What's in their HEADSS?

Evaluatie van het psychosociaal interview voor jongeren in de huisartsenpraktijk. Wat leren we over de patiënt?

Victor Camerlynck, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys
Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven

Master of Family Medicine 2016
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context. Doorgaans wordt de adolescentie gezien als een periode van groei en ontwikkeling zonder belangrijke gezondheidsproblemen. Adolescenten zouden dus weinig behoefte hebben aan medische begeleiding. Toch lijkt dit beeld niet helemaal te kloppen met de ervaring uit de praktijk.

Onderzoeksvragen. Welke gezondheidsproblemen kennen adolescenten in de 21e eeuw en hoe kan de huisarts deze in kaart brengen?

Methode. In het eerste luik van het onderzoek is een verkennende literatuurstudie. In de databank MEDLINE op systematische wijze gezocht naar literatuur rond de gezondheidsproblemen van adolescenten, drempels die jongeren aangeven om hun huisarts te raadplegen en naar instrumenten om de gezondheid van de patiënt in kaart te brengen. Hierna volgde het praktijkonderzoek, het tweede luik van het onderzoek, dat samen werd uitgevoerd met collega Maud Mittler. Het volgens de literatuur meest geschikte instrument wordt hierbij toegepast in de huisartspraktijken WGC Medikuregem in Brussel en WGC Zuidrand in Antwerpen. Er werd vooropgesteld in totaal 60 jongeren te laten interviewen door hun huisarts. Dit interview werd door zowel patiënt als arts achteraf geëvalueerd. In deze scriptie focussen we op de geïnterviewde patiënt: wat komen we te weten doorheen het interview en wat vinden de jongeren er zelf van? In de scriptie van collega Maud Mittler wordt gefocust op de arts-interviewer.

Resultaten. Uit de literatuur werden 37 studies geselecteerd en aangevuld met 23 overheidsbronnen; hoofdzakelijk statistieken rond mortaliteit en morbiditeit. Hoewel de meeste adolescenten in goede gezondheid verkeren bestaan er toch belangrijke gezondheidsproblemen, veelal een gevolg van experimenteer- en risicogedrag (vervoersongevallen, soa's, middelenafhankelijkheid), inclusief risico's verbonden aan nieuwe media (cyberpesten, internetverslaving, sms'en tijdens het rijden). Hiernaast vormen ook psychische problemen een belangrijke oorzaak van morbiditeit (stemming- en angststoornissen, zelfverwonding). Jongeren vertellen hierover weinig aan hun huisarts, vooral uit gebrek aan vertrouwen in de confidentialiteit. Het HEADSS-interview is goed geschikt voor toepassing in de huisartspraktijk. HE(E)ADSS(S) is een acroniem voor acht te ondervragen domeinen: *Home, Education, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression* en *Safety.* 79 patiënten werden geïnterviewd. De participatiegraad bedroeg 77%. 28% van de geïnterviewde jongeren heeft een alleenstaande moeder, 59% heeft schoolachterstand, 59% eet ongezond en 42% doet amper aan sport. Jongeren brengen opvallend veel tijd door achter een scherm. 83% geeft aan geen alcohol, tabak of andere middelen te gebruiken en 87% geeft aan nog geen seksueel contact te hebben. 14% van de geïnterviewde jongeren vertoont depressieve symptomen waarvan 2 jongeren symptomen van een voordien onbekende ernstige depressie. 86% vond het interview nuttig en 74% vond het interview expliciet aangenaam en 81% gaf aan dat de band met de huisarts verbeterd was. 23% gaf toe niet altijd eerlijk geweest te zijn.

Conclusie. De medische begeleiding van adolescenten is relevant en moet zijn plaats hebben in de huisartsgeneeskunde. Voorlichting rond zowel 'klassieke' als 'moderne' risico's is belangrijk. Deze studie benadrukt een duidelijke discrepantie. Enerzijds zijn er de alledaagse aandoeningen waarvoor jongeren hun huisarts gemakkelijk raadplegen. Anderzijds zijn er ernstige gezondheidsproblemen en -risico's waarvoor de huisarts amper geraadpleegd wordt. Dit komt vooral door een gebrek aan vertrouwen in de confidentialiteit. Ondanks zijn geringe meerwaarde als screeningsinstrument is het psychosociaal interview HEADSS effectief om deze vaak gevoelige thema's bespreekbaar te maken. Zo stijgt het vertrouwen in de huisarts, wat positieve gevolgen kan hebben voor de confidentialiteit en de kwaliteit van de zorg voor de adolescent. Tot slot onderschrijven de resultaten van deze studie de precaire situatie waarin een belangrijk deel van de Brusselse en Antwerpse jongeren zich bevindt.

Inhoudsopgave

Abstract 3
Inleiding 6
Context 6
Aanleiding 6
Indeling 6
Onderzoeksvragen 7
Verkennende literatuurstudie 8
Methodologie 8
Resultaten 8
Welke gezondheidsproblemen kennen adolescenten in de 21e eeuw? 9
Mortaliteit 9
Subjectieve morbiditeit 9
Objectieve morbiditeit 9
The iGeneration 10
Komen deze gezondheidsproblemen aan bod bij de huisarts? 11
Welke drempels ondervinden jongeren om de huisarts te raadplegen? 11
Welke onderwerpen worden best besproken met de adolescent? 12
Sterke evidentie 12
Weinig of ontbrekende evidentie 12
Welke instrumenten zijn beschikbaar om de gezondheid van adolescenten in kaart te brengen? 13
Interviews rond één specifiek domein 13
Interviews rond meerdere domeinen 14
Welk instrument is het meest geschikt voor toepassing in de huisartsenpraktijk? 15
HEADSS 16
Praktijkonderzoek 17
Schets van de praktijken 17
Methodologie 17
Resultaten 19
Chronologie 19
Beschrijving van de studiepopulatie 19
Participatiegraad WGC Medikuregem 20
Wat vertellen de jongeren? 20
Rode vlaggen 27
En wat vond de jongere zelf? 27
Bespreking 28

Wie zijn onze jongeren? 28
Rijke mix, armzalig bestaan… 28
Veel potentieel, minder perspectieven… 28
Wat vertellen onze jongeren (niet)? 28
Jongeren doen graag mee… 28
…vertellen voluit… 29
…maar lang niet over alles… 29
…zelfs niet aan de huisarts 30
Problemen? Welke problemen… 30
What's in their HEADSS? And how to get it out… 31
Screening is noodzakelijk… 31
…maar onvoldoende: patiënt noch arts willen een blauwtje lopen 31
Het psychosociaal interview verlaagt de drempels tussen arts en adolescent 32
Beperkingen 32
Besluit 34
Wat neem ik als arts hieruit mee? 34
Dankwoord 35
Referenties 36

Inleiding

Context

De adolescentie is een periode van groei en ontwikkeling waarbij jongeren talrijke ervaringen opdoen en met nieuwe mogelijkheden worden geconfronteerd. Doorgaans lijkt men te veronderstellen dat tieners relatief gezonde individuen zijn met weinig behoefte aan medische hulp. Tijdens mijn opleiding als huisarts in het wijkgezondheidscentrum (WGC) Medikuregem in Anderlecht was het relatief grote aandeel jongeren in de patiëntenpopulatie vrij opvallend. Naar mijn ervaring consulteerden adolescenten vaak met ongecompliceerde fysieke problemen (bovenste luchtweginfectie, gastro-enteritis, etc.), soms met een al dan niet duidelijke vraag voor een afwezigheidsattest. Ik kon me niet van de indruk ontdoen dat er in sommige gevallen achter deze eerder banale problematiek iets meer schuilging, maar bleef vaak onmachtig om dit verder te uit te werken.

Aanleiding

Op mijn tweede werkdag als huisarts-in-opleiding zag ik een 16-jarige patiënt, vergezeld van haar moeder, voor klachten van misselijkheid en buikpijn sinds enkele dagen. Zwangerschapsanamnese was negatief en de diagnose van gastro-enteritis werd gesteld. Groot was mijn verbijstering toen ik enkele weken later te horen kreeg dat de patiënt op dat moment weldegelijk al 10 weken zwanger zou geweest zijn. Ze had dan wel gelogen over de datum van haar laatste regels, toch voelde ik mij hiervoor op zijn minst gedeeltelijk verantwoordelijk. Visgraatanalyse van dit *kritische incident* toonde ondermeer dat mijn beperkte kennis van de gezondheidsrisico's van adolescenten aan de basis lag van dit voorval.

Daarom besloot ik samen met mijn praktijkopleiders en collega's van Medikuregem om het in kaart brengen van de gezondheidsproblemen en –risico's van adolescenten te kiezen als onderwerp voor de masterproef huisartsgeneeskunde. Via enkele omwegen kwam ik zo in contact met Maud Mittler, huisarts-in-opleiding in het WGC Zuidrand in Antwerpen, die ook rond dit thema haar masterproef wou maken. Samen met onze promotor professor Jo Goedhuys (KU Leuven), die expertise heeft op het vlak van arts-patiëntcommunicatie, besloten we aan de slag te gaan.

Indeling

Deze scriptie wordt ingedeeld in twee luiken. In het eerste luik wordt via een brede literatuurstudie het probleem gedefinieerd en gesitueerd. Eerst worden de belangrijkste gezondheidsproblemen van de adolescent besproken waarna deze worden vergeleken met de gezondheidsproblemen die bij de huisarts aan bod komen. Tot slot bekijken we de beschikbare instrumenten voor screening en psychosociaal interview bij adolescenten. Hierna wordt één instrument naar voren gebracht die het onderwerp wordt van het praktijkonderzoek.

In het tweede luik wordt het praktijkonderzoek beschreven. Hierbij worden jongeren in de praktijk door artsen geïnterviewd rond verschillende aspecten van hun gezondheid. In deze scriptie wordt ingezoomd op de geïnterviewde patiënt: wat vertellen de jongeren(niet), wat is de medische relevantie hiervan en wat vindt de patiënt van dit interview?

Hierna worden de bevindingen uit de literatuurstudie en het praktijkonderzoek verder besproken onder resultaten.

In de scriptie van collega-onderzoeker Maud Mittler wordt er ingezoomd op de interviewer: wat zijn de bevindingen en ervaringen van de artsen? Hoe beoordelen zij dit interview-instrument? De conclusies van beide scripties zijn complementair.

Onderzoeksvragen

Welke gezondheidsproblemen kennen adolescenten in de 21e eeuw en hoe kan de huisarts deze in kaart brengen? Welk instrument is het meest geschikt voor toepassing in de huisartspraktijk en wat leert de toepassing ervan in de praktijk ons over de gezondheid van de adolescenten ingeschreven in WGC Medikuregem in Brussel en WGC Zuidrand in Antwerpen?

Verkennende literatuurstudie

Methodologie

Omdat de onderzoeksvraag van de literatuurstudie onderverdeeld is in meerdere deelvragen werd voor elke deelvraag aparte zoekopdrachten verricht. Conform aan de definitie van de WHO definiëren we in deze literatuurstudie de adolescent een persoon vanaf 10 tot en met 19 jaar oud.

Eerst en vooral werd via de zoekrobot Pubmed de MEDLINE databank doorzocht, de meest omvangrijke elektronische database van medische artikelen. Enkel Engelstalige publicaties werden weerhouden. Zo veel mogelijk werd met behulp van onderstaande MeSH-termen gewerkt.

- "Adolescent Health"[Mesh]) AND "Morbidity"[Mesh]
- "Health behavior"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]
- "adolescent"[All fields] AND "reasons for encounter"[All Fields] AND "general practice"[All Fields]
- (Psychosocial[All Fields] AND assessments[All Fields] AND young[All Fields] AND ("persons"[MeSH Terms] OR "persons"[All Fields] OR "people"[All Fields]))

Hierbij werd ook de sneeuwbalmethode toegepast, waarbij de referentielijsten van de gevonden bronnen systematisch werden nagegaan en getoetst op relevantie.

Verder werden ook de statistische databases van Belgische (statbel.fgov.be), Vlaamse (zorg-en-gezondheid.be), Nederlandse (nivel.nl) en Europese (ec.europa.eu/eurostat) overheden doorzocht naar epidemiologisch materiaal rond morbiditeit en mortaliteit bij adolescenten. Ook publicaties van de Wereldgezondheidsorganisatie rond adolescenten en gezondheid (who.int/topics/adolescent-_health/en) werden doorzocht.

Ten laatste werd ook de database van de masterproeven huisartsgeneeskunde van het Belgisch interuniversitair opleidingscentrum huisartsgeneeskunde (ICHO) geraadpleegd via de zoekterm “adolescent” en “preventie”.

Resultaten

De verschillende zoekopdrachten in de MEDLINE-database via Pubmed leverde samen 1096 artikelen op.

Volgende zoekopdrachten leverden samen al 1058 artikelen op.

- Health behavior"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]
- (Psychosocial[All Fields] AND assessments[All Fields] AND young[All Fields] AND ("persons"[MeSH Terms] OR "persons"[All Fields] OR "people"[All Fields]))

Daarom werd besloten bij bovenstaande twee zoekopdrachten enkel de reviews te gaan analyseren. Op een totaal van 62 werden er op basis van titel en abstract 4 reviews behouden. 35 reviews hadden te maken met een specifieke aandoening (bv. diabetes), 12 reviews met tabakspreventie en in 9 reviews was de problematiek niet gerelateerd aan adolescenten. In 2 gevallen was er een specifieke studiepopulatie (bv. weeskinderen).

De andere zoektermen leverden samen 38 artikelen op waarvan er op basis van titel en abstract 7 werden weerhouden. In 13 artikelen was de problematiek niet gerelateerd aan adolescenten, in 11 artikelen werd een specifieke subgroep onderzocht (bv. adolescenten met autisme) en in 7 gevallen waren de bevindingen in het artikel niet relevant voor huisartsgeneeskunde (bv. chiropraxie).

Via de sneeuwbalmethode werden hier nog eens 26 relevante artikelen aan toegevoegd. 23 verschillende overheidsbronnen werden geraadpleegd ter ondersteuning van de bevindingen uit de literatuur. Ook werden 2 masterproeven huisartsgeneeskunde van het ICHO weerhouden

Welke gezondheidsproblemen kennen adolescenten in de 21e eeuw?

Mortaliteit

Eerst en vooral geeft een blik op de mortaliteit ons een objectief en onverbloemd beeld van de fatale gezondheidsproblemen bij adolescenten. In België bedroeg in 2009 het sterftecijfer van de leeftijdsgroep 10 tot en met 19 jaar 0,021% (N=266). In 110 gevallen (41%) werd een natuurlijke oorzaak aangegeven en bij 156 een uitwendige oorzaak (59%).

Kanker was zonder meer de belangrijkste natuurlijke doodsoorzaak (N=33; 12% van alle doodsoorzaken), gevolgd door hart en vaatziekten (N=18; 7%), congenitale of chromosomale afwijkingen (N=12; 5%) en ziekten van het ademhalings- (N=11; 4%) en zenuwstelsel (N=11; 4%). Het aandeel van andere natuurlijke doodsoorzaken was beperkt.

Vervoersongevallen waren de belangrijkste uitwendige doodsoorzaak (N=80; 30% van het totale aantal sterfgevallen), gevolgd door zelfmoord (N=51; 19%), 'andere' ongevallen (N=17; 6%), onopzettelijke vergiftiging (N=7; 2%) en sterfte ten gevolge van brand (N=1; 0%).[1,2] Onderzoek in de Verenigde Staten toonde aan dat in 29% van de fatale verkeersongevallen de bestuurder onder invloed van alcohol was[3]. Het aandeel dodelijke verwondingen bij adolescenten neemt wel af.[4]

Subjectieve morbiditeit

De ervaren gezondheid van kinderen van 12 jaar en ouder is in 96% van de gevallen goed tot heel goed. 30% van de jongeren geeft aan het afgelopen jaar van minstens één chronische aandoening last te hebben gehad waarvan migraine, astma en eczeem de belangrijkste waren.[5]

Objectieve morbiditeit

Morbiditeit bij westerse adolescenten is meestal geassocieerd is aan psychosociale problematiek[6]. Volgens een recent rapport van de WHO vormen psychische stoornissen belangrijkste oorzaak van morbiditeit, gevolgd door verwondingen (opzettelijk of onopzettelijk), middelengebruik (zowel tabak, alcohol als andere drugs) en onbeschermd seksueel contact[7]. Hiernaast waarschuwt de WHO ook voor de opmars van obesitas en overgewicht bij kinderen en adolescenten.[8]

Met psychische stoornissen worden in principe alle aandoeningen bij adolescenten bedoeld die beschreven worden in het diagnostisch en statistisch handboek voor psychische stoornissen (DSM-5). We beperken ons in deze studie tot de meest voorkomende stoornissen. In de VS wordt de 12-jaarprevalentie van stemmingsstoornissen bij adolescenten op 8% geschat.[9] Aan de hand van de ESEMeD-studie wordt de Europese prevalentie van angststoornissen in de groep van 18-24-jarigen op 8% geschat. [10] Diezelfde studie schat het aantal meisjes dat ooit een eetstoornis (anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornissen) heeft gehad op 1%. Uit prospectieve studies blijkt dat deze cijfers wellicht een onderschatting zijn van de reële cijfers.[11]

Er zijn geen exacte cijfers over het aantal opzettelijke verwondingen voor gans Vlaanderen. Schattingen van het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen zijn gebaseerd op het aantal geregistreerde pogingen in Gentse spoedgevallendiensten. In 2014 bedroeg dit 3,26 op 1000 jongeren van de leeftijdscategorie 15 tot en met 19 jaar. Bij meisjes bedraagt dit 4,63 en bij jongens 1,93. Over alle leeftijden ligt het gemiddelde op 2 per 1000 inwoners in 2014[12]. Suïcidegedachten en -pogingen komen

vaker voor bij meisjes, maar ongeveer 80% van de zelfmoorden wordt gepleegd door jongens. Wat betreft zelfverwonding – het zichzelf schade toebrengen zonder de intentie zichzelf van het leven te ontnemen – zou in België de prevalentie bij jongeren tussen 12 en 14 jaar op 10% liggen[13].

