Wat is de rol van de huisarts bij adolescenten met mentale problemen?

Sofie Vanthuyne, Ugent

Promotor: prof. dr. Pype

Co-promotor: dr. Declercq

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021-2022

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

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

Een woord van dank

Deze masterproef kadert binnen de opleiding master na master in de huisartsgeneeskunde en is het summum van vele jaren kennis vergaren. Een bijzondere interesse in psychiatrie en de ervaring dat een consultatie met jongeren met mentale problemen vaak moeilijk verloopt, wakkerden mijn belangstelling aan om voor dit onderwerp te kiezen.

Het voltooien van deze masterproef zou nooit gelukt zijn zonder de steun en het advies van enkele belangrijke mensen.

Vooreerst wil ik mijn promotor prof. dr. Pype en co-promoter dr. Declercq bedanken voor de tijd die zij hebben willen spenderen voor het samen uitdiepen van het onderwerp, bespreken van moeilijke problemen, zoals het inclusieprobleem en bijgevolg veranderen van onderwerp, het zorgvuldig nalezen van deze masterproef en de constructieve feedback. Ik kon altijd bij hen terecht.

Grote dank aan de huisartsen die hebben deelgenomen aan deze studie. Door hun grote medewerking en openhartigheid over deze moeilijke problematiek heb ik een duidelijk idee gekregen hoe ze hun rol als huisartsen opnemen bij jongeren met mentale problemen.

Een oprechte dankjewel aan Florian, mijn vriend. Bedankt om er altijd voor me te zijn en achter me te staan tijdens moeilijke momenten. Zonder jou zou het me niet gelukt zijn.

Bedankt aan onze kleine Jules, die zowel veel energie heeft gevraagd, maar nog veel meer energie heeft gegeven tijdens het maken van deze masterproef.

Vervolgens wil ik graag mijn ouders bedanken. Zij hebben het niet alleen mogelijk gemaakt om geneeskunde te gaan studeren. Ze zijn ook gedurende de ganse opleiding mijn grote steun en toeverlaat geweest, in het bijzonder tijdens het maken van deze masterproef. Zij hebben Jules vaak opgevangen zodat wij even tijd hadden om te werken aan de masterproef. Bedankt om altijd in mij te blijven geloven. Eveneens heeft mijn papa gezorgd voor de ondersteuning bij de lay-out. Een bijzondere dank hiervoor.

Eveneens een bijzondere dank aan mijn schoonouders en schoonfamilie in de ondersteuning van ons gezin tijdens het maken van deze masterproef.

Tenslotte bedank ik mijn zus, Sarah, voor de oneindige steun in alles wat ik doe.

Inhoudsopgave

Een woord van dank 2
Inhoudsopgave 3
Abstract 6
Motivatie 8
Inleiding 9
Algemeen 9
Definities 10
Adolescentie 10
Wat is een mentaal probleem? 10
Perceptie van mentale gezondheid door adolescenten 11
Wat is psychische stress? 12
Normalisatie en coping leidt tot verschuiven van de drempel 12
De betekenis van hulp zoeken 13
Andere individuele factoren 13
Adolescenten en hulp zoeken voor mentale problemen 14
Algemeen 14
Drempels 14
Verwachtingen naar de huisarts 15
Risicofactoren en protectieve factoren voor mentale problemen bij adolescenten 17
Risicofactoren 17
Beschermende factoren 18
Overzicht 19
De huisarts en adolescenten met mentale problemen 20
Deze masterproef binnen de literatuur 20
Methode 21
Onderzoeksmethodiek deel één – adolescenten 21
Afbakenen en rekruteren van de onderzoekspopulatie 21
Contacteren van de patiënten 21
Geen respons 22
Onderzoeksmethodiek deel twee - huisartsen 22
Afbakenen en rekruteren van de onderzoekspopulatie 22
Methode 22
Resultaten 24
Karakteristieken van de deelnemers 24

Algemeen gevoel bij begeleiding van adolescenten tussen 12 en 16 (zonder mentale problemen) 25
Begeleiding van adolescenten tussen 12 en 16 26
Wat maakt een adolescent anders dan andere leeftijdsgroepen? 26
Persoonlijk kenmerk: ze bevinden zich in de puberteit (n=5) 26
Persoonlijk kenmerk: gesloten houding naar de huisarts (n=7) 28
Persoonlijk kenmerk: identiteit ontwikkelen (n=2) 28
Omgevingsfactoren: rekening houden met school- en thuissituatie (n=5) 29
Kenmerk met directe invloed op consultatie: ouder komt mee op consulatie als begeleider (triadeconsult) (n=7) 30
Kenmerk met directe invloed op consultatie en omgevingsfactor: afhankelijkheidsfactor (n=4) 32
Begeleiding van adolescenten met mentale problemen 33
Kenmerken van adolescenten met mentale problemen 33
Gesloten houding (n=7) 34
Onvolwassen denkwijze: weinig zelfinzicht (n=3) en weinig ziekte-inzicht (n=2) 34
Snel veranderende omgeving (n=2) 34
Identiteit ontwikkelen en levenskeuzes (n=2) 34
Kenmerken van de huisarts 35
Leefwereld 35
Hoe gaat de huisarts hiermee om? 35
Vertrouwen winnen 36
Communicatie 38
Aanmelding van psychische problemen 40
Detectie van psychische problemen 41
Diagnose stellen 42
Pathologie 42
Diagnose 42
Suïcidaliteit inschatten 45
Behandeling 46
Opvolging 48
Samenvatting 49
Samenwerking 50
Kennis 51
Grootste verschillen adolescenten en volwassenen 51
Discussie 53
Onzekerheid over theoretische kennis 53

Onzekerheid over communiceren met adolescenten 54
Onzekerheid over diagnose en medicamenteuze behandeling 58
Detectie en aanmelding 58
Diagnose 58
Behandeling 59
Opvolging 60
Onzekerheid over samenwerking met tweede lijn 62
Kennis van onzekerheden 63
Mogelijke interventies 64
Toekomstig onderzoek 65
Sterktes en zwaktes van deze studie 65
Inclusieproblemen van adolescenten met mentale problemen 65
Conclusie 67
Literatuurlijst 68
Bijlages 71
Bijlage 1: goedkeuring ethisch comité 71
Bijlage 2: protocol 74
Bijlage 3: informed consent voor de deelnemers 76
Bijlage 4: voorbereiding van het interview met de adolescent 81
Bijlage 5: voorbereiding van het interview met de huisarts 83
Bijlage 6: zoekstrategie literatuurstudie 84

Abstract

Inleiding:
Psychische problemen bij adolescenten zijn zeer vaak voorkomend, namelijk 14-22% van de adolescenten lijdt aan een psychische aandoening. De prevalentie van adolescenten met psychische problemen bij de huisarts ligt nog hoger. 80% van de jongeren ziet hun huisarts jaarlijks, echter vaak voor fysieke klachten. Dat jongeren met psychische problemen als aanmeldingsklacht tot bij de huisarts komen, gebeurt zelden. De jongere voelt een grote drempel om met de huisarts over psychische problemen te spreken. Ook de huisarts voelt deze drempel, en de identificatie van het psychisch probleem is voor de huisarts dan ook een uitdaging.

Doel:
Een verkennende studie naar ervaringen en drempels van huisartsen met adolescenten tussen 12 en 16 met psychische problemen in de Belgische zorgcontext.

Methode:
Er werd een kwalitatieve studie uitgevoerd. Er werden zeven huisartsen ondervraagd via een diepte-interview. De vragen werden opgesteld na verkenning van het onderwerp in de literatuur. De interviews werden opgenomen, gecodeerd en geanalyseerd via het programma nNvivo.

Resultaten:
Huisartsen ondervinden op veel vlakken moeilijkheden bij de begeleiding van adolescenten met mentale problemen. Adolescenten onderscheiden zich op veel verschillende manieren van volwassen patiënten. Hierbij ondervindt de huisarts zes belangrijke uitdagingen: de adolescent bevindt zich in de puberteit, ze hebben vaak een gesloten houding naar de huisarts, de huisarts dient rekening te houden met school- en thuiscontext, ze zijn financieel afhankelijk en hun identiteit is in volle ontwikkeling. Vaak komt de adolescent niet alleen op consultatie, vaak komt de ouder mee, wat voor de huisarts ook een uitdaging vormt. Communicatieve technieken en vertrouwen winnen staan centraal om deze uitdagingen aan te gaan. De adolescent komt zelden op consultatie voor het bespreken van een psychisch probleem. Vaak meldt de adolescent zich aan met een fysieke klacht, indirecte tekenen of gebeurt de aanmelding door derden. De identificatie van jongeren met mentale problemen verloopt daardoor moeilijk.
Ook het verdere diagnostisch en behandeltraject is voor de huisarts een uitdaging. De huisarts verwijst vaak door naar de psychiater voor het stellen van een psychiatrische diagnose. De huisarts komt wel eerst tot een werkdiagnose, dit kost vaak veel tijd en moeite. Voor de behandeling gaat de voorkeur van de huisarts naar psychologische begeleiding. Met de psycholoog en andere eerstelijnspartners verloopt de samenwerking vlot. Dit in tegenstelling met de samenwerking met tweede lijn. Echter speelt de psychiater wel een belangrijke rol als medicatie dient opgestart te worden, lange wachttijden en de moeilijke bereikbaarheid zorgen ervoor dat de huisarts vaak alleen komt te staan voor het medicamenteuze aspect van het probleem.

Discussie:

De huisarts voelt zich onzeker op vier grote gebieden in het diagnostisch en behandelproces van adolescenten met mentale problemen, namelijk theoretische kennis, communicatie, diagnose en medicamenteuze behandeling en samenwerking. De literatuur bevestigt deze vier grote bevindingen uit deze studie. Communicatie met de jongere verloopt vaak stroef. Het toepassen van goede communicatieve technieken is hier heel belangrijk. Het opbouwen van een vertrouwensband met jongeren verloopt ook moeilijker dan bij volwassenen. Eenmaal de huisarts tot het probleem is gekomen, verloopt het moeilijk om een diagnose te stellen uit angst om de jongere een label te geven. Psychologische behandeling wordt door elke arts in dit onderzoek aangeraden, echter wordt voor medicamenteuze behandeling altijd doorgestuurd naar de psychiater. De angst tot overmedicalisering is groot. De huisarts voelt zich wel comfortabel bij het opnemen van de opvolging.

Dat communicatie, het stellen van een diagnose en het opstarten van een medicamenteuze behandeling moeilijk verloopt kan grotendeels verklaard worden door het ontbreken van theoretisch kennis over dit onderwerp. Zowel in de opleiding geneeskunde als in bijscholingen wordt hier weinig aandacht aan besteed. Ook het gebrek aan richtlijnen voor jongeren met psychische problemen speelt een belangrijke rol. Het ervaren tekort aan kennis leidt tot een handelingsonzekerheid. Ondanks wordt toch bemerkt dat de huisarts steeds geëngageerd is om de patiënt zo goed mogelijk te helpen.

Dat de samenwerking met de psychiater moeilijk verloopt, zorgt ervoor dat de huisarts met onzekerheden blijft zitten en het gevoel heeft alleen achter te blijven met het probleem. Lange wachttijden en moeilijke bereikbaarheid zijn de twee grootste pijnpunten. Samenwerking met eerstelijnspartners, zoals CLB en psychologen, verloopt wel goed. Dit komt de patiënt dan ook ten goede.

Conclusie:

De huisarts bevindt zich in de positie om het eerste aanspreekpunt voor psychische problemen te zijn, echter verloopt communicatie, diagnosestelling, medicamenteuze behandeling en samenwerking met tweedelijns-zorgverleners moeilijk. Inzetten op projecten om kennis en vaardigheden van huisartsen te vergroten en samenwerking met tweede lijn (overleg, kennis, bijscholingen…) te bevorderen kan de aanpak van adolescenten met mentale problemen verbeteren.

Motivatie

Toen we het thema van de masterproef moesten bepalen, werkte ik nog maar een half jaar in de praktijk als HAIO. Toen was mij reeds duidelijk dat slechts een klein deeltje van de patiënten in onze praktijk adolescenten zijn. Als deze dan op consultatie komen, is de aanmeldingsklacht vaak fysiek van aard. Mijn interesse in psychiatrie heeft mij echter altijd aangewakkerd alert te zijn voor signalen van mentale problematiek. Zo heb ik al enkele keren mogen ervaren dat doorvragen, empathisch reageren en een vertrouwensrelatie creëren ervoor kan zorgen dat de jongere durft spreken over psychische moeilijkheden. Deze adolescenten zijn patiënten met wie ik intussen een diagnostisch en therapeutisch traject heb kunnen afleggen, en dit met succesmomenten, maar zeker ook met erg moeilijke momenten. Ik ervaar zelf dat ondanks de veilige omgeving deze patiënten soms dichtklappen en onvoorspelbaar reageren. Dit moeilijk proces heeft mij ertoe aangezet dit thesisonderwerp te kiezen. Het moeilijk kunnen peilen naar verwachtingen van de patiënt en de onzekerheid het 'juiste' te doen, drijft mij om te onderzoeken welke rol de huisarts kan aannemen om de jongere zo goed mogelijk te ondersteunen in het diagnostisch- en genezingsproces.
Als ik merk hoeveel moeite het kost voor een adolescent om over mentale problemen te praten, vermoed ik dat slechts een klein deel van de adolescenten met mentale problemen de moed vinden om over hun problemen te spreken met de huisarts. Hoe kunnen wij als huisartsen de drempel verlagen?

De visie van de adolescent is hier uiteraard cruciaal, want ook al doet de huisarts erg zijn best om zich in te leven, enkel en alleen adolescenten kunnen ons vertellen wat voor hen nodig is tot bij ons te komen (en te blijven) met hun mentale moeilijkheden. Hiervoor ben ik op zoek gegaan naar adolescenten die de moed zouden vinden om over hun problemen te praten, dit bleek echter een uitdaging te zijn.
Natuurlijk ben ik ook geïnteresseerd hoe de huisarts tegenover deze specifieke groep van patiënten staat. Ervaart elke huisarts toch wat moeilijkheden in communicatie? Hoe gaan ze hiermee om?

Ik hoop dat deze masterproef huisartsen meer inzicht zal geven in drempels en moeilijkheden in het diagnostisch en therapeutisch proces van mentale problemen bij adolescenten. Als we als huisartsen meer bewust worden van onze eigen drempels en valkuilen binnen de communicatie en de problematiek kunnen we zo mentale problemen beter detecteren en aanpakken.

Inleiding

Algemeen

Mentale stoornissen komen vaak voor bij adolescenten. De prevalentie verschilt van land tot land. In Nederland lijdt 14-22% van de adolescenten aan een psychiatrische stoornis (1–3). De prevalentie van depressie bij adolescenten is 3-5%, van een angststoornis 4-6% en van ADHD 2-4% (4). Volgens het WHO-rapport van 2001 is depressie de belangrijkste oorzaak (naast HIV/AIDS) van ziektelast bij adolescenten tussen 10 en 24 jaar (5,6). ¾ van de ernstige psychiatrische aandoeningen waarbij levenslang problemen worden ervaren, beginnen tijdens de jeugd (14-24 jaar), maar worden vaak pas gedetecteerd op latere leeftijd (1,2,7). Er wordt geobserveerd dat de tijd tussen de start van symptomen en de diagnose vijf tot vijftien jaar is (8). Psychische aandoeningen bij adolescenten persisteren vaak tijdens het volwassen leven, wat het belang van detectie en vroegtijdige behandeling illustreert (1,3,9,10).

Adolescenten vormen een speciale groep patiënten. Ze bevinden zich in de periode waar de academische carrière lopende is of net beëindigd wordt, het werkleven bijna start en veel nieuwe relaties worden opgebouwd. Slechte mentale gezondheid bij adolescenten heeft belangrijke gevolgen. De jongere zal slecht functioneren op verschillende gebieden, zoals op school, in de thuissituatie, bij slechte vrienden terechtkomen... Ook zijn er gevolgen op latere leeftijd, zoals lager educatieniveau, abusus, geweldpleging, moeilijke relaties en slechtere seksuele gezondheid. Mentale problemen bij adolescenten hebben bijgevolg een effect op economisch en sociaal gebied dat kan aanhouden tot in het volwassen leven (1,2,5,10–12).

De hoge prevalentie van psychische problemen en de grote impact ervan op het leven maakt duidelijk dat detectie van mentale problemen bij adolescenten erg belangrijk is. Dit blijkt voor de huisarts een grote uitdaging, ondanks de hoge prevalentie van een mentale stoornis in de huisartsenpraktijk. Namelijk tussen de 25 en 40% van de adolescenten bij de huisarts heeft psychische klachten (2).

Niet enkel de huisarts vindt het moeilijk om psychische problemen te herkennen, ook de adolescent zelf ervaart drempels om hulp te gaan zoeken.

In deze masterproef wordt een kwalitatief onderzoek verricht naar de rol van de huisarts bij adolescenten met mentale problemen. Hier werd gekozen om huisartsen te gaan interviewen over hun ervaringen binnen dit domein. Het oorspronkelijk doel van deze masterproef was om jongeren met mentale problemen tussen 12 en 16 te gaan interviewen over de rol van de huisarts in hun ziekteproces, echter werden problemen bij de rekrutering ondervonden (cf. infra).

Definities

Adolescentie

Het begrip adolescentie omschrijven, blijkt uit de literatuur geen gemakkelijke opdracht. Volgens de WHO wordt adolescentie gedefinieerd door leeftijd, namelijk van 10 tot 19 jaar (13). Echter bestaat de vraag of adolescentie gedefinieerd kan worden als vast concept. Het wordt beïnvloed door sociale, culturele en omgevingsfactoren. De puberteit wordt door velen als het begin van de adolescentie gezien. In bepaalde culturen betekent het huwelijk het einde van adolescentie of wanneer iemand begint te werken en niet meer economisch afhankelijk is (1).
Ondanks de verschillende ideeën over begin en einde van de adolescentie wordt in elke maatschappij gezocht naar wat deze bevolkingsgroep zo anders maakt dan andere groepen.

Als we het stadium van ontwikkeling in beschouwing nemen, zijn deze adolescenten eigenlijk volwassenen in wording, namelijk seksueel in ontwikkeling, naar het einde van hun schoollopende carrière of in het vroege stadium van hun werkleven. Ze gaan de sociale doelen van volwassen achterna, bijvoorbeeld het hebben van (romantische) relaties (1). Deze grote emotionele en cognitieve veranderingen hebben een invloed op gezondheid en gezondheidszorg. Het vermogen om abstract te denken en te plannen opent het pad naar autonomie, wat samengaat met de nood aan privacy en vertrouwen. Ook stellen adolescenten meer risicovol gedrag in vergelijk met andere leeftijdsgroepen. De interactie van deze veranderingen met hun sociale context (familie, school, vrienden) hebben een invloed op gezondheid en gezondheidszorg, helemaal anders dan andere leeftijdsgroepen (5).

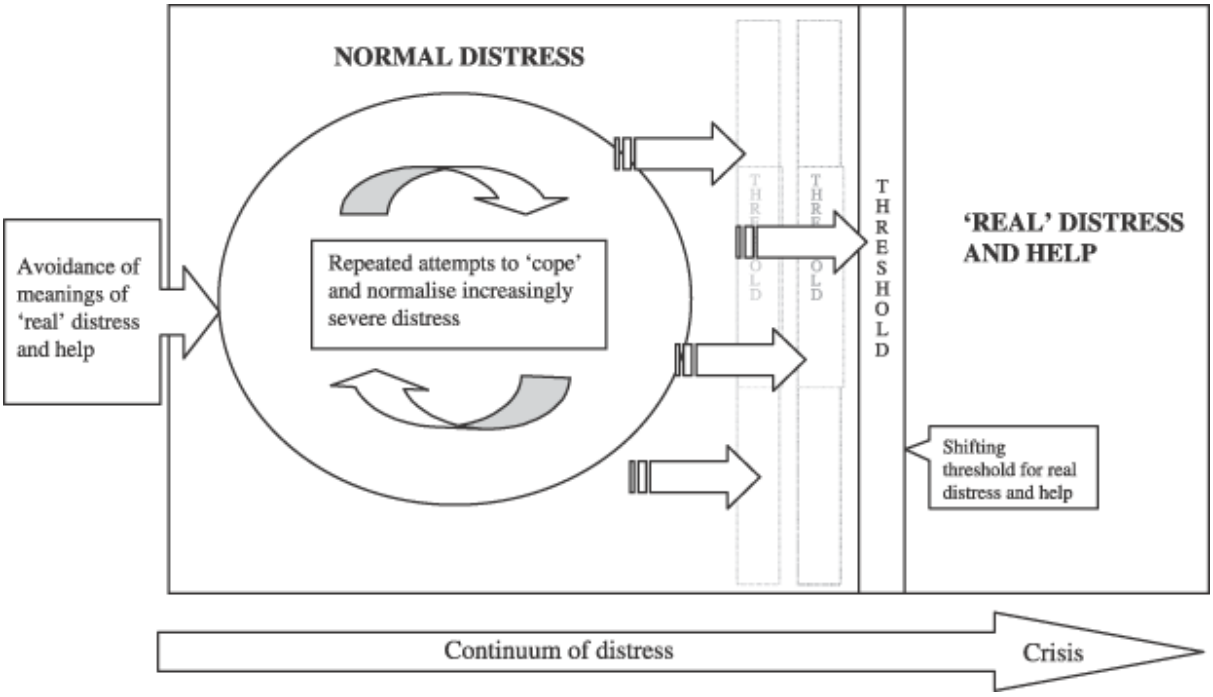
Wat is een mentaal probleem?

De definitie van een psychiatrische stoornis kan op verschillende manieren benaderd worden. In de studie van Zwaanswijk et al. wordt een mentaal probleem bijvoorbeeld gedefinieerd aan de hand van de ICPC codes, namelijk P01-P99, waarbij angst (P01, P74), depressie (P03, P76), alcoholabussus (P15, P16) en overactiviteit (P21) werden uitgelicht (3). Deze codes en diagnoses worden door de arts gegeven aan de hand van de DSM-criteria.
Jongeren met psychische problemen zijn een erg heterogene groep met veel intravariabiliteit en intervariabiliteit van het psychiatrisch beeld. Met intravariabiliteit wordt bedoeld dat de presentatie van een aandoeding binnen eenzelfde leeftijds- en geslachtsgroep variabel is. Maar ook tussen de verschillende leeftijden en geslachtsgroepen bestaat een grote variabiliteit in presentatie (intervariabiliteit) (14).

Perceptie van mentale gezondheid door adolescenten

Aan de stap zetten om hulp te zoeken gaat een lang en dynamisch proces vooraf. Hoe de symptomen worden geïnterpreteerd door het individu zelf en door de maatschappij spelen een rol bij het besef van een probleem het hebben. Het is pas als symptomen als problematisch worden herkend, dat men bewust wordt een probleem te hebben. Het beseffen een probleem te hebben, is de eerste stap in het hulpproces. Normalisatie en ontkenning van de klachten kunnen dit vertragen.

In een kwalitatieve studie van Biddle et al. werd onderzocht wat de motieven van adolescenten met mentale problemen zijn die hen ertoe aanzetten weinig professionele hulp te gaan zoeken. Deze studie werd opnieuw uitgevoerd bij 16- tot 24-jarigen. De bevindingen van deze studie worden samengevat in onderstaande afbeelding, namelijk de cirkel van vermijding (11).



Figuur 1: de cirkel van vermijding (11).

Wat is psychische stress?

Terwijl psychische stress in realiteit een continuüm is, wordt het door adolescenten ingedeeld in twee categorieën, namelijk normale psychische stress en ‘echte’ psychische stress waarvoor hulp moet worden gezocht. Het grootste deel van psychische stress wordt door adolescenten ingedeeld bij de normale stress. Dit wordt gezien als universeel (iedereen maakt dit mee) en onvermijdelijk gedurende het leven, als reactie op life-events en stressoren. Het wordt niet als serieus aanzien, of als ziekte, maar als een fase die vanzelf zal voorbijgaan. De ‘echte’ mentale stress wordt gezien als zeldzaam, abnormaal, vaak permanent waarbij geen enkele coping-strategie werkt. Deze categorie wordt aanzien als ‘psychisch ziek zijn’. ‘Psychisch ziek zijn’ is voor adolescenten een extreme categorie waarbij diagnoses als schizofrenie, psychose en ernstige vormen van depressie (zoals bipolaire stoornis) thuishoren. Alle mentale problemen die niet onder deze extremen vallen, worden benoemd als normale mentale stress. Enkel voor de echte mentale stress is (professionele) hulp noodzakelijk. Echter wordt mentale stress enkel als ‘echt’ beschouwd als het behandeld wordt, terwijl ‘normale’ mentale stress wordt herkend door ermee om te kunnen gaan (coping) (11).

Stigmata spelen een belangrijke rol in het denkproces. In deze studie werden erg veel stigmatiserende woorden gebruikt bij het beschrijven van wat ‘echte’ mentale stress inhoudt, nl. ‘ziek zijn in het hoofd’, ‘mentaal gestoord zijn’, ‘freak’ en ‘raar’ (11).

