In de leeftijdscategorie tussen 41 en 60 jaar scoorde meer dan 60% hoog op distress en is het aandeel van geen distress minder dan 20%. In de categorie ouder dan 60 jaar liggen deze cijfers anders. Daar is het aandeel die hoog scoorde op distress het kleinst, het gaat hier wel maar om 9 patiënten. In de leeftijdscategorie 21-30 jaar (32 patiënten) werd volgende verdeling bekomen: 5 patiënten (15,63%) hadden geen verhoogde score, 13 patiënten (40,63%) een matig verhoogde score en 14 patiënten (43,75%) een sterk verhoogde score. In de leeftijdscategorie 31-40 jaar (25 patiënten) hadden 5 patiënten (20 %) geen verhoogde score, 7 patiënten (28%) een matig verhoogde score en 13 patiënten (52%) een sterk verhoogde score. Dus naarmate dat men ouder wordt, wordt de score van distress hoger, tot op de leeftijd van 60 jaar, daarna daalt het weer. Er werd verwacht dat de hoogste scores bij de leeftijdscategorie 21-40 jaar zou liggen, aangezien zij op die leeftijd jonge kinderen hebben, aan de start van hun carrière staan,… Maar dat blijkt niet zo te zijn. Misschien zijn ze op jonge leeftijd nog weerbaar tegen stress en mindert dat naarmate ze ouder worden. Het feit dat de distress daalt na 60 jaar kan verklaard worden door het feit dat patiënten in deze categorie meestal niet meer werken.

b. Somatisatie

Van de 112 deelnemende patiënten waren er 49 patiënten (43,75%) waarbij er geen somatisatie was, 50 patiënten (44,64%) waarbij de score voor somatisatie matig verhoogd was en 13 patiënten (11,61%) waarbij de somatisatie sterk verhoogd was. In de groep van de **mannen** (28 mannen) was er maar 1 man (3,57%) die hoog scoorde voor somatisatie. 15 mannen (53,57%) hadden geen somatisatie en 12 mannen (42,86%) hadden een matig verhoogde score. In de groep van de **vrouwen** (84 vrouwen) ziet die verdeling er anders uit, 12 vrouwen (14,29%) hadden een sterk verhoogde score, 38 vrouwen (45,24%) een matig verhoogde score en 34 vrouwen (40,48%) hadden geen somatisatie. Dus vrouwen hebben meer lichamelijke klachten in dit onderzoek dan mannen.

Kijkend per **leeftijdscategorie** zijn het vooral de 41-50 jarigen die hoog scoorden voor somatisatie, 5 van de 18 patiënten (27,78%) had een score hoger dan 20. In de grootst vertegenwoordigde leeftijdscategorie (21 -30 jaar: 32 patiënten) zijn er 12 patiënten (37,5%) die geen somatisatie vertoonden, 15 patiënten (46,88%) hadden matig verhoogde scores en 5 patiënten (15,63%) sterk verhoogde scores. In de jongste (10-20 jaar) en de oudste leeftijdscategorie (>60 jaar) waren er geen patiënten met een score hoger dan 20. Maar deze categorieën waren duidelijk minder vertegenwoordigd, slechts 14 patiënten.

c. Depressie

Van de 112 patiënten hadden 54 patiënten (48,21%) geen depressie, 21 patiënten (18,75%) een matig verhoogde score en 37 patiënten (33,04%) een sterk verhoogde score. Het verschil tussen de **mannen** en de **vrouwen** is dat de vrouwen gemiddeld iets lager scoorden dan de mannen. 12 mannen (42,86%) hadden geen depressie, 7 mannen (25%) een matig verhoogde score en 9 mannen (32,14%) een sterk verhoogde score. Bij de vrouwen hadden 42 vrouwen (50%) geen depressie, 14 vrouwen (16,67%) een matig verhoogde score en 28 vrouwen (33,33%) een sterk verhoogde score.

Net zoals bij de distressscore is de **leeftijdscategorie** met de hoogste percentages voor een sterk verhoogde score de leeftijdscategorie van 41-60 jaar. 33,3% (6 van de 18 patiënten) van de 41-50 jarigen scoorden sterk verhoogd en bij de 51-60 jarigen is dat zelf 56,52% (13 van de 23 patiënten). In de leeftijdscategorie 21-40 jarigen is depressie duidelijk minder aanwezig. De scores voor de 21-30 jarigen: 20 patiënten (62,50%) hadden geen depressie, 3 patiënten (9,38%) matig verhoogde scores en 9 patiënten (28,13%) sterk verhoogde scores. De scores voor de 31-40 jarigen: 13 patiënten (52%) hadden geen depressie, 7 patiënten (28%) matig verhoogde scores en 5 patiënten (20%) sterk verhoogde scores. De jongste en de oudste leeftijdscategorie zijn te weinig vertegenwoordigd om hier conclusies uit te trekken.

d. Angst

In de groep van de angstscore hadden 56 patiënten (50%) geen angst, 38 patiënten (33,93%) hadden een matig verhoogde score en 18 patiënten (16,07%) een sterk verhoogde score. Algemeen zijn de **vrouwen** iets angstiger dan de **mannen**. Bij de mannen waren er 16 mannen (57,14%) die geen angst hadden,9 mannen (32,14%) hadden een matig verhoogde score en 3 mannen (10,71%) een sterk verhoogde score. Bij de vrouwen waren er 40 vrouwen (47,62%) die geen angst hadden, 29 vrouwen (34,52%) met een matig verhoogde score en 15 vrouwen (17,86%) met een sterk verhoogde score.

Opvallend is dat de angst het laagst is in de **leeftijdscategorie** 31-40 jaar: 14 patiënten (56%) hadden geen angst, 9 patiënten (36%) een matig verhoogde score en 2 patiënten (8%) een sterk verhoogde score. De angst is het hoogst in de categorie 21-30 jaar: 15 patiënten (46,88%) hadden geen angst, 8 patiënten (25%) een matig verhoogde score en 9 patiënten (28,13%) een sterk verhoogde score. Tussen 41-50 jaar zijn de cijfers als volgt: 9 patiënten (50%) hadden geen angst, 5 patiënten (27,78%) een matig verhoogde score en 4 patiënten (22,22%) een sterk verhoogde score. Tussen 51-60 jaar zijn de cijfers: 13 patiënten (56,52%) hadden geen angst, 7 patiënten (30,43%) een matig verhoogde score en 3 patiënten (13,04%) een sterk verhoogde score. In de jongste en oudste categorieën zijn er geen patiënten met een hoge score, maar hier conclusies uit trekken is omwille van de ondervertegenwoordiging niet mogelijk.

Tijdens het onderzoek werden de **cutoffs van de angstscore** aangepast, de angstscore werd verstrengd. Geen angststoornis werd van 0-7 veranderd naar 0-4. De matig verhoogde score werd van 8-12 veranderd naar 4-9 en de sterk verhoogde score van >12 naar >9. Op zich heeft dit geen invloed op de verwerking van de gegevens, maar wel hoe de arts met deze scores zijn omgegaan. De artsen zijn tijdens het onderzoek verwittigd geweest betreffende deze aanpassing.

A.4. Verbanden

Volgende drie verbanden worden hieronder besproken:
a. Is er een overeenkomst tussen de scores van distress en somatisatie?
b. Komen de diagnoses/aanmeldingsklachten overeen met de scores?
c. Welke aanmeldingsklacht heeft de hoogste score?

a. Overeenkomst distress en somatisatie?

Een verband dat werd verwacht, maar nog bevestigd moest worden was de volgende. Komen de categorie somatisatie en distress overeen, met andere woorden scoren patiënten met een hoge somatisatiescore ook hoog op de distressscore en omgekeerd? (Zie Figuur 8)

	Distress			**Totaal**
Somatisatie	0 tot 10	11 tot 20	> 20	
0 tot 10	15	19	15	49
11 tot 20	4	15	31	50
> 20	0	3	10	13
Totaal	19	37	56	

Figuur 8: Relatie Distress en Somatisatie

In de categorie geen distress waren er 15 patiënten (78,95%) die geen somatisatie hadden en 4 patiënten (21,05%) die een matig verhoogde score voor somatisatie hadden, er waren geen patiënten met een lage distressscore en een hoge somatisatiescore. In een categorie hoger, de categorie van matig verhoogde distress, waren er 19 patiënten (51,35%) die geen somatisatie hadden, 15 patiënten (40,54%) die een matig verhoogde score hadden en 3 patiënten (8,11%) die een sterk verhoogde score hadden. In de laatste categorie, de patiënten met een sterk verhoogde score voor distress, waren er 15 patiënten (26,69%) die geen somatisatie vertoonden, 31 patiënten (55,36%) hadden een matig verhoogde score voor somatisatie en 10 patiënten (17,86%) hadden een sterk verhoogde score voor somatisatie.

In de categorie van geen somatisatie zijn de scores voor distress verdeeld. 15 patiënten (30,61%) vertoonden geen distress, 19 patiënten (38,78%) hadden een matig verhoogde score en 15 patiënten (30,61%) hadden een sterk verhoogde score. In de categorie van matig verhoogde somatisatie, waren er 4 patiënten (8%) die geen distress hadden, 15 patiënten (30%) met een matig verhoogde score en 31 patiënten (62%) met een sterk verhoogde score. In de categorie van sterk verhoogde somatisatie waren er geen patiënten die geen distress vertoonden, 3 patiënten (23,08%) met een matig verhoogde score en 10 patiënten (76,92%) met een sterk verhoogde score voor distress.

Hieruit kan er worden besloten dat de distressscore en de somatisatiescore met elkaar verbonden zijn. Hoe hoger de distress, hoe meer kans op somatisatie en hoe hoger de somatisatiescore hoe hoger de distressscore.

b. Komen de diagnoses/aanmeldingsklachten overeen met de scores?

In de categorie diagnose "**depressieve stoornis"** zijn er 12 patiënten en deze scoorden allemaal hoger dan 11 of 11 bij distress. Als er wordt gekeken naar de depressiescores, dan waren er 5 patiënten (41,67%) die geen depressie hadden, 1 patiënt (8,33%) een matig verhoogde score en 6 patiënten (50%) een sterk verhoogde score. Dit zou willen zeggen dat ongeveer de helft een foutieve diagnose heeft gekregen. Hierbij moet wel een kanttekening worden gemaakt, het waren de

patiënten zelf die de diagnose hebben opgeschreven, niet de huisartsen. Misschien had de huisarts de term depressie laten vallen, maar wou die de 4DKL gebruiken om eens verder te kijken. Bij de aanmeldingsklacht depressieve stoornis kloppen de scores wel. Er waren 6 patiënten die zich aanmelden met een depressieve stoornis. Hiervan scoorden 5 van de 6 sterk verhoogde scores op depressie. Dezelfde verdeling was te zien bij de scores van distress.

De grootste groep had de aanmeldingsklacht vermoeidheid, gecodeerd als **"neurasthenie, surmenage"**. In deze groep varieerden de scores heel sterk. De meesten hadden een sterk verhoogde score voor distress (23 van de 42 (54,76%)), 11 patiënten (26,19%) hadden geen verhoogde score en 8 patiënten (19,04%) een matig verhoogde score. Voor somatisatie scoorde deze groep eerder zwak. De meerderheid had geen somatisatie (17 patiënten/40,48%) of een matig verhoogde score (22 patiënten/52,38%). Slechts 3 patiënten (7,14%) van deze groep hadden een sterk verhoogde score. In de categorie depressie scoorden deze patiënten eerder geen depressie (21 patiënten/50%) of juist wel een duidelijke depressie (14 patiënten/33,33%), 7 patiënten (16,66%) hadden een matig verhoogde score. Er waren 6 patiënten (14,29%) die een sterk verhoogde score hadden voor angst. Als diagnose werd neurasthenie, surmenage maar één keer gesteld.

Bij de diagnose **"Probleem met werk"** is er een grote variatie qua scores. Van de 15 patiënten met deze diagnose hadden er 2 patiënten (4,76%) geen distress, 5 patiënten (33,33%) een matig verhoogde score en 8 patiënten (53,33%) een sterk verhoogde score. 8 patiënten (53,33%) hadden geen somatisatie, 4 patiënten (26,66%) een matig verhoogde score en 3 patiënten (20%) een sterk verhoogde score. 8 patiënten (53,33%) hadden geen depressie, 1 patiënt (6,66%) had een matig verhoogde score en 6 patiënten (40%) hadden een sterk verhoogde score. 7 patiënten (46,66%) hadden geen angst, 7 patiënten (46,66%) een matig verhoogde score en 1 patiënt (6,66%)een sterk verhoogde score.

Bij de diagnose "**angststoornis, angsttoestand"** waren de scores voor angst alleen matig verhoogd en sterk verhoogd, maar er waren wel maar 2 patiënten met deze diagnose. In de categorie **"angstig, nerveus, gespannen gevoel"** scoorden er van de 8 patiënten, 5 patiënten (62,5%) geen angst en 3 patiënten (37,5%) een matig verhoogde score, er waren geen patiënten met een sterk verhoogde score voor angst. Dit zou aangeven dat deze diagnose niet juist is. Maar bij de ICPC-2 code valt overspanning onder deze categorie en de meeste patiënten in deze categorie gaven zichzelf de diagnose overspanning, wat dus eigenlijk niets met angst heeft te maken, maar wel met een gespannen gevoel. Hetzelfde verband zien we bij de aanmeldingsklachten en de scores van angst.

Onder de diagnose **somatisatiestoornis** vallen alle fysieke klachten (cervicalgie, hernia, ….). Behalve hyperventilatiesyndroom, algemene moeheid/zwakte en hypertensie. Die werden apart gecodeerd, dat waren er 5 in totaal. In de categorie diagnose somatisatiestoornis waren er van de 8 patiënten, 2 patiënten (25%) zonder somatisatie, 4 patiënten (50%) met een matig verhoogde score en 2 patiënten (25%) met een sterk verhoogde score. Bij de aanmeldingsklacht somatisatiestoornis (28 patiënten) waren er 12 patiënten (42,86%) zonder somatisatie, 11 patiënten (39,29%) met een matig verhoogde score en 5 patiënten (17,86%) met een sterk verhoogde score. Hier wordt geen duidelijke correlatie gezien tussen de diagnose/aanmeldingsklacht somatisatiestoornis en de score.

c. Welke aanmeldingsklacht heeft de hoogste scores?