Over middelengebruik in Vlaanderen is wel veel bekend dankzij de tweejaarlijkse leerlingenbevraging uitgaand van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). De huidige cijfers betreffen het schooljaar 2014-2015[14]. Het gebruik van tabak en alcohol bij adolescenten is de laatste 10 jaar duidelijk afgenomen. De prevalenties van 'ooit gebruikt' van tabak en 'regelmatig gebruik' liggen nu op 29% en 8% van de leerlingen. Ook de eerste sigaret wordt steeds later gerookt: gemiddeld is dit nu 14,9 jaar. Er wordt duidelijk meer tabak gerookt in BSO-richtingen (laatstejaarsgebruik 41%) dan ASO-richtingen (21%). Van de 12-14-jarigen zegt 44% minstens 1 vriend te hebben die rookt, dit stijgt tot 82% bij 15-16-jarigen en 91% bij 17-18-jarigen. Ook zegt is er een daling in het aantal jongeren dat aangeeft gemakkelijk aan tabak te kunnen geraken: bij de min 16-jarigen is dit 44% (ten opzichte van 56% 5 jaar geleden) en bij de plus 16-jarigen 87% (ten opzichte van 91%). De prevalenties van 'ooit gebruikt' en 'regelmatig gebruik' van alcohol liggen op 65% en 14%. 35% van de scholieren heeft al eens aan *binge drinking* gedaan, 16% doet dit maandelijks. De gemiddelde beginleeftijd ligt op 14,3 jaar. Opnieuw wordt er minder (vaak) gedronken in het ASO. In de groep van 12-14-jarigen heeft 55% minstens 1 vriend die alcohol drinkt. In de groep van 15-16-jarigen drinkt bij 65% van de jongeren meer dan de helft van alle vrienden alcohol, en dit stijgt tot 85% bij de 17-18-jarigen. De prevalentie van cannabisgebruik ligt lager. 15% van de leerlingen heeft ooit cannabis geprobeerd, tegenover 2,0% regelmatig. 52% van de 15-16-jarigen heeft iemand in de vriendenkring die cannabis gebruikt, dit stijgt tot 65% bij de 17-18-jarigen. 80% verwacht dat vrienden cannabisgebruik zouden afkeuren. 3% van de leerlingen heeft ooit een andere illegale drugs gebruikt, met 4% van alle 17-18-jarigen die ooit xtc heeft gebruikt als opvallendste cijfer.

Ook wat betreft onbeschermd seksueel contact zijn er betrouwbare cijfers beschikbaar via het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid (Sensoa)[15]. Op 17 jaar heeft 50% van de jongeren seks gehad, op 18 jaar is dit 75%. Ondanks een dalende trend gebruikt steeds nog 42% van de jongeren tussen 15 en 21 jaar geen betrouwbaar anticonceptivum. In 2011 waren er op 1000 Vlaamse meisjes in de leeftijdsgroep 15-19 jaar 12,53 zwangerschappen. In 2012 werden er in dezelfde leeftijdsgroep 198 gevallen van Chlamydia geregistreerd per 100.000 Belgische meisjes tegenover 31 bij de jongens. In België geeft 8% van de meisjes aan gedwongen geweest te zijn tot seksuele aanrakingen voor de leeftijd van 18 jaar tegenover 3% van de jongens.

Overgewicht en sedentair gedrag bij adolescenten lijken een van dé uitdagingen voor de gezondheidszorg van de 21e eeuw. In Vlaanderen heeft 16% van de 15-jarige jongens overgewicht of obesitas. Bij de 15-jarige meisjes is dit 11%.[16] 67% van de Nederlandse jongeren tussen 12-20 jaar sport minstens wekelijks. De overgewichtscijfers zouden de laatste 10 jaar wel constant gebleven zijn.[17] Deze leeftijdsgroep scoort ook slechtst in het aantal uren liggen of zitten per dag: gemiddeld 3,5 uur.[18]

The iGeneration

Bij dit sedentair gedrag sluiten nieuwe technologieën perfect aan, waarvan de toenemende beschikbaarheid de laatste twee decennia een drastische invloed gehad heeft op het leven van de adolescent. Naast de vele voordelen is er groeiende evidentie dat hier ook potentieel negatieve gezondheidseffecten aan gekoppeld zijn[19].

Jongeren zouden vandaag gemiddeld 7 tot 11 uur achter het scherm doorbrengen (smartphone, tablet, tv en computer samen).[20] Adolescenten gebruiken ook courant hun gsm tijdens het autorijden. Vooral sms'en lijkt gevaarlijk en verhoogt het risico op verkeersongevallen tot 23 keer.[21] Bij 6% van de adolescenten zou er sprake zijn van een internetverslaving.[22] Ook is er onderzoek dat een link toont

tussen gebruik van sociale media en depressie[23]. Tot 11% van de adolescenten worden slachtoffer van cyberpesten. Internet en de bijhorende anonimiteit zouden de drempel voor pesten sterk verlagen. Zoals alle andere vormen van pesten speelt cyberpesten een grote rol in de hoge zelfmoordgraad bij adolescenten. Ook *sexting* – seksueel getinte beelden of berichtjes verzenden – is in opmars. 6% van de scholieren zou ooit al eens een (halfnaakte) foto van zichzelf hebben verstuurd.[24] Verder blijkt ook de eenvoudige toegang tot pornografie niet zonder gevaar. Blootstelling aan porno wordt geassocieerd met een vroegere 'eerste keer' en een minder veilig seksueel gedrag. Blootstelling aan gewelddadig pornografisch materiaal zou geassocieerd zijn met seksueel agressief gedrag.

Komen deze gezondheidsproblemen aan bod bij de huisarts?

Internationaal onderzoek toont dat jongeren weldegelijk de eerstelijnsgeneeskunde benutten. In ontwikkelde landen komt 70 tot 90% van de jongeren minstens één keer per jaar naar de huisarts of eerstelijnscentrum, vooral in verband met luchtwegproblematiek en huidproblemen.[25,26,27]

In beperkter onderzoek uit Vlaanderen blijkt dat adolescenten de huisarts wel raadplegen, maar dat dit op slechts sporadisch gebeurd.[28] Afgaand op Vlaamse cijfers van de Intego-databank zijn dit de 5 meest gestelde diagnoses in de leeftijdsgroep 10-19 jaar: *acute bovenste luchtweginfectie, influenza, gastro-enteritis, buil of kneuzing* en *acute tonsillitis.* In de Nederlandse Nivel-studie is *acute bovenste luchtweginfectie* ook de meest gestelde diagnose, gevolgd door *otitis media acuta*, *hoesten*, *wratten* en *acute bronchitis/bronchiolitis.*[5] Via analyse van het voorschrijfgedrag van de huisarts komt men tot volgend beeld: in 33% van de gevallen was dit medicatie geïndiceerd voor problemen van het ademhalingsstelsel en in 28% van huid en adnexa. In 3% van de gevallen ging dit om medicatie geïndiceerd voor psychische problematiek.

Internationaal zien we dat jongeren niet de neiging hebben om hun gezondheidsrisico's te gaan delen met hun arts[29]. Zo had de bevraging van psychiatrische problematiek een sensitiviteit van slechts 21%. De adolescenten met de meest ernstige problemen werden dan weer wel geïdentificeerd door de arts. Ook in Vlaanderen lijken jongeren niet snel geneigd om persoonlijke problematiek te gaan delen met hun arts.

Welke drempels ondervinden jongeren om de huisarts te raadplegen?

Er lijkt dus een discrepantie te bestaan tussen de aard van de meest gerapporteerde klachten door jongeren aan de huisarts (luchtweginfecties, dermatologische problemen, etc.) en de belangrijkste gezondheidsproblemen waarmee ze geconfronteerd worden (psychische problemen, middelengebruik, soa's, etc.). Jongeren zijn vooral geneigd hun huisarts te raadplegen in het geval een lichamelijke aandoening, veel minder wanneer er psychosociale problemen zijn. Daarom is er heel wat onderzoek verricht naar het begrijpen van de drempels die jongeren ondervinden in de toegankelijkheid van de zorg.[24]

Bezorgdheid rond vertrouwelijkheid lijkt de belangrijkste drempel. Als jongeren al het klassieke patroon doorbreken en de moed hebben om zelfstandig op consultatie te komen, wordt er vaak gevreesd dat de ouders via de arts op de hoogte zullen komen van persoonlijke problemen. Het typisch Belgisch terugbetalingssysteem lijkt dit probleem ook niet ten goede te komen. Een huisarts raadplegen én terugbetaald worden zonder dat de ouders op de hoogte komen is veelal niet mogelijk. Een andere belangrijke drempel is angst: voor afkeuring van het gedrag, voor moeilijke vragen of voor

onaangename onderzoeken. Verder lijken jongeren ook niet altijd goed te weten wat de huisarts hen te bieden heeft.

Ook financiële redenen kunnen een rol spelen. Ondanks het bestaan van derdebetalersregeling en forfaitair vergoedingssysteem in bepaalde groepspraktijken stelt 9% van de Belgen medische zorgen uit omwille van financiële redenen.[30]

Welke onderwerpen worden best besproken met de adolescent?

Gevoelige onderwerpen bespreekbaar maken is zeer belangrijk om een adequate zorg voor adolescenten te organiseren. Eerst en vooral betekent de adolescentie progressief onafhankelijk worden van de ouders en de eigen verantwoordelijkheid opnemen, ook wat betreft de eigen gezondheid. Leren over hoogstpersoonlijke problemen spreken met een professionele hulpverlener maakt hier deel uit van. Wanneer er tijdens de consultatie ook over een 'gevoelig' gezondheidsprobleem werd gepraat hadden jongeren een betere indruk van de arts en waren ze meer geneigd een actieve rol op te nemen in de behandeling.[31] Ook gaan jongeren sneller een arts raadplegen in verband met roken, seksualiteit en depressie wanneer ze het idee hebben dat hun huisarts adequaat met dit soort problemen om kan. Confidentialiteit is hierbij de belangrijkste voorwaarde en moet duidelijk uitgelegd en benadrukt worden aan de jongere.[32] De jongeren die geen arts raadplegen omwille van een vertrouwelijkheidsprobleem vormen een grote en kwetsbare groep.[33]

Op basis van onderstaande wetenschappelijke evidentie formuleert het US Preventive Services Task Force (USPSTF) concrete aanbevelingen voor de huisarts.[34]

Sterke evidentie

Wat betreft seksualiteit heeft seksuele voorlichting en het laagdrempelig aanbieden van voorbehoedsmiddelen tot een drastische vermindering geleid van het aantal ongewenste tienerzwangerschappen in de VS.[35] Ook in Vlaanderen zien we een – weliswaar minder spectaculaire – daling.[36] Daarom moet contraceptie bij seksueel actieve tieners steeds besproken worden. Ook wordt aangeraden om seksueel actieve meisjes en adolescenten met een soa in de voorgeschiedenis of multipele sekspartners routinematig te screenen op soa's. Rond het routinematig screenen van alle adolescenten op hiv is er geen consensus. Wel wordt aangeraden de risicogroepen te screenen en moet screening laagdrempelig aangeboden worden.[37]

Intensieve vermageringsprogramma's met gecombineerde aanpak (begeleiding, dieetadvies en fysieke activiteit) verminderen bij kinderen met obesitas het BMI tot 3,3 kg/m². Een eerste stap is om de BMI jaarlijks te gaan meten bij de adolescent. In geval van obesitas wordt aangeraden om patiënten door te verwijzen naar een dieetkundige of obesitaskliniek. Hoewel beweging geen bewezen effect op het BMI heeft is wel aangetoond dat het positief werkt op het zelfbeeld bij jongeren, wat op zich zorgt voor een betere bescherming tegen groepsdruk en risicogedrag.[38] Daarom wordt sporten – liefst dagelijks – aangeraden.

Weinig of ontbrekende evidentie

Evidentie ontbreekt om te kunnen stellen dat (vroegtijdig) screenen bij psychische problemen een beter resultaat oplevert.[39] Toch wordt – gezien de hoge prevalentiecijfers – aangeraden om elke patiënt in de leeftijdsgroep 12-18 jaar te gaan screenen, op voorwaarde dat gepaste behandeling en opvolging mogelijk is. Bij vermoeden van een depressie moeten automutilatie, suïcidale gedachten en zelfmoordpogingen steeds worden aangekaart.

Adviezen rond alcoholgebruik verminderen de inname en verhoogt veilig drinkgedrag in hoog-risicoadolescenten, al is de evidentie beperkt en zou dit beeld minder duidelijk zijn voor de eerstelijn. Ook rond tabaksgebruik is de evidentie beperkt. Wel is bekend dat bij volwassenen een kort advies van de arts gekoppeld aan enkele motivationele sessies het stoppen met roken bevorderd. Daarom wordt toch voorgesteld om adolescenten naar alcohol- en tabaksgebruik te vragen en hen te confronteren met de schadelijke gevolgen. Zo nodig wordt rookstopbegeleiding aangeboden.[40]

Gezien vrij recente ontwikkelingen is het onderzoek naar de rol van de arts in preventie van de risico's verbonden aan internetgebruik en hedendaagse technologieën beperkt. Opnieuw wordt gezien de hoge prevalentiecijfers gesuggereerd dat artsen een sleutelrol kunnen spelen. Hierbij zou ook opvoeding van de ouders een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld rond passieve (bv. vermijden van schermgebruik op kamer) en actieve controle (bv. toegangsbeperking internet).[41]

Welke instrumenten zijn beschikbaar om de gezondheid van adolescenten in kaart te brengen?

In de loop der jaren zijn heel wat instrumenten specifiek voor adolescenten ontwikkeld.[42] Hieronder worden de meest courant gebruikte instrumenten besproken.

Een eerste indeling baseert zich op de structuur van vraag en antwoord. In grote lijnen zijn er drie groepen: gesloten vragenlijsten, gestructureerde interviews en semi- tot niet-gestructureerde interviews. Wanneer de adolescent aan de hand van een gesloten vragenlijst wordt geïnterviewd door de arts spreekt men van een gestructureerd interview. Vragenlijsten en gestructureerde interviews bevatten gesloten vragen en zijn dus kwantitatief: elk antwoord komt overeen met een cijfer. Aan de hand van de totale som wordt een bepaald gezondheidsrisico berekend. Dit leent zich uitstekend voor screening van gezondheidsproblemen. Semi- tot niet-gestructureerde interviews daarentegen zijn kwalitatief. Ze worden per definitie afgenomen door de arts en de antwoorden zijn niet om te zetten in cijfers en zijn minder valabel als screeningsinstrument. [43]

Een al dan niet anonieme vragenlijst laten invullen door de patiënt zelf lijkt de minst interessante optie voor de huisarts. De gemiddelde adolescent komt slechts één keer per jaar op consultatie, en zou dan nog eens moeten terugkomen voor de bespreking van de vragenlijst. Daarom wordt deze manier van vragen stellen hier niet verder besproken en beperken we ons tot de situatie waarin de arts de vragen stelt. Ondanks evidentie dat bij een anonieme vragenlijst adequater wordt geantwoord dan bij een interview, geven de meeste auteurs de voorkeur aan het interview. Het belang van direct contact kan niet onderschat worden: het is een kans om de vertrouwensband te bekrachtigen en signalen op te vangen van de lichaamstaal van de adolescent. Deze twee cruciale aspecten kunnen onmogelijk bekomen worden door middel van een vragenlijst.[44]

Een tweede indeling baseert zich op het aantal domeinen dat bevraagd wordt. Zo kan er specifiek naar één gezondheidsdomein gevraagd worden (bv. psychische gezondheid) of naar verschillende domeinen (bv. om zo volledig mogelijk beeld te krijgen).

Interviews rond één specifiek domein

CRAFFT is een kort gestructureerd interview die toelaat specifiek te peilen naar middelgebruik en gerelateerde problematiek. Het is veruit het meest bestudeerde en gevalideerd screeningsinstrument voor adolescenten in de eerste lijn.[45] Elke letter van het Engelstalige acroniem CRAFFT staat voor één vraag:

1. *Car.* Heb je ooit met de auto (mee)gereden waarbij de bestuurder (inclusief jezelf) onder invloed was van alcohol of drugs?
2. *Relax.* Gebruik je soms alcohol of drugs om te ontspannen, om jezelf beter te voelen of om
3. *Alone.* Gebruik je weleens alcohol of drugs wanneer je alleen bent?
4. *Forget*. Ben je wel eens dingen vergeten die je deed toen je alcohol of drugs gebruikte?
5. *Friends.* Zeggen familie of vrienden wel eens dat je je drank- of druggebruik zou moeten verminderen?
6. *Trouble.* Ben je weleens in de problemen gekomen toen je alcohol of drugs gebruikte?

Een CRAFFT-score van twee of hoger heeft een vrij hoge sensitiviteit (0,80) en specificiteit (0,86) voor risicogebruik en afhankelijkheid van verslavende middelen. De vragenlijst is weinig tijdsintensief wat een voordeel is in de huisartspraktijk.

AUDIT is kort gestructureerd interview waarbij specifiek gepeild wordt naar alcoholproblematiek, dat ook in de Vlaamse richtlijnen van Domus Medica wordt gebruikt.[46] Hoewel niet specifiek ontwikkeld voor adolescenten heeft ook deze vragenlijst een hoge sensitiviteit (0,94) en specificiteit (0,80) voor alcoholproblematiek bij adolescenten in de eerste lijn. De vragenlijst begint met 3 vragen die alcoholgebruik objectiveren (de zogenaamde AUDIT-c):

1. Hoe vaak drinkt u alcoholhoudende drank?
2. Hoeveel glazen alcohol drinkt u op een typische dag wanneer u drinkt?
3. Hoe vaak drinkt u zes of meer glazen per gelegenheid?