Bovenstaande basisideeën over ziekte dragen bij tot het interpreteren van symptomen en het antwoord erop.

Normalisatie en coping leidt tot verschuiven van de drempel

Tijdens de interviews was duidelijk dat jongeren hun symptomen minimaliseerden door het normaliseren ervan en het te benoemen als normale, dagelijks mentale stress. Dit resulteert in het idee dat hulp niet noodzakelijk is. Mentale stress leent zich perfect tot normalisatie wegens het geleidelijk opkomen van klachten, het veel en snel gebruiken van termen als stress en depressie in het dagelijkse leven en de criteria voor ‘echte’ mentale problemen subjectief zijn. Jongeren proberen hun klachten te rationaliseren, bijvoorbeeld door het te wijten aan niet graag uitgaan, of als deel van de puberteit… Aangezien ze in staat zijn om verder te gaan met wat ze bezig zijn (coping, zoals verder naar school kunnen gaan, verder met vrienden afspreken…), is dit voor hen een bewijs dat hun mentale problemen nog onder ‘normaal’ vallen.
Ook al worden problemen erger, blijven ze aanhalen hoe het nog erger zou kunnen, waardoor hun eigen problemen blijven als normaal beschouwd worden. Ze passen telkens hun drempel van ‘echte’ mentale problemen aan, waardoor ze zelf nooit hulp zouden moeten gaan zoeken, ondanks vroegere drempels reeds bereikt hebben. Dit wordt de cirkel van vermijding genoemd (11).

De betekenis van hulp zoeken

De betekenis van hulp zoeken, drijft de jongeren tot het uitstellen ervan. Hulp zoeken is de stap die ervoor zou zorgen dat de mentale problemen van ‘normaal’ naar ‘echt’ zouden verschuiven, dat de drempel zou overschreden zijn. De eigen realiteit wordt plots publiek en officieel. De jongeren percipiëren ‘echte’ mentale problemen als ernstig en negatief. Ze geloven dat professionele hulp voor een irreversibele stempel zal zorgen, met negatieve gevolgen, zoals beangstigende therapieën die schade kunnen aanrichten en een publieke en persoonlijke verandering van identiteit. De onderliggende bezorgdheid is dat hulp zoeken ervoor zou zorgen dat de mentale stress langdurig zou zijn en zo erger dan zichzelf het perspectief op beterschap geven. Het niet zoeken van hulp is de ultieme strategie van normalisatie en jongeren ontwikkelen hiervoor enkele (schadelijke) copingstrategieën om dit te kunnen volhouden (11).

Andere individuele factoren

De perceptie van de symptomen door de adolescent zoals hierboven beschreven, speelt een belangrijke rol. Echter kunnen nog andere factoren meespelen, namelijk (gezondheids)educatie, de sociale context van de adolescent waarbij psychiatrische problemen en hulp niet als taboe worden aanzien en de toegang tot gezondheidszorg (7).

Adolescenten en hulp zoeken voor mentale problemen

Algemeen

Adolescenten met psychische problemen zoeken zelden professionele hulp (5,15). Slechts 17% van de jongeren van 16 tot 19 jaar met mentale problemen gaat op zoek naar professionele hulp, van diegene met een psychiatrische diagnose is dit minder dan 1/3 (11). Daarentegen zoeken ze wel hulp bij vrienden en familie (5,15). Er wordt een verschil opgemerkt tussen jongere en oudere adolescenten. Oudere adolescenten zullen sneller geneigd zijn professionele hulp te zoeken (16).

Er wordt voornamelijk op consultatie gekomen bij de huisarts voor fysieke problemen of administratieve redenen. Slechts 8% van de consultaties bij adolescenten gaan over psychische problemen (13,15,17). Hoe meer de huisarts in het verleden werd gezien, hoe sneller de stap wordt gezet om met psychische moeilijkheden naar de huisarts te gaan (16). Er wordt gezien dat de patiënten met aanmeldingsklacht vermoeidheid, hoofdpijn of abdominale pijn in de voorgeschiedenis een grotere kans hebben op de diagnose depressie, angst of stress (dit onderzoek werd uitgevoerd bij 15- en 16-jarigen) (4).

Er wordt gezien dat adolescenten met psychische moeilijkheden wel hun huisarts opzoeken, echter presenteren ze zich dan voornamelijk met fysieke klachten en zullen ze hun mentale klachten niet ter sprake brengen (15). Zo ziet 80% van de jongeren hun huisarts minstens één keer per jaar (5,18).

Drempels

Naar de huisarts gaan voor het bespreken van psychische problemen is voor vele adolescenten een barrière. Echter wat die barrière precies inhoudt, is reeds onderzocht. Er kan moeilijk gesproken worden over ‘de’ barrière, aangezien heel veel verschillende factoren bijdragen tot een complex samenspel (7,19,20).

Het stigma en de schaamte over psychische problemen, onverschilligheid en het idee dat behandeling niet noodzakelijk is of niet zal helpen, spelen een belangrijke rol (7,20,21).

Jonge mensen maken zich zorgen over wat hun omgeving zal denken als ze voor mentale problemen hulp zullen zoeken. Ze zijn angstig om de stempel van ‘mentaal gestoord’ te krijgen van hun vrienden en anderen. Het stigma omtrent psychische problematiek is geassocieerd met minder intentie om hulp te gaan zoeken (7).

In een kwalitatieve studie van Biddle et al. ziet 75% van de jongvolwassenen (16-24 jaar) de huisarts niet als geschikte hulpbron bij psychische problemen. Voor hen bestaat ‘ziekte’ uit het fysieke aspect, en dit is voor hen het terrein van de huisarts. Psychisch lijden wordt niet als ziek zijn beschouwd (17,21). Deze bevindingen worden bevestigd in de studies van Laevey et al, Jacobson et al. en Leahy et al. (7,22–24).
Zelfs als de jongvolwassene erkent een ernstig psychisch probleem (bv. met suïcidale gedachten) te hebben en bij niemand om hulp kan vragen, wordt de huisarts vaak niet als een optie overwogen. Ze denken dat de huisarts hen niet zal kunnen helpen bij de mentale problemen door het gebrek aan kennis en praktijkervaring enerzijds, en het geloof dat de huisarts enkel diagnoses stelt en medicatie voorschrijft anderzijds. Aangezien ze denken dat de huisarts vooral bezig is met fysieke problemen geloven ze dat de huisarts zal reageren

als ‘hmm, dit is niet mijn vakgebied’ of geen enkel idee heeft hoe het brein en medicatie voor mentale problemen werkt. Voor hen bestaat een consultatie bij de huisarts altijd uit twee delen: diagnose stellen en behandelen. Ze denken niet dat de huisarts een luisterende en ondersteunende rol kan opnemen, ondanks ze wel weten dat gesprekstherapie zinvol zou kunnen zijn voor het oplossen van hun problemen. 2/3 gaf ook aan dat de vrees om medicatie te moeten innemen (antidepressiva) meespeelde in de keuze om niet naar de huisarts te gaan, aangezien medicatie volgens hen tot verslaving en afhankelijkheid van het middel leidt. Bovendien zijn mentale problemen voor hen iets dat ze zelf moeten uitzoeken en oplossen. Uitgelachen worden met hun problemen, niet serieus genomen worden en als tijdverkwister worden gezien, dragen bij tot het niet consulteren bij de huisarts. Van diegene die wel de huisarts hebben opgezocht voor hulp houdt slechts ¼ een positief gevoel over aan de begeleiding (21).
Ook de angst dat de huisarts zich niet zal houden aan beroepsgeheim is een belangrijke drempel voor adolescenten (23,25).

Een belangrijke beperking in voorgaande studies is dat jonge adolescenten (12 tot 16 jaar) niet of slechts beperkt vertegenwoordigd zijn. Weinig is dus gekend over barrières in deze leeftijdsgroep.

Ook kunnen maatschappelijke factoren meespelen bij het al dan niet zoeken van hulp. Bijvoorbeeld de betrokkenheid van het CLB. Als de school en het CLB sterk aanwezig is en als de adolescent vertrouwd is met de werking kan dit een positieve invloed hebben. Ook het gezondheidszorgsysteem speelt een rol. Betaalbare zorg en vlotte toegang tot gezondheidszorg kan de weg naar professionele hulp faciliteren (7).

Verwachtingen naar de huisarts

De cross-sectionele studie van Tudrej et al. onderzoekt aan de hand van enquêtes bij 15-jarigen hoe zij tegenover de huisarts staan. Uit deze studie blijkt dat adolescenten meer vertrouwen hebben in de huisarts als ze zeker zijn dat het **beroepsgeheim** zal gerespecteerd worden (5,15). Deze bevinding kon ook uit andere studies worden weerhouden (23,25). Echter geloven adolescenten vaak niet dat de huisarts zich er zal aan houden, aangezien de huisarts vaak ook ouders, broers en zussen kent (16,17,22). De jongere zal zich meer op z’n gemak voelen als hij weet dat het gesprek strikt vertrouwelijk is. Het is dus erg belangrijk dat de huisarts het beroepsgeheim benadrukt (16).

Het volgend kenmerk om een vertrouwensband te kunnen opbouwen is **betrouwbaarheid**, nl. ‘de huisarts heeft mij al eens geholpen, hij is bereikbaar, hij begrijpt wat ik zeg’ (5,15).

Een huisarts wordt door adolescenten in de eerste plaats aanzien als de geschikte persoon om **informatie en advies** te geven. Adolescenten willen dat hun huisarts advies geeft, problemen oplost, uitleg geeft over hun problemen en de behandeling. Dit houdt ook in dat de huisarts durft gevoelige topics aan te reiken. Meer dan 70% van de jongeren geeft aan dat ze willen dat de huisarts hen uitleg en advies geeft over contraceptie en seksuele gezondheid (16,23).
Voor jongeren wordt informatie geven gekoppeld aan de thema’s hieronder beschreven (luisteren, vriendelijk, empatisch, begripvol, niet oordelen...) (16).
De huisarts gebruikt bij voorkeur geen vakjargon, maar spreekt op het ‘niveau’ van de patiënt (16).

Een gesprek voeren met de huisarts is voor de jongere angstaanjagend. De angst om niet begrepen te worden staat hierbij centraal. De huisarts kan de adolescent op z'n gemak stellen door **interesse te tonen** en aan te geven dat hij echt **luistert** naar het verhaal die de adolescent brengt. Het is belangrijk dat de huisarts hun gevoelens, angsten en kennis over het lichaam exploreert en respecteert. Ook adolescenten hebben het recht om nee te zeggen tegen een behandeling. Het zelfbeschikkingsrecht en *shared decision making* zal de adolescent het gevoel geven mee te kunnen beslissen over z'n gezondheid, en de adolescent zal zich gerespecteerd voelen. Moeilijke gesprekken mogen niet uit de weg gegaan worden, en wanneer de adolescent de indruk krijgt dat de huisarts weinig tijd heeft en het consult snel wil afronden, voelt hij/zij zich niet gehoord (16).

Als de huisarts een groot **empathisch vermogen** en een zorgzaam karakter heeft, is het voor de adolescent gemakkelijker om de stap naar de huisarts te zetten. Vooral meisjes kunnen afgeschrikt zijn door een huisarts die niet sympathiek overkomt (16,23). Als de huisarts zich dominant en paternalistisch gedraagt, geeft dit een oncomfortabel gevoel (23).

Adolescenten krijgen vaak een ongemakkelijk gevoel bij een gesprek met de huisarts. Ze voelen zich beschaamd om bepaalde thema's aan te brengen, bijvoorbeeld seks, drugs of psychische problematiek. Erover praten gaat beter als de arts zelf het thema aanhaalt (16).

Een adolescent wil **niet als een kind** benaderd worden. Ze willen niet betutteld worden. Echter wordt ook aangegeven dat de benadering als volwassene ook niet is wat wordt verwacht. Ze willen eigenlijk gewoon benaderd worden als adolescent, met hun eigen noden, groeiend naar de volwassenheid toe. Hoe deze groep te benaderen is uiteraard een moeilijk topic waar weinig onderzoek naar is gebeurd (cf. infra) (16,23).

Voor jongeren is het belangrijk **niet meteen veroordeeld** te worden voor wat ze zeggen en voelen. Deze angst uit zich in de moeilijkheid om over psychische problemen te spreken. Psychische problemen uitten zich dan ook meestal in fysieke aanmeldingsklachten (cf. supra). Aangezien ze zelf moeilijk over psychische problemen spreken, verwachten ze dat de huisarts zelf het initiatief neemt om hierover in gesprek te gaan (5,15,16).
De huisarts dient correcte vragen te stellen zonder verschil te maken in geslacht en gezondheidsrisico's (5,15,16).

Familie en vrienden worden door adolescenten vaak als eerste in vertrouwen genomen. Bijgevolg spelen zij een belangrijke rol in de weg naar professionele hulp. Voor de jonge adolescenten gaat het voornamelijk over de ouders. De perceptie van psychische gezondheid en het herkennen van symptomen bij hun kind heeft een grote invloed op identificatie van het probleem door zorgverleners en doorverwijzing (7).

Risicofactoren en protectieve factoren voor mentale problemen bij adolescenten

Risicofactoren

Over het bestaan van risicofactoren voor het ontwikkelen van mentale problemen bij jongeren is reeds veel onderzoek uitgevoerd. Het staat vast dat één risicofactor onvoldoende is voor het ontwikkelen van psychische problemen, echter het samenspel van risicofactoren is nodig (1,26,27).

Armoede en lage sociale klasse zijn sterk geassocieerd met mentale stoornissen. Dit gaat in twee richtingen. Enerzijds betekent opgroeien in armoede dat het kind meer in aanraking komt met tekort aan voedsel, geweld, lagere educatiegraad en een slecht sociaal netwerk. Dit zijn één voor één risicofactoren voor het ontwikkelen van een mentale stoornis. Anderzijds draagt een mentale stoornis zelf bij tot een lage educatiegraad, werkloosheid en hoge gezondheidskosten (1,28,29).

Ook de educatiegraad van de ouders speelt een rol. Lage educatie van beide ouders voor meisjes, voor jongens geldt hierbij enkel de educatiegraad van de moeder, is een predictor voor het krijgen van de diagnose depressie, angst of stress. Lage educatiegraad van de vader is een voorspeller voor gedragsproblemen bij jongens (4).

Leven in een gezin waar ouders zelf lijden aan middelenmisbruik of een mentale stoornis en waar ouders vaak ruzie maken of scheiden maakt het kind meer at risk om zelf een mentale stoornis te ontwikkelen (1,28,29). Ook geweld en kindermishandeling (zoals seksueel misbruik) zijn majeure risicofactoren (29,30). Ook pesten en gepest worden heeft een negatieve invloed op mentale gezondheid (29).

Jongeren die opgroeien in een instelling hebben een significant hogere kans (67%) op het hebben van een psychiatrische stoornis dan jongeren die opgroeien bij hun gezin (15%) (29).

Culturele factoren hebben een grote invloed op mentale gezondheid, wat duidelijk wordt door de grote variatie van mentale stoornissen in verschillende culturen. Zo is bijvoorbeeld de prevalentie van mentale stoornissen vier keer groter bij jongeren uit het Verenigd Koningrijk dan jongeren van Indische origine. Sommige culturele factoren hebben een beschermend effect, anderen een negatief effect. Betrokkenheid en vriendschap in een maatschappij zijn beschermend. Hoe de media en mode-industrie inspelen op het beeld van het ideale lichaam is een gekende negatieve factor. Dit leidt namelijk tot meer eetstoornissen (1).

De laatste bijdragende factor bestaat uit de neurale basis van mentale stoornissen. Echter is dit onderzoeksveld nog grotendeels ongekend. Dat de hersenen van adolescenten nog volop in ontwikkeling zijn, is gekend. Echter hoe deze ontwikkeling en veranderingen gerelateerd zijn aan mentale stoornissen is nog onzeker. Er wordt geobserveerd dat kinderen met neurologische afwijkingen, bijvoorbeeld epilepsie, en kinderen met ontwikkelingsstoornissen, zoals leerproblemen, een grotere kans hebben op mentale stoornissen. Ook wordt gezien dat problemen in de zwangerschap en bij de geboorte een rol kunnen spelen (1,31).

Genetische en biologische factoren, samen met omgevingsfactoren dragen bij aan het risico voor het ontwikkelen van mentale problemen (1).

Beschermende factoren

Kennis van protectieve factoren is essentieel om het effect van risicofactoren aan te pakken en te verminderen.
In longitudinale studies werd aangetoond dat de kans op mentale problemen verminderd wordt door goede relaties, weinig conflicten en het leven in een omgeving waar het uitdrukken van emoties wordt aangemoedigd. Sociale steun is een belangrijke psychosociale beschermfactor tegen risicofactoren. Consistente en geëngageerde ouders die goed gezondheidsgedrag stellen, spelen ook een belangrijke rol. Kinderen worden immers reeds heel jong aangeleerd hoe om ze moeten omgaan met ervaringen en tegenslagen. Ook de school heeft een belangrijke invloed. Weinig schoolverzuim, het streng optreden tegen pesten en het kind aanmoedigen om eigen noden, interesses en talenten te ontwikkelen zijn belangrijk. Ook deelnemen aan activiteiten in de gemeenschap en religieuze toewijding hebben een protectief effect (1).

Overzicht

	Risicofactoren	Protectieve factoren
Biologisch	-Blootstelling aan toxines in zwangerschap (bv. alcohol) -Genetische belasting voor psychiatrische stoornis -Hersenletsel/hoofdtrauma -Geboortecomplicaties, zoals hypoxie -HIV-infectie -Malnutritie -Middelenmisbruik -Andere ziektes	-Goede fysieke ontwikkeling -Goede fysieke gezondheid -Goed intellectueel functioneren
Psychologisch	-Leerstoornissen -Seksueel, fysiek of emotioneel misbruik en verwaarlozing -Moeilijk temperament en/of persoonlijkheid	-Leren uit ervaringen -Zelfvertrouwen, een goed zelfbeeld -Probleemoplossend kunnen denken -Goede sociale vaardigheden
Sociaal		
Familie	-Educatiegraad ouders Inconsistente familiale zorg -Armoede -Conflicten -Slecht management in familie, geen discipline -Sterfte van familielid	-Educatiegraad ouders -Hechte relaties -De kans krijgen om betrokken te zijn en positieve bekrachtiging krijgen hiervoor
School	-Mislukken, falen op academisch vlak -Het falen van de school om een omgeving te creëren waarbij aanwezigheid belangrijk is en goede educatie wordt voorzien -Gepest worden	-De kans krijgen om naar school te gaan en betrokken te zijn -Een goed gevoel hebben bij de school en beseffen dat educatie nodig is -Positieve berkachtingen van academische verwezenlijkingen
Gemeenschap	-Maatschappelijke veranderingen (bv. verstedelijking) -Slechte organisatie -Discriminatie -Geweld	-Verbinding met maatschappij voelen -Hobby's kunnen uitoefenen, mogelijkheid tot ontspanning -Positieve culturele ervaringen -Positieve rolmodellen -Betrokken zijn in organisaties -Positieve bekrachtiging bij betrokkenheid in maatschappij

Tabel 1: risicofactoren en protectieve factoren voor mentale gezondheid van adolescenten

De huisarts en adolescenten met mentale problemen

Als de adolescent met mentale problemen de huisarts dan toch bereikt, lijkt de identificatie van psychische problemen een uitdaging voor de huisarts (12,22).
In een recente grootschalige studie uit Noorwegen wordt gezien dat 15.3% van de meisjes en 13% van de jongens tussen 13 en 17 jaar een psychische diagnose kregen op consultatie. Depressie en ADHD waren de meest voorkomende diagnoses voor zowel jongens als meisjes (4). De prevalentie van mentale problemen in deze leeftijdscategorie is 14-22%, echter is de prevalentie van jongeren met mentale problemen op consultatie hoger, namelijk 32%. Deze cijfers doen vermoeden dat de huisarts niet alle mentale problemen detecteert (2–4,32). De adolescent met psychische problemen komt wel meer langs bij de huisarts dan adolescenten zonder psychische problemen (29,32). 80% van de adolescenten met psychische problemen ziet hun huisarts minstens één maal per jaar (18).

De huisarts voelt zich vaak onzeker om over psychische problemen met jongeren te praten (33). Dat de huisarts jongeren met psychische problemen niet identificeert, zorgt ervoor dat de behandeling vaak laattijdig kan worden opgestart (3).

Deze masterproef binnen de literatuur

Dat jonge adolescenten weinig professionele hulp gaan zoeken, wordt door vele studies bevestigd. Echter toont voorgaande literatuurstudie aan dat vooral bij oudere adolescenten (16 jaar en ouder) veel gekend is over drempels en de rol van de huisarts. In deze masterproef was het oorspronkelijke doel om adolescenten tussen 12 en 16 jaar te includeren voor interviews over drempels en de rol van de huisarts. Over deze leeftijdsgroep is nog heel weinig literatuur bestaande. Er zou worden getoetst of drempels en verwachtingen van oudere adolescenten vergelijkbaar zijn met deze van de jongere groep.

Tijdens het proces van includeren werden moeilijkheden ondervonden met het vinden van patiënten die wensen deel te nemen aan deze studie. Bijgevolg werd beslist om huisartsen te interviewen over drempels die zij ervaren tijdens een consultatie met een adolescent met psychische problemen. Deze masterproef heeft dus als doel om de drempels, ervaringen en aanpak van de huisarts in kaart te brengen. De bekomen informatie wordt getoetst aan reeds bestaande, buitenlandse literatuur. Dit gaat vooral over onderzoek uitgevoerd in Nederland en Engeland.

Methode

Onderzoeksmethodiek deel één – adolescenten

Afbakenen en rekruteren van de onderzoekspopulatie

In de kwalitatieve studie van Biddle et al. werd een gelijkaardig onderzoek opgesteld als in deze masterthesis, echter voor de leeftijdscategorie 16 tot 24 jaar. In de literatuur worden weinig gegevens teruggevonden over de rol van de huisarts bij de jongere leeftijdscategorie, namelijk 12 tot 16 jaar. Dit heeft mij ertoe aangezet om deze leeftijdsgroep als doelpopulatie te kiezen.

Het rekruteren van de studiepopulatie werd georganiseerd via hulpverleners in de buurt van de eerste HAIO-praktijk (Kortemark). Er werd contact opgenomen met vier eerstelijnspsychocholgen, één groepspraktijk van eerstelijnspsychologen, drie groepspraktijken van huisartsen, drie ziekenhuisdiensten (kinder- en jeugdpsychiatrie), vier wijkgezondheidscentra, TEJO, WINGG en het CLB.

De selectie van patiënten met mentale problemen gebeurde aan de hand van de GHQ-12 (general health questionnaire 12). De GHQ-12 is een korte en simpele vragenlijst die voor de afnemer erg gebruiksvriendelijk is. Deze vragenlijst wordt in onderzoek vaak gebruikt. (34,35). Er zal gevraagd worden aan de hulpverleners om de vragenlijst af te nemen.

Op basis van de literatuur is er discussie over ideale cut-off waarde. De waarde moet gekozen worden naargelang het doel van de studie. In deze studie wil men jongeren met mentale problemen zo breed mogelijk gaan definiëren, dus worden alle patiënten vanaf score één geïncludeerd (36). In de analyse kunnen we dan antwoorden en verschillende ernst-gradaties met elkaar vergelijken.

Ook is het belangrijk om het aantal geweigerde patiënten mee te nemen in de analyse, zo ook het aantal patiënten die niet voldeed aan de cut-off waarde.

Contacteren van de patiënten

Er werd door de hulpverlener een document met duiding over het onderzoek meegegeven aan de ouders en het kind. Dit document bevatte toelichting over het doel van de studie, hoe en waar de interviews konden doorgaan en hoe lang die zouden duren, de mogelijkheid om de studie ten allen tijde stop te zetten zonder gevolgen, en dat het volledig vrijwillig en zonder vergoeding moest gebeuren.

Er werd gestreefd naar een populatie van tien deelnemers. Aangezien de populatie in deze studie minderjarigen zijn, werd zowel een *informed consent* voor de minderjarige als voor de verantwoordelijke voorzien.

Geen respons

De gecontacteerde instanties en zorgverleners werden meerdere malen opgebeld en gemaild, echter werd weinig respons verkregen (vaak werd covid-19 als reden gegeven). Indien de zorgverlener of instantie wel wenste deel te nemen, konden geen patiënten gevonden worden om te includeren.

Onderzoeksmethodiek deel twee - huisartsen

Afbakenen en rekruteren van de onderzoekspopulatie

Het rekruteren van de studiepopulatie van huisartsen zal georganiseerd worden via LOK-groepen van huisartsen in de buurt van de huidige HAIO-praktijk (Kortemark en Oostende)

Er werd een document met een toelichting over het onderzoek meegegeven. Dit document bevat toelichten over hoe en waar de interviews kunnen doorgaan en hoe lang die zullen duren, de mogelijkheid om de studie ten allen tijde stop te zetten en dat het volledig vrijwillig en zonder vergoeding dient te gebeuren. Er werd een *informed consent* bekomen van de huisarts.