Op deze vraag is moeilijk een eenduidig antwoord te formuleren. Vandaar dat dit wordt bekeken per score. Ze worden opgesomd van hoog naar laag.

Distressscore: de volgende aanmeldingsklachten scoorden vooral hoog op distress: prikkelbaar/boos gevoel/gedrag, depressieve stoornis, angstig/nerveus/gespannen gevoel, angststoornis/angsttoestand, acute stressreactie en neurasthenie/surmenage. In deze gevallen scoorden meer dan de helft van de patiënten per diagnose hoger dan 20.

Somatisatiescore: de volgende aanmeldingsklachten scoorden het hoogst op somatisatie: angststoornis/angsttoestand, angstig/nerveus/gespannen gevoel, somatisatiestoornis, slaapstoornis en probleem met werk. In deze gevallen scoorden meer dan 15% van de patiënten per diagnose hoger dan 20.

Depressiescore: de volgende aanmeldingsklachten scoorden hoog op depressie: depressieve stoornis, prikkelbaar/boos gevoel/gedrag, angstig/nerveus/gespannen gevoel. In deze gevallen scoorden meer dan de helft van de patiënten per diagnose hoger dan 5.

Angstscore: de volgende aanmeldingsklachten scoorden hoog op angst: acute stressreactie, prikkelbaar/boos gevoel/gedrag, angstig/nerveus/gespannen gevoel en angststoornis/angsttoestand. In deze gevallen scoorden meer dan 1/5de van de patiënten per diagnose hoger dan 9.

B. Resultaten en bespreking kwalitatieve deel onderzoek

Eerst worden de deelnemende artsen weergegeven. Daarna worden de resultaten van de twee afsluitende vergaderingen besproken.

B.1. Deelnemende artsen

Artsen	Praktijk	Aantal jaren huisarts	Geslacht	Feedback
Groep 1 (10/12/2015)				
Arts 1	Leuven	7 jaar	Vrouw	Geen opmerkingen
Arts 2	Herent	28 jaar	Vrouw	Geen opmerkingen
Arts 3	Herent	28 jaar	Man	Geen opmerkingen
Arts 4	Herent	36 jaar	Vrouw	Geen opmerkingen
Arts 5	Meerbeek	31 jaar	Vrouw	Geen opmerkingen
Arts 6	Kessel-lo	2de jaar HAIO	Vrouw	Geen opmerkingen
Groep 2 (15/01/2016)				
Arts 7	Leuven	2 jaar	Vrouw	Geen opmerkingen
Arts 8	Leuven	1ste jaar HAIO	Vrouw	Geen opmerkingen
Arts 9	Leuven	18 jaar	Vrouw	Geen opmerkingen
Arts 10	Leuven	1ste jaar HAIO	Man	Opmerking*
Arts 11	Leuven	16 jaar	Vrouw	Geen opmerkingen
Arts 12	Leuven	13 jaar	Man	Geen opmerkingen

Figuur 9: Huisartsen die hebben deelgenomen aan de afsluitende vergaderingen

* Deze arts kon zich in de meeste stellingen vinden, behalve de stelling dat de 4DKL stigmatiserend kan zijn. Het is aan de huisarts om deze vragenlijst te kaderen en zo stigmatisering te vermijden.

Initieel zouden er 36 artsen (waaronder 7 huisartsen in opleiding) deelnemen aan mijn onderzoek. Hiervan zijn er 18 artsen (waaronder 3 HAIO's) afgevallen. Zij hebben geen enkele vragenlijst laten invullen en niet deelgenomen aan de afsluitende vergaderingen. Dus 18 artsen, als ik mezelf daarbij reken 19 artsen, hebben samen 112 vragenlijsten laten invullen door patiënten. 12 van de 18 artsen hebben deelgenomen aan de twee afsluitende vergaderingen (Zie Figuur 9). Ter controle werden de afsluitende vergaderingen samengevat in stellingen per onderdeel (Bijlage 7) en deze samenvatting werd voorgelegd aan de deelnemende huisartsen. Hierop hebben alle huisartsen gereageerd. Algemeen konden zij zich vinden in de stellingen die werden voorgelegd. Deze stellingen worden hieronder uitgewerkt.

B.2. Resultaten afsluitende vergaderingen

Eerst worden de globale ervaringen van de deelnemende artsen besproken en daarna wordt er gewerkt per thema. Volgende thema's komen aan bod: tijd, praktisch gebruik, informatie verworven door de 4DKL en meerwaarde van de 4DKL.

a. Globale ervaringen

In dit deeltje worden de grootste pluspunten en grootste minpunten bij het gebruik van de 4DKL volgens de deelnemende artsen besproken.

Voordelen

Alle artsen waren het eens dat de 4DKL een **2de gesprek gemakkelijker** maakt. Door de 4DKL te gebruiken maak je psychische problemen bespreekbaar, het trekt je gesprek open. Zo wordt een psychische oorzaak voor somatische klachten bespreekbaar. Dit was voor vele artsen een absoluut pluspunt. De 4DKL geeft je een goed ingangspunt om **somatisatie bespreekbaar** te **maken**. *Goed instrument voor patiënten die vasthangen in hun somatische klachten. Ze zitten op het somatische spoor en via de 4DKL kan je hen naar het psychische spoor krijgen*.

Het feit dat je via de 4DKL de **lijdensdruk** van de patiënt kan **benoemen en inschatten** vonden ze ook een groot pluspunt. De 4DKL helpt je een inschatting te maken van de ernst van de problematiek, hierdoor gaat het onder- en overschatting tegen.

Waarover alle artsen het ook eens waren, was dat de 4DKL de **patiënt zelf tot inzicht** bracht. Door hen de vragenlijst mee te geven, moesten de patiënten nadenken over hun eigen problematiek en hierdoor kwamen ze vaak al zelf tot inzichten. Zo werd de 4DKL beschreven als een reflectie-instrument en een huiswerkopdracht.

De meeste artsen zagen het ook als een **aanvulling** op hun **anamnese** van hun eerste consult, door de 4DKL kregen ze zelf ook meer inzicht in de klachten van hun patiënt. Zo hadden ze meer bagage voor het 2de consult. Sommige artsen vonden het een goede manier om hun **1ste consult af te sluiten** en zo al een link te leggen naar de volgende consultatie, zo konden ze hun 2de consult ook gemakkelijker motiveren.

Voor de jonge artsen gaf de 4DKL hen wat **ademruimte** om eens na te denken wat ze met die patiënt gingen doen. Er werd een mooie vergelijking gemaakt met de bloedafname. Soms neem je bloed om tijd te krijgen om over een bepaalde casus na te denken en dat is bij de 4DKL ook zo.

De meeste artsen vonden het ook een handige tool om **depressie en vooral angst** eruit te halen. Twee artsen vonden het een nuttig **opvolgingsinstrument**, de rest had de 4DKL hiervoor niet gebruikt.

Twee artsen hadden de **4DKL niet gebruikt** en de redenen daarvoor waren de volgende: het was moeilijk te organiseren (je moest eraan denken, waar lag dat nu ook al weer, …), het was weer iets nieuws, iets ongekends en de barrière om het mee te geven was te groot, de stap om iets ongekends te gaan gebruiken was te groot, er bestaan al zoveel tools, op den duur verlies je het overzicht. Vaak was de situatie zo ernstig dat je de patiënt sowieso moest doorverwijzen en dan had de 4DKL geen meerwaarde. Eén arts vond dat ze al voldoende informatie haalde uit een face to face gesprek, ze had niet direct nood om een instrument te gaan gebruiken en de andere arts had schrik dat de 4DKL te tijdrovend ging zijn (drukke periode, altijd 2de consultatie nodig).
Aan hen werd gevraagd welke **motivatie** er zou kunnen zijn om de **4DKL wel te gebruiken**. Zij gaven aanvullend aan de voordelen hier boven vernoemd, dat de 4DKL de betrokkenheid van de patiënt zou kunnen vergroten. Je hebt iets op papier, je kan het met hen doornemen en met hen bespreken. Door een vragenlijst mee te geven voelen patiënten zich gehoord, ze voelen zich serieus genomen.

Nadelen

Qua minpunten verschilden de twee groepen. De **eerste groep** vond het grootste nadeel het uitrekenen van de scores, dit was volgens hen te omslachtig. Ook vonden in de eerste groep de helft van de artsen dat de 4DKL soms stigmatiserend werkt en je geeft je patiënt een score, waardoor de 4DKL te technisch, te instrumenteel is en hierdoor ga je te veel op de vragenlijst vertrouwen, wat gevaarlijk kan zijn. In de eerste groep vonden alle artsen wel dat je de scores niet te letterlijk mocht nemen, maar de scores moest relativeren. Ze waren het er over eens dat de 4DKL geen diagnostisch instrument is.

Het grootste nadeel van de 4DKL volgens de **tweede groep** was dat de 4DKL een momentopname is. De patiënten moeten hun klachten baseren op de afgelopen week. Vaak hadden ze al veel langer klachten en vonden ze het moeilijk om het terug te brengen tot de afgelopen week, hierdoor kreeg je soms een overschatting of onderschatting van de ernst. Dit nadeel werd ook door de patiënten zelf aangehaald, zie hierboven. In de tweede groep vonden ze het ook een nadeel dat je altijd een tweede consult moest voorzien, patiënten verwachten vaak dat ze direct worden geholpen.

b. Tijd

Algemeen ervoeren de artsen de 4DKL als een **tijdswinst**. Het helpt je consultatie afronden, je hoeft niet alles te bevragen tijdens de anamnese, je komt sneller tot de kern van het probleem (bijvoorbeeld dat er een angstcomponent meespeelt), je komt sneller tot een “diagnose” en het geeft je sneller aanknopingspunten (je kan snel in de vragenlijst de vragen bekijken waar er een 4 op wordt gescoord). Ook geeft het je sneller de toelating om er over te spreken. Aangezien ze zelf de vragenlijst hebben ingevuld, geven ze jou als arts de toestemming om er over te praten. Als je de 4DKL niet zou gebruiken dat moet je daar naar gaan beginnen vissen of vinden ze het moeilijk om er over te praten en hierdoor win je tijd.

Het enige waar ze tijd mee verloren was het **uitrekenen van de scores**, maar dat werd maar door de helft van de artsen zo ervaren. De meeste artsen rekenden de scores uit voor de consultatie. Twee artsen deden dat tijdens de consultatie (ze overliepen snel de vragenlijst). Eén arts liet het uitrekenen door de secretaresse en één arts had één keer geprobeerd om het te laten uitrekenen door de patiënt, de patiënt in kwestie had daar geen probleem mee. Ze gaven wel aan dat het in het begin vooral moeilijk was, maar na meerdere vragenlijsten uit te rekenen, ging het wel sneller.

Op de vraag “Hoeveel tijd denken jullie zelf dat de patiënt nodig had om de vragenlijst in te vullen” waren ze het vrij eens. Ze schatten ongeveer 5 tot 10 minuten. Hierover waren geen klachten gekomen van de patiënten zelf.

c. Praktisch gebruik

Algemeen werd de 4DKL ervaren als een **praktisch instrument**, alleen het uitrekenen vonden ze in de eerste groep niet zo praktisch. Algemeen vonden beide groepen dat de 4DKL een handig instrument is, maar dat een **online tool** nog veel handiger zou zijn. Er werden meerdere suggesties gedaan en er was duidelijk behoefte aan een elektronische tool. Idealiter zou het zelfs kunnen verwerkt worden in het elektronisch medisch dossier, zodanig dat het ook direct in het dossier van de patiënt staat.

Er was wat discussie in de eerste groep over het al dan niet **bijhouden van de vragenlijsten**. De helft van de artsen in de eerste groep noteerden de scores in het EMD en hielden de vragenlijst bij in hun archief/scanden het in, de andere helft noteerde de scores maar gooiden de vragenlijst zelf weg, aangezien het om een momentopname ging. De reden om het bij te houden was dat je het dan later kon gaan gebruiken bij de opvolging. Hierover was wat discussie, omdat je ook zonder de 4DKL wel kan zien dat het beter gaat met je patiënt. In de 2de groep werd er geen nota gemaakt in het EMD, maar werd de 4DKL in gescand.

De vraag of een diagnose van de 4DKL moest worden genoteerd in de **voorgeschiedenis** van de patiënt gaf ook wat verdeeldheid in de eerste groep. Voor de helft van de artsen was een psychische diagnose even belangrijk als bijvoorbeeld arteriële hypertensie, voor de ander helft was zo'n diagnose stigmatiserend. Deze laatsten vonden dat je het wel in de antecedenten kon zetten, maar dat het moest verwijderd worden bij verwijsbrieven en dergelijke.

Volgens de deelnemende artsen waren de **vragenlijsten duidelijk** voor hun patiënten. In de tweede groep had ook één arts gewerkt met de Engelse versie (5 bundels) en ook deze versie werd als duidelijk ervaren. Bij navraag waren de **scoreformulieren duidelijk**, maar bij het verwerken van de gegevens, werden er meermaals fouten gemaakt bij het uitrekenen van de scores. Artsen waren geneigd om te scoren van 0 tot 4, maar ze moesten scoren van 0 tot 2, hierdoor werden er te hoge scores bekomen. De artsen die hier fouten bij maakten, werden hierover aangesproken, zodat ze het daarna wel juist konden uitrekenen.