Indien het gebruik een bepaalde grens overschreden wordt kan het probleem verder uitgewerkt worden aan de hand van 7 specifieke vragen (ernst, sociale consequentie, etc.).

Gelijkaardig aan de AUDIT-c zijn ook de adolescenten gemodificeerde TWEAK en CAGE gestructureerde interviews die in enkele vragen het alcoholgebruik navragen. Beiden hebben een lagere sensitiviteit dan de AUDIT-vragenlijst.[40] De DAST-vragenlijst peilt naar druggebruik (uitgezonderd alcohol), hoewel beknopt wordt deze vragenlijst minder gebruikt en er bestaat geen vergelijkende literatuur over.

De PHQ-9 (Patient Health Questionnaire for Adolescents) is een gestructureerd interview dat wordt gebruikt bij de screening depressie bij adolescenten. Op een populatie die gehospitaliseerd was in een pediatrisch ziekenhuis was de sensitiviteit (90%) en specificiteit (87%).[47] Dit interview ook aanbevolen door de overheidsdienst preventie in de VS (USPSTF).

Ook de BECK-depressieschaal is een gestructureerd interview en wordt courant gebruikt bij de screening van depressie bij adolescenten. Onderzoek toont een aanvaardbare sensitiviteit (0,89) en specificiteit (0,72) voor milde en matige depressie, maar niet voor ernstige depressie.[48]

Interviews rond meerdere domeinen

Kidscreen is een gestructureerd interview omvat naast een exploratie van fysiek en psychisch welzijn ook een ruime bevraging van de sociale achtergrond. Opvallend is dat dit het enige interview rond meerdere thema's is die zowel een bewezen hoge betrouwbaarheid, validiteit en herhaalbaarheid blijkt te hebben. Dit interview kan vrij snel afgenomen worden (15-20 minuten).[49] Als nadeel heeft dit instrument dat risico's rond middelenmisbruik en seksualiteit niet bevraagd worden.

LISRES-Y (Life stressors and social resources inventory - youth form) is ook een gestructureerd interview. Hier wordt vooral gepeild naar de sociale omstandigheden waarin de adolescent zich bevindt (Thuissituatie, school, sociale activiteiten en vrienden). Fysieke problemen komen beperkt aan bod. Nadeel is dat het afnemen van dit interview vrij tijdsintensief is (variërend tussen de 30 à 90 minuten) en de format niet vrij te verkrijgen is.

Van alle interviews rond meerdere domeinen werd over het HEADSS-interview alvast het meest geschreven. Dit is een niet- tot semigestructureerd interview waarbij oorspronkelijk 6 domeinen werden bevraagd (Home & Environment, Education & Employment, Activities, Drugs, Sexuality en Suicide/Depression). Later werden hier de domeinen Eating & Exercices en Safety aan toegevoegd, wat het acroniem 'HEEADSSS' opleverde. De vragenlijst bouwt geleidelijk op van meer voor de hand liggende vragen rond de (sociale) achtergrond van de jongere naar minder evidente vragen rond risicogedrag en mentale gezondheid. Voordeel van deze vragenlijst is dat zeer uiteenlopende deelaspecten van het dagelijkse leven van de adolescent worden bevraagd. Ook de duur van het interview kan beperkt worden, maar loopt sterk uiteen (3 tot 90 minuten). Gezien het kwalitatieve karakter kan sensitiviteit en specificiteit moeilijk berekend worden. Een ander nadeel is dat onderzoek naar dit instrument vooral gebeurde in een tweedelijnssetting (pediatrie of spoedgevallen). De effectiviteit van het gebruik van het HEADSS-interview in de eerstelijnsgeneeskunde is dus onbekend. In België was er één publicatie rond het gebruik van dit interview in de huisartsenpraktijk.

Verder zijn het PEI interview (Personal Experience Inventory) en SPPI (Structured Pediatric Psychosocial Interview) allebei gestructureerde interviews waarin de emotionele en mentale status efficiënt bevraagd wordt (10-20 minuten). BLHI (Brief Life History Inventory) is een gestructureerd interview waar vooral naar de sociale achtergrond wordt gevraagd (familie, opleiding, voorgeschiedenis, etc.). I-HELLP is een gestructureerd interview ontworpen om een grondige sociale anamnese te kunnen doen, medische problemen komen hier niet aan bod.[50] HDL-2 (Health and Daily Living form) is een vrij uitgebreid gestructureerd interview (30 à 45 minuten) naar het persoonlijk functioneren, stressvolle gebeurtenissen en sociale netwerken. Al deze vier instrumenten worden slechts één à twee keer beschreven in de literatuur. De ervaring hiermee is dus beperkt.

Welk instrument is het meest geschikt voor toepassing in de huisartsenpraktijk?

Verschillende instrumenten zijn wetenschappelijk bestudeerd. Het is echter niet zo dat één instrument in elke situatie steeds de voorkeur heeft op een ander. Eerder moet er voor elke situatie gekeken worden welk instrument het meest aangewezen is. Naargelang de situatie kan er een voorkeur bestaan voor een bepaalde vorm (gestructureerd vs. niet-gestructureerd), uitvoering (vragenlijst vs. interview), onderwerp (één specifiek gezondheidsdomein vs. meerdere) of tijdsduur.

Op basis van deze vier eigenschappen lichten wij ook onze keuze toe voor het onderzoeksinstrument van het praktijkonderzoek.

In tegenstelling tot niet-gestructureerde interviews is er heel wat evidentie beschikbaar wat betreft gestructureerde interviews. De nogal lage evidentie voor niet-gestructureerde interviews heeft vooral te maken met de kwalitatieve aard van dit instrument. Dit maakt vergelijken met andere kwalitatieve of kwantitatieve instrumenten moeilijk. Alleen omdat het effect moeilijk te meten is betekent dus niet dat een kwalitatief instrument minder geschikt zou zijn om de gezondheid van de adolescent adequaat in kaart te brengen. Voor de betrouwbaarheid van kwalitatieve instrumenten geeft het aantal citaties in de wetenschappelijke literatuur een richting.

Patiëntgerichte zorg is essentieel in de huisartsgeneeskunde. Wanneer bepaalde nieuwe problemen opduiken tijdens het interview is het dan ook essentieel om deze verder te kunnen exploreren. Dit is niet mogelijk bij een gestructureerd interview. Ook laat een gestructureerd interview niet toe aan de huisarts om een eigen stijl te gebruiken of te vertrekken vanuit eigen sterktes. Een semi- tot niet-gestructureerd interview heeft dus de voorkeur in de huisartsgeneeskunde.

Het is onmogelijk om met één instrument de volledige achtergrond van de jongere in beeld te brengen. Toch moet de ambitie zijn om op een zo efficiënt mogelijke manier zoveel mogelijk domeinen en risico's te verkennen. Desalniettemin beperken de meeste instrumenten zich tot enkele domeinen. Zo peilt bv. Kidscreen wel naar fysiek en psychisch welzijn maar niet naar risico's rond seksualiteit of middelenmisbruik.

Ook tijd is een zeer belangrijke factor in de huisartspraktijk. Hoe meer tijdsefficiënt een instrument, m.a.w. hoe meer informatie naar boven komt op een korte tijdspanne, hoe meer kans het heeft effectief gebruikt te worden in de dagdagelijkse drukke huisartspraktijk.

HEADSS

Op basis van deze vier eigenschappen lijkt het HEADSS-interview goed geschikt als instrument om de gezondheidsproblemen van de adolescent in kaart te brengen. Het is alvast het meest beschreven kwalitatief instrument in de literatuur, het is een niet-gestructureerd interview wat de huisarts een essentiële bewegingsruimte geeft, er worden acht zeer uiteenlopende domeinen ondervraagd met expliciete aandacht voor gezondheidsrisico's en het interview kan in een beperkt tijdsbestek afgenomen worden.

HE(E)ADSS(S) is een acroniem dat staat voor acht te ondervragen domeinen: *Home & Environment, Education & Employment, Eating & Exercices, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression* en *Safety.* Voor de eenvoud wordt in deze scriptie het oorspronkelijk acroniem HEADSS gebruikt.

Ontwikkeld door een Amerikaanse pediater werd dit instrument voor het eerst in 1988 gepubliceerd, teneinde het psychosociaal interview bij adolescenten te structureren en te faciliteren.[42] In menig Amerikaanse jongerengezondheidscentra is het sindsdien met succes gebruikt. Sinds deze eerste publicatie werd de HEADSS doorheen de jaren verder op punt gesteld. Zo werden in een publicatie uit 2004 de domeinen "Eating & Exercices" en "Safety" toegevoegd.[51] Sinds 2004 is de leefwereld van adolescenten terug drastisch veranderd – vooral wat internet en nieuwe technologieën betreft – waardoor er nieuwe uitdagingen ontstaan in de zorg voor de adolescent. Daarom werd in 2014 een nieuwe update gepubliceerd ("HEADSS 3.0") met meer focus op de plaats van deze nieuwe technologieën in het dagdagelijkse leven van de adolescent. In 2012 verscheen in HuisartsNu een eerste toepassing van de vragenlijst in een Vlaamse huisartspraktijk aan de hand van de huisartsen Marijke Avonts en Annelies Van Linden.

Het interview kent een geleidelijke opbouw, van meer gangbare onderwerpen waarbij de jongere wordt gestimuleerd om te praten (thuissituatie, school, vrijetijdsbeleving, etc.) naar meer persoonlijke en minder evidente topics rond druggebruik, seksualiteit en psychische gezondheid. Al is het acroniem handig om de volgorde te onthouden, de verschillende domeinen kunnen naargelang de situatie ook door elkaar gebruikt worden. De tijd die nodig is om een interview af te werken hangt af van de patiënt, interviewer en de manier van noteren. Bij een getrainde interviewer zou de afnametijd variëren tussen de 10 en 20 minuten.

De HEADSS is een interview, geen vragenlijst. Voorbeeldvragen zijn vooral bedoeld om duidelijk te maken dat er best met open en niet-suggestieve vragen wordt gewerkt. Naargelang de situatie kunnen de vragen anders gesteld worden, worden weggelaten of toegevoegd. Blijken er problemen te zijn rond één bepaald domein kan dit met enkele meer specifieke vragen verder uitgediept worden. Het interview wordt best afgenomen wanneer de adolescent in relatief goede gezondheid verkeert en in afwezigheid van derden (ouders, familie, vrienden, etc.).

Praktijkonderzoek

Schets van de praktijken

De huisartsenpraktijken Medikuregem en Zuidrand zijn beiden multidisciplinaire wijkgezondheids-centra en werken met een forfaitair betalingssysteem. Dit heeft als voordeel dat mogelijke financiële barrières niet meespelen in de overweging van de jongere om de huisarts te contacteren. Grootste nadeel voor deze studie is dat de populatie van deze WGC's nogal specifiek is: ze is jonger, minder welstellend en qua afkomst meer divers is in vergelijking met de doorsnee Belgische huisartsenpraktijk.

WGC Zuidrand is een vrij jonge praktijk waardoor het aandeel oudere patiënten ook relatief klein is. De praktijk bevindt zich op het Antwerpse Kiel, bekend om haar volkse en multiculturele karakter. Aan de start van de studie telt dit WGC 5 huisartsen waarvan één huisarts-in-opleiding en één praktijkopleider. Hiernaast is er nog 1 verpleegkundige en 1 sociaal assistente aan het werk. Het onthaal wordt door een achttal vrijwilligers bemand. In WGC Zuidrand wordt Medidoc als medisch programma gebruikt.

WGC Medikuregem ontstond enkele jaren geleden uit een klassieke huisartsengroepspraktijk die al tientallen jaren bestond. Zo is het aandeel oudere patiënten groter dan in WGC Zuidrand. Toch kent Medikuregem nog steeds meer jongeren dan de gemiddelde Belgische praktijk. Dit is dan ook een weerspiegeling van Kuregem, een jonge en multiculturele wijk in de gemeente Anderlecht, dat zich langs de oud-industriële Brusselse Kanaalzone bevindt. Bij aanvang van de studie zijn er in dit WGC 8 huisartsen werkzaam waarvan 1 huisarts-in-opleiding en 3 praktijkopleiders. Hiernaast zijn er 2 verpleegkundigen, 3 halftijdse psychologen, 1 diëtiste, 1 gezondheidspromotor, 1 praktijkassistente, 1 sociaal assistente en 4 onthaalmedewerkers. Op 10 april 2015 telt Medikuregem 4418 ingeschreven patiënten. Een meerderheid van de patiënten spreekt Frans, maar ook Engels en Nederlands zijn sterk vertegenwoordigd in de praktijk. Medigest wordt hier als medisch programma gebruikt.

Methodologie

Als basis werd de Nederlandstalige HEADSS-vragenlijst gebruikt uit HuisartsNu van 2012 *(bijlage 1)*. Anders dan in deze versie werden voor deze studie per domein telkens één kernvraag en één à drie bijvragen gekozen die vervolgens in een sjabloon gegoten werden *(bijlage 2)*. Deze keuze was arbitrair, maar wel zodanig dat in enkele vragen het domein zo breed mogelijk bevraagd werd. Dit gebeurde in overleg met de collega-huisartsen van beide praktijken. Specifieke vragen werden zoveel als mogelijk achterwege gelaten. Door dit sjabloon te gebruiken kon een zekere uniformiteit gegarandeerd worden over de verschillende artsen heen, en was het indien nodig steeds mogelijk om dieper in te gaan op een bepaald thema. In Medikuregem was het sjabloon als afgedrukte steekkaart beschikbaar in elk artsenkabinet. Antwoorden konden elektronisch geregistreerd worden in een elektronisch sjabloon in het patiëntendossier. In Zuidrand was het sjabloon direct beschikbaar in het patiëntendossier onder vorm van elektronische brief, waar de antwoorden genoteerd konden worden. Hierbij werd ook telkens de begin- en eindtijd van het interview genoteerd.

In onderling overleg met de deelnemende collega's werden de inclusie- en exclusiecriteria afgesproken. Inclusiecriteria waren: ingeschreven patiënt in WGC Medikuregem of WGC Zuidrand en leeftijd vanaf 12 tot en met 20 jaar. Exclusiecriteria waren: huisbezoeken, weigering tot deelname door patiënt of door een ouder, patiënt die niet alleen consulteert, urgenties, (psychiatrische) problematiek waar naar de inschatting van de arts de afname van een interview tegenaangewezen is, tijdsgebrek van de arts (< 20 min) of niet invullen van de evaluatie door de arts. Ook moest elke arts minimum 3 jongeren geïnterviewd hebben vooraleer de resultaten in de studie werden geïncludeerd.

Vooraleer het onderzoek van start ging werd er een uitgebreide praktische sessie aan de artsen gegeven. Zo kon niet alleen het opzet en doel van het onderzoek worden toegelicht maar kregen de verschillende artsen in beide praktijken ook dezelfde instructies, wat weerom de uniformiteit van de interviews bevorderde. Het opgestelde interviewsjabloon garandeerde dat artsen min of meer dezelfde vragen stellen.

Er werd beslist in elke praktijk minstens 30 interviews af te nemen. Wel werd het onderzoek aangepast aan het specifiek functioneren van de beide praktijken. In WGC Medikuregem wordt enkel geconsulteerd na afspraak. Zodra de studie liep werd elke patiënt die hier op raadpleging kwam en binnen de studiepopulatie viel uitgenodigd om deel te nemen. Wekelijks werden alle consulterende patiënten die binnen de studiepopulatie vielen geteld. Artsen die een jongere hadden gezien maar geen interview hadden afgenomen werd gevraagd de oorzaak hiervoor te noteren.Deze cijfers werden bijgehouden door de onderzoeker. Zo kon ook de participatiegraad en mogelijke beweegredenen om niet deel te nemen aan de studie onderzocht worden. In WGC Zuidrand was deze aanpak niet mogelijk gezien er ook met vrije consultaties wordt gewerkt waarbij de tijd te beperkt is om een interview af te nemen.

Na een mondelinge introductie rond het opzet en doel van de studie kreeg de patiënt nog eens dezelfde informatie op papier *(bijlage 3)* samen met een informed consent *(bijlage 4)*. Indien de patiënt akkoord ging kon dit ondertekend worden en ging het interview van start. Verder werden jongeren en hun ouders ook op de hoogte gebracht van de studie via posters in de wachtzaal *(bijlage 5)* en via de tijdschriftjes van de wijkgezondheidscentra.

Na afloop van het interview werd de patiënt uitgenodigd voor een korte en anonieme evaluatie. Hierbij werd een ongenummerd formulier met enkele meerkeuzevragen meegegeven *(bijlage 6)* die buiten de consultatieruimte moest ingevuld worden. De anonimiteit werd nog eens benadrukt en na het invullen kon het anoniem formulier door de patiënt gedeponeerd worden in een doos aan het onthaal. Alle vijf bovenstaande formulieren werden in Medikuregem ook vertaald in het Frans, gezien dit de taal in waar het grootste deel van de jongeren consulteert.

Ook diende door de arts meteen na het buitengaan van de patiënt schriftelijk een evaluatieformulier ingevuld te worden *(bijlage 7)*. Er werd de arts gevraagd zowel een globale score aan het interview toe te kennen als een deelscore per domein. Ook was er plaats voor algemene opmerkingen. Verder werd er specifiek gevraagd naar het algemene gevoel, wat volgens de arts bij deze patiënt de meerwaarde was van het interview, of de arts bepaalde zaken liever anders had gedaan en welke nieuwe informatie over de patiënt verkregen werd. Tot slot werd gevraagd of het haalbaar was om dit allemaal neer te typen. Nadien werd er onder elk artsenteam nog een FOCUS-groep gehouden om het onderzoek te bespreken. De bespreking van de beoordeling van het interview door de artsen en de FOCUS-groepen gebeurt in de scriptie van Maud Mittler.

