Wat zijn de ideeën en verwachtingen bij artsen omtrent preventief screenen naar mentale gezondheid?

Mira Van Landuyt, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Stefan Heytens, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Veerle Piessens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025-2026

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

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

Inhoudstabel

1. Dankwoord 4
2. Abstract 5
3. Inleiding 6
4. Literatuurstudie 11
   4.1 Methodiek van de literatuurstudie 11
   4.2 Resultaten van de literatuurstudie 11
5. Kwalitatief onderzoek 14
   5.1 Methodiek van het kwalitatief onderzoek 14
      5.1.1 Onderzoeksvraag 14
      5.1.2 Doelstellingen 14
      5.1.3 Onderzoeksetting 14
      5.1.4 Onderzoekspopulatie 15
      5.1.5 Interventie 15
      5.1.6 Interviewguide 16
      5.1.7 Datacollectie en deelnemers 17
      5.1.8 Ethische aspecten 17
      5.1.9 Analyse 17
   5.2 Resultaten van het kwalitatief onderzoek 17
      5.2.1 Deelnemers & interviews 17
      5.2.2 Overzicht thema's 18
      5.2.3 Interesse in het algemeen welzijn en de link met aspecifieke klachten, eerder dan formele screening 19
      5.2.4 De doos van Pandora 21
      5.2.5 Ambiguïteit ten opzichte van de mind-body-connection 22
      5.2.6 Taal als beperkende factor 23
      5.2.7 Inzetten op het verhogen van zelfinzicht 25
      5.2.8 Inclusie op basis van een positieve ervaring 25
      5.2.9 'Hier ben je welkom!' 26
      5.2.10 Nood aan extra ondersteuning 27
      5.2.11 Verdere aanpak 28
6. Discussie 29
   6.1 Samenvatting en vergelijking met de literatuur 29
   6.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek 29
   6.3 Implicaties voor de praktijk 30

6.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek 30
7. Conclusie 31
8. Bronnen 32
9. Addendum 34
A. PRISMA 2009 Flow Diagram 34
B. Codeboom 35
C. Levensstijlroer 38
D. Informatie brief voor de deelnemers 39
E. Goedkeuring ethisch comité 43

1. Dankwoord

Na 9 jaar is het einde van onze studie hier. Doorheen de jaren kreeg ik veel steun uit mijn omgeving. Om te starten mijn opleiders die me vanaf in het begin alle vertrouwen gaven en me ondersteunden en stuurden doorheen dit proces. Van hen leerde ik de kneepjes van het vak en daar ben ik hen voor altijd dankbaar voor. Bij deze dankjewel aan Heleen, Lieve, Jasna, Nathalie, Bart en Patrick maar ook aan alle andere collega's van de praktijken van Geneeskunde voor het volk en groepspraktijk Fruithof. Daarnaast is er natuurlijk mijn persoonlijk netwerk, zonder hen zou het allemaal een heel stuk zwaarder zijn geweest. Een dankjewel aan mijn ouders, familie, mijn huisgenoot, mijn vriend en mijn vriendengroep! Maar ook mijn copromotor Veerle Piessens wil ik bedanken voor alle sturing en feedback. Dit eindresultaat is aan u te danken.

2. Abstract

Inleiding *Mentale gezondheidsproblemen komen frequent voor in de algemene populatie en vormen een belangrijke oorzaak van ziektelast wereldwijd. Ondanks de beschikbaarheid van effectieve behandelingen blijft een aanzienlijk deel van deze problemen ondergedetecteerd en onbehandeld. In de eerstelijnszorg presenteren patiënten zich bovendien vaak met lichamelijke klachten, waardoor onderliggende psychische problematiek niet altijd tijdig wordt herkend. Preventieve screening naar mentale gezondheid zou kunnen bijdragen aan een vroegere detectie en behandeling van psychische aandoeningen. De huidige literatuur toont echter uiteenlopende resultaten. Sommige studies rapporteren een verbeterde detectie van depressie en een toename in het opstarten van behandeling na screening, terwijl andere onderzoeken wijzen op een beperkt effect en mogelijke nadelen zoals overdiagnose en overbehandeling. Daarnaast bestaan er internationale verschillen in aanbevelingen rond systematische screening naar mentale gezondheid in de eerste lijn. Tegen deze achtergrond rijst de vraag hoe huisartsen zelf kijken naar het preventief screenen naar mentale gezondheid, bijvoorbeeld in het kader van een algemene check-up.*

Methode *Deze studie combineert een literatuurstudie met een kwalitatief onderzoek. Voor de literatuurstudie werden meerdere databanken geraadpleegd en werden uiteindelijk 27 relevante artikels geïncludeerd. Het kwalitatieve luik bestond uit semigestructureerde interviews met 21 huisartsen werkzaam in Vlaanderen, afgenomen door zeven huisartsen in opleiding. De interviews werden opgenomen, at verbatim getranscribeerd en thematisch geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode met behulp van het analyseprogramma MAXQDA 24.*

Resultaten *Huisartsen beschouwen mentale gezondheid als een belangrijk onderdeel van algemene gezondheid, maar brengen dit zelden systematisch ter sprake tijdens een algemene check-up bij asymptomatische patiënten. Screening wordt vaak geïnterpreteerd als het laagdrempelig peilen naar het algemeen welzijn van de patiënt via open vragen over bijvoorbeeld werk, gezin of stress. Belangrijke barrières voor systematische screening zijn tijdsdruk, hoge werkbelasting, beperkte doorverwijsmogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg en onzekerheid over de wijze waarop vragen naar mentale gezondheid best worden gesteld. Daarnaast ervaren sommige artsen terughoudendheid om mentale gezondheidsproblemen spontaan aan te kaarten uit vrees patiënten te bruskeren of problematiek te openen waarvoor onvoldoende tijd of ondersteuning beschikbaar is. Tegelijkertijd zien veel huisartsen een meerwaarde in het bespreken van mentale gezondheid, onder meer om zelfinzicht bij patiënten te bevorderen en het taboe rond mentale problemen te doorbreken.*

Discussie *Hoewel huisartsen het belang van mentale gezondheid erkennen, blijkt systematische preventieve screening in de praktijk beperkt toegepast te worden. Waar de literatuur zich voornamelijk richt op klinische uitkomsten zoals een vermindering van depressieve symptomen, hospitalisaties of suïcide, benadrukken huisartsen vooral het belang van het creëren van openheid binnen het consult en het versterken van de arts-patiëntrelatie. Structurele factoren zoals tijdsdruk, beperkte ondersteuning en het ontbreken van duidelijke protocollen vormen belangrijke barrières voor implementatie. Daarnaast speelt ook de onzekerheid over de juiste manier van bevragen en de vrees om problematiek te openen zonder voldoende opvolgmogelijkheden een rol.*

Conclusie *De resultaten suggereren dat systematische screening naar mentale gezondheid momenteel weinig ingebed is in de dagelijkse praktijk van huisartsen. Er lijkt echter wel draagvlak te zijn voor een meer laagdrempelige en geïntegreerde benadering, waarbij aandacht voor mentaal welzijn op een natuurlijke manier deel uitmaakt van het consult. Verdere ontwikkeling van praktische richtlijnen en versterking van multidisciplinaire ondersteuning binnen de eerstelijnszorg kunnen bijdragen aan een betere integratie van mentale gezondheid binnen preventieve consultaties.*

3. Inleiding

Wekelijks zien huisartsen patiënten die vragen naar een algemene check-up. Er is geen vaststaand protocol over de onderdelen van een dergelijke check-up. Intuïtief wordt er gedacht aan een bepaling van het gewicht, het meten van de bloeddruk en het uitvoeren van een bloedonderzoek. De vraag naar een check-up kan ook een gelegenheid zijn om te peilen naar mentale gezondheidsproblemen. Mentale gezondheid vormt immers een integraal deel van gezondheid en verdient aldus aandacht. Bovendien heeft onderzoek naar de agenda van patiënten met een vraag naar een algemene check-up aangetoond dat zorgen om mentale gezondheid een belangrijk aandeel hebben (1). Patiënten komen hier vaak niet in eerste instantie voor uit (1).