De grootste **barrière** om de 4DKL met hun patiënten mee te geven was dat ze er niet altijd aan dachten en als ze er wel aan dachten, vonden ze de vragenlijsten niet altijd direct. In het begin waren ze er niet mee vertrouwd en dat hield hen tegen om het te gaan gebruiken. Maar eens dat ze de 4DKL hadden gebruikt, viel die barrière voor de meeste artsen wel weg. Voor één arts bleef de drempel heel hoog om het mee te geven. Ze bleef het moeilijk vinden om patiënten met lijdensdruk te gaan scoren, ze vond dat we hen hierdoor reduceerden tot voorwerpen. Ze gaf wel aan dat de drempel voor haar heel hoog lag, maar dat de patiënten er helemaal geen moeite mee hadden om de vragenlijst in te vullen. De artsen uit de tweede groep vonden het ook niet evident om bij een nieuw contact de 4DKL mee te geven en het feit dat er altijd een tweede contact nodig is, vonden ze soms ook wat moeilijker, omdat patiënten verwachten dat je hen direct kan helpen.

In de eerste groep werd er ook een opmerking gemaakt over de **term distress**. Deze term is voor interpretatie vatbaar, het is een moeilijk woord, beter te vervangen door een ander woord. Volgende suggesties werden gedaan: overspanning, spanning, negatieve stress, ongemak, rekbaarheid.

d. Informatie verworven door de 4DKL

Algemeen vonden de artsen de 4DKL een meerwaarde voor het verwerven van informatie, die op zich dan een meerwaarde was voor hun verdere diagnostiek en beleid. Wat betreft de **diagnostiek** was er wel wat kritiek. De artsen zagen de 4DKL niet als een diagnostisch middel, maar eerder als een hulpmiddel om je beleid verder te plannen. Ze vonden de 4DKL vooral heel nuttig bij patiënten met **psychosomatiek**, het zet de deur open om het psychische spoor te bewandelen. Een paar artsen hadden het hiervoor niet gebruikt, maar zagen hierin ook zeker en vast een meerwaarde. Een ander groot voordeel van de 4DKL was dat je de **ernst van de problematiek** kon inschatten. Ook vonden ze dat de 4DKL meer **inzicht** gaf in de problematiek van de patiënt. Het geeft je meer reliëf, meer

duidelijkheid. Het is geen diagnostische tool, maar de scores zijn wel **richtinggevend**. Het helpt je problemen te benoemen, het geeft je aanknopingspunten, het geeft je een opening om er verder op door te gaan. Hierbij was de distressscore een belangrijke schakel. Deze score gaf hen een idee van hoe ernstig het probleem was en het gaf hen zo een aanknopingspunt om op zoek te gaan naar de oorzaak van dat probleem. Ze voelden wel een correlatie tussen het aanvoelen van het probleem en de scores, maar ze baseerden zich niet volledig op de scores, ze gebruikten de scores meer om hun beleid een richting te geven.

De score van angst werd meestal wel onderschat, ze vonden de 4DKL een **goed detectie-instrument voor angst**, maar minder voor depressie. De depressiescore had volgens de artsen meer een uitsluitende rol, dan een aantonende rol. Zo was er één arts die dacht dat een patiënt depressief was en ze was hiervoor antidepressiva gestart. Maar met de 4DKL werd depressie uitgesloten, met als gevolg dat ze de antidepressiva kon stoppen. Eén andere arts vond dat de ernst van depressie toch ook soms hoger lag dan verwacht. Vermoedelijk omdat ze tijdens de consultatie niet alles durfden zeggen. Patiënten zijn eerlijker op papier, ze willen zich tijdens de consultatie niet laten kennen en ze vertellen ook soms wat ze denken dat je wil horen. Door de 4DKL te gebruiken, doorbreek je zo het taboe hierrond. Nog een andere arts vond dat er maar weinig vragen werden gesteld in verband met depressie en deze waren heel moment gebonden.

Door de 4DKL werden de patiënten meer **betrokken bij het beleid**, kwamen ze zelf tot **inzichten** en de 4DKL faciliteerde ook de **doorverwijzing**. Door de problemen gemakkelijker te kunnen benoemen, ervoeren de artsen dat het ook gemakkelijker was om hun patiënten door te verwijzen. Via de 4DKL was het gemakkelijker om hen te motiveren dat er verdere hulp nodig was. Een paar artsen hadden de 4DKL zelf meegegeven bij de verwijzing. Wat ook een groot voordeel was volgens de artsen was dat je via de 4DKL **suïcide en moeilijkere thema's** makkelijker bespreekbaar maakte.

In de **eerste groep** was er wat onenigheid over **aan wie** je de 4DKL meegeeft. De helft van de artsen vond de vragenlijst heel laagdrempelig en zij gaven het mee bij een vermoeden van psychische klachten, om zo een beter beeld te krijgen in de problematiek en de ernst ervan. De andere helft vond dit moeilijker, zij vonden de 4DKL overbodig als je een goede relatie hebt met je patiënt en je goed met hen kan praten. Hier waren de meningen dus wel verdeeld. Eén arts vond het nuttig om het mee te geven met jongeren (16-18 jarigen), gezien zij juist veel psychosomatiek vertonen en dan maakt de 4DKL dit juist bespreekbaar. In de **tweede groep** was er ook verdeeldheid, de meer ervaren artsen gaven de 4DKL vooral mee bij patiënten met vage klachten, om zo meer inzicht te krijgen en een opening te krijgen tot het psychosociale spoor en ook om zo de patiënt tot meer inzicht te krijgen. Zij vonden het niet zo nuttig als ze al met psychische klachten kwamen, dan maakten zij gemakkelijker gebruik van een therapeutische tool. De jongere artsen gaven het mee bij duidelijke psychische klachten om meer inzicht te krijgen in de problematiek en om hun diagnose te bevestigen.

e. Meerwaarde

Alle artsen waren blij dat ze de 4DKL hadden leren kennen via dit onderzoek. De meesten onder hen gingen de 4DKL zeker proberen te blijven gebruiken, maar ze vreesden wel dat ze er niet altijd aan gingen denken en de beschikbaarheid van de vragenlijst is zeker ook niet onbelangrijk. Een online tool leek hen allen een goede manier om het te blijven gebruiken. Het is niet simpel om een nieuwe tool in je praktijk te implementeren, maar eens je er mee weg bent, is de kans groot dat je het blijft

gebruiken. Wat je kent, gebruik je. Artsen hebben een hoge drempel om iets nieuws te gaan gebruiken, daarom leek het hen niet slecht om huisartsen in opleiding kennis te laten maken met de 4DKL. Ook andere huisartsen zouden baat hebben bij het gebruiken van de 4DKL, zeker artsen die niet zo heel gefocust zijn op het bio-psychosociale aspect van de patiënt.

Op de vraag hoe nuttig ze de 4DKL vonden op een schaal van 0 tot 10, werd gemiddeld 7,7 op 10 gescoord. De hoogste score was een 9 en de laagste score een 6. Dus de 4DKL krijgt juist een **grote onderscheiding.**

4. DISCUSSIE

In deze thesis werd de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk onder de loep genomen. 112 patiënten bundels werden afgenomen en 12 huisartsen namen deel aan de twee afsluitende vergaderingen. In de literatuur werden geen gegevens gevonden over de meerwaarde van de 4DKL. Wel waren er al studies gedaan waarbij de 4DKL werd vergeleken met andere vragenlijsten, hieruit blijkt dat de 4DKL een gevalideerde vragenlijst is. Het opzet van deze thesis was dan ook om dit verder te onderzoeken. Er werd een onderscheid gemaakt tussen de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk voor de patiënten en de huisartsen.

4.1. De meerwaarde van de 4DKL voor de patiënten in de huisartsenpraktijk

A. Deelnemende patiënten

De patiënten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, werden gekozen door hun huisartsen. De keuze tot het includeren van een patiënt zal bij elke huisarts verschillend geweest zijn, hierdoor zijn de gegevens betreffende de scores minder betrouwbaar. Ook gaat het hier om gegevens uit een selectieve populatie, namelijk een populatie waar al een vermoeden is van distress, somatisatie, depressie en angst.

Er hebben veel **meer vrouwen dan mannen** deelgenomen, driekwart van de deelnemende patiënten waren vrouwen. De ongelijke verdeling in geslacht kan er wel voor zorgen dat de resultaten rond de scores en verbanden een vertekend beeld geven. Volgens de gezondheidsenquête uit 2013 hebben vrouwen wel degelijk vaker dan mannen geestelijke gezondheidsproblemen. Als er wordt gekeken in de algemene populatie dan heeft 35% vrouwen psychische problemen tov 28% mannen (4). Vrouwen ervaren ook vaker beperkingen als gevolg van psychische problemen en zoeken sneller/vaker hulp in de eerste lijn (24). In dit onderzoek is er wel nog een groter verschil, dit kan mede verklaard worden door het aantal vrouwelijke huisartsen die hebben deelgenomen. Vrouwen gaan gemakkelijker naar vrouwelijke artsen. De meeste patiënten hebben geen uitgesproken voorkeur qua geslacht, maar wanneer de patiënt wel een voorkeur heeft dan gaat deze voorkeur uit naar artsen van hetzelfde geslacht. Vooral vrouwen laten hun voorkeur voor vrouwelijke artsen blijken (25).

Een beperking van dit onderzoek is het **onderzoeksgebied** dat beperkt is tot Oost-Brabant, hierdoor kwam de grote meerderheid van de patiënten uit Vlaams-Brabant. De reden voor de beperking van het gebied was dat een groter gebied niet haalbaar was.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat er niet geweten is hoeveel patiënten er werden aangesproken om de vragenlijst in te vullen en hoeveel vragenlijsten er zijn meegegeven. Alleen de ingevulde vragenlijsten werden opgestuurd en dat waren er 112. Alle bundels werden geïncludeerd, ook die van diegene die jonger waren dan 18 jaar, ook al was dit een exclusiecriterium. Dit waren er wel maar twee. Ook is er geen overzicht van de ingevulde vragenlijsten die verloren zijn gegaan tijdens het onderzoek.

B. Bespreking resultaten

De 4DKL werd goed onthaald door de patiënten. Volgens de deelnemende huisartsen vonden de patiënten het niet erg om de vragenlijst in te vullen. De patiënten vonden de vragenlijst duidelijk, het was voor hen ook duidelijk waarom ze de vragenlijst moesten invullen en het invullen zelf duurde gemiddeld 5 tot 10 minuten, een aanvaarbare tijdsinvestering. Het invullen van de 4DKL werd door ongeveer één vijfde als redelijk moeilijk/moeilijk ervaren, vooral de jongere patiënten/ studenten en patiënten met een acute stressreactie vonden het moeilijk om de 4DKL in te vullen. Het feit dat jongeren het moeilijk vinden om deze vragenlijst in te vullen, toont aan dat deze vragenlijst niet geschikt is om mee te geven met te jonge patiënten. De vragenlijst vereist een bepaald niveau van maturiteit.

De meerderheid van de patiënten vond de 4DKL nuttig voor hun huisarts (86,6%), maar zelf vonden ze niet dat de 4DKL hen tot inzichten bracht (62,5%). Aangezien de huisartsen zelf aangaven dat ze vonden dat de 4DKL hun patiënten tot inzicht bracht, was te verwachten dat de patiënten dit zelf ook zo zouden ervaren, maar dat bleek dus niet het geval te zijn. Opvallend was dat de patiënten die met lichamelijke klachten (somatisatiestoornis) kwamen juist niet tot inzicht kwamen. Dit was een onverwacht resultaat, omdat de 4DKL juist probeert aan te tonen dat er een link is tussen psychische en fysieke klachten. Maar misschien hadden ze nog een extra duwtje van de huisarts nodig. Deze vragenlijsten zijn ingevuld alvorens de resultaten zijn besproken met de huisarts.

Naast het beantwoorden van de onderzoeksvragen van deze thesis werd er geprobeerd een antwoord te geven op de vraag of de **scores** overeenkomen met de **diagnoses**. Bij het beantwoorden van deze vraag zijn er heel wat bemerkingen. Het feit dat de deelnemende patiënten zelf hun reeds gestelde diagnose moesten invullen, maakt dat we hier met moeilijk te interpreteren gegevens zitten. Ook werd dit door meer dan de helft van de patiënten niet ingevuld en werden er soms meer dan één diagnose gegeven. Achteraf gezien hadden we beter deze diagnoses laten invullen door de huisartsen zelf. Ook de classificatie van deze diagnoses volgens de ICPC-2 classificatie was vrij moeilijk, hierdoor werden de diagnoses eerder subjectief onderverdeeld. Het gevolg hiervan is dat het voorkomen van de diagnoses en de verbanden hierrond met een korrel zout moeten worden genomen. Volgens dit onderzoek blijkt er eerder geen correlatie te zijn tussen de diagnoses en de scores. Maar gezien de vele bemerkingen, wordt dit niet gezien als bewijs dat de scores niet zouden overeenkomen met de diagnoses. Dit verband nagaan was ook niet de bedoeling van deze thesis en vereist verder onderzoek.

Naast het beantwoorden van de bovenstaande vraag werd er ook een antwoord gezocht op de vraag welke **aanmeldingsklacht** de hoogste **scores** geeft. Deze vraag beantwoorden was moeilijk, per domein was dit verschillend. Ook hebben we hier dezelfde opmerkingen als hierboven bij de diagnoses. De aanmeldingsklachten werden subjectief onderverdeeld volgens de ICPC-2 classificatie en dit was heel moeilijk, ook werden er vaak meerdere aanmeldingsklachten gegeven. Zo kon je bij één patiënt meerdere aanmeldingsklachten hebben. Er wordt wel een correlatie gezien tussen een hoge depressiescore en een depressieve stoornis, ook tussen een hoge angstscore en acute stressreactie, angstig/nerveus/gespannen gevoel en angststoornis/angsttoestand is er een correlatie. Er lijkt wel een link te bestaan tussen de scores en de aanmeldingsklachten. Maar gezien de bovenvermelde bemerkingen is het moeilijk om hierover een conclusie te trekken.

Er was wel duidelijk een relatie tussen **distress en somatisatie**. Hoe hoger de distressscore, hoe hoger de somatisatiescore en ook omgekeerd hoe hoger de somatisatiescore, hoe hoger de distressscore.