Op basis van volgende criteria werd een lijst aangemaakt van risicojongeren waar uit het interview ernstige problemen blijken: aanwezigheid van depressie of zelfmoordgedachten, eetstoornissen, angststoornissen, automutilatie of een problematische thuissituatie.

Met behulp van Nvivo werd de data van de interviews geanalyseerd. Ook de kwalitatieve data verkregen via de evaluatie van de artsen werd op deze manier geanalyseerd. De verwerking van de kwantitatieve data gebeurde via Microsoft Excel en SPSS.

Resultaten

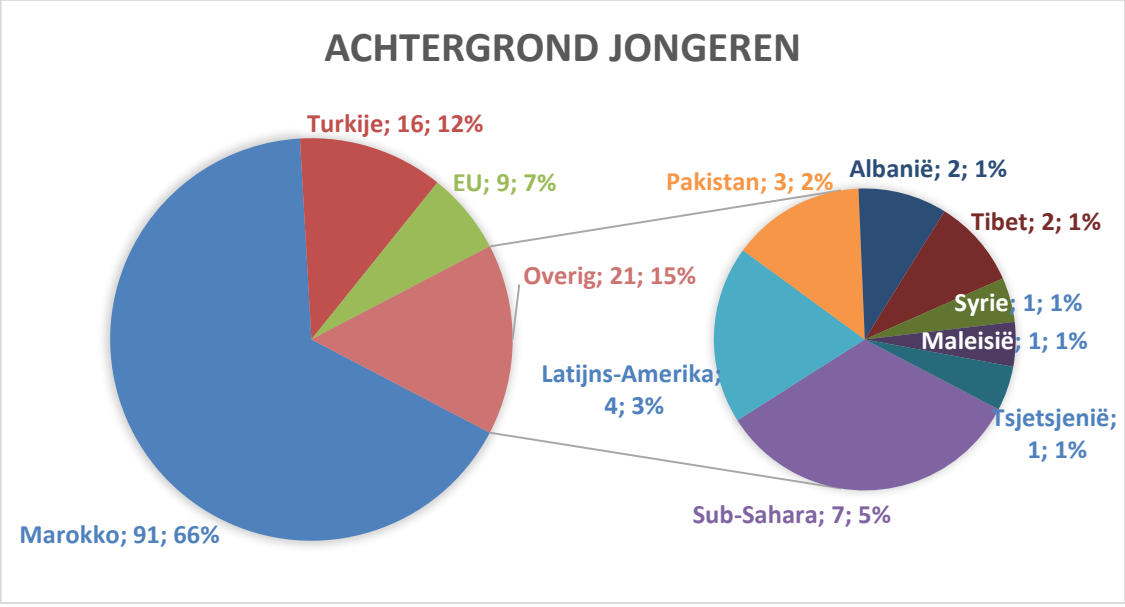
Chronologie

In WGC Medikuregem werd op 10 april 2015 gestart met de afnames. De kaap van 30 afnames werd al op 23 april bereikt, waardoor in overleg met de collega's werd beslist om nog 2 weken door te gaan. Hoe meer data, hoe beter het beeld dat we zouden kunnen krijgen over de HEADSS en onze patiënten. Op 6 mei 2015 werd het onderzoek afgerond en had men 133 adolescenten gezien waarbij 51 interviews verzameld werden. Van de 8 artsen in WGC Medikuregem haalden er 7 de kaap van 3 afnames waardoor hun resultaten geïncludeerd konden worden in de studie. In WGC Zuidrand werd op 23 april 2015 gestart met de afnames. Tegen 18 juni 2015 werd de kaap van 30 interviews gehaald en werd het onderzoek afgerond. Alle artsen in WGC Zuidrand haalden de kaap van 3 afnames.

In totaal werden zo in beide centra 81 jongeren geïnterviewd waarvan na ex post toepassing van de exclusiecriteria 79 interviews werden weerhouden (in één geval was de interviewer een stagiair-arts en in één geval werd er door de arts geen evaluatieformulier ingevuld). 15 risicojongeren werden geïdentificeerd.

Beschrijving van de studiepopulatie

De gemiddelde leeftijd bedroeg 16 jaar en 3 maand. Een kleine meerderheid van 56% was vrouwelijk. De geïnterviewd jongeren in WGC Medikuregem bleken van zeer diverse origine, met een overtuigende meerderheid van Marokkaanse origine (66%, N=91), gevolgd door Turkse (12%, N=16), Italiaanse en de Sub-Saharaanse origine (beiden 5%, N=7). Slechts 7% (N=9) van de consulterende jongeren ouders met wortels in een land binnen de Europese Unie. 12% van de jongeren deed het interview in het Nederlands (N=6). Over de achtergrond van de geïnterviewde jongeren in WGC Zuidrand hebben we geen cijfers, maar gezien ook deze populatie een sterke migratieachtergrond heeft gelijkt het beeld mogelijk sterk op dat van WGC Medikuregem.



Figuur 1. Achtergrond van de geïnterviewde jongeren in deelpopulatie WGC Medikuregem.

Participatiegraad WGC Medikuregem

In WGC Medikuregem bedroeg de participatiegraad 77%. Op een totaal van 138 consulterende jongeren stemden 51 van de 66 uitgenodigde patiënten toe met het interview. Bij aanvang van de studie bedroeg de populatie 12- tot 20-jarigen 15% (N=653) van de totale patiëntenpopulatie (N=4418) tegenover een gemiddelde 10% die deze leeftijdsgroep in het Belgische volksregister. Van deze 653 jongeren werd tijdens de studie 21% (N=138) gezien tijdens 159 contacten wat 11% van het aantal patiëntencontacten in de studieperiode (N=1437) bedraagt.

Bij de 108 patiëntencontacten met 93 jongeren waarbij geen interview werd afgenomen was *tijdsgebrek van de arts* de belangrijkste reden (N=45; 42%) gevolgd door een *eerdere afname van een HEADSS-interview* (N=18, 17%) binnen of buiten de studie. In 13 gevallen had de arts de patiënt *vergeten uit te nodigen* (12%) en in 8 contacten werd de reden *niet gespecifieerd* (7%). Andere redenen waren *urgenties* (N=7, 6%), *weigering door een ouder* (N=5, 4%), *psychiatrische consulten* (N=4, 4%), *patiënten die niet alleen consulteerden* (N=3, 3%), *vermoeidheid bij de arts* (N=2, 2%), *weigering door de patiënt* (N=2, 2%) en *twijfel rond de inclusiecriteria* (N=1, 1%). In 15 van deze contacten werd de jongere vrijblijvend uitgenodigd voor een interview op een ander tijdstip. 5 jongeren gingen hierop alsnog in (33%).



Figuur 2. Redenen opgegeven door artsen waarom er geen interview werd afgenomen.

Wat vertellen de jongeren?

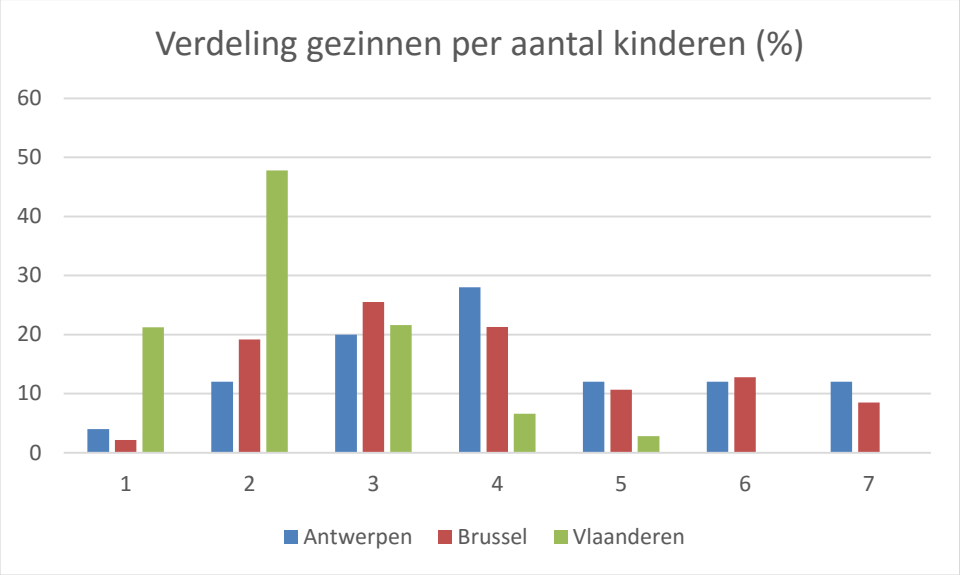
Per domein geven we weer welke vragen er precies gesteld werden en wat de jongeren hierop antwoorden.

Home & Environment

"Waar woon je en wie woont er bij je? Is er recent iemand nieuw bijgekomen of iemand weggegaan?"

Van 61 jongeren kregen we informatie over de thuissituatie. Hiervan leeft 66% (N=40) samen met hun beide ouders en heeft 31% gescheiden ouders (N=19) waar in de overgrote meerderheid (N=17, 28%) van de gevallen de moeder alleenstaand is. Slechts in 2 gevallen was de moeder hertrouwd (3%). 2

jongeren woonden al zelfstandig. 49% van de jongeren (N=20) gaf aan dat de gezinssamenstelling recent was veranderd. Hiervan ging het in bijna de helft van de gevallen (23%, N=9) om een conflictueuze situatie zoals bv. scheiding van de ouders (N=4). 57% van de jongeren (N=41) leeft in een gezin met 4 of meer kinderen. Gemiddeld zijn er 4 kinderen per gezin.

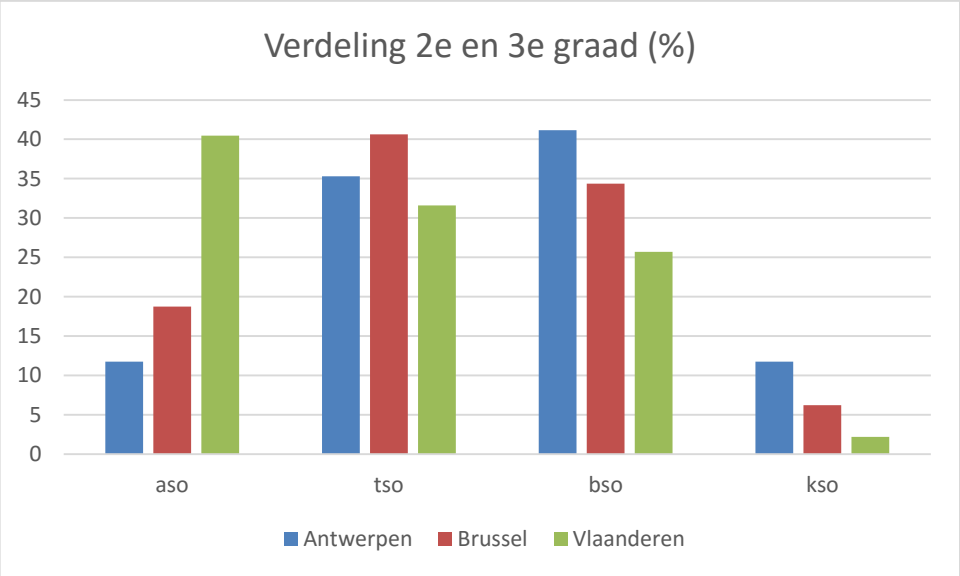


*Figuur 3.*Verdeling gezinnen in procent per aantal kinderen ten opzicht van Vlaamse gemiddelden.[52]

Education & Employment

"Ga je naar school? Ben je recent van school veranderd? Waar ben je goed in op school? Waar minder? Wat wil je doen na je opleiding? Toekomstplannen, doelen, dromen?"

75 jongeren (97%) gingen naar school. 2 jongeren (1%) hadden vroegtijdig gestopt met school zonder een diploma secundair onderwijs te halen. Bij 2 jongeren (1%) werd de huidige opleiding niet nagevraagd. Bij 61 jongeren verzamelden we details over de opleiding: 3 jongeren volgden lager onderwijs, 55 secundair onderwijs (inclusief 7e jaar) en 2 hoger onderwijs (slechts 9% van de jongeren van 18 jaar en ouder). In het secundair onderwijs nam TSO het grootste aandeel in (N=19, 40%), gevolgd door BSO (N=18; 38%) en ASO (N=8; 17%). 2 personen volgden KSO (4%). Van de 7 jongeren in de eerste graad volgden er 2 de B-richting, bedoeld voor kinderen met een leerachterstand.



Figuur 4. Verdeling jongeren 2e en 3e graad secondair onderwijs volgens onderwijsvorm in percentage ten opzichte van Vlaamse gemiddelden.[53]

Het percentage jongeren dat aangaf ooit een of meerdere jaren gedubbeld te hebben bedroeg 59% en was hoger in Antwerpen (67%, N=10) dan in Brussel (55%, N=16). 45% (N=22) gaf aan al veranderd te zijn van school. In Brussel respectievelijk Antwerpen was dit 61% (N=14) en 28% (N=8). De overgang van een lagere naar een middelbare school werd niet meegerekend. Een slecht resultaat was hiervoor de belangrijkste reden. Een minderheid van de jongeren kozen bewust een andere school omwille van de studierichting. Op 27 schoolgaande jongeren gaf 26% (N=7) expliciet aan niet graag naar school te gaan. Meestal worden de studierichting, de leerkrachten of de school zelf aangegeven als reden hiervoor. Op 24 jongeren gaf er 6 expliciet aan geen goede resultaten te halen (25%).

64 jongeren gaven aan wat ze wilden doen na hun opleiding of wat hun doelen waren in het leven. Hoe ouder, hoe meer zekerheid rond de uiteindelijke keuze. Ook op de vraag wat hun droom is in het leven of waar ze zich zien binnen 10 jaar wordt zeer divers gereageerd. Veel jongeren willen vooral een normaal familieleven: trouwen, kinderen, een eigen huis, etc. Professioneel liggen de meeste ambities in de lijn van de huidige studie. Een minderheid is creatiever en droomt van een carrière als muzikant, filmster of wil een revolutionair computerprogramma lanceren.



Figuur 5. Woordenwolk ter illustratie van de professionele dromen van de ondervraagde jongeren.

Eating & Exercices

"Wat vind je leuk en niet leuk aan je lichaam? Hoeveel doe je gemiddeld aan sport/fysieke activiteit per dag? Wat denk je dat gezonde voeding is? In welke mate is dat anders dan jouw huidig eetpatroon?"

Op een totaal van 49 jongeren antwoorden er 17 (35%) expliciet zich goed te voelen in eigen lichaam. 6 jongeren (12%) waren expliciet niet tevreden met hun lichaam. 14 jongeren vonden zichzelf te dik (29%). 40 jongeren (58%) deden minstens wekelijks aan sport buiten de schooluren. 66% van de meisjes (N=23) deed amper aan sport buiten de schooluren (minder dan wekelijks). Bij de jongens lag dit cijfer opvallend lager (18%, N=6). Voetbal en fitness waren de populairste sporten.

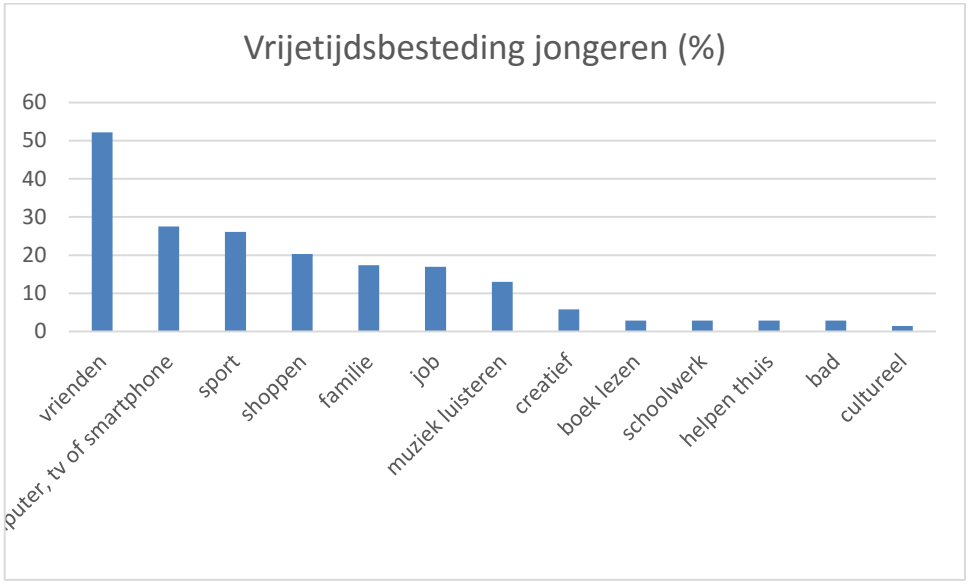
59 % (N=24) geeft zelf aan regelmatig te snoepen, overmatig veel frisdrank te consumeren of meerdere keren per week fastfood te eten. Toch weet – indien nagevraagd – een grote meerderheid van de jongeren (82%, N=9) wat gezonde voeding is.

Activities

*"wat doe je voor je plezier? Wat doe je met je vrienden? Wat doe je in je vrije tijd? Hoe denk je dat je vrienden je omschrijven?***"**

Spontaan geeft een meerderheid van de jongeren aan hun vrije tijd met *vrienden* te besteden (52%, N=36). Hierna is bij de jongens *sporten* de belangrijkste vrijetijdsbesteding (31%). Bij de meisjes is dit *gsm, computer of tv* (35%, N=13) en *shoppen* (20%, N=14). 65,71% van de meisjes geeft aan amper te sporten buiten de schooluren. Het aantal uren per dag achter het scherm (zgn. *schermuren*) varieert

tussen een half uur per dag tot 4u per dag en is veelal eerder aan de hoge kant. 17% van de jongeren (N=12) geeft spontaan aan een deel van hun vrije tijd met familie door te brengen. Muziek beluisteren is ook een populaire hobby (elk 13%, N=9). 6% van de jongeren (N=4) doet een creatieve hobby (muziek, tekenen, mechanica). Enkel meisjes geven spontaan aan al eens thuis mee te helpen, huiswerk te maken of een boek te lezen in hun vrije tijd. Onder de jongeren ouder dan 15 heeft 17% een studentenjob (N=9). Niemand voelde zich hierbij verplicht om bij te dragen aan de gezinskosten.