Onderzoek heeft aangetoond dat mentale gezondheidsproblemen veel voorkomen in de algemene populatie. Volgens cijfers van Gezond Leven zou 22% van de Vlamingen een diagnose van een psychische stoornis, daarop aanvullend toont Sciensano aan dat 33% van de Vlamingen een psychische stoornis ervaart. Hier worden ook mensen zonder officiële diagnose in meegerekend (2). Veel van deze problemen blijven onder de radar (3). Dit is een belangrijk probleem gezien de impact van mentale gezondheidsproblemen op hen die eronder lijden. De 'Global burden of Disease study' (4) toont aan dat depressie de belangrijkste oorzaak is van ziektelast door een niet fatale aandoening. Wereldwijd zou depressie aanleiding geven tot 46,9 miljoen DALY's (door beperking aangepaste levensjaren) (4). Veel mensen die lijden aan een depressie zoeken geen hulp. Onderzoek van Mekonen (4) heeft aangetoond dat maar 1/3 van de mensen met een depressie onder behandeling is, en dat van deze groep maar 40% een effectieve behandeling krijgt (4).

De eerste lijn speelt een rol in het vroegtijdig opsporen van mentale problemen en het laagdrempelig opstarten van therapie. Onderzoek uit het jaar 2000 heeft aangetoond dat de huisarts gemiddeld 50% van de psychiatrische aandoeningen niet herkent bij patiënten die zich met een reeks van verschillende klachten presenteren. Patiënten hebben de neiging om zich eerder met fysieke klachten te presenteren dan met emotionele klachten. Het wordt als huisarts als moeilijk ervaren om onderliggende psychiatrische aandoeningen te identificeren. Factoren die mee zouden spelen in de herkenning zijn: ervaringen in consultvoering, persoonlijke houding van de arts ten opzichte van de patiënt, het algemene gedrag van de arts tijdens het consult en zijn/haar nauwkeurigheid als clinicus (5). Dit samen met het feit dat patiënten zich vaak laattijdig presenteren maar ook omwille van lange wachttijden in de mentale gezondheidszorg, wordt vertraging opgelopen in het behandelingsproces (6). Wel dient ook rekening gehouden te worden met de resultaten uit het onderzoek van Simon. Hierin werd een groep asymptomatische patiënten uit de eerste lijn zowel door een huisarts als door een systematische vragenlijst gescreend op mentale gezondheid. 30 tot 50% minder patiënten werden gediagnosticeerd met een mentaal gezondheidsprobleem na screening door de huisarts. Echter bleek achteraf dat dit steeds ging over patiënten met een beperkt en zelflimiterend probleem. De vraag is dan ook of de screening met de vragenlijst tot onnodige diagnoses lijdt (7). Met deze dualiteit in het achterhoofd kan men zich de vraag stellen of het een meerwaarde is om te screenen naar mentale gezondheid.

Onderzoek naar het effect van screening is beperkt. Binnen het beperkte onderzoek zijn er dan eveneens tegenstrijdige resultaten. Enerzijds heb je onderzoeken die pleiten voor screening naar mentale gezondheid op basis van positieve resultaten die zij hebben gevonden. Onderzoek van de US Preventive Task force toont een stijging van de detectie van depressie van 10% zonder screening naar 47% met screening (8). Hetzelfde onderzoek van de US Preventive Services Task Forse (USPSTF) (9) werd herhaald in 2023 en toont een sneller herstel of een significante verbetering na 6-12 maanden bij screening. Er werd een beschermend effect gezien van screening waarbij er een risicoreductie van 40% was op het nog aanwezig zijn van depressie na screening, deze waarde is

gelijk aan de berekening in 2014. (10). Er zou een relatieve risicoreductie van 13 % zijn en een absolute risicoreductie van 9% in de proportie van patiënten met persisterende depressie. Het aantal patiënten dat je dus moet screenen zodat 1 patiënt er baat bij heeft is dus 11 (3) Dit effect zou bij ouderen minder significant aanwezig zijn. Zowel in 2014 en 2023 wordt een positief advies gegeven voor screening, hoewel wel opvalt dat in 2023 meer aangestuurd wordt op de noodzaak van verder onderzoek. Er wordt aangegeven dat met de huidige gegevens het onmogelijk is om de voor-en nadelen ten opzichte van elkaar af te wegen (9).

Een studie uit Taiwan toont aan dat de screening naar depressie een positieve invloed heeft op het aantal depressies waarvoor behandeling wordt opgestart, bij mensen die screening ondergingen was de kans op opstart van therapie 65% hoger. Dit onderzoek vond plaats op een dienst die in het kader van gezondheidspromotie gratis driejaarlijkse gezondheidscheck-ups aanbiedt voor volwassenen ouder dan 40 jaar (8). Er werd bovendien gezien dat ook patiënten die tijdens de screeningstest negatief scoren op depressieve klachten baat hebben bij deze screening. Met dank aan de informatie zullen zij in de toekomst sneller hulp zoeken bij mentale problemen (8). Het effect werd voornamelijk zichtbaar bij vrouwen, bij ouderen en bij stadsmensen. De stijging in de behandeling werd bevestigd in verschillende andere onderzoeken bij specifieke subgroepen: perinatale vrouwen, patiënten met chronische hart- en vaatziekten en patiënten in de eerste lijn (8, 11, 12). In die laatste groep werd gezien dat in een periode van 90 dagen na de screening therapie werd opgestart bij 69%, in plaats van bij 64% in de controlegroep (12). Zoals kan worden gezien is deze toename in behandeling momenteel nog beperkt. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn: het stigma voor het zoeken van hulp maar ook logistieke problemen zoals een tekort in aanbod (13). Verder toont dit onderzoek dat in de eerste 90 dagen na screening het aantal hospitalisaties toeneemt. Na die 90 dagen is er 7% minder kans op een hospitalisatie voor mentale gezondheidsproblemen in de gescreende groep in vergelijking met de controlegroep. Een mogelijke verklaring hiervoor is het detecteren van patiënten met ernstige problemen bij screening die direct advies krijgen om hulp te zoeken. De latere daling toont dat er sneller hulp wordt gezocht en gevonden waardoor hospitalisaties kunnen worden vermeden (8). Er moet wel met enige voorzichtigheid gekeken worden naar deze resultaten. Enerzijds is er het risico op overdiagnose. Er wordt niet gekeken naar de ernst van de klachten en de noodzaak voor therapie, er moet rekening gehouden worden met het bestaan van zelflimiterende problemen. Anderzijds is de onderzoeksgroep niet gerandomiseerd, de mensen die deelnemen aan een georganiseerde check-up zijn mogelijks niet representatief voor de algemene populatie.

Onderzoek onder leiding van Thombs (14) toonde geen verschil in depressieve symptomen na screening (14). Onderzoek van Simon (7) dat zich specifiek heeft gefocust op de eerste lijn context geeft aan dat het in deze context vooral gaat om zelfbeperkende en mildere vormen van mentale gezondheidsproblemen. Er wordt aangegeven dat inzetten op screening weinig effect heeft, dit onderzoek pleit om de focus te leggen op verhinderen van herval en intensieve follow-up van zij met een depressie (7).