Bij toestemming kan het interview plaats vinden in de huidige HAIO-praktijk (Kortemark of Oostende), in de praktijk van de geïnterviewde huisarts of online (conform de COVID-19 maatregelen).

Er worden geen limiterende factoren m.b.t. leeftijd in acht genomen. Er wordt gestreefd naar een populatie van minstens vijf deelnemers. De huisarts dient uiteraard wel adolescenten met mentale problemen in de populatie te hebben, dit met een additionele voorwaarde dat de patiënt maximaal een jaar geleden met de aanmeldingsklacht ‘mentale problemen’ de arts heeft gecontacteerd.

Methode

Er werd gewerkt met semi-gestructureerde interviews. Dit betekent dat deelonderwerpen en belangrijke vragen reeds vooraf werden bepaald op basis van de literatuurstudie (cf. bijlagen voor overzicht vragen interview). Afhankelijk van het antwoord van de jongere werd hierop doorgevraagd. Zo werd het gesprek geïnspireerd door hetgeen de geïnterviewde zelf zegt. De keuze om interviews af te nemen was snel gemaakt, aangezien dit het meeste informatie zal opleveren en de onderzoeksvraag zo goed mogelijk zal kunnen beantwoorden. Aangezien geen gestandaardiseerde vragenlijst bestaat over dit onderwerp, werd een vragenlijst opgesteld aan de hand van literatuuronderzoek over dit onderwerp.

Er werden zeven interviews afgenomen.

Een interview duurde gemiddeld een half uur. Het gesprek werd opgenomen, uitgetypt en geanalyseerd, waarna de opnames werden vernietigd. De analyse gebeurde aan de hand van open en axiaal coderen.

Voor de kwalitatieve analyse van de interviews werd gebruik gemaakt van het softwareprogramma ‘NVivo 11’. De teksten werden door de interviewer doorlezen en de relevante quotes werden gecodeerd in de verschillende thema’s die aan bod kwamen tijdens het interview. Het coderen volgens thema maakt het gemakkelijker om de kwalitatieve data te analyseren. De codes werden vervolgens gebruikt om inzicht te krijgen in wat de rol van de huisarts is bij jongeren met psychische problemen.

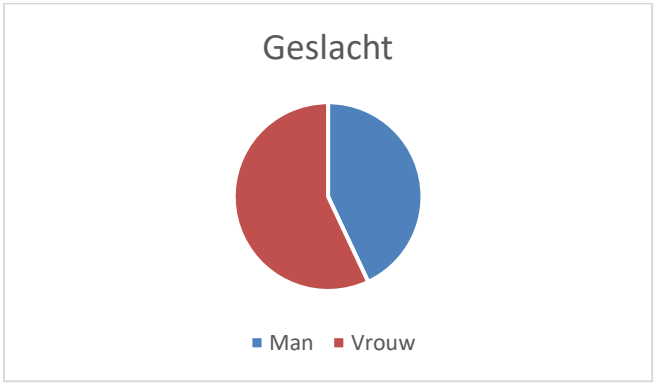
Resultaten

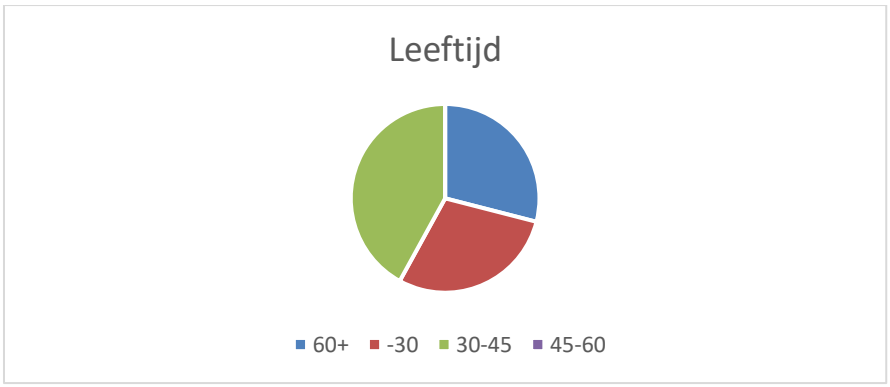
Karakteristieken van de deelnemers

Er werden 15 huisartsen gecontacteerd. Zeven huisartsen namen deel aan het onderzoek.

Huisarts 1: man, HAIO, landelijke praktijk, momenteel duo-praktijk
Huisarts 2: man, 60+, stedelijke praktijk, solopraktijk
Huisarts 3: man, 30-45 jaar, landelijke praktijk, 3 vaste artsen + HAIO
Huisarts 4: vrouw, HAIO, landelijke praktijk, 3 vaste artsen + HAIO
Huisarts 5: vrouw, 30-45 jaar, stedelijke praktijk, 4 vaste artsen
Huisarts 6: vrouw, 30-45 jaar, stedelijke praktijk, 3 vaste artsen + HAIO
Huisarts 7: man, 60+, stedelijke praktijk, 3 vaste artsen + HAIO

4 van de 7 geïnterviewde huisartsen zijn vrouwen. 2 van de ondervraagde huisartsen zijn 60-plus en twee zijn HAIO. 6 huisartsen werken in een groepspraktijk met één of meer collega's. Alle huisartsenpraktijken bevinden zich in West-Vlaanderen.





Figuur 2: statistieken van de deelnemers.

Algemeen gevoel bij begeleiding van adolescenten tussen 12 en 16 (zonder mentale problemen)

Vier artsen vinden de jongerengroep als patiëntenpopulatie algemeen een gemakkelijke groep. De reden hiervoor is dat jongeren vooral voor fysieke redenen bij de huisarts komen. Dit gaat dan meestal om gemakkelijke, acute pathologie, zoals infecties, trauma's of orthopedische problemen. Twee artsen ervaren adolescenten, onafhankelijk van de aanmeldingsklacht, als een moeilijke patiëntengroep (cf. infra).

Arts 1: "Ik vind dat dit niet zo'n moeilijke populatie is. Meestal zijn de klachten ook zeer straight forward en zijn, zoals je bij ouderen wel hebt dat ze smoesjes naar voren proberen te brengen of antwoorden wat verdoezelen, dat heb je helemaal niet. Een kind is altijd heel eerlijk. Daarom denk ik dat het een hele gemakkelijke groep is. Toch zeker voor de niet-psychologische problemen."

Arts 2: "Als het fysische problemen zijn, is het niet moeilijk."

Arts 5: "Heel divers, meer acute dingen. Bijvoorbeeld een enkeldistorsie, luchtweginfecties, zo'n dingen. En bij meisjes dysmenorroe, anticonceptie, acné, euhm, heel divers eigenlijk. Een verstopt oor, heel divers. Vooral acute dingen. Wel enkele met astma, met chronische zorg, maar vooral acute pathologie."

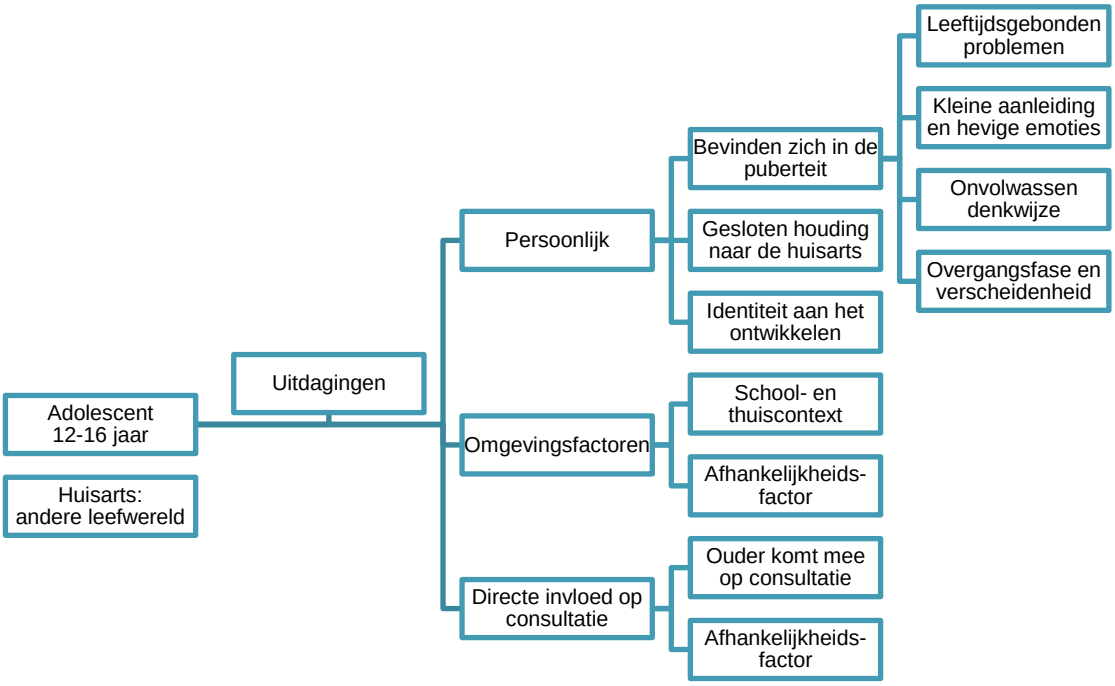
Arts 6: "Euhm, moeilijk omdat het een beetje verder van mijn eigen leefwereld staat."

Arts 7: "Dat gaat moeilijker dan volwassenen. Bij die leeftijd, de puberteit, het feit dat ze veel meer gesloten zijn dan de oudere groep. Het gaat veel moeilijker, veel moeilijker… (…) Globaal gezien, dus los van mentale problemen, gaat het veel moeilijker."

Begeleiding van adolescenten tussen 12 en 16

Wat maakt een adolescent anders dan andere leeftijdsgroepen?

Na analyse van de data werden zes belangrijke uitdagingen weerhouden.



Figuur 3: overzicht van zes belangrijke uitdagingen bij begeleiding van adolescenten. Ook de uitdaging die de huisarts bij zichzelf ervaart, namelijk in een andere leefwereld te leven, wordt hierbij vermeld (cf. Infra).

<u>Persoonlijk kenmerk: ze bevinden zich in de puberteit (n=5)</u>

Dat adolescenten zich in de puberteit bevinden, is een uitdaging voor veel huisartsen. De puberteit wordt als een bewogen periode in het leven aanzien wegens:

Leeftijdsgebonden problemen

Enkele deelnemers halen aan dat de adolescent de typische leeftijdsgebonden problemen, zoals verbroken liefdesrelaties of vriendschappen, stress voor examens... ervaart. In die periode hebben ze vaak ook een moeilijke relatie met hun ouders. Dit kan een invloed hebben op de arts-patiëntenrelatie en het verdere (behandel)traject, zeker als de ouders mee zijn op consultatie.

Arts 2: *"Liefdesperikelen, maar dat kan ook autoriteiten niet meer aanvaarden zijn, een eigen weg willen, dat kan dan botsen hé thuis, en ja, dat kan naar agressiviteit toe gaan, zich terugtrekken zijn, ja, dat kan."*

Arts 5: *"Ja, leeftijdsgebonden dingen zoals stress en faalangst op school, examens die wat moeilijker zijn, zo'n specifieke dingen."*

Kleine aanleiding zorgt dat wereld instort

Er wordt aangehaald dat emotieregulatie in de puberteit een uitdaging is. De adolescent reageert met heel veel emotie op een kleine gebeurtenis in z'n leven. Rationeel denken om de emoties te couperen lukt moeilijk. Een typisch voorbeeld hiervan is een relatiebreuk, met heel veel verdriet tot gevolg. De huisarts probeert hiermee rekening te houden en probeert emoties te herkaderen en de situatie te rationaliseren.

Deze moeilijke emotieregulatie heeft ook invloed op hoe de huisarts communiceert tijdens een consultatie. Één huisarts geeft expliciet aan dat één verkeerd geïnterpreteerde zin meteen tot een conflictsituatie kan leiden tussen arts en patiënt.

Arts 2: *"Het kan zijn dat ze temperamentvol zijn hé binnen de puberteit, dat je iets banaals zegt, maar dat het keihard binnenkomt bij hen, maar dat het niet zo bedoeld is, en dat ze dan opvliegen terwijl ze dat dan ook niet zo bedoeld hebben, dat kan hé, er schieten nu wel al voorbeelden in mijn hoofd die zo zijn. Dat je het goed bedoelt wat je zegt, maar dat het keihard aankomt, en bedreigend misschien overkomt, in hun ogen verkeerd overkomt."*

Onvolwassen denkwijze

Huisartsen merken op dat het denkpatroon van adolescenten tussen 12 en 16 nog immatuur is. Oorzaak-gevolg inschatten is moeilijk, ze kunnen de oorzaak van hun problemen niet benoemen. Dit leidt tot weinig ziekte-inzicht. Ook de ernst van hun problematiek inschatten, lukt vaak niet. Als arts is het belangrijk om hierop in te spelen en voldoende uitleg te geven.

Arts 3: *"Bij de jongeren is de denkwijze nog vaak anders, niet altijd goed kunnen inschatten wat er aan de hand is, wat de gevolgen kunnen zijn. Bijvoorbeeld enkel verstuiken, dat ze denken dat ze meteen kunnen doorsporten, dat moet je wat temperen hé."*

Één huisarts haalt aan dat risicovol gedrag vaak voorkomt in deze leeftijdscategorie. Ze zijn zich dan ook niet bewust van de gevolgen die het gedrag met zich mee kan brengen.

Arts 3: *"En dat ze ook nog niet de volwassen competenties hebben van inzicht, van symptoomherkenning, risicovol gedrag, wat dat dan ook mag inhouden."*

Overgangsfase en verscheidenheid

Jongeren tussen 12 en 16 jaar zijn geen kinderen meer, maar het zijn ook geen volwassenen. Ze bevinden zich in een overgangsfase in het leven. Het is voor een huisarts moeilijk om hen niet als kind, noch als volwassene te benaderen, maar wel als een specifieke categorie. Één huisarts benoemde deze groep patiënten tijdens het interview telkens als kinderen. Toen de arts hierop werd aangesproken, besefte hij wel dat het eigenlijk geen kinderen meer zijn, maar ook geen volwassenen, maar dat hij ze toch altijd, afhankelijk van wie op consultatie kwam, als een kind of als een volwassene benaderde.

Arts 1: *"Awel, ik denk dat dat sterk per kind afhangt dat je voor je neus hebt. Is dat een kind van 12, of een kind die eerder jong van geest is, dat zal je dan eerder als een kind zien. En anders ga je dat al bijna als een volwassene zien, zeker iemand van 16 die matuur is en zo, dat ga dat niet meer zien als een kind, maar als een volwassen persoon en die ga je dan ook niet anders behandelen dan een volwassene."*

Slechts één arts vertelde tijdens het interview dat ze deze patiëntengroep als aparte, specifieke groep met eigen noden en problemen probeert te beschouwen.

Arts 4: *"Het zijn geen kinderen meer, je mag ze niet meer beschouwen als kind, je moet ze erkennen in hun adolescent zijn."*

Dat deze jongeren in een overgangsfase in het leven zitten, zorgt ervoor dat er veel verscheidenheid bestaat binnen de groep 12- tot 16-jarigen. De ene 12-jarige zal mentaal reeds verder geëvolueerd zijn dan de andere 12-jarige en zo geldt dat voor de gehele leeftijdscategorie.

Arts 3: *"Heel verscheiden. Een leeftijdsdgroep, allez ja, waar er veel verandering is, het volwassen worden, treedt op in die leeftijdscategorie. Je hebt 12-jarigen die zeer volwassen en verstandelijk zijn op raadpleging. Je hebt er ook van 15 die met hun 6-jarige broer ofzo zitten dom te doen enzo."*

Arts 4: *"De 12-jarigen zijn meestal nog kinderen hé. Je hebt daar twee categorieën in van gasten. Je hebt er die mentaal rijper zijn, en je hebt er die nog eerder in de categorie 9-jarigen behoren, dan dat ze al 12 zijn, je hebt daar een heel breed spectrum in aan… allez, de fysieke leeftijd komt niet altijd overeen met de mentale leeftijd. Veel verscheidenheid. Veel verschillende niveaus."*

<u>Persoonlijk kenmerk: gesloten houding naar de huisarts (n=7)</u>

Adolescenten sluiten zich vaak af voor de huisarts. Ze willen of durven niet vertellen wat er aan de hand is, het is een drempel om te vertellen hoe ze zich voelen. Het contact verloopt dus erg moeilijk. De jongere antwoordt bijvoorbeeld erg kort op de vragen die de huisarts stelt of laat één van de ouders antwoorden. Dit kan zeer frustrerend zijn voor de huisarts. Het vraagt veel tijd, geduld en energie van de huisarts om de jongere aan het praten te krijgen. Termen zoals 'je moet het eruit sleuren' (arts 6) worden door huisartsen gebruikt om de moeite die ze moeten doen te illustreren.
Echter kan je dit niet forceren. Adolescenten hebben tijd nodig om de arts te vertrouwen. Enkel dan zullen ze durven praten. Eenmaal ze het vertrouwen hebben gesteld in de arts verloopt het contact veel vlotter, en zal de jongere open durven zijn.

Arts 7: *"Het is moeilijk omdat je bij die jongere op een muur stoot, ze antwoorden dan ja, nee, ja, nee, zonder veel meer."*

<u>Persoonlijk kenmerk: identiteit ontwikkelen (n=2)</u>

Jongeren tussen 12 en 16 jaar zijn volop bezig hun eigen 'ik' te ontwikkelen. Belangrijke levensvragen worden beantwoord in deze periode, ze zoeken hun eigen weg doorheen het leven. Wie wil ik worden? Wat wil ik worden? Deze periode is vaak een turbulente periode in het leven, met vallen en opstaan. Het is een uitdaging voor de huisarts om puberteitsperikelen en psychiatrische aandoeningen van elkaar te kunnen onderscheiden (cf. infra).

Arts 4: *'"Misschien is het gewoon de logische 'wat wil ik in het leven-periode' of 'wat ben ik in het leven', 'wie ben ik in het leven'. Allezja, dat is een periode waar je door zoveel dingen moet groeien, moet volwassen worden, dat gaat sowieso gepaard met vallen en opstaan."*

De huisarts beseft dat de jongere in deze fase van het leven zeer kwetsbaar is. Ernstige life events, zoals seksuele misbruik, trauma's… kunnen tot ernstige psychiatrische ziektebeelden leiden.

Omgevingsfactoren: rekening houden met school- en thuissituatie (n=5)

Bij jongeren tussen 12 en 16 is de context navragen erg belangrijk. School is een belangrijk deel van hun leven. Hoe het op school verloopt, speelt een grote rol in het emotioneel welbevinden. Dit geldt ook voor de thuissituatie. Ook het omgekeerde is waar: het emotioneel welbevinden heeft een grote impact op school(resultaten) en de thuissituatie. De artsen vinden het dus erg belangrijk om de school- en thuissituatie goed te bevragen. Dit onderscheidt meteen ook deze groep patiënten van volwassen.

Arts 1: *"Wel soms problemen met familiale thuissituatie of moeilijkheden op school, dat zijn dingen die je natuurlijk niet hebt bij oudere populatie. Die hebben geen school en twee staan niet onder de voogdij van iemand anders. Ik denk dat dat wel dingen zijn die meespelen in een consult bij mensen tussen 12 en 16."*

Arts 5: *"Leeftijdsgebonden dingen zoals stress en faalangst op school, examens die wat moeilijker zijn, zo'n specifieke dingen."*

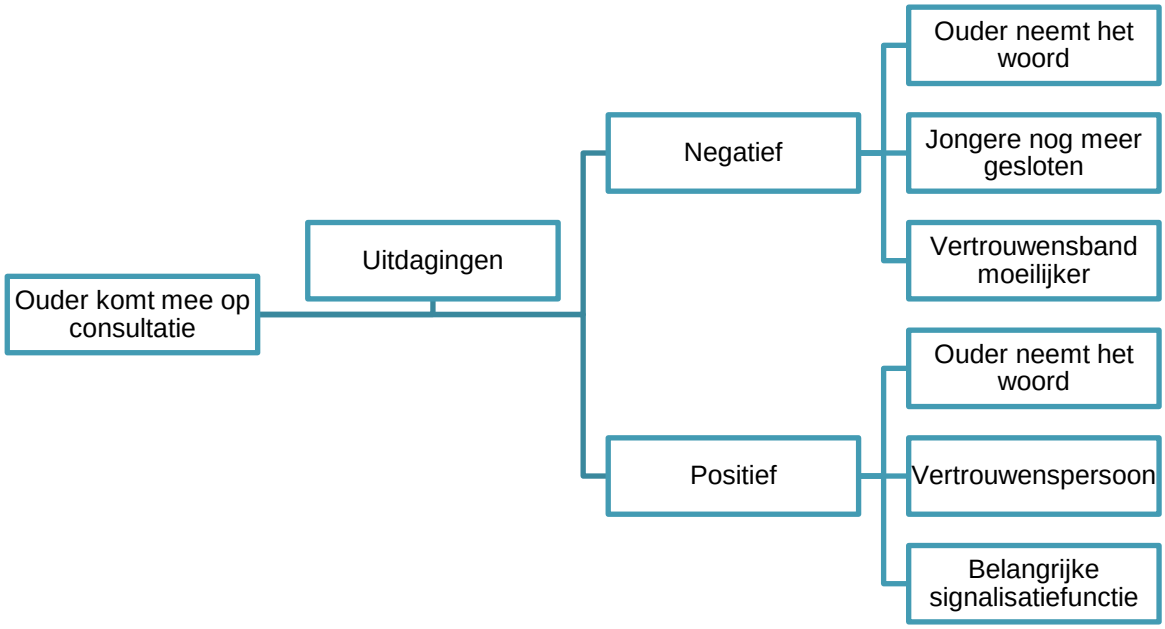
De arts moet rekening houden dat de context van een jongere heel snel kan veranderen. Er verandert veel in het leven van een jongere, en dat op korte tijd. Ze gaan naar een nieuwe school, ze hebben een nieuwe hobby, een nieuw vriendje… Het leven van een volwassene is meestal stabieler. Dit maakt het ook makkelijker voor de huisarts om bij volwassenen de context beter te kennen.

Arts 1: *"Ik denk dat dat een moeilijkheid is in, euhm, in een consult met een jongere dat er heel veel flexibiliteit is, dat het jaar ervoor en het jaar erna totaal verschillend kan zijn dan het jaar waar je nu in zit. Bij een volwassene zijn de vijf jaar ervoor en vijf jaar erna veel stabieler. Dus ik denk dat dat iets is dat ik helemaal over het hoofd heb gezien, is de sterke evolutie in de periode die er vooraf aan gegaan is en die komt, dat dat een aspect is die meespeelt meer bij jongeren dan bij volwassenen."*

Arts 3: *"Omdat er zoveel veranderd op die tijd. Iemand van 30, als je ze vier jaar later ziet dan werken ze vaak nog op dezelfde plaats, terwijl als je iemand ziet van 12 dan is het wat ga je doen volgend jaar, welke hobby's, dat kan, euhm, er is veel meer, ja, er verandert veel meer in die luttele twee tot vier jaar."*

Kenmerk met directe invloed op consultatie: ouder komt mee op consulatie als begeleider (triadeconsult) (n=7)

Door elke arts werd aangehaald dat jongeren tussen 12 en 16 jaar zelden alleen op consultatie komen. Er is vaak een ouder mee. Dit wordt door elke arts als eerder negatief beschouwd, echter zien twee artsen ook de voordelen hiervan.



Figuur 4: overzicht van uitdagingen als ouder meekomt op consultatie.

Nadelen

Er werden drie grote nadelen vermeld.

1. De ouder is geneigd om vanuit de beschermende rol het woord te nemen voor de adolescent (n=5). Er wordt aangegeven dat dit de huisarts in een vervelende positie brengt, omdat de huisarts vooral de anamnese bij de jongere wil afnemen en de ouder ook het gevoel wil geven gehoord te zijn.

   Arts 1: *"Ik denk dat de oudere vaak een beschermende rol probeert uit te oefenen, en vaak het woord voert tijdens het consult en euhm (..), euhm, en het antwoord, allez, het kind niet het moment geeft om te antwoorden en zelf al veel sneller een antwoord geeft op de vraag van de arts, tot je eigenlijk als arts zegt dat je graag zou willen dat het kind antwoordt, dat de jongere antwoordt. Maar natuurlijk vanaf dat je dat zegt heb je de oudere ook al een beetje tegen je, dus dat is niet ideaal."*

   Arts 6: *"Euhm, het is heel vaak ook zo dat de ouders een beetje de rol overnemen, dat zij echt wel spreken in plaats van de jongere terwijl dat de jongere zelf wel alles kunnen uiten he."*

Twee artsen vinden het eerder positief dat de ouder het woord neemt voor de adolescent. Zo verloopt een consultatie vlotter. Ze hebben de indruk dat de ouder goed weet wat er aan de hand is met hun kind. Verder kan de ouder ook de drempel om iets aan de huisarts te vertellen wegnemen. De ouder zal dan het kind aansporen om het probleem toch te gaan vertellen.