Figuur 6. Vrijetijdsbesteding jongeren in percentage naar populariteit.

De meeste jongeren denken door hun vrienden omschreven te worden als grappig, lief of sociaal. Opvallend: op enkele keren de omschrijving ‘agressief’ en ‘koppig’ na gaat er steeds een positieve connotatie mee gepaard.

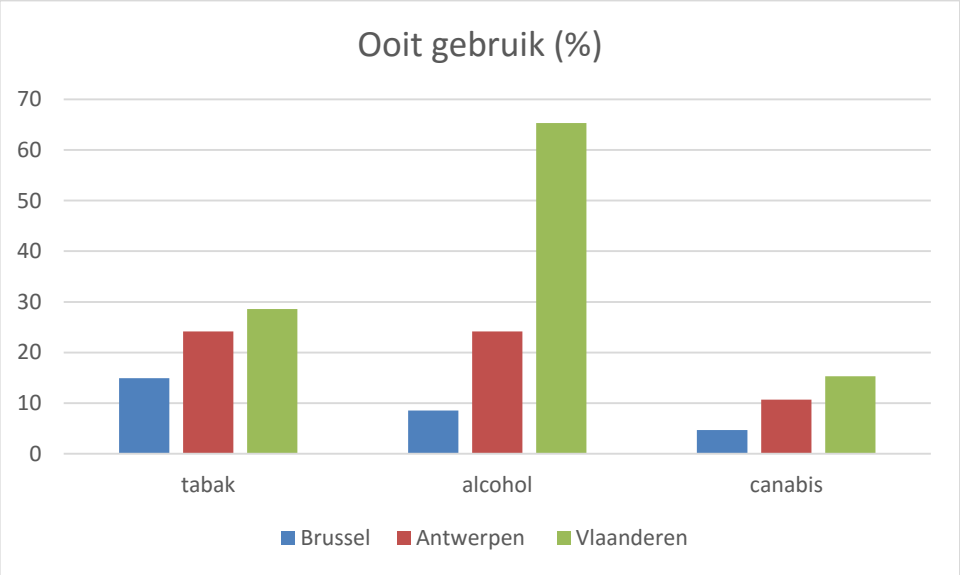


Figuur 7. Woordenwolk ter illustratie van hoe de ondervraagde jongeren denken omschreven te worden door vrienden.

Drugs

"Rookt één van je vrienden? Rookt er iemand thuis? Gebruikt er iemand alcohol? Andere drugs? En jij?"

83% van de jongeren antwoordde geen alcohol, tabak of andere drugs te gebruiken. In Antwerpen gaf 21% (N=6) aan regelmatig te roken, tegenover slechts twee personen in Brussel (4%). 15% van de Brusselse jongeren (N=7) gaf aan ooit eens gerookt te hebben tegenover 24% (N=7) in Antwerpen. Hiertegenover staat dat bijna de helft van de Brusselse jongeren in contact komt met roken via vrienden (44%, N=20), tegenover één op vier in Antwerpen (25%, N=7). Slechts 8% (N=6) geeft aan ooit alcohol gebruikt te hebben, terwijl 17% van de jongeren vrienden hebben die alcohol drinken. 7% van de jongeren (N=5) heeft ooit al eens een joint gerookt. 31% komt met druggebruik in aanraking in hun omgeving (bv. klasgenoten, op straat, etc.), wat in Brussel veel hoger (48%) ligt dan in Antwerpen (15%). 20% (N=10) geeft aan dat ook binnen de vriendenkring cannabis gebruikt wordt.

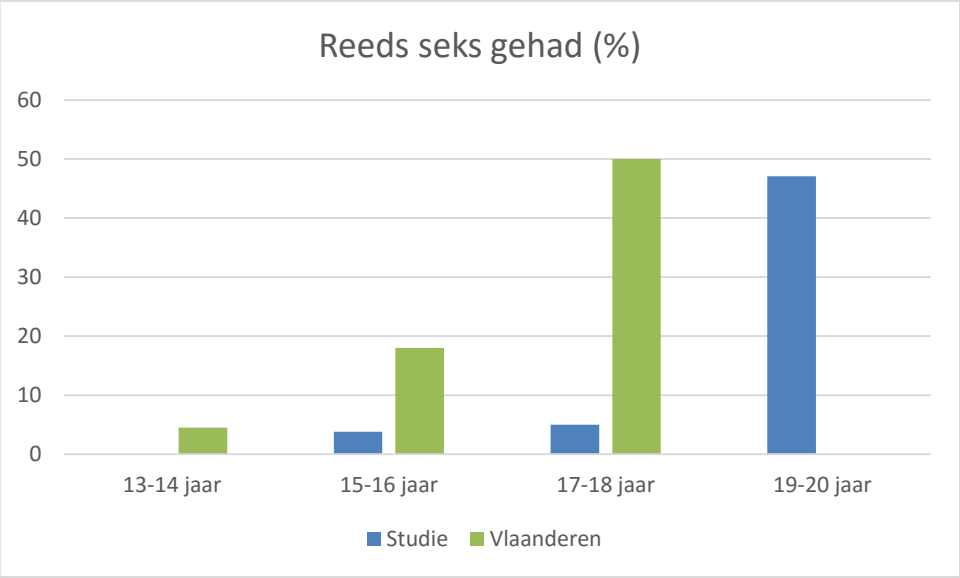


Figuur 8. Aandeel jongeren die aangeven ooit drugs gebruikt te hebben in percentage per soort drugs ten opzichte van Vlaamse gemiddelden.[22]

Sexuality

"Heb je ooit een relatie gehad? Heb je ooit seks gehad? Voel je je goed bij seksuele activiteit? Wat betekent de term 'veilig vrijen' voor jou?"

44% (N=34) van de jongeren antwoordt positief op de vraag ooit een relatie gehad te hebben, 13% (N=10) heeft ooit seksueel contact gehad. Op 47 Brusselse jongeren waren dit er slechts 4 (9%) tegenover 6 jongeren in Antwerpen (20%). Slechts 2 minderjarigen gaven aan seksueel contact te hebben gehad. Hierdoor blijven deze cijfers ver onder de Vlaamse gemiddelden blijft.[15] Een keer voorbij de 18 jaar schiet dit aantal dan wel de hoogte in. De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde jongeren die reeds seksueel actief is 18,2 jaar. Wanneer nagevraagd weten de meeste jongeren wat veilig vrijen inhoudt.



Figuur 9. Aandeel geïnterviewde jongeren die aangeven reeds seksueel contact gehad te hebben ten opzichte van de gemiddelde Vlaamse cijfers.[15]

Suicide/Depression

"Verveel je je continu? Voel je je vaker dan normaal slecht of down? Hoe voel je je nu op een schaal van 0 tot 10?"

53% (N=26) van de jongeren verveelt zich nooit. Dit percentage was hoger in Brussel (60%, N=12) dan in Antwerpen (48%, N=14). Gemiddeld scoorden de jongeren zich 6,97 op 10 wanneer gevraagd werd hoe ze zich voelden. De jongeren die zich nooit verveelden scoorden zichzelf hoger: 7,56 op 10 in vergelijking met de jongeren die zich wel verveelden: 6,29 op 10. Bij 10 jongeren (14%) waren er depressieve symptomen aanwezig. Vaak lag de score in de lijn van wat er voorgaand in het interview al werd verteld. In enkele gevallen kwam deze score helemaal niet overeen met de verwachtingen. Indien actief nagevraagd bevestigden 6 jongeren ooit in min of meerder mate al eens aan zelfmoord gedacht te hebben. In 2 gevallen werd een voordien onbekende depressie vastgesteld.

Safety

"Voel je je veilig? Is de school een veilige plaats? En thuis?"

27% van de jongeren geeft aan zich niet altijd op zijn/haar gemak of veilig te voelen. Dit percentage is dubbel zo hoog in Brussel (35%, N=14) dan in Antwerpen (16%, N=4). 24% van deze jongeren (N=4) voelt zich thuis niet altijd veilig. Dit ging in de helft van de gevallen om verbaal geweld, en om fysiek geweld door een neef of broer in andere gevallen. Nooit werd fysiek geweld door een ouder vermeld.

Wrapping it up

"Wat is het weerbericht van je lichaam? Wat zie je als je in de spiegel kijkt? Hoe zou je jezelf omschrijven in maximum twee woorden?"

Deze vraag vormt een leuke afsluiter van het interview. Het leverde naast reacties zoals *"zonnig met lichte bewolking"* of *"mooi weer"* in enkele gevallen nog verrassende extra informatie op zoals *"aggressief en depressief"* en *"gepest"*

Rode vlaggen

In de groep van 18 jongeren (35%) die zichzelf een *lage score* (arbitrair minder dan 7 op 10) gaven waren er 7 risicojongeren (39%). Uit het interview met deze jongeren bleken ernstige problemen aanwezig te zijn: depressie of zelfmoordgedachten, eetstoornissen, angststoornissen, automutilatie of een problematische thuissituatie. Welke antwoorden zijn zogenaamde 'rode vlaggen' en zijn dit goeie voorspellers voor de aanwezigheid van onderliggende psychosociale problematiek?

rode vlag	sensitiviteit	specificiteit	PVW	NVW
Niets leuk aan lichaam	0,23	1,00	1,00	0,78
Vervelen	0,62	0,68	0,47	0,79
Lage zelfscore (<7/10)	1,00	0,81	0,62	1,00
Vervelen én lage zelfscore	0,75	0,88	0,67	0,92

Figuur 10. Sensitiviteit, specificiteit, positief voorspelende waarde (PVW) en negatief voorspellende waarde (NPW) van verschillende vragen rond zelfbeeld en mentale status.

De positief voorspellende waarde (PVW) van een *lage score* was hoger (62%) dan van zich *vervelen* (47%). De twee antwoorden samen doen de PVW stijgen tot 67%: op 3 jongeren die zich zowel *vervelen* als een *lage zelfscore* geven zijn er 2 met onderliggende problemen. Bij geen enkele jongere die 7 of meer scoorde was er sprake van een onderliggende problematische situatie, wat zou overeenkomen met een negatief voorspellende waarden (NVW) van een *lage zelfscore* van 100%. Bij de 2 jongeren die helemaal niets leuk konden bedenken over hun lichaam was er steeds een onderliggende problematiek aanwezig.

En wat vond de jongere zelf?

86% (N=68) van de jongeren vond het interview nuttig. Slechts 5% (N=4) vond het helemaal niet nuttig. 74% (N=59) vond het interview expliciet aangenaam. Niemand van de patiënten gaf aan het interview onaangenaam te vinden. 81% (N=65) gaf aan dat de band met de huisarts na het interview verbeterd was. Niemand vond dat deze band verslechterd was. Een meerderheid van 78% (N=62) gaf aan op alles eerlijk geantwoord te hebben. 5% (N=4) gaf aan helemaal niet eerlijk geweest te zijn. Een andere 18% van de jongeren (N=14) gaf toe niet altijd eerlijk geantwoord te hebben. Opvallend: in Antwerpen geeft 10% (N=3) toe helemaal niet eerlijk geweest te zijn, in Brussel slechts 2% (N=1). Toch is het aandeel jongeren dat aangeeft steeds eerlijk geantwoord te hebben kleiner in Brussel (71%, N=35) dan in Antwerpen (87%, N=27).

Bespreking

Zoals in de inleiding aangehaald is de adolescentie een periode van groei en ontwikkeling waarbij jongeren talrijke ervaringen opdoen en met nieuwe mogelijkheden worden geconfronteerd. Hier wordt eerst het voorwerp van deze studie besproken (“*wij zijn onze jongeren?”*), daarna volgt een bespreking van de inhoudelijke resultaten van deze studie (“*wat vertellen onze jongeren (niet)?”*) om dit dan terug te koppelen naar de literatuur rond gezondheidsproblemen bij adolescenten (“*problemen? welke problemen…”*) en rond screenings- en interviewinstrumenten (*“what’s in their heads? And how to get it out?”*). Tot slot komen de beperkingen van deze studie aan bod.

Wie zijn onze jongeren?

Laat ons eerst eens kijken naar de achtergrond van de geïnterviewde adolescenten.

Rijke mix, armzalig bestaan…

Deze Belgische jongeren hebben wortels over gans de wereld, groeien vaak op in sociaaleconomisch suboptimale omstandigheden en slagen er amper hieruit op te klimmen. Zowat alle resultaten wijken sterk af van de Vlaamse en Belgische gemiddelden.

Wel één op de vier geïnterviewde jongeren heeft een alleenstaande ouder, tegenover één op tien jongeren gemiddeld in Vlaanderen.[49] De beschikbare woonoppervlakte in de betreffende wijken ligt ver onder het nationale en zelfs hoofdstedelijke gemiddelde (bv. 62 m² in Kuregem ten opzichte van 91 m² in België en 74,4 m² in Brussel)[54]. Deze beperkte oppervlakte delen de jongeren gemiddeld met 3 andere kinderen (ten opzichte van gemiddeld 1,33 andere kinderen in Vlaanderen). Het grote aantal gezinsconflicten dat blijkt uit de interviews lijkt hier dan ook mee in verband te staan. Het schrijnend tekort aan openbare en groene ruimte in Brussel werd in deze studie nog niet eens aangehaald.

Veel potentieel, minder perspectieven…

Veel jongeren geven aan tevreden te zijn later met een vaste job, een huis en een familie – kortom een eerder normaal en stabiel leven. Anderen zijn creatiever of ronduit ambitieus (van dokter over architect tot filmster en professionele zangeres). Demografisch is de Brusselse bevolking vrij jong in vergelijking met het Belgische gemiddelde.[55] Deze jonge generatie zich laten ontwikkelen is een belangrijk onderdeel van de toekomst van dit land.

Toch wijzen de cijfers uit onze studie niet in die richting. Ondanks de vele ambities tonen de cijfers rond onderwijs – hét instrument van sociale mobiliteit bij uitstek – een weinig rooskleurig beeld. Naast een schrijnende ondervertegenwoordiging van ASO-richtingen volgt slechts 9% van de 17-plussers hoger onderwijs tegenover 68% jongeren die verder studeren bij autochtonen[50]. Maar liefst 2 op 3 geïnterviewde jongeren heeft moeten zittenblijven, een enorm verschil met een reeds niet gering Belgisch gemiddelde van 25%.[56]

Wat vertellen onze jongeren (niet)?

Jongeren doen graag mee…

Een overgrote meerderheid vond het interview nuttig, aangenaam en vond dat de band met de huisarts verbeterd was. Slechts 5% vond het helemaal niet nuttig. Dit wijst op de potentieel positieve invloed op de arts-patiëntrelatie enkel en alleen door de afname van het interview. Daarnaast is de participatiegraad opvallend hoog (77%) en werd het interview slechts in 7% expliciet geweigerd, en dit meestal door een ouder. Patiënten die weigerden zagen we vooral aan het begin van de studie bij artsen die zelf nog niet erg vertrouwd waren met de afname van het interview. Hoe meer de arts vertrouwd is met het concept, hoe meer de jongere geneigd is om deel te nemen. De patiënt vindt het dus best leuk, nu nog de huisarts.

…vertellen voluit…

Van alle medisch relevante problemen lijken gewicht en gemoedstoestand de thema's waarover jongeren minder moeite mee hebben om over te praten.

Meer dan één op de tien jongeren is expliciet ontevreden met het eigen lichaam. Ook voelen jongeren zich vaak te dik: 29% in vergelijking met een prevalentie van 16% overgewicht bij Vlaamse 15-jarigen. Dit komt overeen met een algemene Europese trend waarbij jongeren in toenemende mate een laag zelfbeeld hebben[57]. Toch denken de meeste jongeren positief omschreven te worden door vrienden: grappig, lief, sociaal, hulpvaardig waren de populairste omschrijvingen.

De beperkingen van de studie zijn te groot om te stellen dat de vragen "*Hoe voel je je nu op een schaal van 0 tot 10?"* en "*wat vind je leuk aan je eigen lichaam?"* goede voorspellers – ondanks de vrij goede positieve en negatieve voorspellende waardes. De zelfscore heeft zijn waarde vooral in het bevestigen van het gevoel dat de arts heeft bij het interview. Het spreekt voor zich dat een verschil in zelfscore van 7 ten opzichte van een zelfscore van 6 weinig betekenis heeft, de afkapwaarden voor een *lage zelfscore* zijn arbitrair. Toch was er bij een score onder 7 in bijna 40% een onderliggende ernstige problematiek. Een score van 5 of lager kan men zeker als rode vlag zien, zeker wanneer dit samengaat met een laag zelfbeeld en verveling. Verder moet benadrukt worden dat ondanks het feit dat het HEADSS-interview geen screeningsinstrument is er in deze studie toch twee adolescenten met een voorheen onbekende depressie zijn ontdekt. We kunnen dus stellen dat de vragen rond zelfbeeld en verveling vooral een eenvoudig hulpmiddel zijn om snel een eerste idee te krijgen van de gemoedstoestand van de jongere. Bij een interview kunnen ze gebruikt worden om het gevoel van de arts al dan niet te bevestigen. Soms brengen deze vragen nieuwe informatie naar boven, in enkele gevallen zelfs een rode vlag.