Op het suïciderisico heeft screening geen invloed. De hazard ratio is gelijk aan 1,01. De systematische review van O'Connor (10) geeft aan dat op dit moment nog maar één onderzoek gekeken heeft naar directe resultaten van screening op daling van het suïcide risico. Ook hier werd geen bewijs gevonden (10). Wel dient daarbij aangevuld te worden dat uit algemeen onderzoek gekomen is dat vragen naar suïcidaliteit geen toename geeft van suïcidale gedachten. Er moet dus geen vrees zijn om dit te bevragen (10).

De wisselende resultaten en het beperkte onderzoek binnen dit thema, resulteert in uiteenlopende concrete aanbevelingen. Zo raden overheidsinstanties in het Verenigd Koninkrijk en Canada systematische screening niet aan (14). In de UK werd systematische screening toegepast tussen 2006

en 2013 door de UK Quality and Outcome Framework maar dit project werd gestopt door teleurstellende resultaten: per nieuwe diagnose van een depressie dienden 1000 mensen te worden gescreend en 700 mensen ondergingen screening per nieuw antidepressiva voorschrift (14). De USPSTF uit de Verenigde Staten raadt screening wel aan en dit sinds 2009 (10), de resultaten van hun grootschalige review werden hierboven beschreven (9, 10). De USPSTF pleit voor opleiding van het zorgpersoneel, getrainde therapeuten en controle over de screening. Hoewel het systeem grondig lijkt te zijn uitgewerkt, blijkt uit onderzoek van Thombs (14) dat er in de Verenigde Staten in de eerste lijn slechts tijdens 3% van alle consultaties gescreend wordt naar mentale gezondheid (14). Onderzoek van Thielke (15) geeft aan dat screening enkel zinvol is als erna effectieve therapie en follow-up kan worden aangeboden (15).

Aan patiënten werd gevraagd hoe ze het ervaren als de arts spontaan start over mentale gezondheid. Hieruit kwam voort dat patiënten dit als een opluchting zien (16). Op deze manier hebben ze het idee dat ze mogen spreken over mentale gezondheid en het niet langer voor zichzelf moeten houden. Er werd onderzoek gedaan naar de visie van de patiënten die positief testen op depressie via een screeningsprogramma. De patiënten geven aan blij te zijn over het feit dat ze actief benaderd worden voor screening. Ze geven aan vaak terughoudend te zijn om over hun problemen te praten hoewel ze hier wel behoefte toe voelen en vaak bewust zijn van hun disfunctioneren (17). Anderzijds geven deze patiënten echter ook aan moeite te hebben met de ziektegerichte diagnose van depressie, zij wijten hun klachten vaker aan externe psychosociale factoren (17).

Doorheen de jaren zijn er verschillende screeningstools ontwikkeld. De verschillende tools variëren in lengte en complexiteit. Onderzoek van Berwick (18) heeft aangetoond dat kortere vragenlijsten de kans verhogen dat ze worden toegepast, zonder dat er een significante daling is de detectieratio van onder andere depressie (18). Uit onderzoek van Pignone (3) blijkt hetzelfde, dit onderzoek stelt voor te screenen door het bevragen van anhedonie en de aanwezigheid van een depressieve stemming in de laatste twee weken. Deze vragen zijn afkomstig uit de DSM criteria voor depressie (3). Enkele voorbeelden van screeningstools zijn de WHO Weel-being index (19, 20) en de PHQ-9 (Patient Health Questionaire) tool (21, 22). Hieronder worden ze afgebeeld.

The WHO-5 questionnaire

Instructions:
Please indicate for each of the 5 statements which is closest to how you have been feeling over the past 2 weeks.

Over the past 2 weeks...	All of the time	Most of the time	More than half the time	Less than half the time	Some of the time	At no time
1 ... I have felt cheerful and in good spirits	5	4	3	2	1	0
2 ... I have felt calm and relaxed	5	4	3	2	1	0
3 ... I have felt active and vigorous	5	4	3	2	1	0
4 ... I woke up feeling fresh and rested	5	4	3	2	1	0
5 ... my daily life has been filled with things that interest me	5	4	3	2	1	0

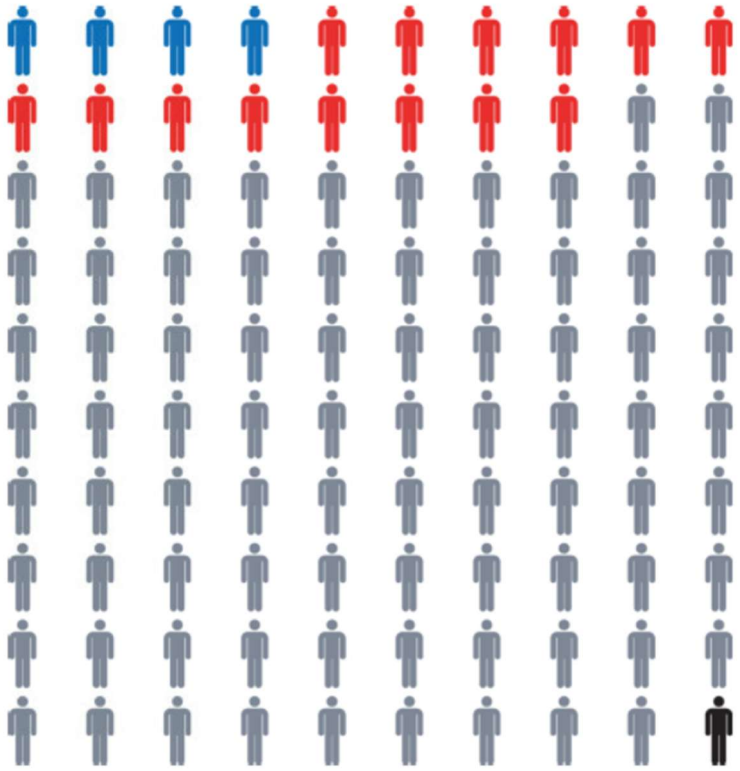
Scoring principle: The raw score ranging from 0 to 25 is multiplied by 4 to give the final score from 0 representing the worst imaginable well-being to 100 representing the best imaginable well-being.

Figuur 1: WHO-5 (20)

Over the *last 2 weeks*, how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

Figuur 2: PHQ-9 (23)

Naast deze screeningstools bestaan er nog verschillende anderen. Onderzoek van Thombs (14) stelt het gebruik van screeningtools echter in twijfel op basis van een review artikel. De reden die hiervoor wordt aangehaald is het 'zwart-wit'-denken van deze tools. Ze werden opgesteld om een hoge sensitiviteit en specificiteit te bereiken maar houden geen rekening met de kliniek, zo heeft niet iedereen van de positief gescreende patiënten baat bij therapie. Uit het onderzoek blijkt het volgende: bij screening met de PHQ-9 test zal 18% positief testen op depressie, 14% hiervan is echter vals positief (rood) en slecht 4% terecht positief (blauw). Bovendien zal er 1% onterecht negatief testen. Het gaat dus over 77% vals positieve patiënten, deze mensen zullen ten onrechte een diagnose krijgen en een therapie doorlopen (14) . Verder speelt ook overdiagnose een rol bij screening. Screeningstesten worden zo gemaakt dat ze gevoeliger zijn dan diagnostische testen. Mensen die bij een diagnostische test gemist zouden zijn, komen nu ook in aanmerking voor therapie. Hoewel er deze patiënten wel lijden aan mentale gezondheidsproblemen, zijn deze vaak mild en zelflimiterend. Therapie was niet nodig geweest. Therapie kan in kader van mentale gezondheid bestaan uit psychotherapie en/of medicatie. Zeker in kader van medicatie moet er rekening gehouden worden met eventuele bijwerkingen. Ook is er de maatschappelijke kost van therapie die niet vergeten mag worden. Ter volledigheid dient er ook rekening gehouden te worden met de vals negatieven: de patiënten die mentale problemen ervaren maar niet positief testen. Zij kunnen zich miskend voelen en ten onrechte geen therapie zoeken (24).