Als laatste nog enkele bemerkingen bij de resultaten van het kwantitatieve deel. Er was normaal voorzien om ook te gaan kijken naar de verschillen binnen de seizoenen, maar aangezien de artsen de datum vaak zijn vergeten in te vullen, kon er hier geen verband worden gelegd. Een andere opmerking is dat er geen rekening werd gehouden met het verschil in cutoff van de Engelse versie bij het indelen in de drie categorieën, het gaat hier wel maar over vijf patiënten.

4.2. De meerwaarde van de 4DKL voor de huisartsen in de huisartsenpraktijk

A. Deelnemende artsen

Hier zien we dezelfde trend als bij de deelnemende patiënten. Er hebben alleen maar huisartsen deelgenomen uit Oost-Brabant en de vrouwen waren duidelijk over vertegenwoordigd (9 van de 12 deelnemende artsen waren vrouwen).

Het doel was om zeker tien artsen te includeren, die ongeveer tien keer de vragenlijst hadden meegegeven. In het totaal werden er honderd en twaalf vragenlijsten ingevuld, maar deze kwamen niet alleen van de twaalf artsen, die hadden deelgenomen aan de afsluitende vergaderingen. Hierdoor zullen niet alle artsen, die hebben deelgenomen aan de afsluitende vergaderingen, tien vragenlijsten hebben meegegeven.

Een beperking aan dit onderzoek is dat er geen overzicht is van wanneer er huisartsen zijn gestopt met het onderzoek en waarom.

B. Bespreking resultaten

Algemeen kan er worden besloten dat de deelnemende huisartsen de 4DKL als een meerwaarde ervaren. Gemiddeld gaven ze de 4DKL een 7,7 op 10 qua nuttigheid. Dit is een grote onderscheiding en geeft aan dat de 4DKL door de deelnemende artsen goedgekeurd is.

De **grootste pluspunten** die naar voor kwamen, waren dat de 4DKL psychische problemen bespreekbaar maakt, via de 4DKL wordt een psychische oorzaak voor somatische klachten bespreekbaar. De 4DKL geeft je een instrument om de lijdensdruk van een patiënt te benoemen en de ernst ervan in te schatten. De 4DKL brengt je patiënt tot inzicht (ook al vonden de patiënten dat zelf niet) en geeft jezelf ook meer inzicht in de problematiek van je patiënt, het is een aanvulling op je anamnese en het helpt je bij een volgend consult. Ze ervoeren de 4DKL ook als een handige tool om depressie en vooral angst eruit te halen. Deze pluspunten komen overeen met de doelen die de 4DKL voor ogen heeft (zie inleiding). Verder werden volgende pluspunten aangegeven. De 4DKL zorgt voor tijdswinst, het is een praktisch instrument en het is een duidelijke vragenlijst. De 4DKL is een meerwaarde voor het verwerven van informatie, het is richtinggevend qua diagnostiek en helpt je om je beleid verder te plannen. Het geeft je aanknopingspunten, het helpt bij de doorverwijzing en het helpt moeilijkere thema's aan te snijden zoals suïcide. De meerderheid van de artsen vond de 4DKL laagdrempelig.

De **grootste minpunten** die naar voor kwamen, waren het uitrekenen van de scores en het feit dat je de scores niet te letterlijk mag nemen (gevaar voor stigmatisering en te veel vertrouwen op de vragenlijst). De 4DKL is geen diagnostisch middel. De 4DKL is een momentopname en je moet altijd

een tweede consult voorzien. Verder werden volgende minpunten aangegeven. Een online tool zou handiger zijn. De grootste barrière om de vragenlijst mee te geven was de beschikbaarheid en het feit dat ze eraan moesten denken. De minderheid vond de 4DKL hoogdrempelig, zij vonden dat als je een goed relatie hebt met je patiënt, je deze vragenlijst niet nodig hebt.

Slechts twee artsen hadden de 4DKL gebruikt als **opvolging**, ook al wordt dit als één van de doelen van de 4DKL vermeld (zie inleiding). De andere artsen zagen wel in dat dit een handig middel zou kunnen zijn voor opvolging. Er waren 10 patiënten die aangaven dat ze de 4DKL al eens hadden ingevuld.

4.3. Verder onderzoek

Er zou verder onderzoek moeten worden verricht naar de meerwaarde voor de patiënten, want in deze thesis is er maar beperkt onderzoek gevoerd naar de meerwaarde van de 4DKL voor de patiënten. Hiervoor zouden de patiënten best zelf ondervraagd worden.

Uit deze thesis komt duidelijk naar voor dat er nood is aan een online tool. Dr. Ieven Kaat gaat hiernaar verder onderzoek verrichten. Opzet van haar masterpaper, een online tool ontwikkelen en dit toetsen bij de patiënten en de huisartsen. Verder wil zij in haar masterpaper volgende onderzoeksvraag beantwoorden: Is er een verschil in het stellen van de vermoedelijke diagnose en het uitstippelen van het verdere beleid op basis van volgende twee methodes: 1) ervaring en impliciete kennis van de arts en 2)de 4DKL vragenlijst.

Willen we nog een beter beeld krijgen op de meerwaarde van de 4DKL voor de huisartsen, dan zou dit onderzoek moeten herhaald worden met meer huisartsen en een groter onderzoeksgebied.

4.4. Eigen reflectie

Ik ben heel blij dat ik de 4DKL heb leren kennen en dat ik via dit onderzoek meerdere huisartsen kennis heb laten maken met deze vragenlijst. Voor mij zit de meerwaarde van de 4DKL vooral in het feit dat de patiënten zich gehoord voelen, ze voelen zich serieus genomen. Uiteraard krijg je via de 4DKL ook meer inzicht in de problematiek van je patiënt, waardoor je direct een stap verder staat in je diagnostiek/beleid. Het is mijns inzien ook een grote meerwaarde bij psychosomatische klachten. Ik gebruik de 4DKL heel regelmatig en werk er graag mee. Ik hoor ook van verschillende huisartsen dat ze de 4DKL nog steeds gebruiken en dat ze echt blij zijn dat ze deze hebben leren kennen, dus missie geslaagd!
Deze thesis heeft mij laten stilstaan bij het feit dat psychisch lijden zeker zo belangrijk is als lichamelijk lijden. Er zou nog meer aandacht moeten zijn voor psychische problemen binnen de opleiding huisartsgeneeskunde, want wij huisartsen hebben de mogelijkheid om dit lijden te detecteren en hiervoor stappen te ondernemen. Er is wel een tendens om het taboe rond psychische problemen te doorbreken, zo denk ik maar aan de actie “Rode Neuzen Dag”, hierbij werd maar liefst 3.858.814 euro ingezameld om jongeren met psychische problemen te helpen. Ik hoop dat deze tendens zich verder gaat zetten en dat we stilletjes aan gaan evolueren tot een nog betere en toegankelijkere geestelijke gezondheidszorg.

5. BESLUIT

Uit dit onderzoek kan worden besloten dat de 4DKL een meerwaarde is voor de huisartsen in de huisartsenpraktijk. Ideaal zou in de toekomst de 4DKL kunnen geïntroduceerd worden in de opleiding huisartsgeneeskunde. Verder zou een ontwikkeling van een online tool zeker aangewezen zijn.
Dit onderzoek toont aan dat de 4DKL goed onthaald werd door de patiënten. De 4DKL is gebruiksvriendelijk en duidelijk, heeft een aanvaardbare tijdsinvestering, is nuttig voor de huisarts, maar het brengt de patiënten niet altijd tot inzicht. Over de meerwaarde van de 4DKL voor de patiënten in de huisartsenpraktijk zou in de toekomst nog verder onderzoek moeten worden verricht.

6. DANKWOORD

Graag zou ik volgende mensen willen bedanken. Mijn twee promotors Jo Goedhuys en Marc Van Nuland, het was een heel fijne samenwerking. Ook zou ik mijn collega huisartsen willen bedanken voor hun heel uitbundige medewerking en steun. Verder zou ik Dr. Terluin en alle deelnemende huisartsen willen bedanken. Mijn vriend, Wim Eyckmans, wil ik ook bedanken voor zijn technische en morele ondersteuning.

7. REFERENTIES

(1) Verschuren C, Nauta A, Bastiaanssen M, Terluin B, et al. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals, 2011.
(2) Terluin B, Terluin M, Prince K, et al. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts Wet 2008;51:251-255.
(3) Truyers C, Bartholomeeusen S, Buntinx F. Geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk – Incidenties op basis van Integoregistraties. Huisarts Nu februari 2012;41(1):25-26.
(4) Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.
(5) Goigne S and Goedhuys J. Taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale hulpverlening. Masterpaper Huisartsgeneeskunde 2012.
(6) Vannieuwenborg L, Buntinx F, Lepeleire J. Onderzoeksrapport: Voorkomen en aanpak van psychosociale problemen in eerste lijn. Maart 2013.
(7) Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk: psychodiagnostisch gereedschap. De Psycholoog 1998;33:18-24.
(8) Terluin B, Van Marwijk H, Adèr H, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. BMC Psychiatry 2006 Aug 22;6:34.
(9) Olde Hartman T, Blankenstein A, Molenaar A, et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56(5):222-30.
(10) Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu Juli 2008;37(6):284-317.
(11) Gesprek met Dr. Berend Terluin op 9/01/2015 via skype.
(12) Terluin B, Smits N, Miedema B. The English version of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) measures the same as the original Dutch questionnaire: A validation study. Eur J Gen Pract 2014 Dec;20(4):320-6.
(13) Van Nuland M, Biesemans L, Bijnens K, et al. Patiënten met psychische klachten: Welke strategieën gebruiken huisartsen om tot diagnostische etiketten te komen? Een kwalitatief onderzoek. Seminariewerk ICHO 2014.
(14) Bastiaanssen MHH, Loo MAJM, Terluin B, Vendrig AA, Verschuren CM, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out. Huisarts Wet 2011;54(12).
(15) Zwaanswijk M, Verhaak P. Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen. Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening. Rapport Nivel 2009.
(16) Terluin B, Oosterbaan D, Brouwers E, et al. To what extent does the anxiety scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detect specific types of anxiety disorder in primary care? A psychometric study. BMC Psychiatry 2014 Apr 24;14:121.
(17) Terluin B, Rijmen F, Van Marwijk HWJ, Stalman WAB. Waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) voor het detecteren van depressieve stoornissen. Huisarts Wet 2007;50:300-5.
(18) Terluin B, Brouwers EP, van Marwijk HW, et al. Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). BMC Fam Pract. 2009 Aug 23;10:58.
(19) Czachowski S, Terluin B, Izdebski A, et al. Evaluating the cross-cultural validity of the Polish

version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) using differential item functioning (DIF) analysis. Fam Pract. 2012 Oct;29(5):609-15.
(20) Van Hoffen MF, Twisk JW, Heymans MW, et al. Psychological distress screener for risk of future mental sickness absence in non-sicklisted employees. Eur J Public Health. 2016 Mar 31.
(21) Roelen CA, Hoedeman R, van Rhenen W, et al. Mental health symptoms as prognostic risk markers of all-cause and psychiatric sickness absence in office workers. Eur J Public Health. 2014. Feb;24(1):101-5.
(22) Braam C, van Oostrom SH, Terluin B, et al.Validation Study of a Distress Screener. J Occup Rehabil. 2009 Sep;19(3):231-7.
(23) Koorevaar RC, Terluin B, van 't Riet E, et al. Validation of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) and prevalence of psychological symptoms in orthopedic shoulder patients. J Orthop Res. 2016 Apr;34(4):683-91.
(24) Ten Have M, Schoenmaker C, Vollebergh W. Genderverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (nemesis). Tijdschrift voor psychiatrie 2002;44(6):367-375.
(25) Rouneau Christine. Doctor's Gender and Patiënt Care. A study of perceived GP Behaviour during Consultations, 1994. Proefschrift ter verkrijging van de graad van Doctor aan de Rijkuniversiteit te Leiden.
(26) Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid. Medisch contact December 1988 nr 48:43.
(27) Schmidt Anton. Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton? Huisarts en wetenschap 2001;44(7).
(28) Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, et al. Help, Ik zit er erdoor! Over stress, surmenage en burn-out - deel 1. Huisarts Nu. Maart 2012;41(2):62-66.
(29) Henskens L, Badr M. Overspanning. Huisarts en Wetenschap jaargang 55, nummer 1 (2012) p. 42-42.
(30) Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. Lekenterm als diagnose: Achter 'overspanning' gaan vaak ernstige klachten schuil. Medisch Contact 2005;60:100-2.
(31) Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, et al. Help, Ik zit er erdoor! De behandeling van surmenage en burn-out door de huisarts-deel 2. Huisarts Nu. Mei-Juni 2012; 42(3):134-140.
(32) Brouwers E, Tiemens B, Terluin B, et al. De effectiviteit van een interventie door het maatschappelijk werk bij huisartspatiënten die overspannen zijn. Een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek. Huisarts en Wetenschap jaargang 50, nummer 6 (2007) p. 238-244.
(33) Terluin B. Overspanning: rusten of juist aan de slag? Huisarts en wet 2002;45:112-113.