Arts 3: *"Het is een groep die over het algemeen wel kan zeggen wat er scheelt, euhm, maar vaak over de ouders meehebben ter begeleiding, waardoor het consult iets makkelijker verloopt. Als de jongere niets zegt, zal de oudere wel zeggen wat er gaande is."*

Arts 5: *"Soms heb je ook wel dat als het wat korter is, en als er overspanning is bijvoorbeeld, dat als de jongere niet veel zegt de mama dan bijvoorbeeld zegt 'allez, dat toch ook hé, allez gow', zo worden ze dan wel een beetje uit hun tent gelokt hé om te antwoorden."*

2. Zoals eerder aangehaald, zijn adolescenten tijdens een consultatie vaak gesloten. Zes artsen merken dat het moeilijker is voor de jongere om te vertellen over (mentale) problemen als één van de ouders mee op consultatie komt. Indien het probleem zich vooral thuis situeert, is het voor de jongere ook heel moeilijk om dit te kunnen melden.

   Arts 4*: "Het is een groep die je moet, euhm, (..), die wat tijd vraagt tegen ze wat los komen, en het is makkelijker soms als mama niet mee is, zeker als ze tegen de 16 zijn."*

   Arts 1: *"Maar ik denk de context ook belangrijk is bij kinderen, of bij jongeren. En ik denk dat dat sterk bemoeilijkt wordt omdat de ouder erbij is. Euhm, omdat hij dan misschien niet het gevoel heeft dat hij volledig open kan antwoorden als er een probleem is thuis."*

3. Twee artsen vinden het moeilijker om het vertrouwen van de patiënt te krijgen als één van de ouders mee op consultatie komt. Ze hebben de indruk dat het moeilijker is om een band op te bouwen met de patiënt. Het voelt aan alsof ze het vertrouwen van de ouder hebben, maar niet van de adolescent.

   Arts 3: *"Ik denk dat als ze alleen komen wel, dan kunnen ze zich ook niet wegsteken, als ze met de ouder mee zijn dan is het vaak de ouder die het vertrouwen heeft en het vertrouwen die we moeten winnen van de jongere, maar de jongere steekt zich dan vaker weg achter de ouder, zo van, de ouder vertrouwt de dokter, maar ik weet het nog niet zeker. Ik vind toch wel dat het een verschil maakt. Het is voor de jongere beter als ze alleen komen, allez, of samen met de oudere eerst en dan deels alleen."*

Voordelen

1. Dat een ouder op consultatie meekomt, heeft ook voordelen. De ouder kan fungeren als een vertrouwenspersoon, zo zal de jongere meer op z'n gemak zijn en meer durven te vertellen.

   Arts 1: *"Ik denk dat sommige kinderen met problemen op school zich heel sterk gesteund voelen als de ouder erbij zit, he, als een beschermende of vertrouwenspersoon die mee in het consult zit."*

2. Het grootste voordeel dat door elke arts werd aangehaald, is dat de ouder een belangrijke signalisatiefunctie heeft (cf. infra). Ouders zien dat hun kind veranderd is of zich niet goed in z'n vel voelt en zullen aan de alarmbel trekken.

<u>Kenmerk met directe invloed op consultatie en omgevingsfactor: afhankelijkheidsfactor (n=4)</u>

Adolescenten zijn nog minderjarig en staan bijgevolg dus onder de voogdij van hun ouders. Ze zijn ook grotendeels financieel afhankelijk. Als het probleem zich vooral thuis bevindt, kan een jongere niet beslissen om te verhuizen of even tijd voor zichzelf te nemen. Vier artsen vinden adolescenten een moeilijkere patiëntengroep wegens deze afhankelijkheidsfactor. Ondanks dat de adolescent de eigenlijke patiënt is, voelen ze zich toch verplicht om ook de ouders erbij te betrekken.

Arts 4: *"Kinderen zijn nog altijd afhankelijk van hun ouders ook hé. Je moet de ouders erin betrekken, maar stel dat er een conflict is… Die kinderen moet dan ook weer mee naar huis met hun ouders, allez. Dat is ook sowieso, ja. De afhankelijkheidsfactor is het ambetantste in het verhaal. Een kind verdient nog geen geld, kan nog geen eigen huis voorzien, kan nog niet op z'n eigen benen staan, heeft echt nog ondersteuning nodig, dat maakt het sowieso veel moeilijker."*

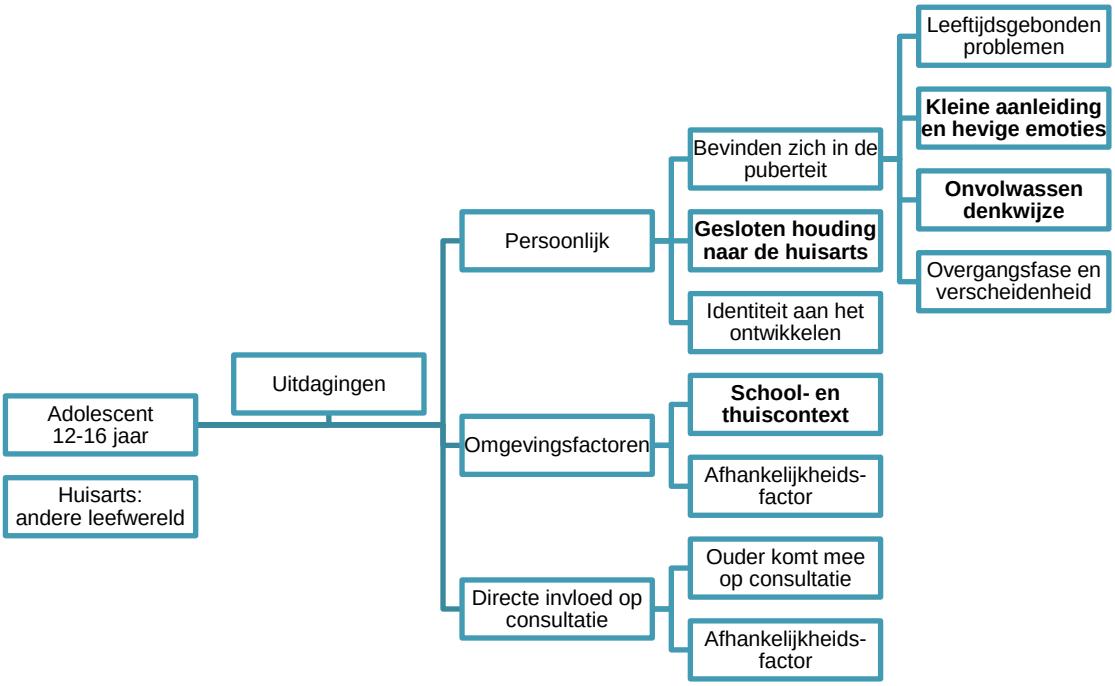
Begeleiding van adolescenten met mentale problemen

Alle geïnterviewde artsen vinden mentale problemen bij jongeren tussen 12 en 16 een moeilijk probleem op consulatie. Bij elke stap in het diagnostisch en therapeutisch proces ervaart de huisarts moeilijkheden en drempels. Één huisarts benoemde zichzelf zelfs ondeskundig in deze problematiek.

Arts 4: *"Ik ga niet zeggen dat ik me daar comfortabel bij voelen. Sowieso vind ik managen van mentale probleme niet eenvoudig. Een hartfalen of nierfalen managen, al die factoren samen, zijn vaak veel makkelijker, omdat je daar richtlijnen over hebt en meer ervaring mee hebt dan psychologische problemen. Ik vind dat sowieso niet zo gemakkelijk."*

Kenmerken van adolescenten met mentale problemen

Bij adolescenten met mentale problemen worden uiteraard dezelfde bovenstaande kenmerken vermeld als bij adolescenten zonder mentale problemen. Echter komen enkele kenmerken nog meer naar voor:



Figuur 5: overzicht van zes belangrijke uitdagingen bij begeleiding van adolescenten, met aanduiding van de kenmerken die extra tot uiting komen bij adolescenten met mentale problemen. Ook de uitdaging die de huisarts bij zichzelf ervaart, namelijk in een andere leefwereld te leven, wordt hierbij vermeld.

Gesloten houding (n=7)

De gesloten houding van adolescenten is volgens huisartsen meer uitgesproken als ze voor psychische problemen bij de huisarts komen. De jongere aan het praten krijgen is voor de huisarts zeer intensief en vraagt veel tijd en meerdere consultaties.

Arts 1: *"Als ze met psychologische problemen komen dat ze meer verlegen zijn, toch bij eerste consulten, en dat non-verbale communicatie heel beperkt is, afgezonderd dan dat ze een gesloten indruk geven, weinig oogcontact maken, zich klein maken"*

Onvolwassen denkwijze: weinig zelfinzicht (n=3) en weinig ziekte-inzicht (n=2)

Voor adolescenten is het moeilijk om de oorzaak van het probleem te kunnen aanduiden. Gevoelens en emoties staan voor hen op de voorgrond. Oorzaak-gevolg en de ernst van het probleem inschatten, verloopt moeilijk. De huisarts geeft aan de patiënt te ondersteunen in het proces om de oorzaak van het probleem te achterhalen en zo inzicht te verwerven in de problematiek. Zo kan meer ziekte-inzicht worden verkregen.

Arts 1: *"Ik denk dat het moeilijke is dat een kind nog moeilijk de eigen gevoelens kan inschatten, of de oorsprong van het probleem kan aanduiden, (…) Ik denk dat zij zich in eerste instantie gewoon niet goed voelt, ze gaf wel aan dat het op school ook niet goed ging, maar zelf met een oplossing komen of zelf echt, euhm, de vinger in de wonde leggen kon ze niet, denk ik. En dat is niet zo makkelijk, want dat was de eerste keer dat ik iemand had waarbij ik zelf moet onderzoeken wat de oorsprong was van haar probleem."*

Snel veranderende omgeving (n=2)

Als je het leven van een adolescent vergelijkt met een jaar ervoor of erna kan dit helemaal anders zijn. Er verandert heel veel in die tijd. Andere hobby's, andere school, andere vrienden… Het is volgens de huisarts een uitdaging om de patiënt goed te kennen, aangezien de context zo snel kan veranderen.

Identiteit ontwikkelen en levenskeuzes (n=2)

Adolescenten tussen 12 en 16 staan op een belangrijk punt in het leven. Ze moeten beslissen welke richting ze uit willen gaan op school en met hun leven, welk beroep ze willen uitoefenen. Er wordt veel druk gelegd op jongeren om de juiste keuzes te maken. Adolescenten komen bij de huisarts met twijfels en onzekerheid over deze keuzes, over welke richting ze uit willen in het leven.

Arts 1: *"Dat ze in de knoop zat, niet goed weten, geen richting vinden, geen doel vinden in haar leven, dingen die ze, euhm, welke richting wil ze volgen, welk beroep ze wil uitvoeren. De grote levenskeuzes die je normaal gezien op het einde van het middelbaar hebt, had ze mee te kampen en wist ze niet in welke richting ze moest denken."*

Dat jongeren op een belangrijk punt staan in het leven om keuzes te maken maakt hen heel kwetsbaar. Volgens de huisartsen heeft een jaar verliezen op deze leeftijd heeft meer impact dan een jaar verliezen als volwassene bijvoorbeeld.

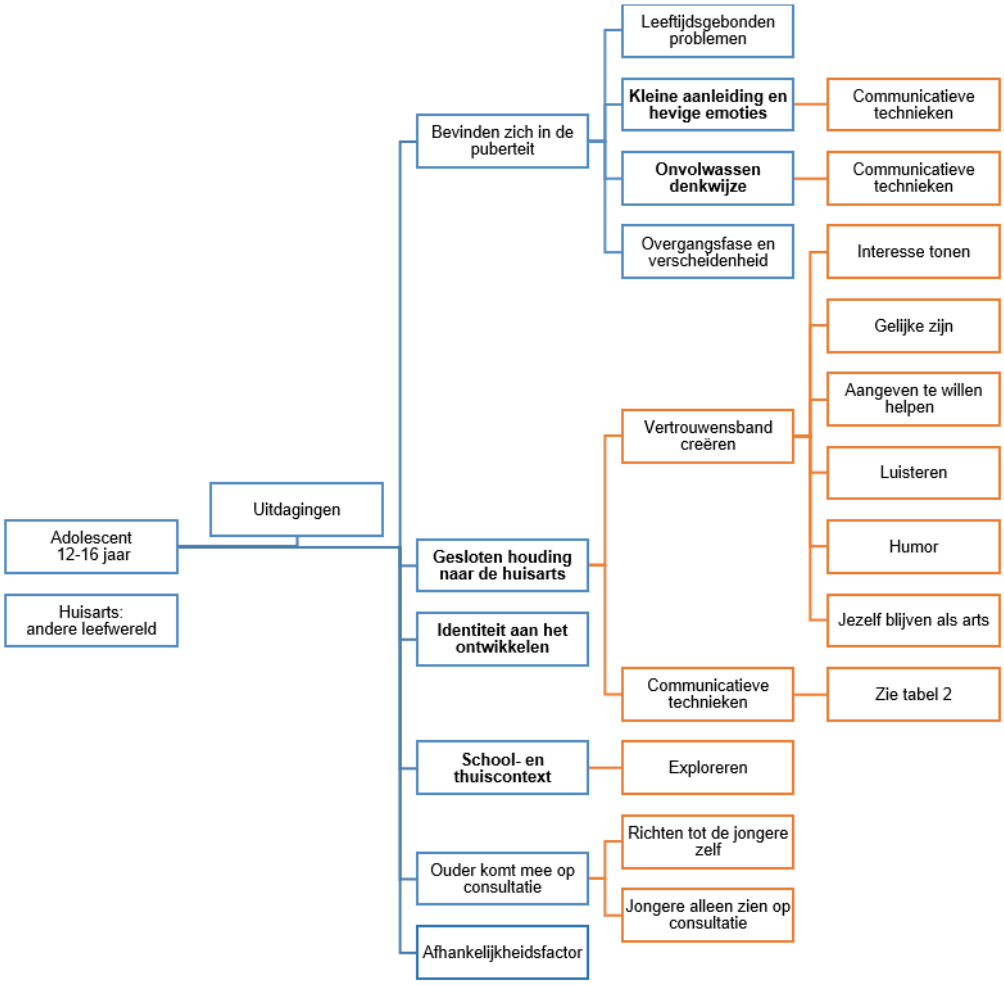
Kenmerken van de huisarts

Leefwereld

Twee huisartsen hebben het gevoel mijlenver van de leefwereld van adolescenten te staan. Waar houden adolescenten zich vooral mee bezig? Wat is hip tegenwoordig? Wat speelt er vooral onder jongeren?
Door weinig voeling te hebben met de leefwereld vindt de huisarts het moeilijk om connectie te maken met de jongere.

Arts 6: *"Ik denk dat dat ook moeilijker is om als 16-jarige aan een dokter te vertellen wat er is, die vaak helemaal niets begrijpt van hun leefwereld, waar ze ook gelijk in hebben, haha, om daaraan eens alles aan uit te leggen."*

Hoe gaat de huisarts hiermee om?



Figuur 6: overzicht van zes belangrijke uitdagingen bij begeleiding van adolescenten, met aanduiding van de kenmerken die extra tot uiting komen bij adolescenten met mentale problemen. Ook de uitdaging die de huisarts bij zichzelf ervaart, namelijk in een andere leefwereld te leven, wordt hierbij vermeld. Voor elke uitdaging werd aangegeven hoe de huisarts hiermee probeert om te gaan.

Vertrouwen winnen

Elke arts vermeldt dat het vertrouwen winnen van de jongere cruciaal is. Het staat centraal in de eerste consultaties. Vaak is het zo dat de jongere reeds vroeger bij de huisarts is geweest voor andere (fysieke) problemen, ook dan werd reeds (al dan niet bewust) aan de vertrouwensband gewerkt. Voor het bespreken van mentale problemen blijkt die vertrouwensband essentieel, wat minder het geval is bij (gemakkelijke) fysieke problemen. De huisarts heeft wel vaak de indruk dat de jongere met mentale problemen de huisarts nog niet voldoende vertrouwt om meteen alles te vertellen. Het kost tijd en moeite om die band te gaan opbouwen.

Het vertrouwen winnen gaat over meerdere consulten heen. De huisarts moet voldoende tijd maken voor de consultatie en de jongere moet tijd krijgen om dit vertrouwen te laten groeien. Het duurt dus even vooraleer echt durft gezegd worden wat er scheelt, tot aan de grond van het probleem kan worden gekomen.

Arts 7: *"Maar als je ziet dat er een muur staat, ja, zet je een pas terug en je laat ze terugkomen en het kan gebeuren dat die muur dan stilletjes aan afbrokkelt met veel tijd"*

Zes artsen geven aan dat het vertrouwen winnen van een jongere moeilijker verloopt dan bij een volwassene. Één arts gaat hiermee niet akkoord en vindt dat dit zowel bij jongeren als bij volwassen zeer individueel is en afhangt van de persoonlijkheid van de patiënt.

Arts 5: *"Eigenlijk is dat even individueel als bij ouderen, dat is echt persoonsgebonden en karaktergebonden, ik denk niet dat het moeilijker is door de leeftijd."*

Elke arts heeft z'n eigen techniek om het vertrouwen van de adolescent te winnen.

Interesse tonen (n=4)

Vragen hoe het met de jongere gaat en actief peilen naar hun leefwereld, wat hun hobby's zijn, naar welke school ze gaan, hoe het tijdens de pandemie gaat met hen… versterkt de band tussen arts en patiënt. Één arts geeft aan dat ze wel interesse probeert te tonen in jongeren, maar dat hun leefwereld begrijpen en op dezelfde golflengte zitten toch moeilijk is.

Arts 6: *"Actief, euhm, soms probeer ik, als ze naar hun gsm aan het kijken zijn, te vragen of ik eens mag meekijken bv, gewoon om iets van interesse te tonen, maar ik weet het niet zo goed of ik daar meer moet voor doen, ik heb er weinig voeling mee."*

Arts 3: *"Als ze zien dat je afgeleid bent ofdat je ongeïnteresseerd bent, dan gaat dat bij de jongere nog veel harder aankomen, dan moeten ze weer van nul beginnen in het vertrouwen hé."*

Gelijke zijn (n=3)

Er wordt geprobeerd om een gelijkwaardige relatie uit te bouwen met de patiënt. Daarbij is het belangrijk om niet paternalistisch over te komen. De huisarts dient immers niet te fungeren als ouder. *Shared decision making* staat hierbij centraal. Luisteren, overleggen en tot een compromis proberen komen zijn belangrijke communicatietechnieken die hierbij worden toegepast.

Arts 3: *“Ik wil niet paternalistisch overkomen, zeker niet, maar integendeel, eigenlijk, zorgen dat de patiënt, allez, niet volgen wat de patiënt zegt per sé, maar samen tot iets komen waar je je allebei kan in vinden, vaak is dat een compromis.”*

Aangeven te willen helpen (n=2)

Twee artsen proberen voor de jongere een veilige plaats te creëren om problemen te vertellen door aan te geven dat ze enkel willen helpen en niet zullen oordelen. Bewust benoemen dat de huisarts een aanspreekpunt is en dat de jongere er niet alleen voor staat.

Arts 4: *“Ook gewoon non-verbaal en verbaal aangeven dat je er bent om te helpen en niet om te berispen, of om te… Dat je een aanspreekpunt bent.”*

Luisteren (n=2)

Een open houding aannemen en bereidheid tonen om actief te luisteren naar het verhaal en het leven van de jongere zal de arts-patiëntrelatie bevorderen.

Arts 4: *“Ja, door interesse te tonen en door ook goed te luisteren, het gevoel te geven dat je luistert, dat je er bent voor hen. Allez, doordat je geïnteresseerd bent in wat hen bezig houdt, maar ook vooral dat je bereid bent te luisteren”*

Humor (n=1)

Één huisarts probeert de band met adolescenten te versterken door af en toe een grapje te maken tijdens een consultatie.

Jezelf blijven als arts (n=1)

Jezelf blijven als huisarts is belangrijk, echter geeft één huisarts ook mee dat oordelen en je eigen mening gaan vertellen aan de jongere vaak ten nadele is van de vertrouwensrelatie. Proberen om je eigen mening naar de achtergrond te verschuiven en je in te leven in het verhaal, de gevoelens en de mening van de patiënt is essentieel voor die vertrouwensband.

Arts 2: “*Je moet jouw mening proberen te onderdrukken. Oké, ja, aanvaarden hoe de jongere is voordat hij jou gaat aanvaarden, dat wel hé, dus. Proberen jouw mening op de achtergrond te zetten hé, door zijn gezichtspunt te beleven.”*

Artsen geven aan dat het vertrouwen van de jongere winnen niet altijd vlot verloopt. Soms gaat de jongere nog meer gesloten worden, vooral als ze de indruk krijgen niet begrepen te worden.

Arts 2: *“Dat ze niet veel meer zeggen ofzoiets, dat je voelt dat het op een dwaalspoor is, dat het… dat ze meer gesloten worden eigenlijk hé, dat ze zeggen wat ken jij daar nu van, zoiets waarschijnlijk*

Communicatie

Gedurende de interviews werd duidelijk dat goede communicatie de huisarts kan helpen om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt, een diagnose te stellen, een behandelplan op te stellen en verdere opvolging te voorzien.

Volgens de deelnemers is communicatie de kernsleutel bij het opbouwen van een vertrouwensband. Om interesse te tonen in de patiënt, op een goede manier aangeven dat je wilt helpen, humor in een consultatie te brengen (cf. supra) wordt gebruik gemaakt van veel verschillende communicatieve technieken.

Communicatieve techniek	Actieve communicatieve houding (n=7)
	Doorvragen (n=5)
	Exploren (n=5)
	Non-verbale communicatie (n=5)
	Open vragen stellen (n=4)
	Richten tot jongere (n=4)
	Empathie (n=3)
	Open communicatie, geen taboe (n=3)
	Luisteren (n=2)
	Niet oordelen (n=2)
	Normaliseren (n=1)
	Verwachtingen navragen (n=1)
	Aftoetsen (n=1)
	Shared decision making (n=1)

Tabel 2: overzicht van communicatieve technieken die huisartsen gebruiken in consultvoering met adolescenten met mentale problemen

Alle artsen geven aan een actieve communicatieve rol aan te nemen. Dit betekent dat de huisarts actief zal navragen wat de jongere bedoelt als ze vaag zijn of weinig zeggen en zal blijven doorvragen tot men bij het probleem is aangekomen. De huisarts bijt zich als het ware vast en laat niet meer los. Anderzijds geven twee huisartsen ook aan dat het een valkuil is om bij de eerste consultatie te veel aan te dringen. Dit kan de jongere nog meer afschrikken en nadelig zijn voor de arts-patiënten-relatie. Als je op een muur botst, is het beter om die muur stilletjes aan te laten afbrokkelen door de jongere tijd te geven het vertrouwen op te bouwen. Een goed evenwicht tussen enerzijds de actieve houding en doorvragen en anderzijds een afwachtende, aftastende houding moet worden gevonden.
Als men bij het probleem is aangekomen, wordt dit uitgebreid geëxploreerd en bevraagd. Ook hier neemt de huisarts een actieve houding aan.

Arts 3: *“Op alles doorvragen. Met open vragen, maar het probleem is dat ik snel naar gesloten vragen zou overgaan.”*

Arts 6: *“Euhm, gewoon blijven vragen hé, blijven vragen in de hoop dat er dan iets uitkomt, maar echt, blijven vragen of alles echt wel goed loopt, loopt alles wel goed voor jou, hoe voel je je op school, want zo komt het er heel vaak uit hé, problemen op school… Ja, blijven vragen gewoon. Soms komt het er ook wel niet uit hé, ook al weet je dat er iets meer aan de hand is.”*

Arts 7: *“Wat er ook belangrijk is denk ik, dat je niet onmiddellijk, hoe zou ik zeggen, niet te diep graaft. Je duwt ze een beetje in een egelstelling, je probeert, je tast af, maar als je ziet dat er een muur staat, ja, zet je een pas terug en je laat ze terugkomen en het kan gebeuren dat die muur dan stilletjes aan afbrokkelt met veel tijd.”*

Verder probeert de huisarts begrip te tonen voor het verhaal en de moeilijkheden van de patiënt. Er wordt actief geluisterd naar de patiënt. Verbaal en non-verbaal aangeven dat je mee bent in hun verhaal toont dat de huisarts oprecht geïnteresseerd is. De verwachtingen van de jongere navragen kan helpen in het diagnostisch en therapeutisch proces.

Als de jongere het gevoel krijgt dat de huisarts een oordeel velt, hetzij over de problematiek, hetzij over de jongere zelf, dan is dit zeer nadelig voor de arts-patiënt-relatie en zal de jongere dichtklappen. De huisarts probeert zich hiervan bewust te zijn.

Het is belangrijk dat de huisarts gaat normaliseren, aangeven dat de jongere niet de enige is met mentale problemen en dat de huisarts wil helpen. Er wordt aangegeven dat de jongere het goede heeft gedaan door de huisarts in vertrouwen te nemen.