Figuur 3: Thombs (14)

Thombs (14) brengt hierbij aan dat het diagnostisch proces van depressie langer duurt dan een enkele consultatie. Het is belangrijk om als arts alert te zijn voor klinische cues die wijzen op een eventuele depressie, hierbij kan gedacht worden aan depressieve klachten (anhedonie, slapeloosheid, prikkelbaarheid, concentratieverlies), veelvuldig consulteren, onduidelijke medische klachten, overmatige middelengebruik maar ook een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van mentale gezondheidsproblemen. Eerder dan het gebruik van screeningstools wordt aangeraden om met de patiënten in gesprek te gaan over mentale gezondheid en alert te zijn tijdens consultaties (14).

Zoals hierboven duidelijk wordt, is het effect van screening op mentale gezondheid nog onvoldoende duidelijk. De studies die een positief effect tonen zijn afgenomen in specifieke populaties en tonen beperkte effecten. Daarentegen tonen die negatieve studies dat er een grote populatie dient te worden gescreend om voor een enkeling effect te hebben. Bovendien mogen de neveneffecten van screening niet vergeten worden. Eerder werd er al gesproken over overdiagnose en overbehandeling. Het blijkt moeilijk hier een algemene conclusie over te vormen. De verschillende onderzoeken gebruiken eveneens verschillende screeningsmethodes waardoor vergelijking lastig is (3). In deze masterproef wordt onderzocht hoe huisartsen denken over deze screening. De onderzoeksvraag van deze masterproef is dan ook: ‘Wat zijn de ideeën en verwachtingen van huisartsen omtrent screenen naar mentale gezondheidsproblemen in kader van de algemene check-up?’.

4. Literatuurstudie

4.1 Methodiek van de literatuurstudie

De inleidende literatuurstudie vat de reeds gekende informatie over screenen naar mentale gezondheid samen. Voor deze literatuurstudie werden de databanken van PubMEd, Embase, Google Scolar en Web of Science gebruikt. Artikels werden gezocht in de periode van 1 februari 2024 tot 24 maart 2026 . Om de artikels te vinden werden de volgende zoektermen gebruikt: 'depression and anxiety screening in primary care', 'check-up in primary care' 'general practice view on depression prevention' en 'mental health screening'.

4.2 Resultaten van de literatuurstudie

Bij de methodiek werd beschreven hoe de literatuurstudie werd gedaan. Op basis van deze bovenbeschreven methode werd een totaal van 57 artikels gevonden. Na het verwijderen van de duplicaten bleven er nog 55 over. Op basis van titel en abstract werden de artikels verder uitgeselecteerd. Om in de masterproef te worden geïncludeerd waren enkele criteria noodzakelijk. Zo werden enkel artikels opgenomen die geschreven waren in het Engels, Nederlands of het Frans en er moest een volledige tekst beschikbaar zijn. Er werd ook gekeken op basis van abstract en titel of het onderwerp relevant genoeg was voor deze masterproef. Op basis van deze criteria werden 13 artikels verwijderd. De overige artikels worden volledig doorgelezen. Na het doorlezen werden nog 15 verwijderd uit de databank. Enkele redenen hiervoor waren verouderde gegevens of irrelevantie qua onderwerp. Een uitgebreide beschrijving hiervan is te zien als addendum A. In totaal werden 27 weerhouden. Hieronder is een tabel te vinden met verdere informatie over de bronnen.

Bronnummer - naam auteur	**Publicatiejaar**	**Land**	**Soort studie**	**Huisartsensetting (ja/nee)**
1. Hunziker	2011	Zwitserland	Observationeel	Nee
2. Vlaams instituut gezond leven	2022-2025	België	Evidence review	Nee
3. Pignone	2002	Verenigde Staten	Evidence review	Nee
4. Mekonen	2021	Internationaal	Systematische review & meta-analyse	Nee
5. Railton	2000	Verenigd Koninkrijk	Kwalitatieve studie	Ja
6. Blackstone	2022	Verenigde Staten	Cohort / kwaliteitsverbetering	Ja
7. Simon & VonKorff	1995	Verenigde Staten	Cohort	Ja
8. Chen	2024	Taiwan	Target trial emulation	Nee
9. Barry	2023	Verenigde Staten	Evidence review	Nee

10. O'Connor	2023	Verenigde Staten	Systematische review	Nee
11. Nakamura	2023	Japan	Cohort	Nee
12. Pfoh	2020	Verenigde Staten	Cohort	Ja
13. Miller	2019	Verenigde Staten	Cohort	Nee
14. Thombs	2021	Internationaal	Review	Nee
15. Thielke	2007	Verenigde Staten	Narratieve review	Nee
16. Schatell	2016	Verenigde Staten	Opinie/beleidsstuk	Nee
17. Wittkampf	2008	Nederland	Survey	Ja
18. Berwick	1991	Verenigde Staten	Validatiestudie	Nee
19. Barua & Kar	2010	India	Cross-sectioneel	Nee
20. Topp	2015	Internationaal	Systematische review	Nee
21. Reynolds & Patel	2017	Internationaal	Editorial/beleidscontext	Nee
22. Costantini	2021	Internationaal	Systematische review	Nee
23. Kroenke	2001	Verenigde Staten	Validatiestudie	Ja
24. Dickinson	2018	Canada	Case report	Ja
25. Müller	2024	Verenigde Staten	Cross-sectioneel	Ja
26. Telford	2002	Verenigd Koninkrijk	Kwalitatieve studie	Ja
27. Diamond	2012	Verenigde Staten	Survey	Ja

Onderzoek heeft aangetoond dat er tussen praktijken een groot verschil is in screeningspercentage (25). Er zijn nog verschillende barrières die maken dat screening naar mentale gezondheid tot op heden regelmatig niet wordt toegepast. Zo spelen tijdstekort, het gebrek aan doorverwijsopties en het gebrek aan een protocol een rol. Uit kwalitatief onderzoek van Railton (5) blijkt dat veel huisartsen het idee hebben depressieve aandoeningen te missen door tijdsgebrek (5). Ook geven de huisartsen aan dat de samenwerking met de mentale hulpverlening niet vlot verloopt. Hierbij geven ze zowel het gebrek aan opties voor het vragen van advies maar ook de het gebrek aan doorverwijsmogelijkheden aan. Er is volgens dit onderzoek ook vraag naar overleg tussen de 1ste lijn en de mentale zorg. Onderzoek van Railton (5) geeft ook aan huisartsen aangeleerd hebben om zelfstandig en autonoom te werken. Het wordt vaak nog als een barrière gezien om multi- en of interdisciplinair samen te werken (5). Onderstaande tabel toont de obstakels in zorg voor patiënten met een depressie (26).

	Sometimes/ Often	Very often/ Always
How much of an obstacle is		
Not enough time	62.6%	33.6%
Too much work	66.5%	25.8%
Lack of provision of services to refer to	63.7%	21.1%
Difficulty in accessing services to refer to	66.9%	20.0%
Demands of people with severe mental illness	75.4%	10.7%
Poor quality of services to refer to	63.5%	10.0%
Not enough training—other professionals	74.8%	4.6%
Lack of skills—primary health care team	72.1%	3.9%
Not enough training—self	78.9%	3.4%

Respondents (n = 1703) could identify as many areas as they wished. The categories 'sometimes' and 'often' were combined, as were 'very often' and 'always'.