8. BIJLAGEN

VERPLICHTE BIJLAGEN: GOEDGEKEURD PROTOCOL + GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ

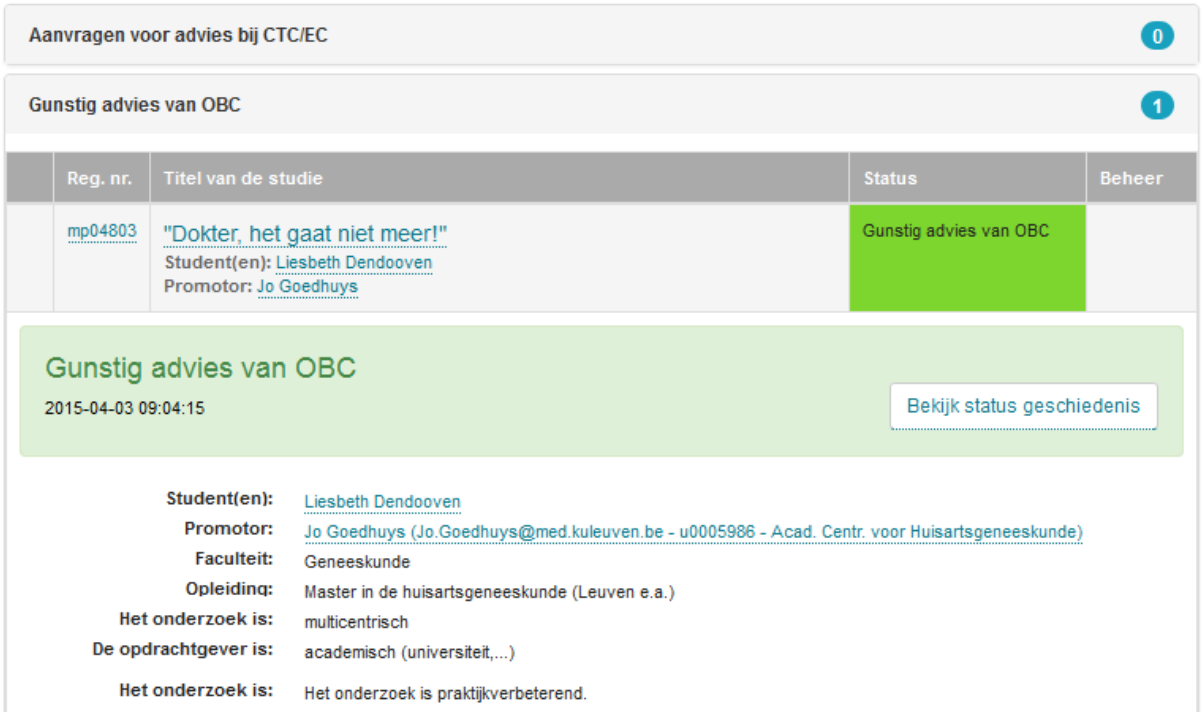
MAIL:
Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven
An Stockmans <an.stockmans@icho.be>
vr 3/04/2015 9:04
Aan: Jo Goedhuys;
CC:Liesbeth Dendooven;
Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten
An Stockmans



Registratienummer: mp04803

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:
Wat als je als huisarts een patiënt voor je krijgt, die het niet meer ziet zitten? Hoe maakt je een onderscheid tussen overspanning/depressie/angst en somatisatie? Hoe pak je dit aan?
Surmenage, overspanning en distress zijn termen die eenzelfde problematiek aanduiden. Het is een reactie die optreedt ten gevolge van een verstoring van de balans tussen belasting en coping van een individu. Opmerkelijk is dat surmenage een heel frequent voorkomend probleem is in de huisartsenpraktijk (de incidentie in de huisartsenpraktijk varieert van 14 tot 30 per 1000 patiënten per jaar), maar niet is opgenomen in de DSM. Dit heeft zijn voor- en nadelen. Eén van de voordelen is dat de patiënt geen stempel krijgt, een nadeel is dat er geen erkenning is en dat de patiënt dit zelf ziet als een falen. Surmenage is mede verantwoordelijk voor mogelijks lange afwezigheden op het werk. Als er een goede detectie en aanpak zou zijn van surmenage, zouden minder mensen evolueren tot een burn-out, wat gepaard gaat met lange afwezigheden en een grote kost voor onze samenleving.
Algemeen is surmenage weinig bestudeerd in de literatuur en blijkt een standaardaanpak voor huisartsen niet voorhanden. Hier in België bestaat er geen richtlijn over overspanning. Ik ben op zoek gegaan in de literatuur naar een richtlijn en heb deze gevonden in Nederland. In deze richtlijn maken ze gebruik van de 4DKL (Vierdimensionele Klachtenlijst) om meer inzicht te krijgen over de patiënt met psychische klachten. Deze 4DKL is in Nederland bij de meeste huisartsen gekend, hier in België is deze vragenlijst nog vrij onbekend. De Vierdimensionele Klachtenlijst is een bewezen instrument voor de vaststelling van Distress, Depressie, Angst en Somatisatie, ontwikkeld in de praktijk door B. Terluin. Deze vragenlijst kan gebruikt worden om psychosociale klachten te onderscheiden van depressieve klachten en angststoornissen, om de ernst van het lijden te kwantificeren, om somatisatie-klachten te signaleren en om het beloop van de problemen op te volgen.

Vraagstelling:
Diagnostiek en aanpak van surmenage. Aangezien dit een heel uitgebreid onderwerp is en dit onderwerp in de literatuur weinig bestudeerd is, ga ik mij in dit onderzoek vooral focussen op de detectie en categorisatie van patiënten met psychische klachten aan de hand van een vragenlijst.
Vraag: meerwaarde van de 4DKL (Vierdimensionele vragenlijst) in de diagnostiek en aanpak van surmenage. Hoe kan de 4DKL bijdragen tot het differentiëren van psychische klachten en hoe kan de 4DKL het verder beleid ondersteunen?

Methodologie:
Opzet onderzoek: bevraging van huisartsen die de 4DKL hebben toegepast in de praktijk. Mijn focus zal hier vooral liggen op de volgende aspecten: bruikbaarheid? Obstakels bij het gebruik van de vragenlijst? Zijn er drempels bij het gebruik van de vragenlijst? Wat is de meerwaarde van de vragenlijst? Voor- en nadelen? Andere aanpak door de 4DKL?
Onderzoek: eerst zal ik de huisartsen laten kennismaken met de 4DKL en uitleg geven over hoe ze deze lijst moet gebruiken, welke patiënten ze mogen includeren en hoe ze de gegevens moeten verzamelen. Daarna is er een registratie-periode van 3 tot 4 maanden. Als deze periode voorbij is, is het de bedoeling dat alle deelnemende artsen worden bevraagd over hun ervaringen met de 4DKL. Dit door middel van een focusgroep of meerdere focusgroepen of interviews.
Protocol:
1. Huisartsen rekruteren (via collega's, telefonisch contact, mail, ...) . Minimaal 10 artsen, die elk 5 tot 10 keer de vragenlijst zouden moeten gebruiken in de praktijk.
2. Organiseren van een info-avond of afzonderlijke uitleg geven in de deelnemende praktijken: op deze info-avond ga ik aan de geïnteresseerde artsen uitleg geven over de 4DKL, het doel van het onderzoek, praktische informatie, … .
3. Elke huisarts, die wil deelnemen, geeft de vragenlijst mee aan die patiënten, ouder dan 18 jaar , zowel mannen als vrouwen, waarbij hij/zij een vermoeden heeft dat het om surmenage kan gaan. Uiteraard met goedkeuring van de patiënt. De volgende papieren zullen worden meegegeven met de patiënt: informed consent, bevraging epidemiologische gegevens, de vragenlijst en een bevraging naar de meerwaarde van de vragenlijst voor de patiënt. Alle gegevens en resultaten van de vragenlijst zullen anoniem worden verwerkt.
4. Registratie periode van Mei 2015 tot September 2015. In deze periode zou iedere deelnemende huisarts best 5 tot 10 keer de vragenlijst moeten hebben gebruikt.
5. Bevraging van de artsen door middel van een focusgroep of via interviews.
Referenties: Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols: 94668_1427031597_6628_4DKL.pdf

BIJLAGE 1: PATIËNTEN BUNDEL NEDERLANDSTALIGE VERSIE

TOESTEMMING DEELNAME (blad 1)

Beste,

Eerst en vooral bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek. De gegevens die op de volgende bladzijden worden verzameld, worden volledig ANONIEM verwerkt. Dit onderzoek is een deel van mijn masterpaper in de opleiding huisartsgeneeskunde. In dit onderzoek ga ik op zoek naar de meerwaarde van de 4DKL (VierDimensionale KlachtenLijst) in de diagnostiek en aanpak van psychische klachten.
Op blz. 1 en 2 van deze bundel peil ik naar uw achtergrondkenmerken. Daarna vindt u de vragenlijst (4DKL) (blz. 3-4). Op het einde is er nog een korte bevraging over de vragenlijst zelf (blz. 5-6). De laatste pagina moet ingevuld worden door de huisarts (blz.7). Ik raad u aan deze bundel in één keer in te vullen, dit maakt de betrouwbaarheid van het onderzoek des te groter.

Volgende gegevens worden ANONIEM verwerkt:

- Achtergrondkenmerken (blz. 1-2)
- Vragenlijst (blz. 3-4) + score (blz. 7)
- Uw mening over de vragenlijst (blz. 5-6)

Indien u akkoord bent dat bovenstaande gegevens anoniem mogen worden verwerkt voor mijn onderzoek, gelieve dan hieronder uw handtekening te zetten.

Handtekening:

Gelieve alle papieren aan uw huisarts terug te bezorgen.

Alvast heel hard bedankt voor uw medewerking!
Liesbeth Dendooven (Huisarts in opleiding KULeuven)
Promotors: Jo Goedhuys en Marc Van Nuland
Praktijkopleider: Lieve Deturck

ACHTERGRONDKENMERKEN (blad 2-3)

1. Geslacht
    - Man
    - Vrouw
2. Leeftijd
    - . . . . jaar
3. Nationaliteit
    - Belgische
    - Andere, nl . . . . . .
4. Moedertaal
    - Nederlands
    - Frans
    - Engels
    - Andere, nl . . . . . .
5. Huidige woonplaats
    - Vlaams-Brabant
    - Waals-Brabant
    - Limburg

- Antwerpen
- Gent
- West-Vlaanderen
- Andere, nl . . . . . .

6. Burgerlijke staat
   - Ongehuwd
   - Gehuwd
   - Gescheiden
   - Alleenstaand
   - Samenwonend
   - Weduwe/weduwnaar
   - Andere, nl . . . . . .
7. De huisarts die u deze bundel heeft meegegeven, is uw vaste huisarts of een huisarts van uw vaste praktijk?
   - Ja
   - Neen
8. Werkzaamheid
   - Werkende: beroep, functie: . . . . . .
   - Werkzoekende
   - Gepensioneerde
   - Invalide
   - Student
   - Andere, nl . . . . . .
9. Ziekte melding voor uw huidig probleem
   - Ja: sinds hoeveel dagen/weken? . . . . . .
   - Neen
10. Aanmeldingsklacht (reden waarom je naar de huisarts bent gegaan)
    . . . . . .
11. Reeds gestelde diagnose
    . . . . . .
12. Medicatie
    - Slaapmiddelen
    - Kalmeermiddelen
    - Antidepressiva
    - Angstremmers
    - Anti-epileptica
    - ADHD medicatie
    - Andere psychofarmaca, nl . . . . . .
13. Wanneer zijn uw huidige klachten begonnen?
    - Minder dan een maand geleden
    - 1-3 maanden geleden
    - 3-6 maanden geleden
    - 6-12 maanden geleden
    - Meer dan 12 maanden geleden
14. Wat is volgens u de belangrijkste oorzaak van uw klachten?
    . . . . . .

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL) (blad 4-5)

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

Betekenis van de cijfers:
0 = nee
1 = soms
2 = regelmatig
3 = vaak
4 = heel vaak, voortdurend

Omcirkelt u slechts **één** mogelijkheid als antwoord a.u.b.

Hebt u <u>de afgelopen week</u> last van:

1.	duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?	1	0	1	2	3	4
2.	pijnlijke spieren?	2	0	1	2	3	4
3.	flauw vallen?	3	0	1	2	3	4
4.	pijn in de nek?	4	0	1	2	3	4
5.	pijn in de rug?	5	0	1	2	3	4
6.	overmatige transpiratie?	6	0	1	2	3	4
7.	hartkloppingen?	7	0	1	2	3	4
8.	hoofdpijn?	8	0	1	2	3	4
9.	een opgeblazen gevoel in de buik?	9	0	1	2	3	4
10.	wazig zien of vlekken voor de ogen zien?	10	0	1	2	3	4
11.	benauwdheid?	11	0	1	2	3	4
12.	misselijkheid of een maag die 'van streek' is?	12	0	1	2	3	4
13.	pijn in de buik of maagstreek?	13	0	1	2	3	4
14.	tintelingen in de vingers?	14	0	1	2	3	4
15.	een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	15	0	1	2	3	4
16.	pijn in de borst?	16	0	1	2	3	4
17.	neerslachtigheid?	17	0	1	2	3	4
18.	zomaar plotseling schrikken?	18	0	1	2	3	4
19.	piekeren?	19	0	1	2	3	4
20.	onrustig slapen?	20	0	1	2	3	4
21.	onbestemde angst-gevoelens?	21	0	1	2	3	4
22.	lusteloosheid?	22	0	1	2	3	4
23.	beven in gezelschap van andere mensen?	23	0	1	2	3	4
24.	angst- of paniek-aanvallen?	24	0	1	2	3	4

Voelt u zich <u>de afgelopen week</u>:

25.	gespannen?	25	0	1	2	3	4
26.	snel geïrriteerd?	26	0	1	2	3	4
27.	angstig?	27	0	1	2	3	4

Hebt u <u>de afgelopen week</u> het gevoel:

28.	dat alles zinloos is?	28	0	1	2	3	4
29.	dat u tot niets meer kunt komen?	29	0	1	2	3	4
30.	dat het leven niet de moeite waard is?	30	0	1	2	3	4
31.	dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?	31	0	1	2	3	4
32.	dat u 't niet meer aankunt?	32	0	1	2	3	4
33.	dat het beter zou zijn als u maar dood was?	33	0	1	2	3	4
34.	dat u nergens meer plezier in kunt hebben?	34	0	1	2	3	4

Betekenis van de cijfers:
0 = nee
1 = soms
2 = regelmatig
3 = vaak
4 = heel vaak, voortdurend

35.	dat er geen uitweg is uit uw situatie? 35	0	1	2	3	4
36.	dat u er niet meer tegenop kunt? 36	0	1	2	3	4
37.	dat u nergens meer zin in hebt?..... 37	0	1	2	3	4

Hebt u <u>de afgelopen week</u>:

38.	moeite met helder denken?..... 38	0	1	2	3	4
39.	moeite om in slaap te komen? 39	0	1	2	3	4
40.	angst om alleen het huis uit te gaan? 40	0	1	2	3	4

Bent u <u>de afgelopen week</u>:

41.	snel emotioneel? 41	0	1	2	3	4
42.	angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? (*bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)*..... 42	0	1	2	3	4
43.	bang om te reizen in bussen, treinen of trams?..... 43	0	1	2	3	4
44.	bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?..... 44	0	1	2	3	4
45.	Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?..... 45	0	1	2	3	4
46.	Denkt u de afgelopen week weleens “was ik maar dood”?..... 46	0	1	2	3	4
47.	Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt? 47	0	1	2	3	4
48.	Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?..... 48	0	1	2	3	4
49.	Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? 49	0	1	2	3	4
50.	Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?..... 50	0	1	2	3	4
51.	Hebt u de afgelopen week misschien nog klachten en/of verschijnselen bij uzelf opgemerkt, die **niet** in de bovenstaande lijst voorkomen? Zo ja, wilt u deze dan hieronder vermelden? 51					

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

BEVRAGING VRAGENLIJST (blad 6-7)

1. Hoelang heeft u nodig gehad om deze vragenlijst (de 4DKL) in te vullen?
    - 0-5 minuten
    - 5-10 minuten
    - 10-15 minuten
    - 15-20 minuten
    - > 20 minuten
2. Is het de eerste keer dat u deze vragenlijst hebt ingevuld?
    - Ja
    - Neen

    Zo neen: hoeveel keer?