Één arts geeft aan dat hij begrip toont, maar ook grenzen stelt en aangeeft als hij bepaald gedrag niet oké vindt.

Arts 4: *“Ja, door interesse te tonen en door ook goed te luisteren, het gevoel te geven dat je luistert, dat je er bent voor hen. Allez, doordat je geïnteresseerd bent in wat hen bezig houdt, maar ook vooral dat je bereid bent te luisteren, en zeggen dat domme vragen niet bestaan, en dat alles bespreekbaar is, en dat zeg ik meestal ook gewoon letterlijk, en ook al komt er niet speciaal iets naar boven, dan kan je dat wel zeggen al als je voelt dat er wat vage dingen zijn dat alles hier gewoon kan besproken worden, en dat het hier geen politie die zegt dat het juist of fout is, en dat we dan kunnen kijken hoe we het best kunnen helpen, dat geef ik altijd wel mee eigenlijk. Op die manier een beetje, ja…”*

Arts 5: *“Proberen om het zo bespreekbaar mogelijk te maken. Niet doen alsof je geshockeerd bent of wat dan ook, maar zeggen dat het zeker niet abnormaal is.”*

Non-verbale communicatie kan veelzeggend zijn. Een open houding aannemen, knikken om de jongere verder aan te moedigen om te vertellen… zijn belangrijke elementen binnen een consultatie.

Vaak zijn de ouders mee op consultatie. Het is een valkuil voor de arts om zich tot de ouders te richten en het gesprek volledig met de ouders te gaan voelen, terwijl de jongere enkel passief aanwezig is. De jongere betrekken in het gesprek en rechtstreeks aanspreken zijn belangrijke communicatietechnieken die worden toegepast. Twee huisartsen geven aan dat ze proberen de jongere alleen te zien op consultatie

Aanmelding van psychische problemen

Dat een adolescent op consultatie komt met de aanmeldingsklacht van psychische problemen is volgens de huisartsen uiterst zeldzaam. Er wordt vaak gezien dat jongeren komen met fysieke klachten (n=6), zoals buikpijn en hoofdpijn, maar dat de onderliggende oorzaak van psychische aard blijkt te zijn. Psychosomatiek komt vaak voor. Het betreffen dan vage en recidiverende klachten. Communicatieve technieken zijn hier dan heel belangrijk om het onderliggende probleem te achterhalen (cf. supra).

Arts 1: *"Maar als ik dat vermoed omwille van recidiverende vage klachten, of onderzoek dat volledig normaal is, hé, euhm, dan vraag ik toch meestal na, kijk, je vraagt om een ziektebriefje, ik denk dat je nu medisch gezien lichamelijk niet ziek bent, maar is er een andere reden dat je thuis zou willen blijven? Dat vraag ik meestal. En meestal met die formulering krijg ik toch iets naar boven, zo van, ik moet thuis helpen bijvoorbeeld, of school is niet leuk, of of, iets, en dan meestal pik ik daar op in."*

Vijf artsen geven aan dat aanmelding van mentale problemen vaak niet door de jongere zelf gebeurt, maar door derden, vaak de ouders. Ouders hebben dus een heel belangrijke signalisatiefunctie. Ook de school en het CLB worden vernoemd als aanmelder van psychische problemen bij een jongere.

Arts 5: *"Het zijn meestal de ouders die komen met de aanmelding. Het zijn meestal de ouders die merken van bijvoorbeeld automutilatie, of we merken faalangst, of nachtmerrie. Het zijn dus meestal de ouders die aanmelden, terwijl bij de 16+ gaan ze meer zelf komen."*

Arts 7*: "Maar ik ga je zeggen, psychische problemen die ze zelf aanbrengen. Dat is uiterst zeldzaam, tot bijna onbestaand, vind ik, dat ze die zelf aanbrengen. (…) Soms omdat het wordt aangebracht door derden, soms de ouders. (…) Soms ook het CLB, soms, soms."*

Het is als arts erg belangrijk om indirecte signalen op te pikken. Dit kunnen lichamelijke signalen zijn, maar ook verbale of non-verbale signalen.

Arts 4: *"En vaak is het zo, vaak via rare zinnetjes, zinnetjes die zo, zo van 'gohja, het kan me allemaal niet schelen', iets raar, dat ik denk waarom zeg je dat nu? Dat het zo een indirecte uiting is."*

Arts 5: *"Ik heb een meisje gehad die zich zodanig heeft afgereageerd en op een deur had geslaan en een boksersfractuur had, maar ze zat hier voor iets totaal anders en ik had zo zelf gezien dat er iets aan haar hand scheelde, en ze zei eerst nog dat er niets aan haar hand was, en ik zei nog 'heb je ergens op geslaan?' en dan kwam dat helemaal naar boven, ze is uiteindelijk geopereerd moeten worden."*

Aangezien de jongere zelf meestal niet de aanmelder van het probleem is, kan afgeleid worden dat het voor de jongere zelf moeilijk is om rechtstreeks tot bij de arts te komen met psychische moeilijkheden. Er wordt duidelijk een grote drempel ervaren. Enerzijds kan dit verklaard worden door het moeilijk kunnen vertrouwen van de huisarts, en daarbij horend moeilijk kunnen uiten van gevoelens (n=7). Anderzijds kan de nog steeds heersende taboe rond psychische problematiek in de maatschappij ook een oorzaak zijn hiervan (n=1).

Arts 4: *"En dan ook de mentale gezondheid, dat is maar een heel klein aandeel. En eerlijk, de drempel is vaak groot heb ik de indruk in die groep om… Soms is het de mama die eerder eens, of de ouder die mee is die eerder zegt, of worden ze gestimuleerd door…, ja… allez ja, ik ervaar dat er toch een drempel, en dat het altijd via een indirecte weg is dat ze… dat je dan toch op dat gesprek uitkomt, maar dat is niet de initiële aanmelding klacht van de consultatie"*

Arts 4: *"(…) over mentale problemen heb ik het gevoel dat er een taboe is tegen dat mensen een stap zetten naar hulp."*

Arts 1: *"Ik denk dat je bij een kind, euhm, dat je één het vertrouwen moet winnen, zeker bij psychologische dingen. Ik denk dat een volwassene daar veel sneller mee langskomt."*

Detectie van psychische problemen

Vier huisartsen hebben actief oog voor tekenen van psychische problemen. De tekenen kunnen zeer uiteenlopend zijn, bijvoorbeeld een raar zinnetje zeggen tijdens een consultatie, frequenter langskomen, langskomen zonder ouder…. De huisarts pikt dit dan op en gaat dit bevragen. De huisarts is in staat die vroege signalen op te pikken, omdat hij de patiënt al vele jaren kent, of zelfs sinds de geboorte.

Twee huisartsen nemen een actieve houding aan in de detectie van psychische problemen bij adolescenten. Zij vragen namelijk aan elke jongere op consultatie hoe ze zich in hun vel voelen, hoe het gaat op school… onafhankelijk wat de aanmeldingsklacht is. Zo proberen ze vroegtijdig psychische stoornissen op te sporen. Één huisarts benadrukt dat het belangrijk is dat jongeren weten dat ze bij de huisarts terecht kunnen maar gaat dit niet actief bevragen. Het is wel belangrijk om de jongere ook letterlijk te zeggen dat ze voor alles bij je terecht kunnen, en niet veronderstellen dat ze dit vanzelf zullen weten. De meeste huisartsen bevragen dus niet bij elke consultatie het psychisch welbevinden, vooral tijdsgebrek wordt aangehaald, of de angst veel te psychosomatiseren.

Twee huisartsen hebben geen oog voor mentale problematiek, direct of indirect, als dit niet de aanmeldingsklacht is.

Arts 1: *"Ik denk dat de huisarts in een vroeg stadium er iemand kan uitpikken die niet helemaal zichzelf is, of zich niet helemaal goed voelt. Als je een kind sinds de geboorte kent als patiënt en je ziet die op z'n 12 jaar helemaal anders worden, of die begint veel frequenter te komen, alleen zonder de ouders, dan denk ik dat dat een teken is, en dat je daar moet op inspelen, en dat je die vroege tekens zie je als huisarts veel sneller, ik denk dat de drempel heel groot is als jongere om te zeggen dat ze op eigen initiatief naar een psycholoog gaan die ze helemaal niet kennen, of een psychiater, die ze nog veel minder kennen. Ik denk dat de huisarts een hele belangrijke rol is. En als hij daar actief oog voor heeft, is dat een hele goeie zaak."*

Arts 5: *"Ze ging er zelf niet over beginnen en had ik dat gewoon gezien. Of als je zo een bloedname doet en je ziet dat er littekentje zijn en ga ik erover beginnen, doe je dat nog vraag ik dan, het komt toch nog veel wel voor bij jonge vrouwen helaas."*

Arts 6: *"Dan probeer ik ook te vragen of ze wel gelukkig zijn. Bij sommige vraag ik dan 'ben je meestal blij? Ben je meestal opgewekt? Of ben je ook veel verdrietig?' (…) In veel consulten, ja. Zelfs als het er totaal niets mee te maken heeft."*

Arts 4: *"Ik denk dat ik vooral de boodschap moet geven dat ik een aanspreekpunt ben voor problemen, dat ze met alles terecht kunnen hier, ook al zijn het dingen waarmee we niet direct kunnen helpen, maar wel dat we dan een luisterend oor kunnen zijn."*

Arts 2: *"Ja het is moeilijk om ze te bereiken. Als ze niets hebben zullen ze ook niet komen. En als ze met een fysisch problemen komen, gohja, ik ga niet zeggen dat ik daar altijd aandacht voor heb hoor."*

Diagnose stellen

Pathologie

De meest voorkomende psychiatrische pathologie bij de geïnterviewde huisartsen in deze leeftijdsgroep zijn ontwikkelingsstoornissen, zoals ADHD en autisme en gedragsstoornissen. Ook context-gerelateerde problemen ziet de huisarts frequent, zoals moeilijke thuissituatie, schoolproblemen, gepest worden… Eetstoornissen worden door twee huisartsen aangehaald. Depressie en angststoornissen komen voor, maar minder dan bij volwassenen.

Diagnose

De huisarts is terughoudend bij het stellen van een psychiatrische diagnose bij adolescenten. Bij volwassenen durft men veel sneller een diagnose te stellen. De huisarts wil de jongere geen etiket of label geven. Ze hebben de indruk dat dat label dan vaak voor het hele leven vasthangt aan de patiënt. De meest voorkomende pathologie in deze leeftijdscategorie is immers vaak een levenslange diagnose, zoals autisme bijvoorbeeld. Twee artsen geven aan dat psychiatrische stoornissen op jonge leeftijd zich op een andere manier kunnen uiten dan bij volwassenen, en daardoor moeilijker herkenbaar kunnen zijn (bijvoorbeeld psychose kaderend binnen autisme). Dit kan dan leiden tot een foutieve diagnose.

Vijf artsen kijken voor de diagnose vooral in de richting van de psychiater. De huisarts heeft vaak een vermoeden en is verwijzer, maar de psychologische testing wordt uitgevoerd door de psycholoog en de eigenlijke diagnose wordt gesteld door de psychiater. Uit de interviews komt duidelijk naar voor dat de huisarts zich niet per sé onkundig voelt voor het stellen van een diagnose en dus meestal wel een vermoeden van de diagnose heeft, maar dat de angst om een (onjuist) etiket te kleven de bovenhand neemt bij het verwijzen van deze patiënten naar de psychiater. Zelfs als de huisarts bijna zeker is van de diagnose wordt bevestiging gezocht.

Arts 6: *"Omdat het vaak ook diagnoses zijn voor de rest van het leven zoals ADHD, Gilles De La Tourette, autisme, gedragsstoornissen. En dan denk ik altijd dat het toch een etiket is die ze voor de rest van hun leven zullen bij hen dragen, ik wil dat niet alleen beslissen."*

Voor de eigenlijke diagnose verwijst de huisarts naar de psychiater, maar alvorens de verwijzing gebeurt, gaat er een volledig diagnostisch traject aan vooraf. De huisarts exploreert het probleem en vormt zich al een idee van een werkdiagnose. Dit vraagt tijd, en verloopt nooit in één consultatie. Er zijn meerdere consultaties voor nodig. Het belang van de context te kennen komt hier opnieuw naar voor. Dit is volgens de bevraagde huisartsen een essentiële schakel om de werkdiagnose te kunnen stellen. Zoals reeds eerder beschreven zullen veel psychiatrische problemen hun aanleiding vinden en belangrijke repercussies hebben op school of in de thuissituatie, dit zal door de huisarts uitgebreid geëxploreerd worden. Uiteraard blijft hier de uitdaging dat jongeren vaak heel gesloten zijn (cf. supra). Doorvragen, doorvragen en doorvragen, dat is zeer belangrijk om de jongere aan het praten te krijgen en zo een diagnose te kunnen weerhouden. Uiteraard is hiervoor wederzijds vertrouwen tussen arts en patiënt nodig, het gaat immers over zeer gevoelige en emotioneel beladen materie. Hoe de huisarts het vertrouwen van de jongere probeert te winnen, werd reeds vroeger beschreven.
Één huisarts geeft aan deze uitgebreide exploratie vooral aan de psycholoog en psychiater te laten aangezien er steeds op een muur wordt gebotst door de gesloten houding van de jongere.

Drie huisartsen geven aan zich vooral op richtlijnen te baseren voor het stellen van de diagnose, namelijk de DSM-criteria. Er wordt op zoek gegaan naar kenmerken en criteria binnen het verhaal van de patiënt. Deze criteria zijn echter wel bestemd voor volwassenen, maar worden door de huisarts ook toegepast op kinderen. Één huisarts vraagt zich tijdens het interview af of er apart richtlijnen voor kinderen zouden bestaan.
Een andere arts gaat vooral op z'n eigen gevoel af, en benoemt dit als '*common sense*'. Hier speelt z'n eigen niet-pluis-gevoel een grote rol. Verder is het erg belangrijk dat alarmtekenen worden nagevraagd. Suïcidale gedachten behoren hier zeker toe (cf. infra).

Door al deze factoren samen vindt de huisarts het dus eerder moeilijk om een diagnose te stellen bij adolescenten.

Arts 1: *"Ik denk dat je bij een volwassene het sneller in één consult of twee consulten kunt. Ik denk dat je bij een kind, euhm, dat je één het vertrouwen moet winnen, zeker bij psychologische dingen. Ik denk dat een volwassene daar veel sneller mee langskomt. En dat bij kinderen dat je vaak veel randinformatie nodig hebt, zoals school en thuissituatie, die ze niet zo snel zullen zeggen in vergelijking met een volwassene. Ik denk dat het daardoor langer duurt om de diagnose te stellen bij een kind en het ook moeilijker is."*

Arts 3: *"(…) ook omdat je dan vooral voor dat diagnostisch proces meerdere facetten moet kunnen observeren: onderwijs, thuissituatie, situatie in vriendenkring, om eigenlijk te kunnen zien hoe een jongere in het geheel functioneert."*

Arts 6: "*Euhm, gewoon blijven vragen hé, blijven vragen in de hoop dat er dan iets uitkomt, maar echt, blijven vragen of alles echt wel goed loopt, loopt alles wel goed voor jou, hoe voel je je op school, want zo komt het er heel vaak uit hé, problemen op school…"*

Arts 4: *"(…) ga je wel de alarmsignalen af op verschillende gebieden hé, zit je met zelfmoordgedachten, dat ook gewoon echt benoemen, niet vaag zijn. Daar ben ik wel redelijk direct in. Dat zijn de dingen die je zeker wil mee hebben is dat aanwezig ja dan nee, dat bepaalt veel je beleid en de urgentie waar je bepaalde dingen moet napeilen en uitwerken…'*

Puberteit versus psychiatrisch probleem

Een belangrijk onderscheid voor de huisarts is of het probleem nog kan passen bij een normale puberteit of er toch iets meer aan de hand is, namelijk een psychiatrische stoornis. De puberteit is een bewogen periode in het leven, waarin jongeren hun identiteit ontwikkelen en leeftijdsgebonden problemen voorkomen. Dit gaat gepaard met hevige emoties. Vaak kunnen ze die emoties nog niet op een volwassen manier gaan relativeren (cf. supra). Dat een adolescent zich in bepaalde periodes eens minder goed in z'n vel voelt, is dus normaal. Maar waar ligt dan die grens tussen wat nog normaal en wat abnormaal is? Drie artsen geven aan dat ze (de mate van) repercussie die de klachten hebben op elk gebied van het leven nagaan. Hebben de klachten een ernstige invloed op zowel het sociaal leven, als op school, als op het gezinsleven? Dan is de kans groter dat een psychiatrische stoornis aan de basis ligt. Thuis of bij vrienden terecht kunnen met hun klachten en zorgen, het gevoel krijgen gehoord te zijn, stelt de arts ook meer gerust (n=3). Als de patiënt herhaaldelijk met dezelfde psychische klachten komt en de klachten dus blijven aanhouden, is dit ook een argument om aan een psychiatrische stoornis te denken (n=2).
Voor artsen die zich op de DSM-criteria baseren (n=2), is dit een belangrijke houvast. Als onvoldoende criteria voldaan zijn, kan niet worden gesproken over een psychiatrische stoornis. Één arts haalt ook hier het niet-pluis-gevoel aan. Ook alarmtekenen navragen kan helpen bij het onderscheid maken (n=4).
Het is belangrijk om adolescenten met mentale problemen die passen binnen de puberteit goed op te volgen, aangezien het nog kan evolueren naar een psychiatrische stoornis. Klachten kunnen immers erger worden of er kunnen nieuwe symptomen optreden. In de meeste gevallen gaan de klachten wel vanzelf over.

Arts 2: *"Je moet bedacht zijn dat er iets kan ontluiken en ontwikkeld worden, maar ik denk dat de meeste wel nogal mineure problemen zijn die uitvergroot zijn. Maar als het blijft duren, dan kan je een anorexia nervosa hebben die in ontwikkeling is of zoiets. Of nog andere psychiatrische ziektebeelden, die we misschien niet direct opmerken."*

Arts 4: *"En kinderen zijn in hun puberteit, zijn vaak op zoek naar een ik, wat wil ik in het leven, hoe sta ik in het leven, sowieso is dat een turbulente periode met heel veel vragen, zijn ook misschien op zoek naar seksualiteit, er zijn heel veel dingen die in die periode gevormd worden, door omgeving, door hun persoonlijke dingen. Het is sowieso complexer dan bijvoorbeeld mijn vrouw is gestorven en ik kan er niet over, dat is een logisch oorzaak-gevolg, maar bij innerlijke strubbels zit dat al wat complexer in elkaar, dat is soms ook gewoon een tijdelijke toestand door alle vragen in het hoofd, zonder dat dat een blijvende toestand per sé zal zijn."*

Arts 6: *"Euhm, vooral welke invloed het heeft op de gezinssituatie. Als je ziet dat het gewoon een lastige puberteit is, maar uiteindelijk blijft alles wel oké, zoals hij gaat naar school, doet z'n werk,… Thuis oké, er zijn wel discussies maar het blijft wel vlot verlopen. Maar ook weer die bredere context bekijken hé. Als je ziet dat het op verschillende vlakken fout loopt, dan zeg ik wel dat we eens verder moeten kijken."*

Suïcidaliteit inschatten

Suïcidaliteit wordt door elke arts beschouwd als een alarmsymptoom en wordt dan ook altijd nagevraagd als een jongere met psychische problemen bij de huisarts komt. Het is belangrijk om de vraag duidelijk en doelgericht te stellen. Dit kan voor de adolescent of voor de ouder even schrikken zijn, echter dient de huisarts een inschatting te maken van het suïcidegevaar en dit kan enkel met concrete en correcte informatie. Uit zichzelf zal de jongere zelden suïcidaliteit aankaarten. Één huisarts vermeldt ook dat jongeren vaak geremd zijn om erover te vertellen uit angst om hun ouders teleur te stellen.

De huisarts merkt nog steeds taboe omtrent dit onderwerp. Suïcidaliteit uit de taboesfeer halen en een open gesprek kunnen voeren hierover is zowel voor de huisarts als voor de patiënt belangrijk. Een goeie communicatievoering van de huisarts is hier van cruciaal belang.

Er wordt ook nagevraagd hoe lang de patiënt deze gedachten al heeft, of er concrete plannen zijn, of de patiënt al iets heeft geprobeerd of opgezocht over dit onderwerp. Het kunnen vertellen is voor de patiënt de eerste stap naar hulp. De huisarts zal garantie van een veilige omgeving bespreken. Die veilige omgeving kan bij familie zijn, of vaak wordt ook een opname voorgesteld. Ook al verkiest de jongere voor een ambulant behandeltraject, toch wordt ze doorverwezen naar de psychiater voor verdere oppuntstelling en medicatie (n=3).

Dat suïcidaliteit een alarmteken is, vertelt één arts aan de hand van een traumatische ervaring. Een patiënt van 16 pleegde zelfmoord na opstart van psychofarmaca. De arts heeft het hier nog steeds erg moeilijk mee. Twee huisartsen geven aan dat suïcidaliteit inschatten bij een adolescent moeilijker is dan bij een volwassen, vermoedelijk omdat de huisarts minder ervaring heeft met suïcidaliteit bij adolescenten dan bij volwassenen.

Arts 4: *“Dan vraag je wel als je merkt dat er iets scheelt, ga je wel de alarmsignalen af op verschillende gebieden hé, zit je met zelfmoordgedachten, zit je met, allez, dat ook gewoon echt benoemen, niet vaag zijn. Daar ben ik wel redelijk direct in, als je zo merkt van.. dat zijn de dingen die je zeker wil mee hebben is dat aanwezig ja dan nee, dat bepaalt veel je beleid en de urgentie waar je bepaalde dingen moet napeilen en uitwerken.”*

Arts 5: *“Ik ga effectief benoemen van ‘zijn er momenten dat het echt niet hoeft of je denkt jezelf iets aan te doen’, het is belangrijk om dat uit de taboesfeer te halen en dat durft benoemen.”*

Arts 5: *“Sowieso vragen of er concrete plannen zijn, of ze al aan iets gedachten hebben, wat hen tegenhoudt, of ze iemand hebben waar ze het aan kunnen vertellen, de ouders, concrete afspraken maken, stel dat het nog eens in je opkomt, kan je dan garanderen dat je niets gaat doen, die garanties navragen, ook dat je wilt dat ze het echt wel zeggen aan hun ouders en dan de ouders ondersteunen, houdt ze extra in de gaten, laat ze niet alleen, maak dat er altijd iemand in huis is, opnames zijn niet evident, want er is meestal nergens geen plaats. Maar ik zeg ook wel dat als het echt niet gaat, rijd desnoods gewoon naar een ziekenhuis waar een PAAZ is, dat is een noodoplossing, dat is ver van ideaal maar wel beter dan niks.”*

Behandeling

De behandeling van psychische problemen bij adolescenten bestaat uit meerdere onderdelen. Zes huisartsen geven aan voorkeur te geven aan psychologische behandeling boven medicamenteuze behandeling. Aanpakken van foutieve denkpatronen kan op lange termijn een gunstiger effect hebben dan medicatie. Bij een jongere zijn er volgens de bevraagde huisartsen immers nog veel progressiemogelijkheden in denkpatronen en kan dit nog het hele leven toegepast worden. Echter de grootste reden waarom de huisarts liever naar de psycholoog stuurt, is omdat psychofarmaca opstarten bij jongeren moeilijk ligt. Dit wordt door elke huisarts bevestigd in de interviews. Er worden verschillende redenen aangehaald. Een grote reden is de onzekerheid wat de impact is van medicatie op de jongere. Adolescenten vormen een kwetsbare patiëntengroep, en dit op verschillende manieren. Enerzijds omdat ze in volle ontwikkeling zijn en de veiligheid van medicatie moeilijk in te schatten is (Welke nevenwerkingen zullen ze hebben? Hoe zullen ze reageren op medicatie?). Anderzijds omdat psychische problemen een grote invloed kunnen hebben op het algemeen functioneren. Een pilletje medicatie zal de grote impact niet kunnen wegnemen, (psychologische) ondersteuning staat centraal. Ook de angst dat de jongere levenslang de medicatie zal nemen, speelt mee. Vaak bestaat twijfel of het een psychische diagnose betreft of eerder een gevolg van de puberteit (cf. supra), dan wil de huisarts niet verantwoordelijk zijn van medicatie opstarten voor een tijdelijke puberteitsperikel.

Bij volwassen voelt de huisarts deze drempels veel minder en zal dus sneller opgestart worden met medicatie. Er worden natuurlijk ook meer volwassen met psychische klachten gezien, wat voor een grotere ervaring bij het starten van medicatie zorgt. Dat de huisarts door meer ervaring een betere risico-inschatting zal kunnen maken biedt meer geruststelling bij het opstarten van medicatie. Dit speelt ook een belangrijke rol. Één huisarts geeft aan een slechte ervaring te hebben gehad met opstarten van medicatie bij een jongere, met name een SSRI bij depressieve jongere met suïcideneiging. De SSRI heeft alle remmen die de jongere tegen hielden om suïcide te plegen laten wegvallen, wat tot een geslaagde suïcide heeft geleid. Andere huisartsen erkennen de toename van het risico op suïcide bij het opstarten van een SSRI. Voor de huisarts was dit een zeer traumatische ervaring, wat de terughoudendheid voor opstarten van medicatie sterk heeft doen vergroten.