Figuur 1 Telford (26): obstakels in het bieden van zorg voor patiënten met een depressie

Onderzoek van Blackstone (6) heeft nagegaan op welke manier artsen kunnen gemotiveerd worden om screening toe te passen. Ze bereikten hogere waarden van screening door onder andere het ontwikkelen van een gestandaardiseerde screeningstool, het voorzien van educatie voor zorgverleners en een protocol met betrekking tot doorverwijzing. Na implementatie van deze stappen werd er een toename van screening met 22% gezien in vijf verschillende huisartsenpraktijken in het Verenigd Koninkrijk (6).

Onderzoek van Diamond (27) toonde aan dat 67 % van de artsen in de eerste lijn screent naar mentale gezondheidsproblemen bij jongeren bij het overgrote deel van de consultaties. Dit percentage zou tot 2,4 maal hoger liggen in stedelijk gebied in vergelijking met het platteland. Ook vrouwelijke artsen zouden meer geneigd zijn om te screenen naar mentale gezondheid, ook hier zien we een verhouding van ongeveer 2 in vergelijking met hun mannelijke collega's. Bij bevragen van de artsen worden volgende barrières aangegeven: een gebrek aan kennis en een gebrek aan financiële vergoeding. Dit onderzoek vond geen verschil in screening op basis van doorverwijsopties (27). Het onderzoek van Railton (5) geeft aan dat het toewijzen van patiënten aan een vaste arts zou helpen met het vlotter identificeren van depressieve aandoeningen. Door het voorzien van een sterkere arts-patiënt relatie konden huisartsen gemakkelijker veranderingen in gedrag ontdekken (5).

In deze masterproef wordt er gekeken naar wat huisartsen denken over screening naar mentale gezondheid en of ze dit zinvol achten om te koppelen aan een algemene check-up. Het onderzoek rond dit topic is tot op heden nog erg beperkt. Er werd zoals hier boven beschreven wel reeds onderzoek gedaan naar wat artsen nodig hebben om tot screening over te gaan en wat voor hen de barrières zijn. Dit onderzoek wil daarnaast meer informatie geven over hoe artsen de effectiviteit inschatten. Daar is voor zover de literatuurstudie ging nog geen informatie over beschikbaar.

5. Kwalitatief onderzoek

5.1 Methodiek van het kwalitatief onderzoek

5.1.1 Onderzoeksvraag

Preventie: wat zijn de ideeën en verwachtingen van de huisarts rond een algemene check-up?

Korte samenvatting:

Het overkoepelende thema van onze masterproef is een kwalitatief onderzoek rond het onderwerp van de algemene check-up. In kleine groepjes focussen we ons op verschillende deelaspecten, zijnde: de algemene check-up op vraag van de patiënt, de algemene check-up op vraag van de arts, het labo-onderzoek en screenen naar mentale gezondheid als onderdeel van de algemene check-up. Op basis van een topicguide zullen semigestructureerde interviews worden afgenomen bij een totaal van 21 huisartsen. Deze interviews worden getranscribeerd en met een thematische analyse verwerkt. Elke groep gaat met zijn specifiek deelonderwerp verder aan het werk.

5.1.2 Doelstellingen

Primaire doelstelling:

- Het krijgen van een ruimer beeld omtrent de visie van huisartsen met betrekking tot een algemene check-up op basis van kwalitatief onderzoek.

Secundaire doelstellingen:

- Een idee krijgen van de emotionele beleving van huisartsen als patiënten met de vraag komen voor een algemene check-up en wat de invloed hiervan op hun beleid is. (Onderzoek onder naam van Emma Borghart en Ine Vanden Bogaert met volgende onderzoeksvraag: Wat zijn de ideeën en verwachtingen van de huisarts omtrent een preventief labo, niet op vraag van de patiënt?)
- Een beeld krijgen van het beleid rond algemene check-up van huisartsen bij asymptomatische patiënten. (Onderzoek onder naam van Laura Rousseaux en Marie Ghyselen met volgende onderzoeksvraag: Wat is de ervaring en de aanpak van de arts bij een preventief consult (op vraag van de patiënt)?)
- Specifieker te weten komen welke aanvragen huisartsen doen bij een check-up labo en wat hun beweegredenen hierachter zijn. (Onderzoek onder naam van Zoë Ollevier en Andrea Dehaene met volgende onderzoeksvraag: Welke testen vraagt een huisarts aan bij een preventief labo en hoe communiceert deze hierover met een patiënt?)
- Een idee krijgen van de visie van artsen omtrent het preventief screenen naar mentale gezondheid als onderdeel van de algemene check-up. (Onderzoek onder naam van Mira Van Landuyt met volgende onderzoeksvraag: Wat zijn de ideeën en verwachtingen bij artsen omtrent preventief screenen naar mentale gezondheid?)

5.1.3 Onderzoeksetting

Op basis van interviews wordt een niet-interventioneel prospectief onderzoek (observationeel) gedaan. Het is een nationaal, multicentrisch onderzoek door studenten van de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent. De aanvraag aan de Commissie van Medische Ethiek van het UZ Gent werd reeds goedgekeurd.

Het praktische luik van de studie start na de goedkeuring van het Ethisch Comité. Er wordt data-gestuurd gewerkt, per periode wordt er gekeken of er al genoeg data is verzameld en of verdere

interviews nog nodig/relevant zijn. Uiteindelijk werden interviews afgenomen tussen mei en oktober 2025.

5.1.4 Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek worden huisartsen werkzaam in Vlaanderen geïncludeerd. Er wordt data-gestuurd gewerkt: er worden interviews afgenomen tot er voldoende gegevens zijn. Er wordt gestart met 21 huisartsen.

Inclusiecriteria:

- Huisarts
- Werkend in Vlaanderen

Exclusiecriteria:

- Huisartsen die nog in opleiding zijn

<u>Rekrutering</u>

De huisartsen worden door de HAIO's gecontacteerd en komen uit de ruime omgeving van hun werkgebied. Dit gebeurt via mail, via telefoon of in persoon. De huisartsen werden twee maal gecontacteerd: de eerste keer voor de uitnodiging en de tweede maal na afronding van de studie om de resultaten mee te delen. Bij de selectie van de huisartsen werd rekening gehouden met de diversiteit: er werden doelbewust zowel solo-artsen en artsen uit groepspraktijken gecontacteerd. Door de verschillende werkgebieden van de HAIO's werden artsen uit verschillende provincies gecontacteerd.

Alle deelnemende huisartsen krijgen een informed consent toegestuurd.

5.1.5 Interventie

- Elke HAIO interviewt een minimum van 2 huisartsen komende uit zijn/haar werkgebied. De huisartsen worden in persoon ontmoet. Op voorhand krijgen de huisartsen een informed consent toegestuurd met informatie over de studie. Het informed consent kan teruggevonden worden in de masterproef onder bijlage D. Voor de start van het interview krijgen ze nog extra uitleg over de manier van gegevensverwerking: zie hieronder.
- Het interview duurt maximaal 1 uur.
- Interviews met huisartsen
    - Van de geïnterviewde artsen wordt het volgende verzameld: naam, praktijkadres, emailadres, telefoonnummer, leeftijd, geslacht, aantal jaren werkervaring. Deze gegevens zijn enkel beschikbaar voor de onderzoekers en worden gepseudonimiseerd.
    - Elke participant ondertekent een informed consent-formulier (zie bijlage D). Verdere persoonsgegevens worden gepseudonimiseerd bewaard in een Excel-document. In de interviews zullen de artsen aan de hand van een unieke letter- en cijfercode benoemd worden. Dit door het combineren van het geboortejaar van geïnterviewde en zijn/haar initialen. In het Excel-document dat dient als key file staat de link tussen elke naam en de code.
- Alle interviews worden in eerste instantie opgenomen met een gsm of een laptop om dan later te worden getranscribeerd, dit manueel of via Amberscript. Enkel de transcripten zullen

worden bijgehouden, de geluidsopnames worden na transcriptie verwijderd. Elke interviewer maakt ook een kort rapport over het interview. Hierin schrijft hij/zij zijn/haar bevindingen over het interview.