Verder werd in de meeste interviews heel wat achtergrondinformatie verkregen. Thuissituatie, schoolresultaten, hobby's, etc. lijken op het eerste zicht vooral een leuke aanvulling met beperkte medische relevantie. Toch bieden ze vaak een essentieel inzicht in de leefwereld van de patiënt waardoor ze op termijn ook medische relevantie kunnen hebben. Ook zijn de vragen rond deze thema's handig als ijsbrekers voor het interview en om gemakkelijker de brug te maken naar minder evidentie thema's.

…maar lang niet over alles…

Slechts twee Brusselse jongeren gaven toe tabak te roken (4%). Samen met de Antwerpse jongeren zou slechts 17% (N=13) ooit gerookt hebben. Dit cijfer lijkt weinig aannemelijk. Eerst en vooral lijkt het verschil met de 29% Vlaamse scholieren die ooit gerookt heeft te groot[13]. Wel 37% van de jongeren had minstens één vriend die rookte. Jongeren zijn dus eerder geneigd rookgedrag bij hun vrienden toe te geven dan eigen rookgedrag. Gezien de sterke link tussen eigen rookgedrag en dat van vrienden vermoeden we dat het reële rookgedrag bij de geïnterviewde jongeren veel groter is.

Nog spectaculairder zijn de cijfers rond alcohol: slechts 8% heeft ooit alcohol gedronken ten opzichte van maar liefst 65% in Vlaanderen. Het gebruik bij vrienden was slechts 17% ten opzichte van 55% onder Vlaamse 13- en 14-jarigen. Het verschil tussen eigen gebruik en gebruik bij vrienden voor alcohol (8% verschil) is opvallend kleiner dan voor tabak (33% verschil). Gezien het feit dat een grote meerderheid van de geïnterviewde jongeren een islamitische achtergrond heeft lijkt het minder sociaal aanvaard zijn van alcoholgebruik in deze gemeenschap de belangrijkste verklaring voor dit opvallende verschil. Zowel de reële prevalentie als de bereidheid om alcoholgebruik toe te geven worden hierdoor negatief beïnvloed.

Het aantal jongeren dat toegeeft ooit cannabis gebruik te hebben is ook laag (7%) maar het verschil met het Vlaamse gemiddelde (18%) is minder groot dan bij tabak en alcohol. Opvallend: cannabis- en alcoholgebruik in de vriendengroep wordt ongeveer even gemakkelijk aangegeven (20%). Bijna één op de twee Brusselse jongeren komt in contact met druggebruik via de school of op straat.

Ook op vlak van seksualiteit zijn de cijfers in elke leeftijdscategorie opvallend laag vergeleken met Vlaamse gemiddelden[14]. Net zoals bij alcoholgebruik kunnen ook hier cultureel-religieuze factoren ervoor zorgen dat de reële prevalentie van seksueel actieve jongeren opvallend lager is dan gemiddeld. Toch lijkt dit opnieuw onvoldoende om dergelijk grote verschillen te verklaren. Ook hier kunnen we dus stellen dat jongeren niet eerlijk durven te zijn over hun seksuele activiteit. Hoe jonger, hoe duidelijker dit beeld.

Zelfs over schoolprestaties lijkt niet alles te kloppen. Twee op drie jongeren heeft minstens een jaar overgedaan terwijl slechts 25% aangeeft slechte resultaten te halen. Natuurlijk zal een deel van de jongeren die ooit gebuisd was nu wél goede resultaten halen (al dan niet na verandering van richting). Dit verklaart echter niet het grote verschil tussen meer objectieve en subjectieve gegevens rond schoolachterstand. Zou het mogelijk zijn dat jongeren hun eigen schoolprestatie overschatten? Of heerst er hier ook een zeker taboe of schaamte over?

…zelfs niet aan de huisarts

Anoniem geeft 23% van de jongeren toe minstens één keer gelogen te hebben tijdens het interview. Dit valt vooral op bij minder evidente thema's zoals roken, druggebruik en seksualiteit waar de prevalenties ver onder de Vlaamse gemiddelden blijven. De geïnterviewde jongeren hebben duidelijk moeite om eerlijk te zijn over de meest persoonlijke thema's, ondanks het graduele verloop van de vragenlijst of het uitdrukkelijk aangehaalde kader van vertrouwelijkheid en beroepsgeheim. Dit stemt overeen met de bevindingen van de literatuurstudie. In Brussel wijken de resultaten nog verder af van het gemiddelde, wat niet enkel verklaard kan worden door mogelijke verschillen in reële prevalenties van druggebruik en seksualiteit tussen de twee steden. Hierbij komt dat in Brussel het aantal jongeren dat toegeeft gelogen te hebben dubbel zo hoog is als in Antwerpen. Zou het kunnen dat Antwerpse jongeren minder moeite hebben om eerlijk te zijn tegen hun huisarts rond seksualiteit en druggebruik?

De verklaringen die hiervoor in de literatuur worden gegeven lijken ook te kloppen voor dit praktijkonderzoek. Gebrek aan of onjuiste inschatting van vertrouwelijkheid is volgens de literatuur de belangrijkste drempel om over persoonlijke problemen te praten. Enerzijds was in deze studie de interviewer vaak niet enkel behandelend arts van de jongere in kwestie, maar ook nog eens van de vader, moeder of andere familieleden. Hierdoor kon de garantie van beroepsgeheim voor de jongere onvoldoende lijken om over strikt persoonlijke zaken te praten. Een tweede mogelijkheid ligt in het feit dat de interviewer niet zelden een vervangende arts of huisarts-in-opleiding was waarmee de jongere nog geen vertrouwensband had opgebouwd. *Last but not least* durven wij stellen dat er bij de geïnterviewde jongeren rond seksualiteit en druggebruik nog een groot taboe heerst, niet in het minst omdat dit gedrag niet aanvaard wordt op die leeftijd. Ook cultureel-religieuze factoren kunnen een rol spelen. Deze studie is te beperkt om conclusies te trekken, maar toch lijken Antwerpse jongeren minder moeite te hebben om druggebruik toe te geven of over seksualiteit te praten met hun huisarts. Verder onderzoek moet dit uitwijzen.

Problemen? Welke problemen…

Voor de meeste adolescenten is een goede gezondheid evident en lijken er geen problemen te zijn. Toch geven de prevalentiecijfers rond morbiditeit en mortaliteit een genuanceerder beeld. Een aanzienlijk deel van de adolescenten neemt risico's op vlak van drugs en seksualiteit die gevolgen kunnen hebben voor hun gezondheid nu of op latere leeftijd.[58] Ondanks de positieve dalende trend

gebruikt 8% van de jongeren regelmatig tabak en 14% regelmatig alcohol. Opvallend is ook de 4% 17-18-jarigen die ooit xtc heeft gebruikt. Niet alleen hebben deze middelen allemaal in min of meerdere mate directe schadelijke effecten, het is ook in de adolescentie dat vaak de basis wordt gelegd van een levenslange verslaving, met alle gevolgen voor de gezondheid van dien. Verder illustreren statistieken rond soa's en tienerzwangerschappen – ondanks een sterk dalende trend – een nog steeds gebrekkige toepassing van veilig vrijen. Ten laatste neemt het aandeel jongeren met psychische problemen nog steeds toe. Patiënten lijken minder moeite te hebben om hierover te praten met hun huisarts dan over druggebruik of seksualiteit.

Doorheen de tijd zijn deze gezondheidsproblemen lang geen statisch gegeven. Ze zijn een weerspiegeling van het dagelijks leven van de adolescent, dat het laatste decennium nog maar eens drastisch veranderd is (en de komende jaren zal blijven veranderen). Typisch aan deze generatie is het massale gebruik van moderne media en vooral van internet en sociale media. Ze wordt dan ook de iGeneration genoemd. De hiermee gepaard gaande gezondheidsrisico's zijn ondanks deze recente evolutie vrij goed beschreven. Een aanzienlijk deel van de jongeren krijgt te maken met cyberpesten, internetverslaving, of doen aan sexting zonder de risico's ervan te kennen. Ouders weten vaak niet goed hoe ze hiermee om moeten. Ook bij de huisarts komt dit onderwerp amper ter sprake. Gezondheidsrisico's verbonden aan deze nieuwe media zouden geïntegreerd moeten worden in de globale gezondheidsrisicoanalyse, gezien de prominente plaats die ze spelen in de sociale ontwikkeling van de adolescent. In de pediatrie en kinderpsychiatrie gaan dan ook stemmen op voor een "iHEADSS" (internet-HEADSS), met expliciete aandacht voor bovenstaande internetgerelateerde risico's.

What's in their heads? And how to get it out…

De mismatch tussen de belangrijkste gezondheidsproblemen bij adolescenten en de gerapporteerde gezondheidsproblemen in de praktijk stelt de huisartsgeneeskunde voor een grote uitdaging. Hoe krijgen we een kijk op wat er zich in het hoofd van de adolescent afspeelt? Deze studie biedt alvast enkele aangrijpingspunten.

Screening is noodzakelijk…

Gezien de meeste adolescenten slechts sporadisch hun huisarts raadplegen – hoofdzakelijk voor somatische problematiek, moet elk contact aangegrepen worden om aan preventie en screening te doen. Soa-screening en contraceptie moeten bespreekbaar en laagdrempelig beschikbaar zijn. BMI moet jaarlijks bepaald worden. Ook screenen op psychische problematiek lijkt onontbeerlijk. Verder moet de huisarts ook een beeld kunnen krijgen van het risicogedrag. Hierbij horen niet alleen de 'klassieke' risico's (middelengebruik, seksualiteit) maar ook de 'moderne' risico's rond internetgebruik. Een iHeadss afnemen bij elke jongere lijkt niet haalbaar. Wel zou het systematisch navragen van mogelijke alarmsignalen een begin kunnen zijn: spendeert de jongere meer dan 2 uur per dag achter een scherm en is er een beeldscherm of smartphone in de slaapkamer van de jongere aanwezig.[59] Campagnes (bv. via posters wachtkamer, nationale campagnes, etc.) zouden zowel kinderen als ouders kunnen sensibiliseren rond de hieraan verbonden gezondheidsrisico's.

…maar onvoldoende: patiënt noch arts wil een blauwtje lopen

Screening en preventie zijn dan wel onontbeerlijk maar veranderen weinig aan de oorzaken van bovengenoemde mismatch. Hoewel er een verschil was tussen de Brusselse en Antwerpse jongeren blijft praten over druggebruik en seksualiteit met de huisarts moeilijk. Het is voorbarig te stellen dat jongeren dit eenvoudigweg niet willen.[28] Het hangt vooral af van de aard van de problemen. Zo praat

een aanzienlijk deel van de jongeren wel vrijuit over zeer persoonlijke thema's zoals psychische problemen. Ook wordt er vrij gemakkelijk gepraat over middelengebruik bij vrienden.

Als jongeren aangeven niet te willen praten over gevoelige thema's is dit voornamelijk omdat ze onvoldoende vertrouwen hebben in de confidentialiteit.[60] Hiernaast is er ook angst voor afwijzing van het gestelde gedrag. Beide drempels hebben te maken met onvolledige kennis van het werk van de huisarts en misvattingen rond het beroepsgeheim. Het is ook aan de arts om deze opvattingen bij te sturen. En zelfs bij de artsen bestaan er drempels om te praten over deze thema's. Onvoldoende kennis over de belangrijkste gezondheidsrisico's bij adolescenten en onvoldoende aangeleerde communicatievaardigheden zorgen ervoor dat deze thema's amper worden aangehaald door de huisarts.[61] Uit de hoge participatiegraad in onze studie blijkt dat artsen alvast geen schrik moeten hebben een 'blauwtje' te lopen wanneer ze een psychosociaal interview willen doen.

Het psychosociaal interview verlaagt de drempels tussen arts en adolescent

Het bal ligt dus in het kamp van de artsen. Adolescentie zou een topic moeten worden in de huisartsenopleiding met klemtonen op de specifieke gezondheidsproblemen en communicatie. Zo worden drempels aan de kant van de arts weggewerkt. Aan de andere kant moet de adolescent meer vertrouwen kunnen krijgen in de confidentialiteit. Het actief ter sprake brengen van gevoelige thema's in een open sfeer en duidelijke uitleg verschaffen rond beroepsgeheim is hierbij noodzakelijk.[62] Alleen zo kan de adolescent ondervinden dat deze drempels ongegrond zijn, kan de huisarts het vertrouwen winnen en worden taboes ten opzichte van de huisarts doorbroken. Dit zou de adolescent bevorderen de verantwoordelijkheid op te nemen wat betreft de eigen gezondheid – een belangrijk onderdeel van het proces van onafhankelijk worden van de ouders. Een betere en vroegtijdige bespreekbaarheid van deze problemen bij de huisarts zou een eerste stap kunnen zijn om de mortaliteits- en morbiditeitscijfers te doen dalen.[41]

Het psychosociaal interview kan de huisarts én de patiënt helpen om deze thema's bespreekbaarder te maken. Het HEADSS-interview is één van deze instrumenten. De geleidelijke opbouw en de open vragen geven de adolescent de ruimte om zelf aan het woord te komen. Van zijn kant toont de huisarts zich bereid om over gevoelige thema's te praten. Inhoudelijk kwamen er best wel wat nieuwe problemen aan de oppervlakte en een al dan niet-pluisgevoel bij de arts kon via het interview versterkt of ontkracht worden. Toch is een niet-gestructureerd interview geen screeningsinstrument en dat mag ook niet de bedoeling zijn. Hiervoor bestaan er efficiëntere instrumenten zoals CRAFFT, kidscreen, LISRES-Y, etc. De belangrijkste meerwaarde van een niet-gestructureerd interview zoals HEADSS is dat gevoelige thema's bespreekbaar worden gemaakt en het vertrouwen in de huisarts toeneemt. Adolescenten geven aan dat de band met de huisarts verbeterd is na het interview. Deze vertrouwenswinst kan een eerste stap zijn richting een beter afgestelde zorg voor adolescenten (zgn. "youth-friendly primary care). Uit de literatuur blijkt dat dit leidt tot een verhoging van de therapietrouw en een verlaging van de drempel om de huisarts te raadplegen rond gevoelige thema's.[24] Op lange termijn is dit waardevoller dan een snelle indexatie van mogelijke gezondheidsproblemen of -risico's.

Beperkingen

Er zijn beperkingen zowel aan het literatuur- als aan het praktijkonderzoek.

Enerzijds is het literatuuronderzoek niet volledig te reconstrueren. De resultaten van de systematische zoekopdrachten werden aangevuld met andere relevante artikelen via de sneeuwbalmethode. De manier waarop dit gebeurde werd onvolledig beschreven. Anderzijds is er ook een zekere willekeur in

het literatuuronderzoek. Bij bepaalde zoekopdrachten die veel resultaten opleverden werden enkel reviews weerhouden terwijl sommige zoekopdrachten enkel een beperkt aantal artikelen opleverde. Hoewel reviews zich hoger in de *evidence*-piramide bevinden dan artikelen werd de betrouwbaarheid voor beiden niet nagegaan. Zo werd er geen informatie verzameld over de relevantie van de tijdschriften waarin ze gepubliceerd werden (citatie-index). Deze literatuurstudie mag dan ook zeker niet gezien worden als een *systematic review*.

Ook het praktijkonderzoek heeft enkele beperkingen. Eerst en vooral gaat het om een kleine steekproef in een voor Belgische huisartsenpraktijken weinig-representatieve studiepopulatie. Ook de deelpopulaties in Brussel en Antwerpen zijn zeker niet gelijk. Conclusies die gebaseerd zijn op trends in deze studiepopulatie veralgemenen voor alle huisartsenpraktijken in België zou voorbarig zijn.

Ten tweede zal – hoewel niet getest – de inter-onderzoekers betrouwbaarheid vermoedelijk laag zijn. Het is duidelijk dat elke arts niet alleen een eigen interviewstijl hanteert, maar ook inhoudelijk bepaalde thema's belangrijker vindt dan andere. Ook neemt de ene arts genoegen met een oppervlakkige bevraging terwijl de andere arts een uitgebreidere bevraging verkiest. Dit wordt geïllustreerd door de sterk verschillende duur van het interview tussen de artsen in de scriptie van collega Maud Mittler. Ook in het registreren zijn er verschillen tussen artsen: de ene arts zal voor eenzelfde hoeveelheid verkregen informatie meer noteren dan de andere.

Verder zijn er ook argumenten om te stellen dat de intra-onderzoekersbetrouwbaarheid niet hoog is. Variërende tijdsdruk is hier de belangrijkste oorzaak van. Interviews werden afgenomen zelfs wanneer er (veel) minder dan 20 minuten beschikbaar waren, hoewel dit strikt genomen een exclusiecriterium was. Daardoor was er niet steeds voldoende tijd voorhanden, wat mogelijk consequenties heeft op de kwaliteit van interviewen én ook op de kwaliteit van registreren.

Tot slot zijn we ervan uitgegaan dat geïnterviewde adolescenten eerlijk hebben geantwoord in de evaluatie achteraf. Hoewel deze evaluatie volledig anoniem was – wat nog eens expliciet werd benadrukt door de arts – is het mogelijk dat niet iedereen (volledig) eerlijk durfde te zijn, ondanks het feit dat heel wat jongeren hier wel durfde aangeven niet eerlijk te zijn geweest.