Één huisarts geeft aan dat de kinderpsychiater ook de verwachting heeft dat huisartsen geen psychofarmara zullen opstarten bij minderjarigen. Als dit in geval van nood toch moest gebeuren, in een onhoudbare situatie met een lange wachttijd bij psychiater, kreeg de huisarts in kwestie een berisping van de kinderpsychiater hiervoor. Als de patiënt absoluut geen verwijzing wenst, dan zal de huisarts toch zelf proberen op te starten met medicatie.

Arts 6: *“Maar ik ga ook gewoon veel meer kijken naar gezinsondersteuning, ondersteuning van het kind en zo weinig mogelijk medicatie.”*

Arts 3: *“Kwetsbare leeftijd, het komt heel veel op hen af, en er kan veel verstoord raken op die leeftijd. Als er 1 facet niet functioneert, dan gaan de andere ook… Allez, als het niet goed draait in het gezin, dan gaan er problemen zijn met vrienden, op school… Dat bedoel ik met die kwetsbaarheid. Je gaat niet zomaar aan een 16 jarige een pilletjes sipralexa kunnen geven en eens kijken wat het geeft, dat kun je niet doen.”*

Arts 2: *"Slechte ervaring (..) Ik heb een meisje gehad, met de ouders ook, ze mocht, ze ging… Ze kwam van Iran. De dochter tijdens school… Ik weet niet of ze goed aanvaard was. Het meisje ging op studiereis naar Marokko ofzo en zij mocht absoluut niet mee. En zij was depressief, heel erg depressief, ook suicideneiging, waarschijnlijk, ik weet niet meer of ze dat gezegd had. Ik heb haar een SSRI voorgeschreven, maakt niet uit welkeen nu, ze heeft zich onder de trein geworpen"*

De huisarts start dan wel geen medicatie op, maar ziet voor zichzelf andere rollen weggelegd in het behandeltraject van de jongere met psychische problemen.

Als de jongere op consultatie is geweest bij de psychiater zal de huisarts de verdere opvolging op zich nemen (n=5). Voorschrijven van de opgestarte medicatie, bijhorende bloedafnames en controle van parameters zijn taken voor de huisarts. De medicatie wordt dan wel opgestart door de psychiater, maar de huisarts neemt de opvolging in handen. Bovendien kent de huisarts de jongere beter dan de psychiater, zoals hoe het op school loopt, of de jongere veel vrienden heeft, hoe de thuissituatie is. De huisarts kan beter inspelen op de context van de jongere en zo de juiste zorginstanties betrekken (n=6). De juiste ondersteuning betrekken is essentieel in het behandeltraject. Er wordt nagekeken of de medicatie het beoogde effect heeft en hoe de jongere zich voelt bij de opgestarte begeleiding. De huisarts probeert een centraal vertrouwenspersoon te zijn binnen het behandeltraject, een ondersteunende rol te zijn en zal dan ook samen met andere hulpverleners therapeutische - en opvolgingsgesprekken voeren met de jongere.

Slechts één huisarts haalt aan dat *shared decision making* belangrijk is in de behandeling. Er wordt aangehaald dat je de jongere niets kan verplichten, maar in dialoog moet gaan over alle opties en samen tot een behandelingsstrategie komen.

De huisarts betrekt verschillende instanties en wil de managersfunctie op zich nemen (n=3). Meekijken aan de zijlijn, coördineren en sturen naar de juiste zorgverlener. Door één arts wordt aangehaald dat dit in samenspraak met de jongere (*shared decision making*) gebeurt. Als de jongere iets wordt opgelegd zonder er zelf achter te staan, heeft dit geen grote succeskans. Iemand kan maar geholpen worden als de wil om geholpen te worden aanwezig is, dit geldt ook voor jongeren met psychische problemen. Echter geven twee artsen ook aan dat grenzen stellen als huisarts ook belangrijk is. Begrip tonen, maar aangeven dat bepaald gedrag of een bepaalde reactie niet oké is.

De huisarts communiceert en overlegt met andere zorgverleners (n=6). Er wordt gewerkt in een groot multidisciplinair team. Belangrijke partners zijn het CLB, de thuisbegeleiding, het CAW of OCMW bij financiële problemen en zoals eerder besproken de psycholoog en kinderpsychiater.

De huisarts kent vaak het ganse gezin, waardoor ook ondersteuning van de ouders mogelijk is (n=5). Er wordt uitleg gegeven over de problematiek en hoe de ouder het best kan reageren (uiteraard wordt rekening gehouden met het beroepsgeheim en toestemming gevraagd aan de jongere of de huisarts mag contact opnemen met de ouders). Voor de ouders is het vaak een intense en moeilijke periode, waarin de huisarts steun en begrip kan bieden. De huisarts kan ook een (bemiddelende) tussenpersoon zijn tussen ouder en kind als de relatie moeilijk verloopt.

Opvolging

Voor de diagnose gesteld wordt, hebben vaak al meerdere consultaties plaats gevonden. De huisarts plant een vervolgconsult in als er een psychisch probleem vermoed wordt maar de patiënt heeft op dit moment nog niet de moed gevonden om het te vertellen of als een psychisch probleem verder uitgeklaard moet worden.

Eenmaal een diagnose is gesteld en een al dan niet medicamenteuze behandeling is opgestart, gebeurt de opvolging door de huisarts (n=5). De huisarts biedt de jongere de mogelijkheid om op controle te komen. Zowel de medicamenteuze opvolging (parameters, labo etc), als opvolging van de mentale toestand neemt de huisarts in handen. Ook wordt nagegaan of de begeleiding door andere eerstelijnspartners goed verloopt.

De opvolging zal nauwer gebeuren dan een volwassene die een psychiatrische diagnose krijgt.

Arts 3: *"De eerste keer kunnen ze wel hun verhaal doen, maar dat je dan afsluit van vind je het goed dat je hebt kunnen praten? Als ze dan ja zeggen, vragen of ze nog eens komen, enzoverder, dat je ze binnen de week of 2 weken terugziet"*

Arts 7: *"Afhankelijk van het probleem nodig je ze dan uit, één, twee weken later. En het is ook zo, naarmate dat het aantal contacten, dat je ze meer gezien hebt, komen ze ook meer open."*

Samenvatting

Aanmelding en detectie

• Als jongere zelf bij huisarts komt: aanmelding meestal fysiek van aard (n=6)
• Meestal gebeurt aanmelding door derden, vooral de ouders (n=5)
• De huisarts probeert indirecte signalen van mentale problemen op te pikken (n=4)
• De huisarts vraagt bij elke adolescent op consultatie mentaal welbevinden na (n=2)
• Slechts één huisarts heeft geen oog voor mentale problematiek als dit niet de aanmeldingsklacht is (n=1)

Diagnose

• De huisarts komt tot een werkdiagnose
=> Meerdere consultaties, voldoende tijd nemen voor patiënt
=> Vertrouwen van de adolescent is noodzakelijk
=> Gebruik van communicatieve technieken
=> Exploreren van context is noodzakelijk
=> De huisarts baseert zich op richtlijnen (n=2), niet-pluis gevoel (n=1) en alarmsymptomen (n=7)
• Onzekerheid over het stellen van diagnose, er wordt verwezen naar psychiater (n=5)
• Onderscheid maken tussen puberteit vs. psychiatrische aandoening

Behandeling

• Voorkeur voor psychologische behandeling (n=6)
• Voor medicamenteuze behandeling wordt doorverwezen naar de psychiater (n=7)
• Opvolging gebeurt door de huisarts
=> Medicamenteuze opvolging (n=5)
=> Opvolggesprekken (n=7)
=> Verwijzing naar eerstelijnspartners (n=6)
=> Managerfunctie (n=3) ikv. multidisciplinaire opvolging zoals overleg
=> Ondersteunen van de ouders

Figuur 7: samenvatting van bevindingen over aanmelding, detectie, diagnose en behandeling.

Samenwerking

De samenwerking met tweede lijn verloopt moeizaam. Elke huisarts wordt geconfronteerd met erg lange wachttijden en de moeilijke bereikbaarheid van de kinderpsychiater voor overleg. Één huisarts geeft aan dat door de lange wachttijden onhoudbare (thuis)situaties ontstaan en de huisarts dan ongewild toch medicatie moet opstarten. Echter wordt ook gezien dat heel veel patiënten voor een simpele controle van medicatie (bv. bloedname) terug worden gevraagd bij de kinderpsychiater, terwijl dit taken zijn dat de huisarts perfect op zich kan nemen. Deze miscommunicatie leidt tot frustratie. Één huisarts stuurt adolescenten naar een psychiater die volwassenen behandelt om zo de patiënt sneller bij een psychiater te krijgen. Ook de weinige acute bedden voor adolescenten in de geestelijke gezondheidszorg maken het de huisarts moeilijk (n=1). Er moet dan worden doorverwezen naar minder goede opties, zoals een PAAZ-afdeling. De huisarts heeft vaak het gevoel er alleen voor te staan.

De relatie tussen eerstelijnspartner verloopt veel beter. Er wordt vaak samengewerkt met het CLB, CGG, MCT (mobiel crisis team), thuisbegeleiding en de psycholoog. Vier huisartsen ondervinden een vlotte communicatie en een goede toegankelijkheid van deze instanties. Voor een psycholoog is het belangrijk dat een kinderpsycholoog wordt ingeschakeld. Een goede kennis van de sociale kaart is belangrijk. In het begin is het wat zoeken voor de huisarts met wie er best wordt samengewerkt, maar eenmaal een samenwerking is, verloopt dit meestal vlot en toegankelijk. Twee huisartsen geven echter aan dat er ook bij de kinderpsycholoog een te lange wachttijd is.

Twee huisartsen vermelden dat het overleg binnen de praktijk tussen collega's over zo'n moeilijke casussen ook erg waardevol is.

Arts 7: *"Moeizaam hé, moeizaam in die zin dat er grote wachttijden zijn. Iemand bij de juiste persoon krijgen is een uitdaging."*

Arts 6: *"Dat is ook een beetje het probleem denk ik, waarom moeten zij om de 3 maanden gaan naar de kinderpsychiater, zij kunnen even goed 1 keer gaan voor de diagnose en dan opgevolgd worden bij ons, of bij de psycholoog. Wij weten ook dat er een bloedname of ECG moet gebeuren en wij kunnen dat ook perfect maar… Als er problemen zijn kunnen wij bellen en zeggen 'zou je kunnen die patient zien?' en dat dat dan binnen een aanvaardbare termijn kan gebeuren, allez, 3 maand bv, wat eigenlijk nog lang is, maar niet te vergelijken met wat nu gebeurt."*

Kennis

Vier artsen geven aan dat ze kennis ontbreken over diagnosestelling en behandeling van psychische problemen bij jongeren. De opleiding geneeskunde schiet op beide vlakken tekort. Wel geeft één huisarts aan in de opleiding geneeskunde geleerd te hebben dat voorzichtigheid geboden is bij opstarten van psychofarmaca bij jongeren. Drie huisartsen zien de DSM-criteria als belangrijke houvast. Verder zouden bijscholingen over het thema interessant kunnen zijn, maar is er geen aanbod. Één huisarts zetelt in de opleidingscommissie van Oostende en merkt de toenemende aandacht en vraag voor bijscholingen omtrent psychische problematiek bij jongeren.

Arts 2: *"Een beetje ondeskundig, heeft het wel, dat durf ik wel toegeven. Het is zoeken eigenlijk hé. (…) Niet voldoende theorie rond hebben of zo, ik ben ook geen psycholoog hé."*
Arts 6: *"Uiteindelijk hebben wij wel les gekregen over mensen met lage sociale klasse, mensen met allochtone afkomst, ouderen, maar niet over jongeren, nee."*

Grootste verschillen adolescenten en volwassenen

Adolescenten	Volwassenen
Afhankelijkheid, rekening houden met thuiscontext, ouders mee op consultatie	Onafhankelijk, geen rekening meer moeten houden met ouders
Goede bevraging van de context is intensief en tijdrovend	Context moet ook worden bevraagd, maar gaat veel sneller
Snel veranderende omgeving	Stabielere omgeving
Weinig ziekte-inzicht, niet volwassen denken	Volwassen denken en volwassen inzichten
Invloed van puberteit op mentale gezondheid, normale puberteitsperikels	Geen puberteitsperikels meer
Diagnose stellen verloopt moeilijker, sneller doorsturen naar tweede lijn, minder snel etiket willen kleven	Diagnose stellen verloopt vlot, weinig nood aan verwijzing
Psychische klachten hebben erg grote impact op het latere leven, de toekomst	Psychische klachten hebben ook een grote impact, maar niet op later leven ikv. minder mogelijkheden etc (studies…)
Vertrouwen winnen verloopt moeilijker	Vertrouwen winnen verloopt vlot
Eenmaal vertrouwen gewonnen: eerlijk, niet verbloemen	Volwassene kan bewust dingen verbloemen, achterhouden
Behandeling: weinig medicamenteus, sneller doorsturen naar tweede lijn	Behandeling: sneller medicamenteus
Multidisciplinaire aanpak	Vaak minder betrokken partijen bij behandeling
Inschatten suïcidaliteit moeilijker	Inschatten suïcidaliteit verloopt beter door meer ervaring
Nauwere opvolging	Opvolging, maar minder snel na consultatie

Promotie van mentaal welzijn

Slecht één huisarts probeert in de dagelijkse praktijk aandacht te besteden aan preventie en promoten van mentaal welzijn. De huisarts is de meest ideale persoon om dit te doen, aangezien ze jongeren vaak als eerste zien voor een (al dan niet fysiek) probleem en vaak de context en de ouders goed kennen. Één huisarts geeft aan dat het theoretisch goed klinkt, maar in de praktijk moeilijk haalbaar is, voornamelijk door de hoge werkdruk.

Discussie

In onze studie wordt gezien dat elke ondervraagde huisarts zich onzeker voelt als een jongere met psychische problemen op consultatie komt. Ook in ander onderzoek wordt gezien dat angst en onzekerheid de consultatie domineren (2,14). De onzekerheid strekt zich uit over vier grote gebieden: theoretische kennis, communiceren, diagnose en medicamenteuze behandeling en samenwerking.

Onzekerheid over theoretische kennis

De huisarts voelt zich vaak onzeker om over mentale problemen te spreken met adolescenten. Te weinig competentie en theoretische kennis over dit onderwerp bij deze specifieke populatie wordt in de literatuur als één van de belangrijkste reden aanzien (12,14,17,24,33). Ook de huisartsen in dit onderzoek ervaren dat ze te weinig theoretische kennis hebben over dit onderwerp.
De onzekerheid over het aanpakken van mentale problemen bij adolescenten staat in contrast met hoe de huisarts zich voelt bij het aanpakken van mentale problemen bij volwassen. Bij volwassen voelt de huisarts zich wel comfortabel bij het stellen van een diagnose en opstarten van een medicamenteuze behandeling. In de literatuur worden als redenen hiervoor aangehaald dat enerzijds de psychiatrische aandoening zich anders presenteert bij jongeren dan bij volwassenen, waardoor de arts het herkennen van mentale problemen moeilijker vindt. De presentatie bij jongeren is vaak complex, het gaat vaak gepaard met gedragsproblemen, psychosociaal disfunctioneren en academische en familiale problemen. Deze ‘hints’ moeten de huisarts in de richting van mentale problemen sturen, wat voor veel huisartsen moeilijk blijkt te zijn. Dit wordt ook bevestigd in ons onderzoek. Anderzijds is ook de behandeling verschillend tussen een jongere en een volwassene. Tijdens de opleiding geneeskunde wordt hier volgens de literatuur en de geïnterviewde huisartsen in onze studie te weinig aandacht aan besteed, en worden vooral ernstige ziektes zoals anorexia nervosa besproken in het vak jeugdpsychiatrie. Ook bestaat er volgens de geïnterviewde huisartsen geen goede richtlijn voor diagnose en behandeling van psychiatrische aandoeningen bij jongeren. Ook bijscholingen over dit onderwerp schieten te kort, waardoor de huisarts vaak niet weet hoe kennis te verzamelen (14).
In een studie van Roberts et al. wordt geconcludeerd dat de onzekerheid die de huisarts voelt in een consultatie met jongeren met psychische problemen kan verminderd worden door medische kennis te vergroten. Dit houdt in dat de arts meer input en feedback van adolescenten dient te krijgen, meer kennis over het lichaam en de psychologie van een adolescent verwerft en een betere samenwerking met tweede lijn bekomt (2).

Kennis – vergelijking met bestaande literatuur
• De huisarts ervaart te weinig competentie en theoretische kennis over de diagnose en aanpak van mentale problemen bij jongeren

Figuur 8: samenvatting van kennis, getoetst aan de literatuur. De bevindingen uit onze studie die verschillend zijn met de literatuur zijn cursief gedrukt.

Onzekerheid over communiceren met adolescenten

De huisarts staat communicatief voor heel wat uitdagingen. Door de gesloten houding botst de huisarts vaak op een muur. Het vertrouwen winnen en goede communicatieve vaardigheden worden aangehaald als de belangrijkste elementen om deze muur te kunnen afbreken. De huisartsen vinden het moeilijk, maar geven aan dat het met voldoende tijd en geduld wel lukt om tot bij het probleem te komen. Eens het vertrouwen gewonnen is en de jongere durft te vertellen, blijft goede communicatie belangrijk voor het stellen van de diagnose en de behandeling.

Ondanks dat de huisarts z'n uiterste best doet in de communicatie en daarbij ook wel het gevoel heeft de muur van de jongere te kunnen doorbreken, voelt de huisarts zich onzeker over z'n communicatieve vaardigheden, vermoedelijk omdat het voor de huisarts als zeer moeilijk en (tijds)intensief wordt ervaren.

In de kwalitatieve studie van Roberts et al. waarin huisartsen werden geïnterviewd over de consultaties en relaties met jongeren met mentale problemen, komt het gevoel van onzekerheid en machteloosheid ook naar boven. Men haalt enerzijds het gebrek aan training en theoretische kennis en anderzijds ook de moeilijke communicatie met de jongere aan als redenen hiervoor. De communicatie verloopt in de studie van Roberts et al. vooral moeilijk door de gesloten houding, de variabiliteit en onvoorspelbaarheid van de adolescent en het ziekteverloop. Ook peilen naar de verwachtingen lukt de huisarts moeilijk (2,12). De huisarts heeft vaak het gevoel slechts een topje van de ijsberg te kunnen ontdekken, dat veel verborgen wordt gehouden en wordt verzwegen (bijvoorbeeld problemen thuis, problemen op school…) (14).

Deze kenmerken zijn grote uitdagingen en kunnen de huisarts ontmoedigen om het engagement op zich te nemen (2). In onze studie wordt gezien dat huisartsen dezelfde uitdagingen ervaren, maar dat ze ondanks toch gemotiveerd zijn om de jongeren op consultatie te zien, en verder diagnostisch en therapeutisch te werk te gaan. Slechts één huisarts vindt de uitdaging te groot en voelt dit engagement in mindere mate. Bovendien heeft de huisarts in onze studie het gevoel dat jongeren heel eerlijk zijn eenmaal het vertrouwen is gewonnen, er wordt door geen enkele huisarts aangehaald dat jongeren bewust informatie verzwijgen.

In onze studie haalt slechts één huisarts aan dat verwachtingen navragen bij de adolescent belangrijk kan zijn, vermoedelijk wordt dit niet aangehaald door andere huisartsen omdat dit al een verregaande communicatieve techniek is, en de basistechnieken, zoals empathisch reageren en doorvragen vaak als moeilijk worden beschouwd.
Het gesprek aangaan met deze populatie vraagt dus voor veel huisartsen een grote inspanning (2,12,14). Het vinden van de juiste woorden, de patiënt aanspreken op een goeie manier en stiltes niet ongemakkelijk laten aanvoelen zijn grote uitdagingen (14). Het gevoel van mijlen ver te staan van hun leefwereld draagt hieraan bij.
Door de geïnterviewde artsen wordt aangegeven dat goede communicatieve technieken en een vertrouwensband opbouwen met de patiënt belangrijk zijn om de patiënt op z'n gemak te stellen zodat hij zal praten over mentale problemen. Echter is een vertrouwensband opbouwen niet evident. Bij oudere patiënten heeft de huisarts vaak het gevoel ongelimiteerd vertrouwen te krijgen, terwijl bij adolescenten dit vertrouwen moet worden verdiend. De huisarts moet zich als het ware bewijzen alvorens de adolescent open over gevoelige,

psychische onderwerpen wilt spreken (14). In onze studie wordt aangegeven dat huisartsen het vertrouwen proberen winnen op verschillende manieren, zoals interesse tonen, luisteren, aangeven te willen helpen, een gelijke proberen zijn, humor en jezelf blijven als arts. Ook goede communicatieve technieken dragen bij aan de vertrouwensband. Uit een studie van Leahy et al. wordt gezien dat adolescenten inderdaad veel belang hechten aan een vertrouwensband met de huisarts om over psychische problemen te praten (24).

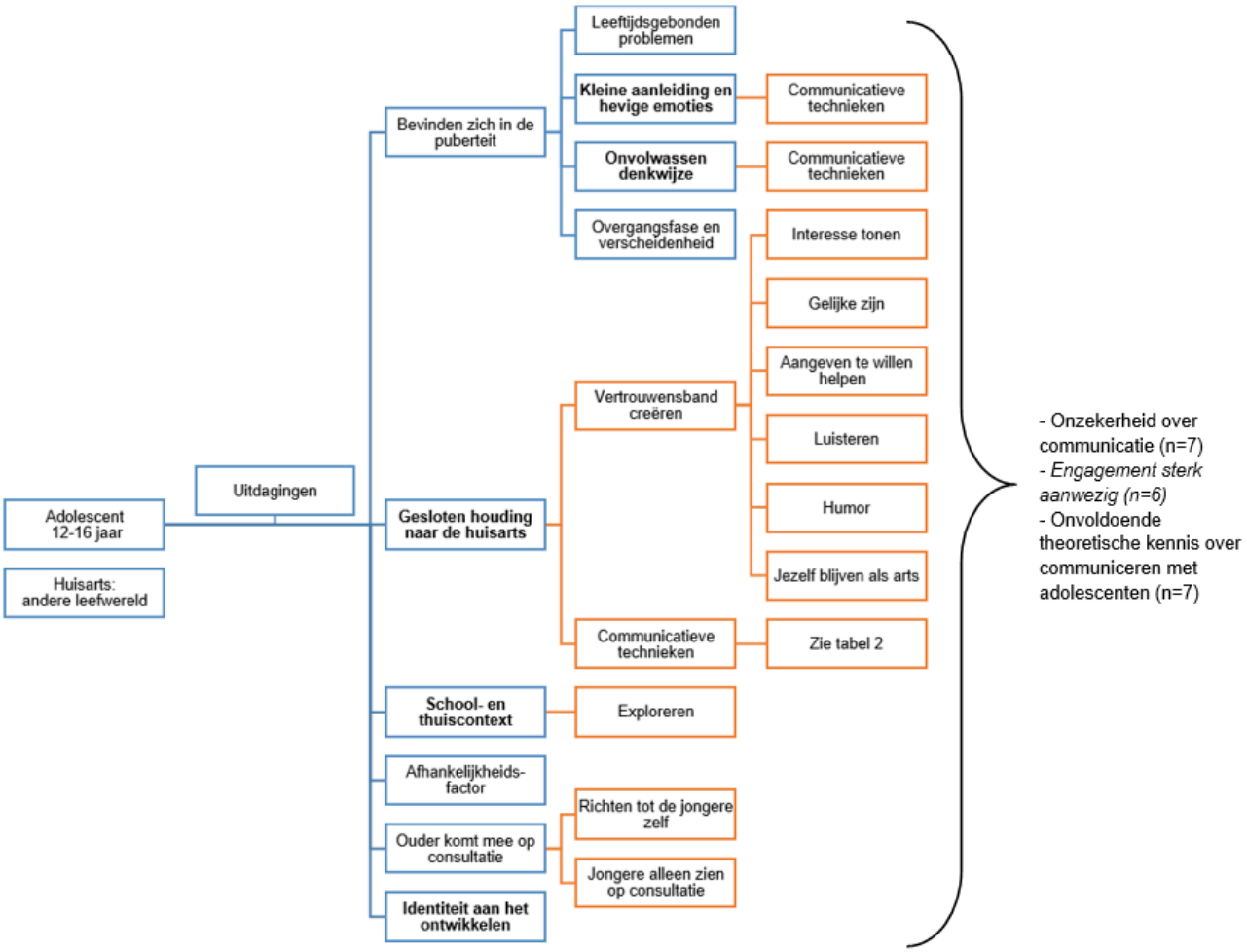
De huisartsen bevraagd in dit onderzoek zijn er zich van bewust dat voldoende tijd nemen voor een jongere met mentale problemen erg belangrijk is. In de literatuur wordt gezien dat voldoende tijd maken voor de patiënt een gunstige impact heeft op het psychisch probleem van de patiënt, namelijk heeft het een impact hoe de patiënt met z'n ziekte omgaat. Het blijkt dus niet alleen belangrijk te zijn voor de arts-patiënten-relatie en om het vertrouwen op te bouwen, het maakt eigenlijk deel uit van de behandeling (37).