- De documenten worden online opgeslagen via OneDrive (gezamenlijke map via UGent, beveiligd via CAS-login). De gegevens zijn niet essentieel voor de interpretatie van het onderzoek. De UGent vraagt de gegevens te bewaren tot minstens 5 jaar na publicatie van het onderzoek. Dit is dan ook onze beoogde bewaartermijn.

- De interviews worden gepseudoniminseerd via een vooraf afgesproken code in Excel. Dit document wordt ook bewaard op UGent OneDrive achter de CAS-login.

5.1.6 Interviewguide

De interviewguide werd opgesteld door de zeven studenten. Elk formuleerde enkele vragen binnen haar subthema om zo tot één grote vragenlijst te komen. De vragen zijn zo opgesteld om de geïnterviewden zo breed mogelijk te laten antwoorden. De resultaten van deze masterproef zijn afkomstig uit de het laatste onderdeel van de hier onderstaande vragenlijst:

- Intro
    - Doel
    - Transcriptie – pseudonimisatie
    - Wie ben jij?
    - Soort praktijk
    - Functie binnen praktijk
    - Aantal GMD's
    - Hoe vaak was er een vraag naar een algemene check-up de laatste 2 weken?
- Wat gaat er door je hoofd als de vraag komt van een check-up?
    - Zinvol?
    - Emoties
    - Onderdelen?
    - Weerstand of geen weerstand?
    - Wat speelt rol op al dan niet weerstand?
    - Bij wie wel/ bij wie niet?
    - Verborgen agenda bij patiënt?
    - Nood aan patiënteneducatie? Wat zou jou helpen?
- Bied je het zelf actief aan bij patiënten?
    - Bij wie?
    - Wie wordt gemist?
    - Evidentie?
    - Op basis van richtlijnen?
    - Wat zou jou hier bij helpen?
    - Wat zijn de eindpunten hiervan volgens jou?
- Labo-formulier
- Mentale gezondheid
    - Onderdeel van check-up?
    - Zinvol of niet zinvol? Evidentie? Denk je dat hiermee grotere problemen worden voorkomen?
    - Heb je hier al reeds iets over gelezen?
    - Bij wie eerder wel/ bij wie eerder niet?
    - Is dit taak van huisarts?

- Komen problemen soms als verrassing voor jou?
- Barrières?

5.1.7 Datacollectie en deelnemers

Elke student interviewde twee tot vier artsen. Alle studenten zijn HAIO's verbonden aan de Universiteit van Gent. De interviews zijn onderdeel van de masterproef binnen hun opleiding. De artsen zijn afkomstig uit verschillende provincies en zijn werkzaam is verschillende soorten praktijken. Het interview duurde maximaal een uur. De interviews vonden plaats tussen januari 2025 en 15 mei 2025. Alle interviews werden afgenomen in het Nederlands. De interviews werden opgenomen en achteraf getranscribeerd at verbatim. De transcriptie gebeurde door de 7 studenten. De artsen kregen geen vergoeding voor deelname aan deze studie.

5.1.8 Ethische aspecten

De studie werd goedgekeurd door de commissie van medische ethiek Universiteit Gent/UZ Gent op 28/11/202 (zie bijlage E). Alle deelnemers hebben voor start van het interview hun goedkeuring gegeven voor deelname aan de studie. In kader van de General Data Protection Regulation (GDPR) werden alle interviews gepseudonimiseerd. Enkel de studenten en hun promotoren hebben toegang tot deze informatie. Alle onderzoekers ondertekenden op voorhand een eenzijdige verklaring tot vertrouwelijkheid. Het AVA register wordt gedurende 20 jaar bijgehouden door de promotor van dit onderzoek.

5.1.9 Analyse

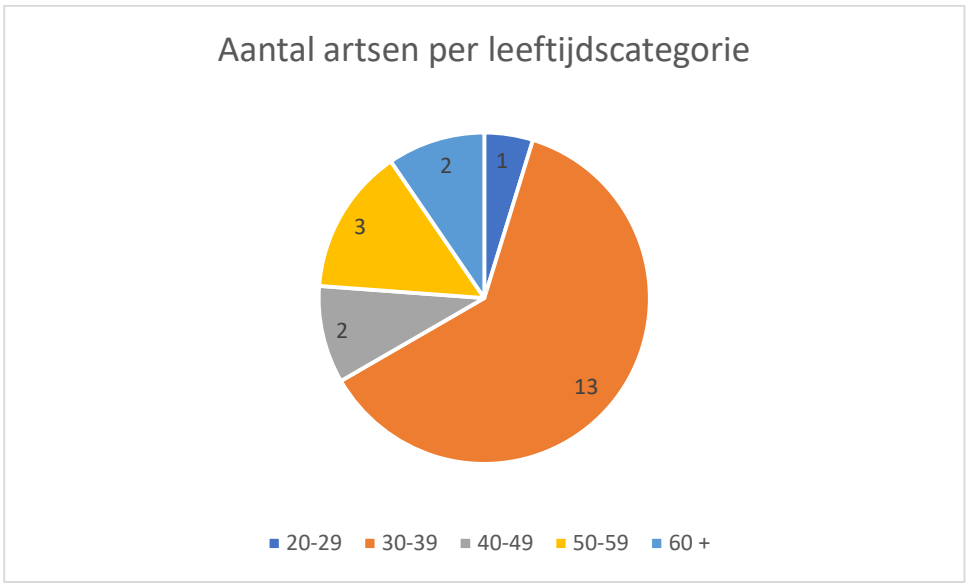
De getranscribeerde interviews worden geanalyseerd aan de hand van de QUAGOL methode. De analyse bestaat uit zeven verschillende fases. In fase 1 worden de interviews opnieuw beluisterd en het transcript nagelezen. Deze fase heeft tot doel om meer inzicht te krijgen in de dataset en een idee te ontwikkelen over de aangebrachte thema's. Tijdens deze fase worden essentiële elementen aangeduid door een opmerking in Word. In de tweede fase wordt op basis van de opmerkingen in word een narratief verslag gemaakt. In de derde fase wordt er op basis van het narratief verslag een conceptueel schema gemaakt. Op basis van codes wordt de verzamelde informatie concreter gemaakt. Vervolgens wordt in fase vier de tekst herlezen aan de hand van het conceptueel schema, er gebeurt een controle: is het schema goed? Zijn er nog aanpassingen nodig? Fase vier is dus essentieel als kwaliteitscontrole. In fase 5 worden de codes van de verschillende interviews vergeleken, er wordt nagegaan of er een overlap is en er wordt gezocht naar een overkoepeld schema. De definitieve lijst van codes wordt gedefinieerd in de zesde fase. Er wordt nagegaan of de lijst correct is en concepten worden concreet gemaakt. Er wordt nagegaan of er nog zaken missen. In de zevende fase worden de interviews aan de hand van de codeboom gecodeerd. Deze kan gevonden worden in bijlage B. In fase acht worden de verschillende codes verder uitgediept, de dimensies van elke code worden vastgelegd. In de negende fase wordt er tussen de codes gezocht naar overkoepelende thema's die dan in een tekst worden gegoten in de laatste fase.