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

    Zo neen: wat zou u veranderen?

    . . . . . .
4. Is het duidelijk voor u waarom u deze vragenlijst moest invullen?
    - Ja
    - Neen, waarom niet? . . . . . .
5. Het invullen van deze vragenlijst was moeilijk voor mij.
    - Helemaal akkoord
    - Eerder akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord

    Waaraan lag dit?

    . . . . . .
6. Heeft deze vragenlijst u tot bepaalde inzichten gebracht?
    - Ja
    - Neen

    Zo ja, welke?

    . . . . . .
7. Denkt u dat deze informatie van deze vragenlijst nuttig is voor uw huisarts?
    - Ja
    - Neen

    Waarom wel, waarom niet?

    . . . . . .
8. Heeft u nog andere opmerkingen of suggesties?

    . . . . . .

SCOREFORMULIER (in te vullen door de huisarts) (blad 8)
DATUM:

Somatisatie	**Distress**	**Depressie**	**Angst**

BIJLAGE 2: PATIËNTEN BUNDEL ENGELSTALIGE VERSIE

PERMISSION PARTICIPATION (blad 1)
Dear,

Thank you for your participation in my research. The data collected on the following pages are fully processed in an anonymous way. This research is a part of my master's paper in my University education in General Medicine. In this study, I look into the added value of de 4DSQ (Four Dimensional Symptom Questionnaire) in the diagnosis and treatment of psychological problems.
Page 1 and 2 refer to your personal and medical background. Then you can find the questionnaire (4DSQ) (pp. 3-4). Finally, there is a short survey on the questionnaire itself (pp. 5-6). The last page must be completed by the General Practioner. I advise you to fill out this bundle in one session.
The data is processed ANONYMOUSLY:

- Background Characteristics (pages 1-2)
- Questionnaire (pages 3-4) + score (page 7)
- Your opinion about the questionnaire (pages 5-6)

If you agree that the above data will be processed anonymously for my research, please sign below.

Signature:

Please return all the papers to your doctor.

Thank you very much for your cooperation,
Liesbeth Dendooven (General Practitioner in training, Catholic University of Leuven)
Promotors: Jo Goedhuys en Marc Van Nuland
Training Tutor: Lieve Deturck

BACKGROUND CHARACTERISTICS (blad 2-3)

1. Sex
    - Man
    - Woman
2. Age
    - . . . . year
3. Nationality
    - Belgian
    - Other: . . . . . .
4. Mother tongue
    - Dutch
    - French
    - English
    - Other: . . . . . .
5. Current place of residence
    - Vlaams-Brabant
    - Waals-Brabant
    - Limburg
    - Antwerpen
    - Gent
    - West-Vlaanderen

- Other: . . . . . .

6. Marital status
   - Single
   - Married
   - Divorced
   - Living together
   - Widow/widower
   - Other: . . . . . .
7. The doctor that give you this bundle, is your regular GP or a GP from your regular practice?
   - Yes
   - No
8. Work activity
   - Working: profession, function: . . . . . .
   - Job Seeker
   - Retired
   - Disabled
   - Student
   - Other: . . . . . .
9. Absence due to your current problem
   - Yes: since how many days/weeks? . . . . . .
   - No
10. Notification complaints (why you went to the doctor)

    . . . . . .
11. Diagnosis already made

    . . . . . .
12. Medication
    - Hypnotics
    - Tranquilizers
    - Antidepressants
    - Anxiolytics
    - Anticonvulsants
    - ADHD medication
    - Other psychotropics: . . . . . .
13. When did your current symptoms start?
    - Less then a month ago
    - 1-3 months ago
    - 3-6 months ago
    - 6-12 months ago
    - More than 12 months ago
14. What, according to you, is the main cause of your symptoms?

    . . . . . .

Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) (blad 4-5)

The following is a list of questions about various complaints you may have. Each question refers to the complaints and symptoms that you had **in the past week (the past 7 days, including today)**. Complaints you had before then, but no longer had during the past week, do not count. Please indicate for each complaint how often you noticed that you had it in the past week by putting a circle around the number that is most appropriate.

Significance of the figures:
0 = no
1 = sometimes
2 = regularly
3 = often
4 = very often or constantly

Please encircle only one possible response.

During <u>the past week,</u> did you suffer from:

1.	dizziness or feeling light-headed?	1	0	1	2	3	4
2.	painful muscles?	2	0	1	2	3	4
3.	fainting?	3	0	1	2	3	4
4.	neck pain?	4	0	1	2	3	4
5.	back pain?	5	0	1	2	3	4
6.	excessive sweating?	6	0	1	2	3	4
7.	palpitations?	7	0	1	2	3	4
8.	headache?	8	0	1	2	3	4
9.	a bloated feeling in the abdomen?	9	0	1	2	3	4
10.	blurred vision or spots in front of your eyes?	10	0	1	2	3	4
11.	shortness of breath?	11	0	1	2	3	4
12.	nausea or an upset stomach?	12	0	1	2	3	4
13.	pain in the abdomen or stomach area?	13	0	1	2	3	4
14.	tingling in the fingers?	14	0	1	2	3	4
15.	pressure or a tight feeling in the chest?	15	0	1	2	3	4
16.	pain in the chest?	16	0	1	2	3	4
17.	feeling down or depressed?	17	0	1	2	3	4
18.	sudden fright for no reason?	18	0	1	2	3	4
19.	worry?	19	0	1	2	3	4
20.	disturbed sleep?	20	0	1	2	3	4
21.	a vague feeling of fear?	21	0	1	2	3	4
22.	lack of energy?	22	0	1	2	3	4
23.	trembling when with other people?	23	0	1	2	3	4
24.	anxiety or panic attacks?	24	0	1	2	3	4

During <u>the past week,</u> did you feel:

25.	tense?	25	0	1	2	3	4
26.	easily irritated?	26	0	1	2	3	4
27.	frightened?	27	0	1	2	3	4

During <u>the past week,</u> did you feel:

28.	that everything is meaningless?	28	0	1	2	3	4
29.	that you just can't do anything anymore?	29	0	1	2	3	4
30.	that life is not worthwhile?	30	0	1	2	3	4
31.	that you can no longer take any interest in the people and things around you?	31	0	1	2	3	4
32.	that you can't cope anymore?	32	0	1	2	3	4
33.	that you would be better off if you were dead?	33	0	1	2	3	4
34.	that you can't enjoy anything anymore?	34	0	1	2	3	4

Significance of the figures:
0 = no
1 = sometimes
2 = regularly
3 = often
4 = very often or constantly

35.	that there is no escape from you situation?	35	0	1	2	3	4
36.	that you can't face it anymore?	36	0	1	2	3	4

During <u>the past week,</u> did you:

37.	no longer feel like doing anything?	37	0	1	2	3	4
38.	have difficulty in thinking clearly?	38	0	1	2	3	4
39.	have difficulty in getting asleep?	39	0	1	2	3	4
40.	have any fear of going out of the house alone?	40	0	1	2	3	4

During <u>the past week</u>:

41.	Did you easily become emotional?	41	0	1	2	3	4
42.	Were you afraid of anything when there was really no need for you to be afraid? (*for instance animals, heights, small rooms)*	42	0	1	2	3	4
43.	Were you afraid to travel on buses, streetcars/trams, subways or trains?	43	0	1	2	3	4
44.	Were you afraid of becoming embarrassed when with other people?	44	0	1	2	3	4
45.	Did you ever feel as if you were being threatened by unknown danger?	45	0	1	2	3	4
46.	Did you ever think "I wish I was dead"?	46	0	1	2	3	4
47.	Did you ever have fleeting images of any upsetting event(s) that you have experienced?	47	0	1	2	3	4
48.	Did you ever have to do your best to put aside thoughts about any upsetting event(s)?	48	0	1	2	3	4
49.	Did you have to avoid certain places because they frightened you?	49	0	1	2	3	4
50.	Did you have to repeat some actions a number of times before you could do something else?	50	0	1	2	3	4
51.	Are there other symptoms and/or signs that you have noticed in yourself, that are not present in the list below?						
	If so, please mention it below?	1					

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

SURVEY QUESTIONNAIRE (blad 6-7)

1. How much time did you spend on filling out this questionnaire (the 4DSQ)?
    a. 0-5 minutes
    b. 5-10 minutes
    c. 10-15 minutes
    d. 15-20 minutes
    e. > 20 minutes
2. Is this the first time you have filled out this questionnaire?
    a. Yes
    b. No

    If not: how many times?

    . . . . . .
3. Were the instructions for filling out this questionnaire clear?
    a. Yes
    b. No

    If not: what would you change?

    . . . . . .
4. Is it clear to you, why you had to fill in this questionnaire?
    a. Yes
    b. No, why not? . . . . . .
5. Filling in this questionnaire was difficult for me?
    a. Totally agree
    b. Tend to agree
    c. Tend to disagree
    d. Totally disagree

    Why ?

    . . . . . .
6. Did this questionnaire bring you certain insights?
    a. Yes
    b. No

    If yes, which ones?

    . . . . . .
7. Do you think the information from this questionnaire is useful for your doctor?
    - Yes
    - No

    Why or why not?

    . . . . . .
8. Do you have any other comments or suggestions?

    . . . . . .

SCOREFORMULIER (in te vullen door de huisarts)(blad 8)

DATUM:

Somatisatie	**Distress**	**Depressie**	**Angst**

BIJLAGE 3: PROTOCOL ONDERZOEK VOOR DE HUISARTSEN

Beste collega,

Eerst en vooral bedankt dat u wil meewerken aan mijn onderzoek naar de meerwaarde van de VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL). Elke huisarts krijgt geregeld een patiënt over de vloer die zegt: “Dokter, het gaat niet meer!”. Hiermee omgaan, is niet altijd even gemakkelijk. De 4DKL kan hierbij een nuttig instrument zijn. In Nederland is deze vragenlijst een bewezen instrument voor de vaststelling van distress, somatisatie, depressie en angst.

Dit onderzoek verricht ik voor mijn masterpaper in de opleiding huisartsgeneeskunde.

In bijlage vindt u het stappenplan.

Alvast héél hard bedankt voor uw medewerking,

Liesbeth Dendooven (Huisarts in opleiding KULeuven)
Promotors: Jo Goedhuys en Marc Van Nuland
Praktijkopleider: Lieve Deturck

STAPPENPLAN

1. Inclusiecriteria
    - Vermoeden van somatisatie, distress, depressie of angst.
    - Patiënt moet ouder zijn dan 18 jaar.
2. Exclusiecriteria
    - Geen gekende psychiatrische problematiek. (Bij een gekende psychiatrische problematiek, is de afname wellicht minder nuttig.)
3. Informed consent
    - Handtekening zie bundel patiënt: toestemming deelname onderzoek.
    - Het gaat om de 4DKL, die we hier in België willen introduceren.
    - Hun gegevens worden volledig ANONIEM verwerkt.
4. Bundel afgeven aan patiënt. De bundel bevat volgende documenten:
    - Toestemming deelname
    - Achtergrondkenmerken
    - Vragenlijst (4DKL)
    - Bevraging vragenlijst
    - Kort scoreformulier, in te vullen door u.
5. U legt een vervolg afspraak vast, waar u de resultaten kan bespreken.
   TIP: laat de patiënt de bundel op voorhand binnenbrengen, zodat u de score op voorhand kan uitrekenen en noteren in het dossier.
   Zie artikel voor het interpreteren van de vragenlijst. Terluin B, Terluin M, Prince K, et al. De vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts en wetenschap Mei 2008; 51 (5).
6. Bundels opsturen
    - In voorgemaakte enveloppen via de pick-up van het MCH.
    - Als u hier niet mee werkt, laat het mij dan weten, dan kom ik ze zelf ophalen.
7. Registratieperiode
    - 05/2015 tem 12/2015
    - Ideaal zou u toch 10 of meer vragenlijsten moeten hebben afgenomen, indien niet, geen probleem, alle informatie is welkom.
8. Na deze registratieperiode zal ik u uitnodigen voor een afsluitende vergadering. Indien u niet aanwezig kan zijn, kan ik hier persoonlijk voor langskomen bij u op de praktijk.