Geen enkele ondervraagde in de studie van Roberts et al. gaf aan *evidence based* kennis te hebben hoe het beste met jongeren kan worden gecommuniceerd (2). Ook in onze studie werd theoretische kennis over dit onderwerp door geen enkele arts aangehaald. Huisartsen doen dus hun uiterste best om de patiënt te helpen, op een manier dat ze zelf denken dat het beste zal werken, zonder *evidence based* achtergrondkennis over dit onderwerp. Er wordt dus vooral *practice based* gecommuniceerd.

Er is bovendien ook weinig kennis over de bestaande literatuur over drempels die adolescenten ervaren (5,15,16,23). Dit wordt in verschillende studies en in ons onderzoek gezien.
Uit de literatuur is gekend dat adolescenten barrières ondervinden om naar de huisarts te gaan (cf. inleiding). Ze twijfelen of de huisarts hen kan helpen bij psychische problemen, ze hebben angst om niet begrepen te worden of medicatie te moeten innemen of ze zijn bang dat het beroepsgeheim niet zal gerespecteerd worden.
Geen enkele huisarts in deze studie geeft aan dat het consult en de communicatie vlotter kan verlopen door in te pikken op de ervaren barrières, toch zal de huisarts dit soms onbewust wel gaan doen. Twee huisartsen benoemen immers expliciet in hun consultatie dat ze willen helpen, dat ze toegankelijk zijn, ook voor mentale problemen. De huisarts voelt zelf aan dat het voor de jongere heel moeilijk is om over mentale problemen te praten, de huisarts zal dus vaak de aanzet voor het gesprek gaan geven. Een actieve communicatieve houding wordt aangenomen. Dat de huisarts een luisterend oor biedt en empathisch is, kan de jongere op z'n gemak stellen. Luisteren, begrip tonen en empathisch zijn, verbaal en non-verbaal, zijn de kern van goede communicatie met de jongere. Twee artsen geven ook aan dat het voor de jongere belangrijk is dat ze niet veroordeeld worden, hierbij kan normaliseren belangrijk zijn. Op de angst om medicatie te nemen is geen enkele huisarts in dit onderzoek ingegaan. Ook wordt het beroepsgeheim door geen enkele huisarts aangehaald.

Hoe de arts naar de groep adolescenten kijkt, blijkt van belang bij het gevoel en de reacties van de huisarts. Het is belangrijk dat de huisarts adolescenten niet ziet als kinderen, noch als volwassen, maar een groep met eigen nodigen en verwachtingen. Indien dit niet gebeurt, leidt het tot snelle verwijzing naar tweede lijn (2,16). Slechts één arts in onze studie kijkt op deze manier naar jongeren.

De jongere wordt tijdens de consultatie vaak vergezeld door een derde partij, meestal een ouder. Dit wordt in onze studie hoofdzakelijk als nadelig en moeilijk beschouwd. Ook in de studie van Roberts et al. hebben de geïnterviewde artsen dezelfde ervaring hierover. De ouders hebben de neiging voor de jongere te praten en de jongere zal nog stiller en meer in zichzelf gekeerd overkomen, ze ervaren nog een grotere drempel om over hun problemen te praten. Dit kan voor spanning tijdens het consult zorgen, en zorgt bijgevolg voor een extra professionele uitdaging (2). Dit is een bevestiging van onze bevindingen.



Figuur 9: overzicht van zes belangrijke uitdagingen bij begeleiding van adolescenten, met aanduiding van de kenmerken die extra tot uiting komen bij adolescenten met mentale problemen (in vet gedrukt)..Voor elke uitdaging werd aangegeven hoe de huisarts hiermee probeert om te gaan. Hoe de huisarts dit ervaart wordt na de accolade beschreven, dit werd getoetst aan de literatuur. De bevindingen uit onze studie die verschillend zijn met de literatuur zijn cursief gedrukt.

Onzekerheid over diagnose en medicamenteuze behandeling

Detectie en aanmelding

Dat adolescenten met psychische problemen zelden professionele hulp gaan zoeken wordt in de literatuur bevestigd (5,15). Als de jongere met psychische problemen dan bij de huisarts komt, dan is dit vaak met een fysieke klacht (18,29,32). Er wordt gezien dat de patiënten met aanmeldingsklacht vermoeidheid, hoofdpijn of abdominale pijn in de voorgeschiedenis een grotere kans hebben op de diagnose depressie, angst of stress (dit onderzoek werd uitgevoerd bij 15- en 16-jarigen) (4). Adolescenten met psychische moeilijkheden zullen hun huisarts wel opzoeken, echter presenteren ze zich dan voornamelijk met fysieke klachten en zullen ze hun mentale klachten niet ter sprake brengen (15). Ook in onze studie komen deze resultaten naar voor.

De huisarts is één van de belangrijkste speler in het zorglandschap bij het detecteren van mentale problemen bij jongeren (38). Echter wordt gezien in onderzoek dat detectie van mentale problemen moeilijk verloopt.
In de richtlijnendatabase Federatie Medisch Specialisten wordt aanbevolen dat de huisarts adolescenten met aanwezigheid van risicofactoren gaat screenen voor depressie, en dit bij voorkeur door gebruik te maken van de DSM-IV schaal affectieve problemen. Er wordt dus niet aangeraden om iedere jongere te gaan screenen (39).
Uit onze studie blijkt dat twee huisartsen mentaal welbevinden actief navragen in elke consultatie met een adolescent. Vier huisartsen proberen indirecte tekenen van mentale problemen op te pikken. De aanpak werd door de huisartsen niet gestaafd met richtlijnen of literatuur, het is een aanpak die ze zelf verkiezen vanuit eigen ervaring. Geen enkele huisarts geeft aan theoretische kennis te hebben over screeningstools of welke jongeren het best gescreend worden voor mentale problemen.
De identificatie van jongeren met mentale problemen verloopt dus moeilijk. Uit onderzoek wordt vermoed dat niet geholpen willen worden en de huisarts niet als geschikte hulpbron zien mede aan de basis liggen van de moeilijke identificatie door de huisarts. Zoals de huisartsen in onze studie ook vermoeden spelen ouders een belangrijke rol in de signalisatie van mentale problemen, dit wordt ook bevestigd door een studie van Zwaanswijk et al (3).

Diagnose

In de literatuur wordt gezien dat de huisarts zich oncomfortabel voelt om diagnoses zoals depressie te stellen in deze leeftijdscategorie, de angst om een label te kleven en het psychiatrisch pad te bewandelen speelt hierbij een grote rol (10,14,17,18). Dit wordt ook bevestigd in onze studie.
Echter wordt in de literatuur gezien dat de huisarts moeilijk om kan gaan met patiënten bij wie geen echte psychiatrische diagnose kan gesteld worden. Dit zijn dan vaak puberteitsproblemen en reactieve problemen, zoals liefdesverdriet (14). In onze studie kan dit niet worden bevestigd. De huisarts is zich er heel goed van bewust dat de puberteit ook psychisch moeilijke periodes met zich meebrengt en beroept zich vooral op alarmsymptomen en reflectie van de problemen op meerdere facetten in het leven (bv. school, gezin, vrienden).

Het mentaal welzijn van een adolescent wordt sterk beïnvloed door hun context, zowel thuis als op school. Een arts gaat de context exploreren en betrekken in het diagnostisch proces. Een jongere kan psychologische problemen ondervinden wegens liefdesverdriet of moeilijkheden op school, zonder dat er echt kan gesproken worden van een diagnose depressie. Door over de huidige zorgen van de patiënt te spreken, zal de jongere meer inzicht krijgen in z'n problematiek en wat hen een (sociale) druk geeft. Zo zal ook oplossingsgericht denken gestimuleerd worden. Het is belangrijk om het onderscheid te maken tussen een psychiatrische diagnose en puberteitsperikels. Inzicht in dit onderscheid, zonder de mentale problemen te gaan minimaliseren is belangrijk. Deze inzichten zullen zowel de arts als de patiënt ten gunste komen. Dit wordt ook bevestigd in de literatuur. Als de arts geïnteresseerd is in de context en zal doorvragen, zal de jongere getriggerd worden verder na te denken over oorzaken van mentale problematiek en wat er allemaal in zijn/haar leven gebeurt. Als de arts geen aandacht heeft voor de context en enkel gaat kijken of de jongere in aanmerking komt voor een psychiatrische diagnose, zal dit de jongere minder gaan engageren na te denken en aan zichzelf te werken.

In de literatuur wordt gezien dat huisartsen die ervaren zijn in het stellen van psychiatrische diagnoses in z'n totale patiëntenpopulatie, zullen ook meer jongeren met psychische problemen diagnosticeren (4). Huisartsen die weinig tijd nemen voor de patiënt daarentegen zullen psychiatrische diagnoses missen. Om goed te luisteren, exploreren en evalueren is immers voldoende tijd nodig (12).

Behandeling

De huisarts probeert adolescenten met mentale problemen in eigen beheer te behandelen. Psychologische behandeling heeft voor de bevraagde huisartsen in deze studie de voorkeur. Als de huisarts medicatie noodzakelijk acht, wordt hiervoor steeds verwezen. Vooral de angst voor overmedicalisering is groot. Dit wordt zowel in de literatuur als in onze studie gezien (3,38). In een studie van Hetlevik et al. wordt gezien dat 20.4% van de meisjes en 17.9% van de jongens tussen 15-16 jaar met mentale problemen in de eerste week na consultatie wordt verwezen naar tweede lijn. Opmerkelijk is dat 41.7% geen verdere consultatie had bij de huisarts voor het mentaal probleem in het daaropvolgende jaar (37). Deze cijfers worden ook bevestigd door Nederlands onderzoek (40). Opmerkelijk is dat meer dan de helft van de adolescenten met mentale problemen geen medicatie werd voorgeschreven en niet werd doorgestuurd naar eerste of tweede lijn. Dit kan erop wijzen dat jongeren met mentale problemen nog steeds worden onderbehandeld. Echter kan dit ook betekenen dat voor sommige jongeren begeleiding door de huisarts of *watchfull waiting* volstaat (18). Hierover werd in onze studie geen informatie verzameld.

De studie van Benoit et al. onderzoekt het effect van een consultatie op een jongere. Bijna alle adolescenten voelen zich significant beter na een consultatie, zowel lichamelijk als psychisch. Dit effect was groter bij jongeren die mentale moeilijkheden ervaarden. De huisarts onderschat dus vaak het positief effect die ze hebben op jongeren (41).

Opvolging

In onze studie geeft de meerderheid van de huisartsen aan nauwe opvolging te willen voorzien voor adolescenten met mentale problemen. Dit houdt in dat er een nieuwe consultatie wordt voorzien, dit kan voor een therapeutisch gesprek zijn, voor opvolging medicatie… In een studie van Hetlevik et al. wordt gezien dat slechts 46.6% van de meisjes en 39.9% van de jongens met mentale problemen een vervolgafspraak in het komende jaar heeft gekregen (37). De vraag kan dus worden gesteld of huisartsen zich bewust zijn van de nood aan follow-up, maar dat het in de praktijk vaak moeilijk verloopt, of dat de huisartsen uit ons onderzoek meer opvolging voorzien. Dit kan niet worden afgeleid uit onze resultaten. Er wordt opgemerkt dat de huisarts zich bewust is van de nood aan nauwe follow-up, wat al een belangrijke stap is. Of de huisarts ook weet hoe dit best wordt aangepakt en de gesprektechnieken bezit om dieper op een psychologisch probleem in te gaan is onduidelijk. In de literatuur word gezien dat de diagnose van een psychiatrisch probleem, zoals depressie of angst, dat niet beïnvloed wordt door externe factoren, zoals drugs/alcohol/thuissituatie… een positieve impact heeft op follow-up. Ook ongespecificeerde psychologische problemen, het aantal consultaties voorafgaand aan het mentaal probleem en de hoeveelheid aan psychiatrische diagnoses hebben een positieve impact op de intensiteit van de follow-up. Hoe meer de huisarts in z’n praktijk patiënten met psychologische problemen ziet, hoe beter de opvolging werd voorzien (37).

Aanmelding en detectie – vergelijking met bestaande literatuur

• Als jongere zelf bij huisarts komt: aanmelding meestal fysiek van aard
• Meestal gebeurt aanmelding door derden, vooral de ouders
• *De huisarts gaat voor de detectie practice based te werk. De huisarts heeft onvoldoende wetenschappelijke kennis over detectie van mentale problemen bij jongeren*

Diagnose – vergelijking met bestaande literatuur

• De huisarts komt tot een werkdiagnose
=> Meerdere consultaties, voldoende tijd nemen voor patiënt
=> Vertrouwen van de adolescent is noodzakelijk
=> Gebruik van communicatieve technieken
=> Exploreren van context is noodzakelijk
• Onzekerheid over het stellen van diagnose, er wordt verwezen naar psychiater
• *Onderscheid maken tussen puberteit vs. psychiatrische aandoening lukt de huisarts goed, uit buitenlands onderzoek wordt geobserveerd dat huisartsen dit onderscheid moeilijk vinden*

Behandeling – vergelijking met bestaande literatuur

• Voorkeur voor psychologische behandeling
• Voor medicamenteuze behandeling wordt doorverwezen naar de psychiater
• *Nauwe opvolging wordt voorzien door de huisarts. Uit onderzoek blijkt echter dat slechts minder dan de helft van de jongeren een vervolgafspraak kreeg binnen het jaar*

Figuur 10: samenvatting van bevindingen over aanmelding, detectie, diagnose en behandeling, getoetst aan de literatuur. De bevindingen uit onze studie die verschillend zijn met de literatuur zijn cursief gedrukt.

Onzekerheid over samenwerking met tweede lijn

Voor de aanpak van mentale problemen bij adolescenten is samenwerking met andere gezondheidspartners erg belangrijk. De huisartsen bevraagd in dit onderzoek halen zowel het belang van samenwerking met eerste als tweede lijn aan.

In de studie van Hetlevik et al. wordt gezien dat ongeveer 20% van de adolescenten (15-16jaar) met mentale problemen wordt verwezen naar eerstelijnspartners. Voor 7% van de adolescenten woont de huisarts een multidisciplinair overleg bij (37). Ook in onze studie wordt gezien dat samenwerking met eerste lijn frequent is, de huisartsen ervaren een goede communicatie en samenwerking met eerstelijnspartners. Uit de literatuur wordt gezien dat goede samenwerking de kwaliteit van zorg verhoogt, zeker in deze leeftijdsgroep (37,42). Dit geldt ook voor de samenwerking met tweede lijn. Dit loopt volgens de bevraagde huisartsen in de praktijk heel stroef, wat voor de patiënt nadelig kan zijn.

Het gebrek aan vlotte toegang tot het zorglandschap is voor de bevraagde huisarts een bron van frustratie, dit wordt bevestigd in de literatuur (2,12,24). De geïnterviewde huisartsen hebben vaak het gevoel er alleen voor te staan. In de literatuur wordt gezien dat doorverwijzing naar tweede lijn moeilijk verloopt wegens lange wachttijden, frequente afwijzingen van doorverwijzingen en gebrek aan kennis over de structuur van jeugdgezondheidszorg (14). In onze studie worden als voornaamste oorzaken de wachttijden en moeilijke bereikbaarheid van de specialist voor overleg aangegeven. De gevolgen zijn nadelig voor de patiënt, bv. het noodgedwongen opstarten van medicatie door de huisarts.

Dat diagnosestelling en medicamenteuze behandeling snel wordt doorgestuurd naar tweede lijn wordt door de huisarts aangehaald als deel van goed geneeskundig handelen. De huisarts vindt dat diagnosestelling en medicamenteuze behandeling van psychiatrische problemen bij adolescenten dient te gebeuren in tweede lijn en dat de opvolging dan terug bij de huisarts kan doorgaan. De huisartsen betreuren de slechte samenwerking met tweede lijn, echter beseffen zij ook dat er voor de individuele huisarts weinig aan te doen valt. Dat er lange wachttijden zijn en de psychiater slecht bereikbaar is, valt buiten de macht van de huisarts. Het brengt de huisarts natuurlijk vaak in een lastige situatie, bv. bij onhoudbare (thuis)situaties waarbij de huisarts zich genoodzaakt voelt toch medicamenteus in te grijpen. De moeilijke samenwerking met tweede lijn leidt ertoe dat huisartsen handelingen stellen waar ze niet achter staan. Het is onaanvaardbaar dat de structurele problemen (het grote tekort aan kinderpsychiaters, acute bedden, financiële middelen binnen kinderpsychiatrie) de huisarts ertoe ‘dwingen’ acties te stellen waar hij zich niet bekwaam voor voelt. De vraag kan hierbij natuurlijk gesteld worden of diagnose en medicamenteuze behandeling inderdaad dient te gebeuren in tweede lijn. Kunnen huisartsen de aanpak van mentale problemen meer in eigen beheer gaan houden als wordt ingezet op theoretische kennis en betere samenwerking en overleg met tweede lijn?

Samenwerking – vergelijking met bestaande literatuur

- Goede samenwerking met eerste lijn
- Samenwerking met tweede lijn, zoals communicatie en bereikbaarheid, verloopt moeilijk.

Figuur 11: samenvatting van samenwerking, getoetst aan de literatuur. De bevindingen uit onze studie die verschillend zijn met de literatuur zijn cursief gedrukt.

Kennis van onzekerheden

Voorgaande onzekerheden maakt het voor de huisarts een uitdaging om adolescenten met mentale problemen te begeleiden. Het is duidelijk dat gebrek aan theoretische kennis in verschillende gebieden (communicatie, diagnose, medicamenteuze behandeling) leidt tot handelingsonzekerheid. Daarbij komt nog de moeilijke samenwerking met tweede lijn. Deze combinatie zorgt ervoor de huisarts de aanpak van mentale problemen bij adolescenten als zeer moeilijk ervaart en zich erg onzeker en alleen voelt.
Echter komt in deze studie wel duidelijk naar voor dat de huisarts zich bewust is van deze moeilijkheden. Elke huisarts in deze studie geeft aan dat vertrouwen winnen en communicatie moeilijk verloopt. Het is duidelijk dat elke huisarts voor zichzelf manieren probeert te vinden om de drempel te verminderen en de communicatie vlotter te doen verlopen.

Mogelijke interventies

Uit de literatuur en onze studie wordt geobserveerd dat huisartsen zich onzeker voelen over hun theoretische kennis over diagnose en behandeling van mentale problemen bij jongeren. Meer aandacht voor deze problematiek in de opleiding geneeskunde en het organiseren van bijscholingen kan de kennis van huisartsen vergroten (17). Er bestaat uitgebreide evidentie dat het krijgen van trainingen, goede interview-technieken en kennis van screeningsmethodes de huisarts helpen om mentale problemen te herkennen (2,3,12,14,18,23,39).

Er werden in verschillende landen, waaronder Nederland, reeds initiatieven genomen om de rol van de huisarts te versterken, namelijk werden huisartsen de mogelijkheid aangeboden om kennis uit te wisselen met tweede lijn (psychiaters). Ook werd samenwerking tussen eerste- en tweede lijn gestimuleerd (3).
Echter wordt in de literatuur gezien dat ook inzetten op de samenwerking tussen eerstelijnsspelers belangrijk is. Het inzetten van meer psychologen en sociaal werkers kan de mogelijke frustratie van weinig verwijsmogelijkheid binnen eerste lijn oplossen. Ook een betere manier van samenwerken en communiceren met elkaar zal de zorg positief beïnvloeden (3).

De terugbetaling van psychische hulp, zowel in eerste als in tweede lijn, is een belangrijk punt om toegankelijkheid te vergroten (3).

In de studies van Biddle et al. en Leavey et al. wordt de nood aan informeren van jongeren benadrukt, namelijk hen doen inzien dat de huisarts wel degelijk een rol kan spelen bij mentale problemen. Er wordt ook aangehaald dat het type hulp moet worden benadrukt (het niet farmacologische luik) (21,22). Het betrekken van huisartsen bij projecten op school zou een goede interventie kunnen zijn. Als de jongere de huisarts als goede bron voor hulp bij psychische problemen aanziet, kan de communicatie en het gesprek vlotter verlopen.

Bovendien moet aandacht worden besteed aan hoe adolescenten mentale gezondheid percipiëren. Hun idee over mentale gezondheid (cf. bovenstaand ‘normale mentale stress’ versus ‘echte mentale stress’ volgens jongeren) is de basis voor hun ziektegedrag, het herkennen van symptomen en het zoeken van hulp (11). Kennis over het zorglandschap is voor het zoeken van hulp uiteraard van belang.

Kennis van het bestaan van beroepsgeheim is voor de jongere erg belangrijk. Ze zullen de arts meer in vertrouwen durven nemen als ze weten dat ze de arts kunnen vertrouwen. Het is dus belangrijk dat de huisarts het bestaan van beroepsgeheim benadrukt tegenover de jongere. Het informeren kan ook hier gebeuren aan de hand van affiches of brochures (16,23).

Toekomstig onderzoek

Verder onderzoek naar hoe het beste kan gecommuniceerd worden met jongeren dient te gebeuren. Ook is onderzoek nodig naar de manier waarop kennis van huisartsen het best kan worden vergroot.
Verdere uitrolling en evaluatie van (buitenlandse) initiatieven voor nauwere samenwerking tussen eerste en tweede lijn in de aanpak van mentale problemen bij jongeren dienen te gebeuren.

Door inclusieproblemen was het niet mogelijk in deze studie om jongeren tussen 12 en 16 jaar met mentale problemen te interviewen over de rol van de huisarts. Dit blijft een hiaat in de literatuur.

Sterktes en zwaktes van deze studie

Er werden 15 huisartsen gecontacteerd, slechts 7 huisartsen wensten deel te nemen aan het onderzoek. Er moet rekening gehouden worden dat er mogelijkheid is dat vooral de geëngageerde huisartsen hebben deelgenomen aan het onderzoek.
Deze studie kadert binnen een eerste exploratie van hoe Belgische huisartsen omgaan met jongeren mentale problemen. Slechts zeven huisartsen werden geïnterviewd. Verder onderzoek met een groter aantal deelnemers kan meer inzichten geven.

Inclusieproblemen van adolescenten met mentale problemen

Het oorspronkelijk doel van deze masterproef was om jongeren met mentale problemen tussen 12 en 16 te gaan interviewen over de rol van de huisarts in hun ziekteproces, echter werden problemen bij de rekrutering ondervonden. Er was heel weinig respons van huisartsen op de oproep om jongeren met mentale problemen aan te spreken met de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. De weigering van deelname speelde zich vooral af op niveau van de zorgverlener. Heel weinig zorgverleners waren bereid om jongeren met mentale problemen aan te spreken.
Dit kan op meerdere manieren verklaard worden. Ten eerste zijn consultaties met jongeren met mentale problemen altijd moeilijke consultaties voor de huisarts, en dit op meerdere vlakken (cf. supra). De huisarts kan hier dan een drempel ervaren om de jongere te vragen deel te nemen aan een onderzoek. Anderzijds is het ook mogelijk dat de huisarts een beschermende rol wil opnemen. Jongeren met mentale problemen zijn een kwetsbare groep, ze ondervinden al een grote drempel om met de huisarts te gaan praten, dan zal de drempel om aan een onderzoek deel te nemen nog groter zijn.
Echter wordt ook bemerkt dat de huisartsen die hun jongeren hebben aangesproken om deel te nemen, steeds een negatief antwoord kregen.
Ook de covid-19-pandemie kan een grote rol gespeeld hebben, aangezien er reeds een grote druk werd gelegd op de gezondheidszorg door de pandemie en zorgverleners daardoor weinig tijd hadden om deel te nemen aan onderzoek.
Ook in ander onderzoek worden moeilijkheden ondervonden bij het rekruteren van jongeren. (24,43). Overprotectie van kinderen en jongeren door de zorgverlener is een gekend probleem in onderzoek (43).

In de literatuur is weinig gekend over de relatie tussen adolescent tussen 12 en 16 en de huisarts. Vermoedelijk kan dit deels verklaard worden door de moeilijke bereikbaarheid van deze groep voor onderzoek, zoals ook wij hebben ondervonden in deze studie.