Besluit

De gezondheidsproblemen van de adolescent in de 21e eeuw zijn divers, kennen een dynamisch verloop en zijn vaak gerelateerd aan het risicovolle experimenterend gedrag dat typerend is voor deze levensfase. Het praktijkonderzoek bevestigt de evidentie uit de literatuur dat er een discrepantie bestaat tussen gerapporteerde problemen bij de huisarts en reële gezondheidsproblemen en -risico's. Vooral persoonlijke thema's zoals seksualiteit en middelengebruik komen met moeite aan bod komen bij de huisarts. Dit is bij de adolescent voornamelijk een gevolg van een gebrekkig vertrouwen in de confidentialiteit en bij de arts een gevolg van beperkte communicatievaardigheden. Ondanks zijn geringe meerwaarde als screeningsinstrument is het psychosociaal interview zoals het HEADSS-interview effectief om deze gevoelige thema's bespreekbaar te maken en om het vertrouwen van de adolescent in de huisarts te verhogen, wat noodzakelijk is voor een meer aangepaste zorg voor de patiënt-adolescent. Tot slot onderschrijven de resultaten van deze studie de precaire situatie waarin een belangrijk deel van de Brusselse en Antwerpse jeugd zich bevindt.

Wat neem ik als arts hieruit mee?

Dit project was zeer leerrijk voor mij als arts én als persoon. Ik neem mee dat de houding van de arts essentieel is om de jongere te laten vertellen. De medisch meest relevante informatie wordt vaak niet verteld. In de toekomst zal ik zoveel mogelijk de thema's seksualiteit en druggebruik op een open manier bespreken. Mijn communicatiestijl met jongeren zal ik verder proberen te optimaliseren. Tot slot heb ik via dit project inzicht gekregen in de gezondheidsrisico's verbonden aan nieuwe technologieën en zal ik hier meer aandachtig voor zijn tijdens de consultatie.

Dankwoord

Eerst en vooral ben ik ongelofelijk dankbaar om samen te hebben kunnen werken met Els Van Hooste, Jo Butaye en Louis Ferrant, die mijn praktijkopleiders waren tijdens mijn huisartsenopleiding in WGC Medikuregem. In al hun verscheidenheid en competentie boden ze mij de inspiratie om rond dit thema verder te werken en de kans om te groeien in het thema. Ook de input van de andere collega's was enorm. Het enthousiasme waarmee Line Broekaert, Elke Hendrickx, Nicholas Matthijs en David Vanneste de interviews afnamen, vaak in tijdsnood en soms op onmogelijke uren, werkte aanstekelijk. Hierdoor haalden we in Medikuregem in minder dan een maand bijna het dubbel van het beoogde aantal registraties dan vooropgesteld. Verder zijn ook Eminé Serdar, Nikita Nkunda en Hanan Boudida mijn dank verschuldigd om keurig toe te zien op het vlotte verloop van de anonieme evaluaties en om uitleg te verschaffen zo nodig, steeds met de glimlach op het gezicht. Bedankt aan Nele Verbist voor de uitleg rond het project in het tijdschriftje. Bedankt ook aan alle andere mensen van Medikuregem voor hun ondersteuning en interesse in dit project. Hoewel ik ze (nog) niet in levenden lijve heb ontmoet wil ik tenslotte ook de collega's van WGC Zuidrand Maaike Avonts, Stefanie Andries en Tom Hoerée graag bedanken voor hun medewerking.

Ook onze promotor wil ik expliciet bedanken. Professor Jo Goedhuys twijfelde geen moment aan de relevantie van dit thema, wat ons een boost gaf die nodig was om dit toch wel ambitieuze project verder uit te werken. Zonder zijn flexibiliteit, toegankelijkheid en deskundige kritiek was dit project onmogelijk geweest.

Verder willen we ook alle deelnemende patiënten en hun ouders bedanken. De enorme participatiegraad illustreert een vooraf onverhoopt enthousiasme om mee te werken rond dit niet altijd even evidente thema. Hun input leverde bevindingen op die niet alleen voor hun persoonlijke zorg maar ook voor die van alle jongeren in huisartspraktijken over het hele land relevant kunnen zijn.

Ten laatste prijs ik mij gelukkig dat ik dit project samen met collega Maud Mittler heb kunnen uitwerken. Onbekend is onbemind want onze samenwerking was een duidelijke match – wat verder ging dan het uitstelgedrag dat we beiden wel eens vertoonden. Ze deelde de wil om het project kordaat aan te pakken zodat de registraties – het meest intensieve deel – voorspoedig verliepen en snel achter de rug waren. Letterlijke en figuurlijke afstanden tussen Brussel, Antwerpen en Gent werden zonder problemen overbrugd en de water in de wijn maakte het samenwerken een pak eenvoudiger.

Referenties

[1] Overlijdens naar oorspronkelijke doodsoorzakengroep, geslacht en leeftijdsgroep, België, 2009. Algemene directie statistiek FOD Economie. Beschikbaar op statbel.fgov.be/nl/binaries/NL%20-%20Tableau%201.3_T_pdf_tcm325-210617.pdf. Geraadpleegd op 2015 november 30.

[2] Bevolking op 1 januari en per leeftijd 2014-2061, België. Statbel FOD Economie. Beschikbaar op statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_op_1_januari_2014-2061.jsp. Geraadpleegd op 2015 november 30.

[3] Ozer EM, Park MJ, Paul T, Brindis CD, and Irwin CE. America's Adolescents: Are They Healthy? University of California, San-Francisco: National Adolescent Health Information Center; 2003. p. 65.

[4] Molcho M et al. Trend in injury-related mortality and morbidity among adolescents across 30 countries from 2002 to 2010. Eur J Public Health. 2015; 25 (2): 33–36.

[5] Van der Linden MW, redacteur. Het kind in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel); 2005. p. 173.

[6] Mathers C, Vos T, Stevenson C. The burden of disease and injury in Australia. Bulletin of the World Health Organization 2001; 79: 1076–1084.

[7] Adolescent health epidemiology, WHO. Beschikbaar op www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology /adolescence/en/. Geraadpleegd op 2015 december 13.

[8] Final report of the Commission on Ending Childhood Obesity, WHO. Genève: WHO Press; 2016. P. 68.

[9] Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015; 54: 37–44.

[10] Alonso J, Lépine JP . Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). J Clin Psychiatry 2007; 68(2):3-9.

[11] Beesdo-Baum K et al. The 'Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) study': a 20-year review of methods and findings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015; 50(6): 851-866.

[12] Vancayseele N et al. De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen; jaarverslag 2014. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek UZ Gent; 2014. P. 84.

[13] Baetens I et al. The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors: a longitudinal analyses of the perspective of the parent. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2015; 8; 9-24.

[14] Leerlingenbevraging, syntheserapport schooljaar 2014-2015. Brussel: Vereniging voor alcohol – en andere drugproblemen; 2015. P. 59.

[15] Seksualiteitsbeleving van Vlaamse jongeren : feiten en cijfers. Beschikbaar op www.sensoa.be/feiten-en-cijfers. Geraadpleegd op 2016 januari 12.

[16] Nutrition, physical activity and obesity: WHO Country profile Belgium, WHO regional office for Europe. Kopenhagen: WHO Press. 2013. P. 5.

[17] Ahluwalia N. Trends in overweight prevalence among 11-, 13- and 15-year-olds in 25 countries in Europe, Canada and USA from 2002 to 2010. Eur J Public Health 2015; 25(2): 28-32.

[18] Hildebrandt VH, Bernaards C, Chorus AMJ, Hofstetter H. Bewegen in Nederland 2000-2011. In: Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2010/2011. Leiden: TNO; 2013. P9-50.

[19] Jacobson C, Bailin A, Milanaik R, Adesman A. Adolescent Health Implications of New Age Technology. Pediatr Clin North Am. 2016; 63(1): 183-94.

[20] Strasburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Children, adolescents, and the media: health effects. Pediatr Clin North Am 2012; 59(3): 533-587.

[21]Ascone D, Lindsey T, Varghese C. An examination of driver distraction as recorded in NHT-SA databases. In: Trent W Driver distraction and Inattention: Advances in Research and Countermeasures, Volume 1. Burlington: Ashgat Publishing Company. 2013. P. 384.

[22] Het (mobiele) gebruik van sociale media en games door jongeren 2010-2012, IVO Center for behavioral Internet sciences. Rotterdam: IVO. 2013. P. 8.

[23] Mai-Ly N. Seeing everyone else"s highlight reels: how facebook usage is linked to depressive symptoms. Journal of Social and Clinical Psychology 2014; 33(8), 701-731.

[24] Walrave A, Van Ouytsel J. Mediawijs onine, jongeren en sociale media. Houten: Lannoo campus. 2014. P. 240.

[25] Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? Lancet 2007; 369: 1565-1573.

[26] Meynard A et al. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: a cross sectional study. BMC Fam Pract 2015; 16(1): 159.

[27] Booth ML, Knox S, Kang M. Encounters between adolescents and general practice in Australia. J Paediatr Child Health 2008; 44(12): 699-705.

[28] Das I, Degryse JM. Adolescenten en hun huisarts. Masterproef huisartsgeneeskunde KU Leuven 2013.

[29] Chaisson N, Shore WB. Adolescent health care maintenance in a teen-friendly clinic. Prim Care 2014; 41(3) :451-64

[30] Schäfer W et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Family Practice 2011; 12:115

[31] Brown JD, Wissow LS. Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: relationship to youth perceptions of care. J Adolesc Health 2009; 44(1):48–54.

[32] Weddle M, Kokotailo P. Adolescent substance abuse confidentiality and consent. Pediatr Clin North Am 2002. 49(2): 301-315.

[33] Lehrer JA et al. Forgone Health Care among U.S. Adolescents: Associations between Risk Characteristics and Confidentiality Concern. J of Adolesc Health 2007, 40(3), 218–226.

[34] Ham P, Allen C. Adolescent Health Screening and Counseling. Am Fam Physician 2012; 86(12): 1109-1116.

[35] Kost K, Henshaw S. U.S. teenage pregnancies, births and abortions, 2010: national trends by age, race and ethnicity. Guttmacher institute 2014. Beschikbaar op https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ustptrends10.pdf. Geraadpleegd op 2015 december 19.

[36] Aantal tienermoeders daalt. Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid 2013. Beschikbaar op www.sensoa.be/nieuws/aantal-tienermoeders-daalt. Geraadpleegd op 2015 december 19.

[37] Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA; Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR Recomm Rep. 2006; 55(14): 1–17.

[38] Ekeland E, Heian F, Hagen KB. Can exercise improve self-esteem in children and young people? A systematic review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*. 2005; 39(11): 792–798.

[39] Screening for depression in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2009;151(11):784–792.

[40] Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1).

[41] Klein DA, Goldenring J, Adelman AP. HEEADSSS 3.0: The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. Contemporary Pediatrics 2014: 1, 1–14.

[42] Pilowsky, D. J., & Wu, L. T. (2013). Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: A literature review. Addict Behav 2013;38(5): 2146-2153

[43] Schrijvers C, Snoek A, van den Ende D. Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen, IVO Addiction Research Institute .Rotterdam: IVO. 2010 Schrijvers, P. 85.

[44] Goldenring JM, Cohen E. Getting into adolescent heads. Contemp Pediatr. 1988;5(7):75-90.

[45] Knight et al., 2002 J.R. Knight, L. Sherritt, L.A. Shrier, S.K. Harris, G. Chang. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156 (2002), pp. 607–614

[46] Michels J, et al. Problematisch alcoholgebruik. Aanpak door de huisarts. Domus Medica 2011. Beschikbaar op www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/problematisch-alcoholgebruik.html. Geraadpleegd op 12/02/2016

[47] Allgaier AK et al. Screening for depression in adolescents: validity of the patient health questionnaire in pediatric care. Depress Anxiety 2012; 29(10): 906-913.

[48] Dolle K et al. The Beck depression inventory-II in adolescent mental health patients: cut-off scores for detecting depression and rating severity. Psychiatry Res 2012; 200(2-3): 843-848.

[49] Bradford S, Rickwood D. Psychosocial assessments for young people: a systematic review examining acceptability, disclosure and engagement, and predictive utility. Adolesc Health Med Ther 2012; 3: 111–125.

[50] Baer TE, Gottlieb L, Sandel M. Addressing social determinants of health in the adolescent medical home. Curr Opin Pediatr 2013; 25(4): 447-453.

[51] Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: an essential update. Contemp Pediatr. 2004; 21(1): 64-90

[52] Verhegge K, redacteur. Het kind in Vlaanderen 2014. Brussel: Kind&Gezin; 2015 P. 208.

[53] Scheys M, redacteur. Statistisch jaarboek van het Vlaams onderwijs, schooljaar 2013-2014. Brussel: Vlaams ministerie van onderwijs en vorming; 2015. P 572.

[54] Statistieken huisvesting Brussel. De Wijkmonitoring van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2001. Brussel: Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse. Beschikbaar via wijkmonitoring.irisnet.be/maps/statistieken-huisvesting-brussel/oppervlakte-van-een-woning-brussels-gewest/gemiddelde-oppervlakte-per-woning/1/2001/. Geraadpleegd op 12/02/2016

[55] Structuur van de bevolking volgens leeftijd en geslacht: leeftijdspiramide, België, 2013. Algemene directie statistiek FOD Economie. Beschikbaar op http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/piramide. Geraadpleegd op 12/02/2016

[56] Zittenblijven in vraag gesteld. Een verkennende studie naar nieuwe praktijken voor Vlaanderen vanuit internationaal perspectief, beleidssamenvatting. Onderwijskundig beleids- en praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek 2011. Beschikbaar op http://www.ond.vlaanderen.be/obpwo/projecten/2010/10.02/Beleidssamenvatting_ 1002.pdf. Geraadpleegd op 13/02/2016.

[57] Kantanista A et al. Body image, BMI, and physical activity in girls and boys aged 14–16 years. Body image 2015, 15, 40-43.

[58] Wang LY1, Michael SL2. Long-term health and medical cost impact of smoking prevention in adolescence. J Adolesc Health 2015; 56(2): 160-6.

[59] Landsmeer M et al. Kind en beeldscherm: een te hecht koppel. Medisch contact 2014, 1038-1041.

[60] De Helt K, De Maesschalck S. Tieners en preventie bij de huisarts: een exploratief onderzoek. Masterproef huisartsgeneeskunde Ugent 2010.

[61] Paulus D, Pestiaux D, Doumenc M. Teenagers and their family practitioner: matching between their reasons for encounter. Fam Pract 2004;21(2): 143-145.

[62] Weddle M, Kokotailo P. Adolescent substance abuse. Confidentiality and consent. Pediatr Clin North Am 2002; 49(2): 301-315.

Bijlage 1. Uitgebreide steekkaart artikel HuisartsNu 2012.

H.E.A.D.S.S. - Een psychosociaal interview voor adolescenten

Groen = essentiële vragen
Blauw = indien de tijd het toelaat
Rood = optionele vragen of naargelang de situatie

Thuis

	Minder goede vraag	Betere vraag	Reden
Openingszin	Vertel me over je moeder en vader.	Waar woon je en wie woont er bij jou?	Ouders kunnen apart leven, gescheiden zijn, overleden zijn of het huis verlaten hebben. Een open vraag maakt het mogelijk om zowel omgevings als persoonlijke gegevens te verzamelen.

- Wie woont er thuis bij jou? Waar woon je? Heb jij je eigen kamer?
- Hoe is je relatie met de anderen thuis?
- Met wie heb je de nauwste relatie?
- Met wie kan je thuis praten?
- Welke taal spreek jij thuis?
- Zijn er bij jou thuis andere culturele gewoonten dan bij jou op school of in jouw omgeving?
- Zijn er recent nieuwe mensen bij jou thuis komen wonen?
- Is er recent iemand thuis weggegaan?
- Ben je recent verhuisd?
- Ben je ooit thuis moeten weggaan? Waarom?
- Ben je ooit van thuis weggelopen? Waarom?
- Is er fysiek geweld thuis? Is het niet beter te vragen: voel jij je veilig thuis?

School en werk

	Minder	Beter	Reden
Openingszin	Hoe gaat het op school?	Ga jij naar school? Waar ben je goed in op school? Wat is moeilijker voor jou? Wat voor punten haal je?	Slechte vragen kunnen beantwoord worden met “OK”. Open vragen informeren naar sterktes en zwaktes en maken kwantificatie/objectivatie mogelijk.

- Wat zijn jouw favoriete vakken op school? Welke zijn je minst leuke vakken?
- Wat waren jouw meest recente punten? Zijn deze veranderd? Zijn er sterke wijzigingen geweest in het verleden?
- Ben je de laatste jaren van school veranderd?
- Wat wil je doen als je opleiding is afgerond? Toekomstplannen/doelen?
- Werk jij nu? Hoeveel (uren/week)?
- Vertel eens over je vrienden op school.
- Is jouw school een veilige plaats? Waarom?
- Sommige jongeren worden gepest? Gebeurt dat bij jouw op school ook? Ben jij daar zelf bij betrokken?

- Heb je ooit moeten dubbelen?
- Ben je ooit geschorst geweest? Weggestuurd? Heb je er ooit aan gedacht om niet meer naar school te gaan?
- Hoe schiet je op met de personen op school? Werk?
- Zijn jouw verantwoordelijkheden op het werk toegenomen?
- Voel jij je verbonden met je school? Voel je alsof je daar thuishoort?
- Zijn er volwassenen bij jou op school waarbij je het gevoel hebt dat je over belangrijke zaken kan praten? Wie?

Eten

- Wat vind je leuk en niet leuk aan je lichaam?
- Heb je recent gewichtsveranderingen ondergaan?
- Heb je het laatste jaar gedieet? Hoe? Hoe vaak?
- Heb je iets anders gedaan om je gewicht te controleren?
- Hoeveel fysieke activiteit heb je op een gemiddelde dag? Week?
- Wat denk je dat gezonde voeding is? In welke mate is dat anders dan jouw huidig eetpatroon?
- Ben je bezorgd om jouw gewicht? Hoe vaak?
- Eet je soms voor de TV? Computer?
- Sommige mensen gaan te veel of net te weinig eten uit stress. Gebeurt dat bij jou ook?
- Heb je soms het gevoel dat je eten niet gecontroleerd is?
- Heb je ooit gebraakt met de bedoeling je gewicht te beheersen?
- Heb jij ooit dieetpillen genomen?
- Hoe zou het zijn voor jou als je 5kg zou bijkomen/afvallen?