Scoreformulier voor de 4DKL

0 = Score 0
1 = Score 1
2, 3 en 4 = Score 2
(de cijfers 2,3 en 4 worden geteld als "2")

Naam patiënt:

Somatisatiescore		Distressscore		Depressiescore		Angstscore	
1	.....	17	.....	28	.....	18	.....
2	.....	19	.....	30	.....	21	.....
3	.....	20	.....	33	.....	23	.....
4	.....	22	.....	34	.....	24	.....
5	.....	25	.....	35	.....	27	.....
6	.....	26	.....	46	.....	40	.....
7	.....	29	.....			42	.....
8	.....	31	.....			43	.....
9	.....	32	.....			44	.....
10	.....	36	.....			45	.....
11	.....	37	.....			49	.....
12	.....	38	.....			50	.....
13	.....	39	.....				
14	.....	41	.....				
15	.....	47	.....				
16	.....	48	.....				

Somatisatie	Distress	Depressie	Angststoornis
1 geen somatisatie: 0-10 2 matig verhoogd: 11-20 3 sterk verhoogd: > 20	1 geen distress: 0-10 2 matig verhoogd: 11-20 3 sterk verhoogd: > 20	1 geen depressie: 0-2 2 matig verhoogd: 3-5 3 sterk verhoogd: > 5	1 geen angststoornis: 0-3 2 matig verhoogd: 4-9 3 sterk verhoogd: > 9

De 4DKL is auteursrechtelijk beschermd. Het copyright berust bij Dr. B. Terluin. De 4DKL is gratis voor niet – commercieel gebruik zoals in de zorg en bij wetenschappelijk onderzoek. Voor commercieel gebruik is een licentieovereenkomst nodig. Meer informatie, vertalingen en literatuurreferenties zijn te vinden op www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp

BIJLAGE 5: DRAAIBOEK AFSLUITENDE VERGADERINGEN

Doel

Achterhalen wat de meerwaarde is van de 4DKL (Vierdimensionale Klachtenlijst) in de huisartsenpraktijk.

Verloop

1. Inleiding (5 min)

- Inleiding: doel van deze afsluitende vergadering.
  Jullie hebben allen gedurende meerdere maanden de 4DKL gebruikt en nu zijn we hier samen om de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk te bespreken. Voor de meesten van jullie was de 4DKL een ongekend instrument en we zijn heel benieuwd naar jullie ervaringen.
  We gaan eerst jullie globale ervaringen bevragen (grote plus en grote minpunten) en daarna gaan we per thema werken. Volgende thema's komen aanbod. Tijd, praktisch gebruik, informatie verworven door de 4DKL, meerwaarde van de 4DKL.
  Het gaat ongeveer zo'n 1u30 duren en daarom hebben we besloten geen pauze in te lassen.
- Voorstelronde
- Toelichting van procedure
  - Vooral diversiteit van ideeën
  - Consensus is geen doel

2. Opwarmer (15min)

Wat zijn uw globale ervaringen bij het gebruik van de 4DKL (grootste pluspunten en grootste minpunten)?

3. Tijd (10min)

Zorgde de 4DKL voor tijdswinst of eerder voor tijdsverlies?

4. Praktisch gebruik (15 min)

Was de 4DKL voor u een praktisch of onpraktisch instrument?

5. Informatie verworven door de 4DKL (25 min)

Verwierf u via de 4DKL informatie die een meerwaarde was voor uw diagnostiek en verder beleid?

6. Meerwaarde (15 min)

Was de 4DKL voor u in het algemeen een meerwaarde of niet?

Samenvatting en bedanking

BIJLAGE 6: VRAGEN AFSLUITENDE VERGADERINGEN

OPEN VRAGEN EN CHECKLIST

1. Inleiding (5 min)

- Inleiding: doel van deze afsluitende vergadering
  Jullie hebben allen gedurende meerdere maanden de 4DKL gebruikt en nu zijn we hier samen om de meerwaarde van de 4DKL in de huisartsenpraktijk te bespreken. Voor de meesten van jullie was de 4DKL een ongekend instrument en ik ben heel benieuwd naar jullie ervaringen.
  Ik ga eerst jullie globale ervaringen bevragen (grote plus en grote minpunten) en daarna gaan we per thema werken. Volgende thema's komen aanbod. Tijd, praktisch gebruik, informatie verworven door de 4DKL, meerwaarde van de 4DKL.
  Het gaat ongeveer zo'n 1u30 duren en daarom heb ik besloten geen pauze in te lassen.
- Voorstelronde
  - Jullie kennen elkaar al, maar graag kort een voorstelrondje
- Toelichting van procedure
  - Vooral diversiteit van ideeën
  - Consensus is geen doel

2. Opwarmer (15min)

Wat zijn uw globale ervaringen bij het gebruik van de 4DKL (grootste pluspunten en grootste minpunten)? Even voor jezelf opschrijven. Ik hou die papieren ook bij, dus zet je naam er maar.

- Hoe is het gegaan, hoe is het verlopen?
- Wat leverde de 4DKL je op? En wat kostte het je?

3. Tijd (10min)

Zorgde de 4DKL voor tijdswinst of eerder voor tijdsverlies?

- Tijdswinst of tijdsverlies in het eerste consult door de vragenlijst mee te geven?
- Tijdswinst of tijdsverlies in het 2de consult door gebruik te maken van de vragenlijst?
- Hoeveel tijd stak u in het uitrekenen van de vragenlijst?
  - Deed u als de patiënt erbij zat of deed u dit op voorhand?
- Hoeveel tijd denkt u zelf dat uw patiënten nodig hadden om deze vragenlijst in te vullen?
- Algemeen: ervaart u de vragenlijst als een tijdsverlies of eerder als een tijdwinst?

4. Praktisch gebruik (15 min)

Was de 4DKL voor u een praktisch of onpraktisch instrument?

- Was er een barrière om deze vragenlijst met uw patiënten mee te geven? Zo ja welke? Hoe ben je met deze barrières omgegaan, hoe heeft u die weten omzeilen?
- Vond u de vragenlijst en het scoreformulier duidelijk?
- Vond u de vragenlijst volledig of vond u dat er bepaalde elementen ontbraken?
- Hoe ging het om de 4DKL te gebruiken? Vond u het een handige tool?
- Heeft u moeilijkheden ervaren met het uitrekenen van de scores?
  i. Suggesties om dit te vergemakkelijken, te verbeteren.
- Was de vragenlijst volgens u duidelijk voor uw patiënten?
- Wat vonden uw patiënten ervan dat ze zo'n vragenlijst moesten invullen?
- Denkt u dat een online instrument handig zou zijn?
- Hoe heeft u de informatie van de 4DKL in uw medisch dossier genoteerd?

5. Informatie verworven door de 4DKL (25 min)

Verwierf u via de 4DKL informatie, die een meerwaarde was voor uw diagnostiek en verder beleid?

- Vond u de informatie die u verkreeg van de 4DKL nuttig in uw verder diagnostiek/beleid?
- Voor welke soort patiënten vond u deze vragenlijst vooral interessant?
- Aan welke patiënten gaf u de vragenlijst mee en wat verwachtte u daarvan?

Terluin: (1) patienten die de huisarts vrij gemakkelijk vertellen dat er psychische problemen spelen, en (2) patienten die lichamelijke klachten presenteren waarbij de huisarts wel snel een vermoeden krijgt van achterliggende psychische problemen, maar waarbij de patient geen opening biedt om over psychische zaken te beginnen.

- En hoe zit het met het wegblijven (niet terugkomen) van patienten die een 4DKL hebben gekregen? Terluin: Mijn ervaring is dat de meeste patienten wel terugkomen maar dat heeft mogelijk ook te maken met de arts-patientrelatie en met het “verkopen” van de 4DKL.
- Heeft de 4DKL u geholpen bij het opsporen van psychosociale problemen in het kader van een tweesporenbeleid?
- Vond u dat de 4DKL veelvoorkomende psychosociale problemen in kaart kon brengen?
- Vond u dat u met d 4DKL uw patiënt meer kon betrekken bij het formuleren van een diagnose en een plan van aanpak?
- Vond u dat de 4DKL de ernst van de problematiek goed inschat met de scores?
- Vond u de 4DKL een goede detectie-methode voor depressie/angststoornissen?
- Vond u dat de 4DKL een goed instrument was om somatisatie uit te leggen bij somatiserende patiënten.
- Heeft u de 4DKL gebruikt voor opvolging? Vond u de 4DKL een goed opvolgingsinstrument?
- Denkt u dat uw patiënten tot inzichten zijn gekomen door de vragenlijst?
- Casussen gehad, waarvan u de uitslag niet had verwacht?

6. Meerwaarde (15 min)

Was de 4DKL voor u in het algemeen een meerwaarde of niet?

- Vind u de 4DKL een meerwaarde om in de praktijk te gebruiken?
- Gaat u na dit onderzoek de 4DKL blijven gebruiken?
- Schaal-test qua nuttigheid
- Hoe vond u de verhouding tussen inspanning en winst?

BIJLAGE 7: SAMENVATTING AFSLUITENDE VERGADERINGEN AAN DE HAND VAN STELLINGEN

RESULTATEN AFSLUITENDE VERGADERINGEN
Eerste groep: 10/12/2015
Tweede groep: 15/01/2016

Volgende stellingen kwamen in de afsluitende vergaderingen naar voor.

1. Globale ervaringen

- Voordelen
    - De 4DKL maakt een 2de gesprek gemakkelijker.
    - De 4DKL maakt psychische problemen bespreekbaar, zo wordt een psychische oorzaak voor somatische klachten bespreekbaar.
    - De 4DKL helpt je de lijdensdruk van je patiënt te benoemen.
    - De 4DKL helpt je de ernst van de problematiek in te schatten.
    - De 4DKL brengt je patiënt zelf tot inzicht, het is een reflectie-instrument, een huiswerkopdracht.
    - De 4DKL is een aanvulling op de anamnese.
    - De 4DKL brengt inzicht in de klachten van de patiënt.
    - De 4DKL helpt de eerste consultatie afsluiten en zo wordt er al een link gelegd naar de 2de consultatie.
    - Voor jonge artsen geeft de 4DKL ademruimte om eens na te denken wat ze met die patiënt zouden doen.
    - De 4DKL is een handige tool om depressie en vooral angst te detecteren.
    - De 4DKL is een nuttig opvolgingsinstrument .

- 2 artsen hadden de 4DKL niet gebruikt
    - Waarom niet?
        - De organisatie (je moet eraan denken, waar ligt het nu ook al weer, …)
        - Het is iets ongekends, hierdoor is de barrière om het mee te geven groot.
        - Er bestaan al zoveel tools, op den duur verlies je het overzicht.
        - Soms was de situatie al zo ernstig dat je sowieso moest doorverwijzen.
        - Voldoende informatie uit een face to face gesprek.
        - Schrik dat het te tijdrovend zou zijn.
    - Redenen om het wel te gebruiken?
        - De 4DKL vergroot de betrokkenheid van de patiënt.
        - Door de 4DKL voelen patiënten zich gehoord en au serieus genomen.

- Nadelen
    - Eerste groep:
        - Het uitrekenen van de scores is omslachtig.
        - De 4DKL kan stigmatiserend werken.
        - Door een score te geven wordt het te technisch, te instrumenteel en hierdoor ga je te veel op de vragenlijst vertrouwen, wat gevaarlijk kan zijn.
        - De 4DKL is geen diagnostisch middel, je moet de scores relativeren.
    - Tweede groep:
        - De 4DKL is een momentopname. Hierdoor soms een overschatting of onderschatting van de ernst.

- Het gebruik van de 4DKL houdt in dat je altijd een 2de consult moet voorzien en patiënten verwachten vaak dat ze direct worden geholpen.

2. Tijd

- De 4DKL is een tijdswinst:
  - Het helpt je consultatie afronden.
  - Je hoeft niet alles te bevragen tijdens de anamnese.
  - Je komt sneller tot de kern van het probleem (bijvoorbeeld dat er een angstcomponent meespeelt).
  - Je komt sneller tot een "diagnose" en het geeft je sneller aanknopingspunten.
  - Het geeft je sneller de toelating om over een bepaald thema te spreken.
- Het uitrekenen van de scores werd wel gezien als een tijdsverlies.
- Patiënten hadden geen klachten over de tijdsinvestering.

3. Praktisch gebruik

- De 4DKL is een praktisch instrument, behalve het uitrekenen is niet praktisch.
- De 4DKL is een handig instrument, maar een online tool zou nog handiger zijn. Als het direct in het elektronisch medisch dossier zou verwerkt worden, zou dat ideaal zijn.
- De 4DKL is duidelijk voor de patiënten.
- De scoreformulieren worden als duidelijk ervaren. Nota: bij het nakijken van de scoreformulieren werd in de eerste groep wel meermaals fouten gemaakt bij het uitrekenen.
- De grootste barrière om de 4DKL mee te geven is "er niet aan denken" en de beschikbaarheid. Eens de 4DKL werd gebruikt, viel de barrière bij de meeste artsen wel weg. Het was niet evident om de 4DKL mee te geven bij een nieuwe contact.
- Er is discussie over de term distress, deze term is voor interpretatie vatbaar.

4. Informatie verworven door de 4DKL

- De 4DKL is algemeen een meerwaarde voor het verwerven van informatie.
- De 4DKL is geen diagnostisch middel, maar wel een hulpmiddel om je beleid verder te plannen. Het is richtinggevend.
- De 4DKL is vooral nuttig bij patiënten met psychosomatiek.
- De 4DKL geeft een inschatting van de ernst van de problematiek.
- De 4DKL geeft inzicht in de problematiek van de patiënt.
- De distress-score geeft een idee van hoe ernstig een probleem is en geeft een aanknopingspunt om op zoek te gaan naar de oorzaak van het probleem.
- De scores van de 4DKL zijn meestal evenredig met het aanvoelen van het probleem, maar de scores werden niet letterlijk gebruikt, eerder om richting te geven.
- De 4DKL is een goed detectie-instrument voor angst, maar minder voor depressie. Ook al vond één arts dat de scores van depressie soms toch ook hoger lagen dan verwacht. Eén arts vond dat er maar weinig vragen over depressie werden gesteld en deze waren heel moment gebonden.
- De depressie-score heeft meer een uitsluitende rol dan een aantonende rol.
- De 4DKL helpt je om bepaalde taboes te doorbreken, zoals suïcide en andere moeilijkere thema's.
- De 4DKL betrekt je patiënt bij je beleid.
- De 4DKL geeft de patiënt zelf inzicht in zijn problematiek.
- De 4DKL faciliteert een doorverwijzing .
- Voor de helft van de artsen is de 4DKL laagdrempelig en zij gaven het mee bij een vermoeden van psychische klachten, om zo een beter beeld te krijgen in de problematiek en de ernst ervan. De andere helft vond dit moeilijker, zij vonden de 4DKL overbodig als je een goede relatie hebt met je patiënt en je goed met hen kan praten. (eerste groep)

In de tweede groep was er ook verdeeldheid, de meer ervaren artsen gaven de 4DKL vooral mee bij patiënten met vage klachten, om zo meer inzicht te krijgen en een opening te krijgen tot het psychosociale spoor en ook om zo de patiënt tot meer inzicht te krijgen. Zij vonden het niet zo nuttig als ze al met psychische klachten kwamen, dan maakten zij gemakkelijker gebruik van een therapeutische tool. De jongere artsen gaven het mee bij duidelijke psychische klachten om meer inzicht te krijgen in de problematiek en om hun diagnose te bevestigen.