Conclusie

De huisarts is de ideale persoon als eerste aanspreekpunt voor een adolescent met psychische problemen. De overgrote meerderheid van adolescenten ziet de huisarts minstens één maal per jaar. De huisarts is dus de ideale persoon voor de detectie van psychische problemen. Ook diagnose, behandeling en verwijzing zijn taken die de huisarts perfect op zich zou kunnen nemen. Echter ondervindt de huisarts grote onzekerheid op vier belangrijke gebieden, namelijk theoretische kennis, communicatie, diagnose en medicamenteuze behandeling en samenwerking.
Communicatie met de jongere verloopt vaak stroef. Het toepassen van goede communicatieve technieken is hier heel belangrijk. Het opbouwen van een vertrouwensband met jongeren verloopt ook moeilijker dan bij volwassenen. Eenmaal de huisarts tot het probleem is gekomen, verloopt het moeilijk om een diagnose te stellen uit angst om de jongere een label te geven. Psychologische behandeling wordt door elke arts in dit onderzoek aangeraden, echter wordt voor medicamenteuze behandeling altijd doorgestuurd naar de psychiater. De huisarts voelt zich wel comfortabel bij het opnemen van de opvolging. Dat communicatie, het stellen van een diagnose en het opstarten van een medicamenteuze behandeling moeilijk verloopt kan grotendeels verklaard worden door het ontbreken van theoretisch kennis over dit onderwerp. Zowel in de opleiding geneeskunde als in bijscholingen wordt hier weinig aandacht aan besteed. Ook het gebrek aan richtlijnen voor jongeren met psychische problemen speelt een belangrijke rol. Het ervaren tekort aan kennis leidt tot een handelingsonzekerheid. Ondanks wordt toch bemerkt dat de huisarts steeds geëngageerd is om de patiënt zo goed mogelijk te helpen.
Dat de samenwerking met de psychiater moeilijk verloopt, zorgt ervoor dat de huisarts met onzekerheden blijft zitten en het gevoel heeft alleen achter te blijven met het probleem. Lange wachttijden en moeilijke bereikbaarheid zijn de twee grootste pijnpunten. Samenwerking met eerstelijnspartners, zoals CLB en psychologen, verloopt wel goed. Dit komt de patiënt dan ook ten goede.
Om de aanpak van psychische problemen bij jongeren te verbeteren dient ingezet te worden op projecten om kennis en vaardigheden van huisartsen te vergroten en samenwerking met tweede lijn (overleg, kennis, bijscholingen…) te bevorderen.

Literatuurlijst

1. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet. 2007;369:1302–13.

2. Roberts J, Crosland A, Fulton J. Patterns of engagement between GPs and adolescents presenting with psychological difficulties: A qualitative study. British Journal of General Practice. 2014;64(622):246–53.

3. Zwaanswijk M, Van Dijk CE, Verheij RA. Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: Time trend analyses. BMC Family Practice. 2011;12.

4. Hetlevik Ø, Bjørnå CH, Lundring IT, Gjesdal S. Adolescents consulting general practitioners for psychological problems - A nationwide, register-based study in Norway. Family Practice. 2018;36(1):77–83.

5. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth friendly primare care servises how are we doing and what are the needs.pdf. The Lancet. 2007;369:1565–73.

6. WHO. The world Health Report 2001. Mentalhealth: new understanding, new hope. WHO. 2001;

7. Rickwood DJ, Daene FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? MJA. 2007;187(7):35–9.

8. Lifetime prevalance and age of onset distributions of DSM IV disorders in the national comorbidyty survey replication.pdf.

9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2005;62(June):593–602. Available from: http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.62.6.593

10. McGorry PD, Goldstone S. Is this normal?: Assessing mental health in young people. Australian Family Physician. 2011;40(3):94–7.

11. Biddle L, Donovan J, Sharp D, Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. Sociology of health & illness. 2007;29(7):983–1002.

12. O'Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: A systematic review of primary care practitioners' perceptions. British Journal of General Practice. 2016;66(651):e693–707.

13. Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: A conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. British Journal of General Practice. 2014;64(622):254–61.

14. Roberts JH, Crosland A, Fulton J. "I think this is maybe our Achilles heel…" exploring GPs' responses to young people presenting with emotional distress in general practice: A qualitative study. BMJ Open. 2013;3(9):1–7.

15. Tudrej B V., Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? European Journal of General Practice. 2016;22(4):247–54.

16. Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' view of helping professions a review.pdf.

Journal of Adolescence. 2007;30:639–53.

17. Vallance AK, Kramer T, Churchill D, Garralda ME. Managing child and adolescent mental health problems in primary care: taking the leap from knowledge to practice. Primary health care research & development. 2011;12(4):301–9.

18. Zwaanswijk M, Verhaak PFM, van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. Family Practice. 2005;22(5):498–506.

19. Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V, Eisele J, Rodgers S, Seifritz E, et al. Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. Journal of Nervous and Mental Disease. 2016;204(4):321–4.

20. Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR. Social influences on seeking help from mental health services, in-person and online, during adolescence and young adulthood. BMC Psychiatry. 2015;15(1):1–9.

21. Biddle L, Donovan JL, Gunnell D, Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: A qualitative study. British Journal of General Practice. 2006;56(533):924–31.

22. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: the help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). Journal of Adolescence. 2011;34:685–93.

23. Jacobson L, Richardson G, Parry-Langdon N, Donovan C. How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. British Journal of General Practice. 2001;51(471):811–6.

24. Leahy D, Schaffalitzky E, Saunders J, Armstrong C, Meagher D, Ryan P, et al. Role of the general practitioner in providing early intervention for youth mental health: a mixed methods investigation. Early Intervention in Psychiatry. 2018;12(2):202–16.

25. Carlisle J, Shickle D, Cork M, McDonagh A. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. Journal of Medical Ethics. 2006;32(3):133–7.

26. Earls F. Community factors supporting child mental Health. Child adolesc Psychiatr Clin N AM. 2001;10:693–709.

27. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization. 2003;81(8):609–15.

28. Leinonen JA, Solantaus TS, Punamäki R-L. Parental mental health and cildren's adjustment: the quality of maital interaction and parenting as mediating facotrs. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2003;44(2):227–41.

29. Jacobson L, Churchill R, Denovan C, Garralda E, Fay J. Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. Family Practice. 2002;19(4):401–9.

30. Sansone RA, Songer DA, Miller KA. Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-hard behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. Comprehensive psychiatry. 2005;46:117–20.

31. MD E-RK, DrMSc JKM, DrMSc A-LSM. Do neurological disorders in childhood pose a

risk for mental health in young adulthood? Vol. 40, Developmental Medicine & Child Neurology. 1998. p. 364–8.

32. Cullen W, Broderick N, Connolly D, Meagher D. What is the role of general practice in addressing youth mental health? A discussion paper. Irish Journal of Medical Science. 2012;181(2):189–97.

33. Katrina C, Bernard P. Child and adolescent mental health. child and adolescent mental health. 2004;9(1):21–4.

34. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological Medicine. 1997;27(1):191–7.

35. Tait RJ, French DJ, Hulse GK. Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2003;37(3):374–81.

36. Anjara SG, Bonetto C, Van Bortel T, Brayne C. Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: Psychometrics and practical considerations. International Journal of Mental Health Systems. 2020;14(1):1–13.

37. Hetlevik Ø, Bjørnå CH, Lundring IT, Gjesdal S. GP follow-up after first diagnosing psychological problems among adolescents: A nationwide register-based study. British Journal of General Practice. 2018;68(676):e794–802.

38. Iliffe S, Gallant C, Kramer T, Gledhill J, Bye A, Fernandez V, et al. Therapeutic identification of depression in young people: Lessons from the introduction of a new technique in general practice. British Journal of General Practice. 2012;62(596):174–82.

39. Federatie medische specialisten. Depressie bij jeugd. Available from: https://www.thuisarts.nl/depressie

40. Verhaak PFM, Dijk M Van, Walstock D, Zwaanswijk M. A new approach to child mental healthcare within general practice. 2015;1–10.

41. Tudrej B V., Heintz AL, Rehman MB, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. European Journal of General Practice [Internet]. 2017;23(1):183–90. Available from: https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1346077

42. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. British Journal of Psychiatry. 2013;202(SUPPL. 54):30–5.

43. Arnold LE, Ed M, Stoff DM, Ph D, Cook E, Mcmahon W, et al. Ethical Issues in Biological Psychiatric Research with Children and Adolescents. 1995;34(7):929–39. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199507000-00017

Bijlages

Bijlage 1: goedkeuring ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Pype
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-08651	NVT	26/11/2020	1/3

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

"WAT IS DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ ADOLESCENTEN MET MENTALE PROBLEMEN? - MaNaMa: Sofie Vanthuyne"

B.U.N.: B6702020000808

Diverse 1/10/2020 Vragen mbt. het interview
Rekruteringsmateriaal Voor de jongere + voor de volwassene
Begeleidende brief 1/10/2020
Antwoord onderzoeker 10/11/2020 Ontvangen dd 10/11 als antwoord op opmerkingen dd 30/10/2020
Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier voor volwassenen, voor kinderen vanaf 12 jaar
Adviesaanvraagformulier 23/9/2020

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Pype

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/11/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/11/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/11/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/11/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/12/2020.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/12/2020.

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 66
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

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

- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Peter Pype
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 05 06	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-08651	NVT	17/03/2021	1/1

Betreft :

Advies Amendement voor studie met als titel :
"WAT IS DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ ADOLESCENTEN MET MENTALE PROBLEMEN? - MaNaMa: Sofie Vanthuyne"

B.U.N.: B6702020000808

Geachte collega

Wij ontvingen uw aanvraag op 3/03/2021 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

-Begeleidende brief dd 2/3/2021
-Adviesaanvraagformulier versie 3 dd. 2.03.2021
-Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 1 dd. 2.03.2021
-Diverse:
Interview vragen
Amandement versie 1 dd. 2.03.2021

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité dd. 17/03/2021.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 20/04/2021.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien de informatie in dit (deze) document(en) relevant is voor de deelnemer aan het onderzoek dient het in die zin opgenomen te worden in een nieuw informatie en - toestemmingsformulier. In dit geval en zo wij hiervan nog niet in het bezit zijn, kregen wij hiervan graag een kopie.

Met collegiale groeten

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter Commissie voor Medische Ethiek

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
UZ Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

COORDINATOR
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36

STAFMEDEWERKER
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Gertjan De Kezel
T +32(09) 332 40 52
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88

NIEUWE INDIENINGEN
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

AMENDEMENTEN
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 05 06

INGANG 75
ROUTE 7522

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

Bijlage 2: protocol

AMENDEMENT

WAT IS DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ ADOLESCENTEN MET MENTALE PROBLEMEN?

Betreffende studie BC-08651, reeds goedgekeurd door ethisch comité 25/11/2020 werd een amendement ingediend.

De huisarts blijft de belangrijkste speler in het zorglandschap bij het detecteren van mentale problemen bij jongeren. Echter als de adolescent met mentale problemen de huisarts bezoekt, lijkt de identificatie van psychische problemen een uitdaging voor de huisarts. Een groot aantal van de diagnoses wordt niet gesteld. In een Nederlandse studie van Zwaanswijk et al. werd aangetoond dat huisartsen in 2008 bij 7.5% van de adolescenten een diagnose van een mentaal probleem stelde. Dit is een groot contrast met de prevalentie van mentale problemen, namelijk 14-22%. In de volwassen populatie blijkt het verschil tussen prevalentie van mentale problemen en het percentage die een diagnose van de huisarts krijgt, kleiner (respectievelijk 17.5% en 12.5%). Welke drempels ervaart de huisarts naar de adolescent toe? Er zal worden onderzocht hoe communicatie verloopt, hoe huisartsen omgaan met mentale problematiek bij jongeren en hoe huisartsen zelf hun ervaring en kennis inschatten hieromtrent.

Wegens sampling problemen wordt de doelgroep voor interviews uitgebreid met huisartsen. Door COVID-19 ervaren zorgverleners (zoals CLB, psychologen, psychiatrische centra…) reeds heel veel werkdruk, wat hen moeilijk te motiveren maakt om patiënten voor de studie te rekruteren. Verder zal uiteraard ook de gevoeligheid van het thema een rol spelen. De drempel blijkt nog groter om er met een onbekende onderzoeker over te spreken dan met de gekende en vertrouwde huisarts. Hierdoor werd besloten om naast de beperkte inclusie van patiënten eveneens huisartsen te includeren zodat ook drempels langs hun kant kunnen bevraagd worden.

Door zowel interviews af te nemen bij adolescenten als huisartsen zal een unieke kijk kunnen gegeven worden op de relatie tussen adolescenten en huisartsen en wat voor beiden als drempels binnen hun relatie worden ervaren.

<u>Methode</u>

Om de onderzoeksvraag ‘Wat is de rol van de huisarts bij adolescenten met mentale problemen?’ te beantwoorden, werd gekozen voor kwalitatief onderzoek met individuele interviews met de adolescent en de huisarts.

1. Patiëntenselectie
   Het rekruteren van de studiepopulatie van huisartsen zal georganiseerd worden via LOK-groepen van huisartsen in de buurt van de huidige HAIO-praktijk (Kortemark).
   Er zal een document met een toelichting over het onderzoek worden meegegeven. Dit document bevat toelichten over hoe en waar de interviews kunnen doorgaan en hoe lang die zullen duren, de mogelijkheid om de studie ten allen tijde stop te zetten

en dat het volledig vrijwillig en zonder vergoeding dient te gebeuren gebeuren. Er zal een *informed consent* moeten worden bekomen van de huisarts in kwestie.
Bij toestemming kan het interview plaats vinden in de huidige HAIO-praktijk (Kortemark), in de praktijk van de geïnterviewde huisarts of online (conform de COVID-19 maatregelen).
Er worden geen limiterende factoren m.b.t. leeftijd in acht genomen. Er wordt gestreefd naar een populatie van minstens 5 deelnemers. De huisarts dient uiteraard wel adolescenten met mentale problemen in de populatie te hebben, dit met een additionele voorwaarde dat de patiënt maximaal een jaar geleden met de aanmeldingsklacht 'mentale problemen' de arts heeft gecontacteerd.

2. Interviews
   Er zal gewerkt worden met semi-gestructureerde interviews. Aangezien geen gestandaardiseerde vragenlijst bestaat over dit onderwerp zal deze vragenlijst worden opgesteld door de HAIO aan de hand van literatuuronderzoek over dit onderwerp.

3. Analyse
   Het gesprek zal worden opgenomen, uitgetypt en geanalyseerd, waarna de opnames zullen worden vernietigd. De analyse zal gebeuren aan de hand van open en axiaal coderen.

<u>Keuze van proefpersonen</u>
Gezonde personen (huisartsen)
Leeftijd: geen limiterende factor
De huisarts dient uiteraard wel adolescenten met mentale problemen in de populatie te hebben, dit met een additionele voorwaarde dat de patiënt maximaal een jaar geleden met de aanmeldingsklacht 'mentale problemen' de arts heeft gecontacteerd.

<u>Informatie en toestemming</u>
Het gaat om wilsbekwame volwassenen.
De toestemming van de proefpersonen wordt bekomen na een klare en objectieve uiteenzetting van het onderzoek, namelijk schriftelijk en mondeling.
Het formulier voor schriftelijke toestemming werd in bijlage toegevoegd.

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: wat is de rol van de huisarts bij adolescenten met mentale problemen?

Beste,

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

Beschrijving en doel van de studie

De dienst geneeskunde en gezondheidswetenschappen, vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg voert een onderzoek uit naar de rol van de huisarts bij adolescenten met mentale problemen. Heel wat jongeren kampen tijdens adolescentie met mentale moeilijkheden, zoals somberheid en depressie, angst en stress-gerelateerde klachten. We merken dat veel van hen een barrière ondervinden om naar de huisarts te stappen met deze klachten. De huisarts blijft echter de belangrijkste speler in het zorglandschap bij het detecteren van mentale problemen bij jongeren. Als de adolescent met mentale problemen de huisarts bezoekt, lijkt de identificatie van psychische problemen een uitdaging voor de huisarts. Welke drempels ervaart de huisarts naar de adolescent toe? Er zal worden onderzocht hoe communicatie verloopt, hoe huisartsen omgaan met mentale problematiek bij jongeren en hoe huisartsen zelf hun ervaring en kennis inschatten hieromtrent.

Door zowel interviews af te nemen bij adolescenten als huisartsen zal een unieke kijk kunnen gegeven worden op de relatie tussen adolescenten en huisartsen en wat voor beiden als drempels binnen hun relatie worden ervaren.

Voor deze studie wordt op zoek gegaan naar huisartsen om samen in gesprek te gaan over hun visie, ervaringen, gedachten en gevoelens bij het begeleiden van adolescenten met mentale problemen.

Concreet zal één interview worden afgenomen, dit is een één op één gesprek. Dit zal ongeveer één uur duren. Dit kan doorgaan in uw praktijk of in de huisartsenpraktijk waar de onderzoeker werkt (Kortemark), of online (wegens COVID-19).

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

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

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Peter Pype.

Deze gesprekken zullen worden opgenomen en geanalyseerd. Bij het uitvoeren van de studie worden de gegevens uiteraard allemaal geanonimiseerd en worden de opnames na afloop allemaal vernietigd.

Toestemming en weigering

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten over hoe jongeren denken over de huisarts. Als barrières achterhaald kunnen worden, zullen interventies kunnen aangepast worden aan de nood van de patiënt.

Kosten

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

VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

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

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

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

Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de arts-onderzoeker. ☐

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

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

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

Bijlage 4: voorbereiding van het interview met de adolescent

Inleiding

- Kun je mij wat meer vertellen over jezelf?
    - Leeftijd
    - Leefsituatie: (gescheiden) ouders, broers/zussen
    - Opleiding
    - Hobby's

Perceptie van ziekte en gezondheid

- Als je denkt aan iemand die ziek is, aan wat denk je dan?
- Als je denkt aan iemand die gezond is, aan wat denk je dan?
- Behoren stress, gezinsproblemen… volgens jou tot ziek zijn?
- Wat zijn ernstige mentale problemen voor jou? Welke ziektes/aandoeningen horen daarbij?
- Hoe kun je inschatten of het gewone mentale stress is die bij het leven hoort of 'echt' mentaal ziek zijn?
- Bij wie kan je terecht als je ziek bent?
- Heb jij zelf momenteel lichamelijke klachten? Of heb je er gehad?
- Heb jij zelf momenteel psychische klachten? Of heb je er gehad?
- Denk je dat je ziek bent (geweest)?
    - Hoe zijn de klachten ontstaan?
    - Hoe zijn die klachten veranderd in de tijd? Wanneer en waardoor is voor jou het verschil tussen wel en niet ziek gekomen?

Coping

- Hoe kunnen de mensen die lijden aan een mentale aandoening ermee omgaan? Wat kun je zelf doen? Wat kunnen anderen doen?
- Wanneer zou iemand moeten worden behandeld voor bv. depressie? Wat houdt die behandeling in?
- Wat zijn jouw hulpbronnen?
    - Mensen?
    - Dingen om te doen?
- Ben je zelf hulp gaan zoeken? Wat is voor jou het moment geweest dat je dacht dat je hulp nodig had?
    - Hoe ben je hulp gaan zoeken? (heb je eerst met mensen in je buurt gesproken, ben je op internet gaan zoeken, via school…)
    - Had je al een idee over welke instanties allemaal bestonden?
- Wat of wie zorgde ervoor dat je wel hulp ging gaan zoeken?
- Wat zou een reden zijn om geen hulp te gaan zoeken?

De huisarts als hulpbron

- *Toegankelijkheid*
    - Vind je dat je met jouw gevoelens en moeilijkheden naar jouw huisarts zou kunnen gaan?
        - Wat houdt er je tegen?

        - Waarom zou je wel naar de huisarts gaan?
    - *Gedrag*
        - Hoe zou de huisarts zich moeten gedragen om je een goed gevoel te geven bij de huisarts? Welke houding zou de huisarts moeten aannemen?
            - Welke houding zou je afschrikken?
            - Hoe ervaar jij de houding van je eigen huisarts?
    - *Communicatie*
        - Wat zou de huisarts moeten zeggen om je goed te laten voelen bij de huisarts?
        - Wat zou de huisarts moeten zeggen om je af te schrikken?
        - Hoe ervaar je wat je eigen huisarts zegt? Voel je je daar goed bij of slecht?
        - Voel je je altijd op je gemak bij de huisarts?
        - Heb je de indruk dat de huisarts jou kan begrijpen?
    - *Beroepsgeheim*
        - Is beroepsgeheim belangrijk voor jou? Zou je de huisarts minder vertrouwen als er geen beroepsgeheim was?
        - Twijfel je soms dat de huisarts zich aan het beroepsgeheim zou houden?
        - Zou je je beter voelen bij de huisarts als iemand die je kent mee zou gaan?
    - *Perceptie van wat de huisarts weet en doet*
        - Aan welke ziektes/aandoeningen link je de huisarts vooral?
        - Wat zijn belangrijke redenen om in het verleden naar de huisarts te gaan?
        - Denk je dat je huisarts veel weet over stress, depressie, angst…?
        - En denk je dat je huisarts je zou kunnen genezen van die klachten?
        - Wat denk je zelf dat de behandeling is van deze klachten? Is dit iets waar de huisarts mee kan helpen? Zo nee, wie kan dan wel helpen? Zo ja, hoe dan?
        - Antidepressiva: hoe denk je daarover? Is dit iets waarmee je zou kunnen worden geholpen?
        - Hoe denk je dat de huisarts denkt over mentale problemen?
        - Hoe zal de huisarts reageren als je met mentale problemen komt? Wat is het ergste dat je verwacht? Wat is het beste?
    - Denk je dat het een verschil maakt om jong te zijn ipv. oud met deze problemen?
    - Bij jongeren die reeds naar huisarts zijn geweest
        - Wat verliep goed?
        - Wat verliep slecht?
        - Wat zou je anders willen?

Kennis van het zorglandschap

- Heb je enig idee waar je zou terecht kunnen als je problemen zou hebben met roken of drugs?
- Bij wie kan je terecht voor advies anticonceptie?
- Bij wie kan je terecht voor advies mbt levensstijl? (gewicht, roken…)

Bijlage 5: voorbereiding van het interview met de huisarts

1. Ik zou het willen hebben over je ervaringen met **consultaties met jongeren in het algemeen**
    a. Hoe **ervaar** je zelf de groep van 12 tot 16 jarigen op consultatie?
    b. Ervaar je een groot **verschil** in vergelijking met **volwassenen**?
    c. Welke soort **problemen** zie je vooral in deze leeftijdsgroep?
    d. Komt deze leeftijdsgroep **frequent** op consulatie? (hoeveel consultaties per week gemiddeld?)
2. Kunnen we wat dieper ingaan op **jongeren met mentale problemen** die op consultatie komen?
    a. Hoe vind je dit vakgebied?
        i. **Hoe presenteren** deze jongeren zich meestal?
        ii. Hoe verloopt **het stellen van diagnose? (richtlijnen**?)
        iii. Voel je je **comfortabel** bij het stellen van een **diagnose**?
        iv. Hoe verloopt het opstarten van een **behandeling**?
        v. Voel je je **comfortabel** bij het opstarten van een behandeling?
        vi. **Verwachtingen, genezing?**
        vii. Hoe vergaar je **kennis** in dit vakgebied? (bijscholingen, boeken, tijdschriften?)
    b. Hoe vind je het om **tieners alleen te zien/met iemand anders mee te zien**?
3. **Hoe pak je het aan** als je een jongere met vermoeden van mentale problemen bij je op consultatie hebt?
    a. Komt er voor jou een **voorbeeld** in je op?
    b. Hoe heb je dit aangepakt?
    c. **Wat ging goed? Wat was moeilijk?**
    d. Is het **anders** dan bij andere leeftijdsgroepen?
    e. **Wie** betrek je nog bij deze patiënten?
    f. **Communicatie**
        i. **Hoe** exploreer je dit onderwerp
        ii. Welke **houding** neem je aan? Wat is belangrijk in non-verbale communicatie?
        iii. Begin je over mentale problemen als de pt er zelf niet over begint?
4. Wat zijn jouw **ideeën** omtrent **depressie** en angst bij jonge mensen?
    a. Zie je dit **veel**?
    b. Is het **anders** dan bij andere groepen?
    c. Welke **opties** zijn er in **eerste lijn**?
    d. Wat doe je in zo'n geval?
5. Ben je van mening dat huisartsen een rol hebben binnen het **promoten** van **emotioneel welzijn** bij jonge mensen?

Bijlage 6: zoekstrategie literatuurstudie

Om geschikte artikels te vinden, wordt gebruik gemaakt van de zoekmachine Pubmed die artikels van de *MEDLINE*-databank weergeeft. Als eerste wordt de onderzoeksvraag in MESH-termen omgezet: '*mental disorder*', '*general practice of 'primary care' en 'adolescent'*. Er worden hiervoor 1215 resultaten gevonden.

Als enkel de resultaten van de voorbije 20 jaar worden weerhouden, worden nog 683 artikels gevonden.

Hierbij worden de artikels van Fallucco et al., Cullen et al., Rickwood et al., Hetlevic et al., Haller et al., Jacobson et al., McGorry et al., Biddle et al.,Vallance et al. en twee artikels van Roberts et al. en Zwaanswijk et al., weerhouden op basis van het abstract. De overige artikels waren ofwel niet toepasselijk op het onderwerp ofwel niet aan de orde in deze eerste fase van het exploreren van het onderwerp.

De voorgaande cijfers werden bekomen door de zoekactie uit te voeren in december 2020.

De weerhouden artikels worden zorgvuldig gelezen. De referenties van de artikels bieden verdere interessante artikels. Dit wordt het sneeuwbaleffect genoemd.

Bovendien worden gerelateerde artikels gevonden in Pubmed door de optie '*related citations'*.