5.2 Resultaten van het kwalitatief onderzoek

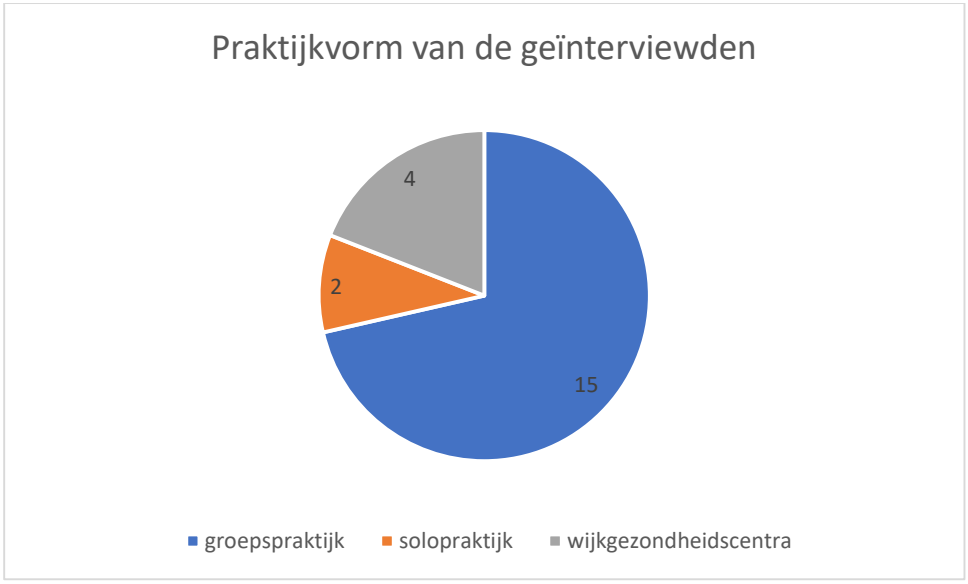
5.2.1 Deelnemers & interviews

Er werden 21 huisartsen geïnterviewd door 7 huisartsen in opleiding. De interviews duurden ongeveer 30 tot 60 minuten. De huisartsen hadden een gemiddelde leeftijd van 41 jaar. Hierbij kan een verdeling van de artsen per leeftijdscategorie worden gezien (Grafiek). De helft van de artsen was mannelijk, de andere helft vrouwelijk. Op twee artsen na waren alle artsen werkzaam in een groepspraktijk. Bij vier van de artsen was deze groepspraktijk een wijkgezondheidscentra (**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**. De huisartsen waren afkomstig uit vier verschillende provincies:

West-Vlaanderen, Oost- Vlaanderen, Vlaams Brabant en Antwerpen. Er werden zowel stedelijk als landelijk gelokaliseerde artsen betrokken in de studie.



Grafiek 1: aantal artsen per leeftijdscategorie



Grafiek 2: praktijkvorm van de geïnterviewden

5.2.2 Overzicht thema's

Interesse in het algemeen welzijn en de link met aspecifieke klachten, eerder dan formele screening
De doos van Pandora
Ambiguïteit ten opzichte van de mind-body-connection
Taal als beperkende factor
Inzetten op het verhogen van zelfinzicht
Inclusie op basis van een positieve ervaring
'Hier ben je welkom!'
Nood aan extra ondersteuning
Verder aanpak

5.2.3 Interesse in het algemeen welzijn en de link met aspecifieke klachten, eerder dan formele screening

Tijdens de interviews werd er als oriënterende vraag gepeild naar de onderdelen van een algemene check-up bij asymptomatische klachten. Geen van de 21 huisartsen geeft hierbij spontaan mentale gezondheid aan als een onderdeel. Verder werd bij de analyse opgemerkt dat de verschillende huisartsen de vraag naar screening van mentale gezondheid automatisch linken aan aspecifieke klachten. Er wordt uitgegaan van een verborgen agenda van de patiënt. De patiënten die het vragen, voelen zich algemeen niet goed en zoeken volgens de huisartsen hiervoor een verklaring. Deze huisartsen geven aan de patiënt bij presentatie zich zelf vaak niet bewust is van mentale gezondheidsproblemen en dat dit het achterliggend probleem kan zijn voor het algemeen onwel gevoel. Door het als huisarts te bevragen, kan hij/zij het zelfinzicht van de patiënt verhogen. Wel geven ze aan dat voor de acceptatie van de patiënt een lichamelijk onderzoek en een bloedafname nodig zijn om de fysieke component te kunnen uitsluiten.

"Ik denk dat er toch voor veel mensen wel een reden is om contact te zoeken. Dat ze zich algemeen niet goed voelen en dat ze een verklaring zoeken daarvoor. Ik heb de indruk dat dat de grootste reden is. Ik voel me niet goed, ik ga toch uitsluiten dat het iets lichamelijk is. En dat er niet veel mensen komen om een gesprek te hebben en dat als ingangspoort te gebruiken. Dat het meer het idee is van: ik wil wel echt weten of er iets scheelt, misschien voel ik mij daarom slecht. Dat er voor een deel wel mentale klachten achter kunnen zitten. Waar niet iedereen heel veel inzicht in heeft." – arts, geboortejaar 1989

"Ik merk heel hard dat mensen vaak komen met lichamelijke klachten maar dat het heel lang duurt vooraleer men dat psychisch luik soms wil bekennen of wil zeggen dat het eigenlijk niet lichamelijk is." – arts, geboortejaar 1987

"Bij mensen die vaak komen wel, omdat er dan dikwijls toch iets achter zit. Dus dan ga ik wel vragen van... Ik merk dat je je vaak zorgen maakt over je gezondheid. Je moet je algemeen vaak zorgen maken over andere dingen ook. En dan zo een gesprekje maken." – arts, geboortejaar 1972

Verder in de interviews wordt door sommigen aangehaald dat screening niet zinvol is omdat je als huisarts je patiënten goed kent en daardoor dus aanvoelt als er iets onderliggend is. Huisartsen voelen makkelijk aan als de patiënt zich anders gedraagt dan voorheen of ze gaan er van uit dat patiënten het spontaan wel zullen aangeven als er iets mis is omwille van hun vertrouwensband. Het zou dan ook makkelijker zijn om veranderingen op te merken als je als huisarts langer in een praktijk

werkt. Je bent dan meer vertrouwd met de kleine trekjes van je patiënten. Ook uit dit statement blijkt dat er van klachten wordt uitgegaan.

"Ik moet zeggen dat ik dat niet vaak dat erbij doe. Maar bijvoorbeeld ik had iets gelezen, ik denk in de artsenkrant. Dat ging over het bevragen van alcoholgebruik, slaap en stress bij een algemeen consult. Daar stond dat je met die vragen het consult kan opentrekken en dat je daar soms meer mee bent dan met een bloedafname." – arts, geboortejaar 1986

Wanneer artsen gevraagd wordt hoe zij momenteel naar mentale gezondheid peilen, beschrijft de meerderheid geen formele of systematische screening. In plaats daarvan gebeurt dit meestal via laagdrempelige, algemene vragen naar het welzijn van de patiënt. Door informeel te polsen naar hoe het met iemand gaat, krijgen huisartsen vaak relevante informatie over het mentaal welbevinden. Veel artsen geven aan dat deze vragen vaak spontaan en onbewust gesteld worden, zonder dat ze dit expliciet als screening beschouwen. Door één arts wordt de bloedafname als goede timing gezien om te bevragen naar het mentaal welbevinden. De arts in kwestie geeft aan dat de patiënt zo afgeleid is van de bloedafname en je door de vraag met de handeling te combineren ook geen tijd verliest. Voor haar is dit een belangrijke reden om de bloedafnames zelf te blijven doen.