5. Meerwaarde van de 4DKL

- De 4DKL wordt algemeen beschouwd als een meerwaarde.
- De beschikbaarheid speelt vooral een rol in het feit of ze het nog gaan gebruiken of niet. Een online tool is heel welkom.
- De 4DKL kreeg gemiddeld een 7,7 op 10

BIJLAGE 8: LITERATUURONDERZOEK SURMENAGE/OVERSPANNING

1.Termen surmenage/overspanning

Een term die niet in de DSM, maar wel in de ICPC-2 classificatie voorkomt, is de term surmenage. Maar wat betekent deze term nu eigenlijk. In de literatuur is er nogal wat controverse over de term surmenage of overspanning. Hieronder worden er een aantal definities van de term surmenage/overpanning gegeven.

ICPC-2 classificatie: neurasthenie/surmenage P78 (International Classification of Primary Care, 2nd edition online) "Toegenomen vermoeibaarheid met onaangename associaties, moeite met concentratie en een blijvend verminderd prestatie- en copingvermogen. Het gevoel van lichamelijke zwakte en uitputting na een geestelijke inspanning of na een minimale lichamelijke inspanning, vaak vergezeld van spierpijn en onvermogen te ontspannen."

Terluin B. Terluin spreekt van surmenage (overspanning) bij een (sub)acute psychische decompensatie ten gevolge van psychosociale overbelasting bij personen die tevoren "normaal" functioneerden. (26)

Schmidt Anton. Volgens Schmidt is overspanning een begrip dat door de huisarts wordt gebruikt, niet door psychiaters of psychologen. Volgens hem bevat overspanning de volgende kernsymptomen: concentratiestoornissen, moeite met helder denken, niet meer in staat problemen op te lossen, interesseverlies, anhedonie door dit alles, dagelijkse verplichtingen niet meer kunnen volbrengen. De eerste klacht is meestal moeheid, eerst reactief, daarna continu, daarna treden de kernsymptomen op. Zijn theorie is dat overspanning een disbalans is tussen draaglast en draagkracht. Volgens hem is overspanning een basale stoornis die op den duur optreedt bij iedereen die wordt blootgesteld aan chronische, ongecontroleerde stress. Volgens hem kan overspanning op zijn beurt dan weer leiden tot een diversiteit van psychiatrische aandoeningen. (27)

Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, et al. Volgens dit artikel zijn surmenage, stress en burn-out veelvoorkomende, maar weinig bestudeerde psychische problemen. In de literatuur zijn deze slecht omschreven en een standaardaanpak blijkt niet voor handen. Volgens hen zijn stress/surmenage of overspanning/burnout reacties die optreden ten gevolge van een verstoring van de balans tussen belasting en coping van een individu. Surmenage of overspanning is een normale reactie van overbelasting bij mensen normaal goed functioneren. (28)

Henskens L, Badr M. Volgens hen is overspanning het gevolg van een verstoorde balans tussen draagkracht en draaglast. Meestal is er sprake van een overmaat aan stres veroorzakende factoren. De patiënt is niet meer in staat om de belastende omstandigheden of de manier waarop hij hiermee omgaat te passen naar een hanteerbaar niveau. De klachten zijn moeheid, gespannenheid en/of prikkelbaar zijn, slapeloosheid, emotionele labiliteit, piekeren en concentratieverlies met uiteindelijk als gevolg een beperking in het sociaal en/of beroepsmatig functioneren. (29)

Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG, et al. Volgens hen is overspanning: "een decompensatiesyndroom dat optreedt onder invloed van een te grote psychosociale 'belasting' in verhouding tot de 'belastbaarheid' van de patiënt. Het klinisch beeld zou zich kenmerken door klachten als moeheid, futloosheid, psychische spanning, slaapproblemen, prikkelbaarheid, labiliteit, piekeren, concentratiestoornissen en het onvermogen om normaal te functioneren. Door het gebrek aan algemeen geaccepteerde criteria voor overspanning is het syndroom moeilijk te onderscheiden van aanverwante - en mogelijk overlappende - aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen of angststoornissen." (30)

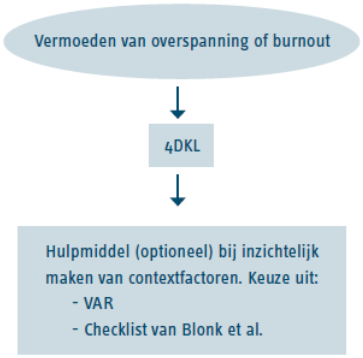
LESA Volgens de LESA wordt overspanning gekenmerkt door volgende kenmerken: moeheid, gestoorde of ongrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/herrie kunnen, emotionele labiliteit, piekeren, zicht gejaargd voelen, concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid. (14)

2. Incidentie overspanning/surmenage

Volgens Rogiers et al. (28) is de kennis omtrent de prevalentie onvolledig, omdat er geen duidelijke begripsomschrijving bestaat. Wat ze wel kunnen zeggen is dat het meer voorkomt bij vrouwen, lager

opgeleiden en dat de prevalentie stijgt met de leeftijd. Volgens Henkens et al. (29) vormt overspanning in de eerste lijn 60-70% van de psychische problematiek. De incidentie in de praktijk varieert van 14 tot 30 per 1000 patiënten en ook hier geeft men aan dat deze incidentie hoger ligt bij vrouwen dan bij mannen. Volgens de intego-databank is de gemiddelde incidentie per 1000 patiëntenjaren (1994-2010) voor neurasthenie/surmenage 1,32. Hiermee staat dit op de 6de plaats van meest voorkomende diagnoses en klachten rond geestelijke gezondheid (3).

3. Diagnose overspanning/surmenage



VAR = Vragenlijst ArbeidsReïntegratie

Op basis van de anamnese moet men uitmaken over het hier gaat om overspanning of niet. Aanvullende op de anamnese kan er een vragenlijst worden gebruikt, als ondersteuning bij de diagnostiek van overspanning is de 4DKL het meest aangewezen. Optioneel kunnen er extra vragenlijsten worden in gezet als er onvoldoende duidelijkheid is over de bijdrage van de contextfactoren. De volgende vragenlijsten komen hiervoor in aanmerking. De checklist van Blonk et al. en de VAR (Vragenlijst ArbeidsReïntegratie) (14).

4. Behandeling overspanning/surmenage

A. Arbeidsongeschiktheid

Er is geen literatuur bekend over de “ideale” duur van arbeidsongeschiktheid in de aanpak van overspanning/surmenage. Dat kan variëren naargelang de ernst van de symptomen. Minimaal gaat men uit van twee weken, maar bij ernstige vormen van overspanning kan een periode van zes tot twaalf weken noodzakelijk zijn (31).Volgens Brouwers et al. zorgt overspanning voor veel en langdurig ziekteverzuim met het risico op verlies van werk en arbeidsongeschiktheid. Hier spreken ze over gemiddeld 121 dagen ziekteverzuim zonder interventie (32). Volgens een onderzoek van Terluin is 80% van de patiënten binnen de 3 maanden terug aan het werk (26).

B. Herstel

Het doel van de revalidatie is drieledig. De patiënt laten herstellen om terug te komen tot een gezonde en evenwichtige toestand. Daarna moet men de stressoren aanpakken en daarna moet er aandacht worden gegeven aan een hervalpreventieprogramma (31). Je moet je patiënt even de kans geven om tot rust te komen, maar dit mag ook niet te lang duren. Door rust te nemen kan het zijn dat je patiënt vermijdingsgedrag gaat vertonen en dat kan leiden tot langdurig ziekteverzuim (33).

Het herstel verloopt meestal in 3 fasen: (14)

1. **De crisisfase** (duurt ongeveer één tot drie weken)

In deze fase moet de patiënt tot rust komen en ter controle krijgen op zowel cognitief als emotioneel vlak. De patiënt moet tot inzichten komen en accepteren dat hij/zij overspannen is. In deze fase kunnen ze geen maatschappelijke en privéactiviteiten uitvoeren en kunnen ze meestal niet deelnemen aan het arbeidsproces.

2. **De probleem- en oplossingsfase** (duurt ongeveer drie tot zes weken)

In deze fase brengen de patiënt en zijn omgeving structuur aan in de problemen: welke problemen spelen een rol, hoe beïnvloedbaar zijn ze, wat moet er gebeuren? Oppakken van activiteiten zoals werk is zinvol als de patiënt zicht heeft op concrete oplossingen voor ten minste een deel van zijn problemen.

3. **De toepassingsfase** (duurt ongeveer drie tot zes weken)
In deze fase past de patiënt de verworven inzichten en vaardigheden geleidelijk toe en herneemt zo zijn functioneren. Voor het slagen van deze fase is het belangrijk dat de omgeving meedenkt en meewerkt.

Hieronder vindt u een tabel over de behandeling van overspanning/surmenage, overgenomen van de Nederlandse richtlijn “Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burn-out”. Dit geeft een goed overzicht van de verschillende behandelingsmogelijkheden per fase (1).

C. Medicatie

Algemeen kunnen we stellen dat er geen plaats is voor medicatie in de behandeling van overspanning. Medicatie kan eventueel gebruikt worden om ernstige belemmerende symptomen zoals slaapproblemen en functionele lichamelijke klachten te verminderen, maar dan hooguit tijdelijk (maximaal twee tot drie weken, bij voorkeur intermitterend) (14).

D. Verwijzing

Als er binnen de 3-4 weken geen duidelijke verbetering optreedt bij een op overspanning gerichte aanpak, dan moet de huisarts nagaan of het niet om een depressieve of angststoornis gaat. Dit kan eventueel met behulp van de 4DKL (30). Bij volgende situaties verwijs je best door: als er stagnatie optreedt bij de behandeling van overspanning en je ziet geen mogelijkheden om deze op te heffen of de stagnatie duurt langer dan 3 weken, als er sprake is van een burn-out of als er twijfel is over de diagnose. Alles wat met het werk te maken heeft, kan je best bespreken of doorverwijzen naar de arbeidsgeneesheer (14).

Er bestaan twee folders voor patiënten ‘Ik ben overspannen’ en ‘Ik herstel van overspanning’. Deze kan je terug vinden bij de NHG-patiëntenbrieven.

Fig. 7.1 Fasen-taken model

Procesfase	Hersteltaken cliënt - patiënt	Interventies ³ behandelaar	Tijdpad
Controleverlies leidt tot **Crisisfase**	Patiënt en omgeving werken aan: - acceptatie, - begrip en inzicht, - rust en ontspanning, - dagstructuur	*Basis:* - Voorlichting - Dagstructuur - Perspectief bieden *Optioneel:* - Praatadviezen - Schrijfopdrachten - Piekeropdrachten - Ontspannende activiteiten - Dagstructuur/slaapstructuur	Afronden na ca. 3 weken *Doel dan niet bereikt?* *Stagnatie*
Zicht op oorzaken leidt tot zicht op oplossingen **Probleem- en oplossingsfase**	Oriënteren op problemen en op oplossingen In kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen	*Optioneel:* - Probleem- en oplossings-inventarisatie met behulp van schrijf- en registratie-opdrachten	Afronden na 3-6 weken na afsluiten van de crisisfase *Doel dan niet bereikt?* *Stagnatie*
Toepassen van oplossingen leidt tot hervinden grip op de situatie **Toepassingsfase**	Oriënteren op toepassingen Oppakken van alle rollen en taken Functioneringsherstel	*Optioneel:* - Schema's voor opbouwen activiteiten - Opdracht om te anticiperen op mogelijke belemmeringen bij oppakken van rollen en taken - Opdracht om te saneren in belastende factoren	Afronden uiterlijk 6 weken na afsluiten van de probleem- en oplossingsfase *Doel dan niet bereikt?* *Stagnatie*

Bij stagnatie grijpt de behandelaar terug op:	
Diagnostiek	Check opnieuw de 6 hoofdgebieden - Klacht - Functioneren - Oorzakelijke en onderhoudende factoren bij cliënt èn diens omgeving: privé, werk en zorg - Coping cliënt (en visie op participatie) - Coping systeem - Interactie tussen systemen
↓	
Herdefiniëring diagnose/ probleem	- Zonodig ook eerstelijns diagnostiek - Denk aan secundaire beelden (depressie, angst) of aan beelden die in de tijd uitkristalliseren - Gebruik vragenlijsten zoals 4 DKL - Zo nodig consultatie eerstelijnspsycholoog voor diagnostiek
↓	
Aanpassen beleid	- Inzetten van een (eerste) interventie - Consultatie van een collega - Verwijzen - Acties naar de omringende systemen (werk, privé, zorg)
↓	
Blijven evalueren op procesuitkomst	- Iedere 3 weken - Wanneer vanwege stagnatie een interventie is ingezet en bij het volgend contact blijkt nog steeds sprake van stagnatie, dan ALTIJD consult van andere betrokken behandelaar. Meestal is verwijzing nodig.