Activiteiten

	Minder	Beter	Reden
Openingszin	Heb jij buitenschoolse activiteiten?	Wat doe je voor je plezier? Wat doe je met je vrienden? Wat doe je in je vrije tijd?	Goede vragen zijn open en geven de jongere de kans om zichzelf uit te drukken.

- Wat doe jij met je vrienden in je vrije tijd? (met wie, waar en wanneer?)
- Wat doe jij met je familie in je vrije tijd? (met wie, waar en wanneer?)
- Doe jij regelmatig aan sport of andere activiteiten?
- Ga jij regelmatig naar een kerkgroep, club of andere georganiseerde activiteit?
- Heb jij hobbies?
- Lees jij voor je plezier? Wat lees je?
- Hoeveel TV kijk je per week? Speel je computerpelletjes?
- Naar welke muziek luister jij graag?
- Hoe denk jij dat jouw vrienden jou omschrijven?
- Wat vind je leuk aan jezelf?

Drugs

	Minder	Beter	Reden
Openingszin	Gebruik je drugs?	-Veel jongeren experimenteren met drugs, alcohol of sigaretten. Heb jij of je vrienden dit ooit geprobeerd? -Heb jij dit ooit geprobeerd?	Goede vragen zijn een uiting van bezorgdheid. Bij jonge tieners is het best om eerst naar vrienden te vragen.

- Rookt één van je vrienden? Gebruikt er iemand alcohol? Andere drugs?
- Rookt iemand van je familie? Gebruikt er iemand alcohol? Andere drugs?
- Rook jij? Drink je soms alcohol? Gebruik je andere drugs?
- Zijn er ooit problemen geweest met alcohol of drugs in jouw familie? Rookt er iemand thuis?
- Drink jij ooit of gebruik je drugs terwijl je alleen bent?
- Beoordeel frequentie, intensiteit, patronen van (mis)gebruik en hoe hiervoor betaald wordt (en of er hiervoor geld beschikbaar is of niet)

Seksualiteit

	Minder	Beter	Reden
Openingszin	Heb je ooit seks gehad? Vertel me eens wat over je vriend/vriendin.	Heb je ooit een relatie gehad?	Wat betekent de term “seks hebben” echt voor tieners? Enkel vragen naar heteroseksuele relaties sluit de deur ineens.

- Heb je ooit een relatie gehad?
- Vertel eens over de mensen waar je bent mee uitgegaan. OF Vertel me over je seksleven.
- Heb je ooit seks gehad? Voel je je goed met seksuele activiteit?
- Wat betekent de term “veilig vrijen” voor jou?
- Ben je geïnteresseerd in jongens? Meisjes? Beiden?
- Ben je ooit geforceerd of heb je druk ervaren om seksuele dingen te doen die je niet wilde?
- Ben je ooit seksueel aangeraakt op een manier dat je niet wilde?
- Ben je ooit verkracht op een afspraakje of op een ander moment?
- Hoeveel seksuele partners heb je tot nu toe gehad?
- Ben je ooit zwanger geweest of bezorgd geweest dat je zwanger kon zijn? (meisjes)
- Heb je ooit iemand zwanger gemaakt of bezorgd geweest dat dit mogelijks gebeurd is? (jongens)
- Wat gebruik je als geboortebeperking? Ben je tevreden met deze methode?
- Gebruik je condooms telkens je seks hebt?
- Gebeurt het soms dat er iets tussenkomt of gebruik je altijd condoom?
- Heb je ooit een seksueel overdraagbare infectie (SOI) gehad of bezorgd dat je een SOI had opgelopen?

Zelfmoord/depressie

- Voel je je vaker dan normaal slecht of down?
- Hoe voel jij je nu op een schaal van 0 tot 10?
- Verveel jij je continu?
- Heb je problemen om in slaap te vallen?
- Heb je vaak gedacht om jezelf of anderen te pijnigen? Doe je dat ook?
- Heb je het gevoel dat je interesse hebt verloren in dingen waar je normaal van geniet?
- Vind je dat je minder en minder tijd spendeert met vrienden?
- Zou je soms liever op je eigen zijn?
- Heb je ooit geprobeerd om jezelf van het leven te beroven?
- Heb je ooit jezelf pijn gedaan (bv. Jezelf snijden) om je te kalmeren of je beter te voelen?
- Heb je ooit alcohol of drugs genomen om jezelf te ontspannen, kalmeren of beter te voelen?

Veiligheid

- Ben je ooit ernstig gewond geraakt? (Hoe?) Iemand anders die je kent?
- Draag jij altijd een gordel in de wagen?
- Heb jij ooit met een chauffeur meegereden die dronken of high was? Wanneer? Hoe vaak?
- Gebruik jij veiligheidsuitrusting voor sport en andere activiteiten? (bv. helm voor fietsen of skateboard)?
- Is er thuis geweld aanwezig? Gaat het over fysiek geweld?
- Is er veel geweld aanwezig op school? In jouw buurt? Bij jouw vrienden?
- Ben jij ooit fysiek of sexueel misbruikt? Ben je ooit verkracht?
- Was je ooit betrokken in een auto of moto ongeval? Wat was er gebeurd?
- Ben jij ooit gepest? Is dit nog steeds een probleem?
- Ben jij ooit betrokken geweest in fysieke gevechten op school of in de buurt? Ben je daar nog steeds bij betrokken?
- Heb je ooit het gevoel gehad dat het nodig was om een mes, pistool of ander wapen te dragen om jezelf te beschermen? Voel je dit nog steeds?

Bijlage 2: Sjabloon HEADSS praktijkonderzoek.

Begintijd:

1. Home & environment

- Waar woon je en wie woont er bij je?
- Is er recent thuis iemand nieuw bijgekomen of iemand weggegaan?

2. Education & Employment

- Ga je naar school? (Zo niet: peilen naar werk.)
- Waar ben je goed in op school? Wat is moeilijker voor jou? Wat voor punten haal je?
- Ben je de laatste jaren van school veranderd?
- Wat wil je doen na je opleiding? Toekomstplannen/doelen/dromen?

3. Eating & Exercices

- Wat vind je leuk en niet leuk aan je lichaam?
- Hoeveel doe je gemiddeld aan sport/fysieke activiteit per dag?
- Wat denk je dat gezonde voeding is? In welke mate is dat anders dan jouw huidig eetpatroon?

4. Activities

- Wat doe je voor je plezier? Wat doe je met je vrienden? Wat doe je in je vrije tijd?
- Hoe denk je dat je vrienden je omschrijven?

5. Drugs

- Rookt één van je vrienden? Gebruikt er iemand alcohol? Andere drugs? En jij?
- Rookt er iemand thuis? Zijn er ooit problemen geweest met alcohol of drugs in jouw familie?

6. Sexuality

- Heb je ooit een relatie gehad?
- Heb je ooit seks gehad? Voel je je goed bij seksuele activiteit?
- Wat betekent de term ‘veilig vrijen’ voor jou?

7. Suicide/Depression

- Verveel je je continu?
- Voel je je vaker dan normaal slecht of down? Hoe voel je je nu op een schaal van 0 tot 10?

8. Safety

- Voel je je veilig? Is de school een veilige plaats? En thuis?

Eindtijd:

Bijlage 3. Informatiedocument voor de deelnemer.

INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER

Titel van het onderzoek:
What's in their HEADSS? Evaluatie van een psychosociaal interviewmodel voor adolescenten in de huisartspraktijk: wat leren we over de patiënt?

Beste deelnemer,
U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek waarbij een nieuw soort vragenlijst voor jongeren wordt getest. Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen is het belangrijk dat u dit informatiedocument leest.

1. Studiespecifieke inlichtingen

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan naar verwachting in totaal 60 personen zullen deelnemen. Dit onderzoek gaat van de universiteiten KU Leuven en UGent uit.
In dit onderzoek worden aan onze jongere patiënten (tussen 12 en 20 jaar) enkele vragen gesteld om meer te weten te komen over hun achtergrond (thuissituatie, schoolsituatie, vriendenkring en zo verder). Dit onderzoek wordt in 2 huisartsenpraktijken uitgevoerd.
Met dit onderzoek willen we nagaan of deze vragenlijst nut heeft zowel voor de patiënt als voor de arts.

Duur van het onderzoek

Dit onderzoek zal ongeveer 15 minuten duren.

Voor- en nadelen

Door deel te nemen aan dit onderzoek zal u geen nadelen ondervinden. De arts zal uw zorgvraag even aandachtig en grondig behandelen.
De informatie die dit onderzoek oplevert, kan bijdragen tot een betere kennis over de leefwereld en noden van jongeren.

2. Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

Vrijwillige deelname
U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft steeds het recht deelname te weigeren.

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer / privacy
Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U naam zal niet worden gebruikt bij het verdere onderzoek. Uw gegevens zullen anoniem worden verwerkt.

Indien u nog vragen hebt kan u deze altijd stellen aan de onderzoekers (info op achterkant).

Opdrachtgevers:
KU Leuven en UGent

Promotor:
Professor Goedhuys Jo, KUL

Onderzoekers:
– Mittler Maud, HAIO bij WGC Zuidrand (De Bosschaertstraat 289, 2020 Antwerpen, 03/237 13 72) en ingeschreven aan de Ugent voor de master-na-master huisartsgeneeskunde. E-mailadres: maud.mittler@ugent.be
– Camerlynck Victor, HAIO bij WGC Medikuregem (Jozef Dujardinstraat 8, 1070 Anderlecht, 02/522 32 87) en ingeschreven aan de KUL voor de master-na-master huisartsgeneeskunde. E-mailadres: victor_camerlynck@hotmail.com

Commissie voor Medische Ethiek:
Commissie Medische Ethiek UZ KU Leuven / Onderzoek
Campus Gasthuisberg
Herestraat 49, B-3000 Leuven
016/34 86 00, ec@uzleuven.be

Bijlage 4. Informed consent.

TOESTEMMINGSFORMULIER

What's in their HEADSS? Evaluatie van een psychosociaal interviewmodel voor adolescenten in de huisartspraktijk: wat leren we over de patiënt?

Deel bestemd voor de deelnemer:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende …… *(naam en voornaam deelnemer),* dat ik over het onderzoek ben ingelicht en een kopie van het informatiedocument ontvangen heb.

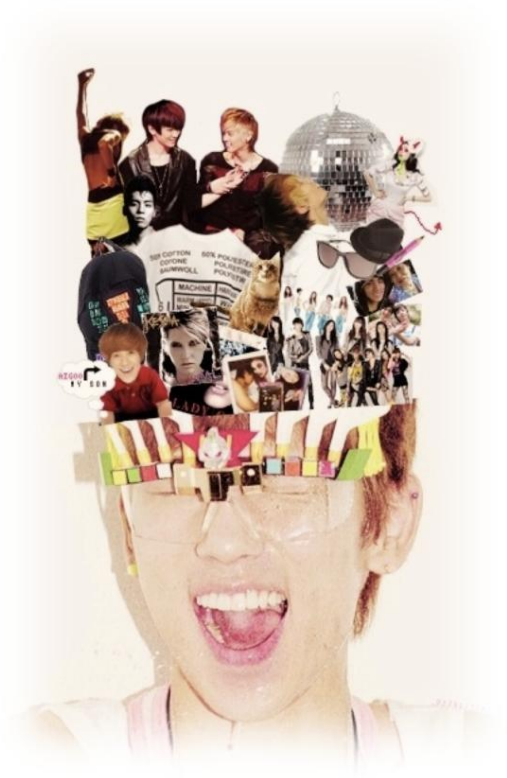
Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan dit onderzoek op elk ogenblik mag stopzetten nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen.

Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving en conform de geldende wetgeving. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoekshandelingen (deelname aan een interview).

_____	_____	_____
Naam van de deelnemer	Handtekening	Datum *(dag/maand/jaar)*

Bijlage 5. Informatieposter wachtzaal.



!

'WHAT'S IN THEIR HEADSS?' is de naam van her onderzoek, dat deel uitmaakt van het afstudeerproject van dr. Victor aan de KU Leuven

VRAGEN OF BEMERKINGEN? AARZEL NIET UW ARTS TE CONTACTEREN

MEDEDELING ONDERZOEKSPROJECT

OP DIT MOMENT LOOPT ER IN ONZE PRAKTIJK EEN ONDERZOEK NAAR DE LEEFWERELD VAN ONZE JONGERE PATIËNTEN. OOK AAN UW ZOON/DOCHTER KAN DE ARTS VRAGEN STELLEN ROND SCHOOL, FAMILIE, GEZONDHEID EN GEWOONTES. DE ADOLESCENT MAG ZELF VRIJ KIEZEN OF HIJ/ZIJ DEELNEEMT. DIT ONDERZOEK VERLOOPT VOLLEDIG ANONIEM

Bijlage 6. Anoniem evaluatieformulier patiënt.

Geef ons feedback!

Dit formulier is volledig anoniem.

Omcirkel het streepje voor de zin die het best bij jouw mening past.

1. Vond je deze vragenlijst nuttig?

– Niet nuttig.

– Een beetje nuttig maar eerder niet.

– Een beetje nuttig maar eerder wel.

– Nuttig.

2. Vond je het een aangenaam gesprek?

– Onaangenaam.

– Neutraal.

– Aangenaam.

3. Heb je het gevoel dat je band met de dokter nu verbeterd is?

– Niet verbeterd, eerder verslechterd.

– Niet verbeterd, niet verslechterd.

– Verbeterd.

4. Heb je eerlijk kunnen antwoorden?

– Zo goed als nooit.

– Meestal niet, soms wel.

– Meestal wel, soms niet.

– Bijna altijd wel.

Bijlage 7. Evaluatieformulier arts.

HEADSS: evaluatie gebruik door arts

1: slecht interview, (quasi) geen informatie bekomen, het gesprek kwam niet op gang
2: eerder moeilijk interview, moeizame afname
3: matige afname
4: het gesprek kwam goed op gang, eerder goede afname
5: zeer vlotte afname, veel informatie bekomen

(Indien u een domein niet bevroeg, gelieve geen getal te omcirkelen.)

1. Home & environment

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

2. Education & Employment

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

3. Eating & Exercices

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

4. Activities

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

5. Drugs

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

6. Sexuality

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

7. Suicide/Depression

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

8. Safety

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

9. Algemeen

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

10. Bijkomende vragen

Algemene indruk/gevoel:

……
……
……
……..

Wat is de toegevoegde waarde van de vragenlijst bij deze patiënt:

……
……
……
……..

Wat had ik liever anders gedaan:

……
……
……
……..

Wat was ik nooit te weten gekomen zonder deze vragenlijst:

……
……
……
……..

Hoe ging het om dit allemaal te noteren (te typen):

……
……
……

Protocol en goedkeuring ethische commissie

Studiepopulatie
Inclusiecriteria: ingeschreven patiënten bij WGC Medikuregem te Anderlecht en bij WGC Zuidrand te Antwerpen die zich aanbieden op de consultatie van de deelnemende huisartsen, patiënten vanaf 12 jaar tot en met 20 jaar, zowel meisjes als jongens.

Exclusiecriteria: weigering tot deelname van de patiënt, tijdsgebrek waardoor de kwaliteit van afname niet gegarandeerd kan worden (dit is het geval wanneer de arts beschikt over minder dan 20 minuten voor de consultatie), een afname van een HEADSS-vragenlijst in het verleden, hoogacute problemen of zeer specifieke (complexe) hulpvragen die ervoor zorgen dat het introduceren van de HEADSS-vragenlijst tijdens de consultatie niet mogelijk is, huisbezoeken.

De arts moet elke patiënt die voldoet aan de criteria uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek.

Ontwerp studie
Indien de patiënt binnen de studiepopulatie valt stelt de huisarts voor een psychosociaal interview af te nemen. Dit interview is gestructureerd aan de hand van de HEADSS-vragenlijst. HE(E)ADSS(S) is een acroniem voor de acht domeinen die ondervraagd worden: Home/Environment, Education/Employment, Eating/Exercice, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression en Safety. De arts beschikt voor het afnemen van het interview over een vast sjabloon dat als leidraad dient. In dit sjabloon worden er per domein 1 tot 3 vaste vragen opgelijst.

Per afname beschikt de arts over een bundel vaste documenten die per afname ook genummerd zijn.
– Formulier 1: het informed consent of toestemmingsformulier en het informatiedocument. Het eerste deel bevat algemene informatie over het onderzoek en mag de patiënt houden. Het tweede deel moet door de patiënt ondertekent worden, hij of zij stemt daarmee in deel te nemen.
– Formulier 2: de evaluatie van het interview door de arts. Dit formulier wordt na afname van de vragenlijst en na het afronden van de consultatie door de arts ingevuld en peilt naar de ervaring van de arts bij het afnemen van de vragenlijst.
– Formulier 3: de evaluatie van het interview door de patiënt. De patiënt wordt gevraagd dit formulier na de consultatie en anoniem in te vullen en te deponeren in een gesloten doos bij de onthaalbalie. In dit formulier worden enkele korte concrete vragen gesteld over het verloop van het interview.

De arts beschikt over een digitaal sjabloon van de HEEADSSS-vragenlijst, gekoppeld aan het elektronisch medisch dossier (EMD). Dit sjabloon moet enkel geactiveerd worden bij de start van de consultatie, na instemming van de patiënt om deel te nemen. In dit sjabloon kan de informatie bekomen via het interview tijdens of na het interview worden ingebracht. Het document wordt daarna elektronisch opgeslagen in het medisch dossier van de patiënt.

Als streefdoel wordt het afnemen van 60 interviews vooropgesteld: 30 per wijkgezondheidscentrum.

Van: An Stockmans <an.stockmans@icho.be>
Verzonden: dinsdag 24 maart 2015 9:56
Aan: Jo Goedhuys
CC: Victor Camerlynck
Onderwerp: Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

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