"Ik bevraag ook echt wel het professionele, sociale en het familiale. Dat zijn zo 3 grote facetten waar mensen wel stress over kunnen hebben en het is vooral opletten bij mensen die op meerdere vlakken stress hebben. Als het op 1 vlak is kunnen ze dat meestal wel aan maar als het op meerdere vlakken is dan durf ik wel eens doorvragen van 'is het niet een beetje te veel aan het worden' of si of la." – arts, geboortejaar 1995

"Meestal ga ik daar niet specifiek naar vragen maar vraag ik aan de mensen van 'Hoe is het?'. Wat ik bijvoorbeeld vaak doe is tijdens mijn bloedafname eens babbelen met de mensen. 'Hoe is het? Hoe is het nog met de kinderen? Of met dit?'. En vaak komen bepaalde dingen dan wel aan bod. Ik denk dat dat ook de sterkte is van huisarts, dat je je patiënten kent en zij jou kennen en dat ze wel vlug eens gaan zeggen van 'Goh, het is druk op het werk' of 'ik heb veel stress'. Dat is natuurlijk aan ons als arts om daarop in te pikken en niet te zeggen van 'goh, iedereen heeft veel stress'. Dus komt dat aan bod? Het is niet dat ik dat heel specifiek ga bevragen van 'En hoe is het nog? Voel je je goed?' Alles nog oke?' Maar je gaat wel vragen van 'En hoe is het?'. En als de mensen zeggen van 'het is druk', dan ga ik daar wel op ingaan." – arts, geboortejaar 1990

"Ik denk dat we een tweetal korte vragen moeten stellen om daar toch even naar te peilen. Om te kijken of die persoon zich wel goed in zijn vel voelt. Ik denk dat wel, maar ik doe dat niet. Ik weet niet waarom." – arts, geboortejaar 1996

5.2.4 De doos van Pandora

Er werd de artsen gevraagd of ze het haalbaar zien om screening naar mentale gezondheid te implementeren in de algemene check-up. Als de meest gehoorde barrière werd tijds- en werkdruk benoemd. Veel artsen zien het als een mogelijkheid om met een korte vraag te peilen hoe het met hun patiënten gaat maar durven deze niet te stellen uit angst voor waar het hen zal leiden. Bij het naar boven komen van problemen willen ze hier gevolg aan kunnen geven, maar dat vraagt veel tijd: het uitklaren van het probleem, inzetten op gesprekstherapie, doorverwijzing naar een psycholoog. Als huisarts komen ze erg vaak in contact met deze problematiek, de huisartsen focussen zich vooral op de patiënten die zich hier spontaan mee aanbieden en gaan niet actief screenen bij een algemene check-up. Bovendien geven veel huisartsen aan dat de algemene check-up reeds een uitgebreid topic is om tijdens één consult te behandelen, mentale gezondheidsscreening past niet meer in de uitgerekende 15-20 minuten. Enkele huisartsen geven aan dat ze het ook moeilijk vinden de patiënt te onderbreken en aan te geven dat iets best in een volgend consult dient te worden besproken. Dit omdat ze voelen dat het voor patiënten vaak een drempel is hierover te spreken, door het verhaal te stoppen, zijn ze bang dat de patiënten zich beledigd zullen voelen en hier niet meer op terug zullen komen.

"Ik ben bang dat door de vraag te stellen een heel verhaal zal uitlokken, als ze dan tijdens zo'n consult ook hun hart gaan luchten, terwijl je weet dat de andere zaken ook al een kwartier in beslag zullen nemen, dan denk ik ojee, hier heb ik geen tijd voor'." – arts, geboortejaar 1986

"Ik denk waar dat de meeste huisartsen mee zitten is puur de praktische uitvoerbaarheid . Niet van dat ze dat niet willen doen, maar ja, van er is nu eenmaal een huisartsentekort. We worden meer en meer bevraagd voor alles en nog wat. Voor dat gewoon allemaal in 1 dag te krijgen. Dat dat het grote probleem is eigenlijk. Allez ja, heel goed om mensen preventief te zien, iedere twee weken, iedere 4 weken dat ze niet in een depressie vallen. Kun je zeker doen, maar je moet het wel gepland krijgen allemaal op 1 dag. Ik denk dat dat het grootste argument tegen is, er kruipt tijd in. Het is belangrijk werk, maar ja..." – arts, geboortejaar 1991

"Ik denk dat het grootste probleem is in een huisartsenpraktijk die goed draait: dat je dikwijls wel wat tijd tekort hebt. Natuurlijk, je kan zeggen van we pakken een praktijkverpleegkundige die dat allemaal oppakt en doet. Goed, maar dan geef je ook een deel van het werk dat je graag doet uit handen. Ik denk dat bij ons, om heel goede preventie te doen, de werkdruk te hoog ligt. We zijn veel te gefocust op curatieve geneeskunde, waar we ook voornamelijk in opgeleid worden, en minder in preventie." – arts, geboortejaar 1990

"Ik denk dat dat eigenlijk wel een belangrijk deel is van de huisartsgeneeskunde, omdat dat invloed heeft op het fysieke, maar er is wel wat druk op de agenda, het huisartsentekort is er ook. Dus ja, dat is dubbel. Je wilt jezelf ook niet extra werk geven." – huisarts, geboortejaar 1989

Verschillende huisartsen geven aan dat het gebrek aan doorverwijsopties voor hen een reden is om niet of minder te screenen naar mentale gezondheid. Voor de mensen die zich spontaan aanbieden zijn er reeds lange wachttijden voor mentale gezondheidszorg. Door preventief problemen op te sporen zijn ze bang 'de doos van pandora' te openen en er daarna geen weg mee te kunnen. Ze hebben het idee dat er veel problemen naar boven zouden komen maar dat ze geen oplossingen voor deze patiënten zouden kunnen bieden. Er wordt aangegeven dat dit probleem verholpen of kleiner kan worden door het aannemen van een eerstelijnspsycholoog in de praktijk.

5.2.5 Ambiguïteit ten opzichte van de mind-body-connection

Uit de interviews blijkt dat huisartsen een connectie zien tussen lichaam en geest, tussen fysieke en mentale gezondheid. De connectie met levensstijl wordt hier door verschillende artsen aangehaald. Patiënten die zich mentaal niet goed voelen, zullen minder bezig zijn met gezond leven en zo verschillende fysieke klachten ervaren. Ook chronische pijn is een topic waar de overlap duidelijk aanwezig is. Dit thema wordt door een arts de mind-body-connection genoemd. Een bepaalde arts had de link tussen de check-up en mentale gezondheid nooit eerder gelegd maar komt door het interview tot het inzicht dat dit toch belangrijk kan zijn. Als voorbeeld geeft hij de doelgroep jongeren aan. Ook andere artsen geven specifieke doelgroepen aan bij wie ze dit eerder zouden bevragen, zo komen ook zwangeren, vrouwen die pas bevallen zijn, ouderen, mensen onder psychofarmaca of mensen met een voorgeschiedenis van mentale problemen aan bod.

Verwonderd "Als ik denk aan een algemene check-up dacht ik niet eerder aan mentale problemen. Ik zit inderdaad volledig op het somatische spoor, terwijl dat dat ook wel een belangrijke is. Want bijvoorbeeld in de gezondheidsgids van domus medica zit dat volgens mij ook niet, het psychosociale stuk. Terwijl ik wel denk dat dat een belangrijke is, bijvoorbeeld voor jongeren." – arts, geboortejaar 1976

Hoewel de artsen mentale en fysieke gezondheid aan elkaar koppelen en daarom ervaren dat het bevragen van mentale gezondheid belangrijk is bij de algemene check-up, ervaren ze hierin een barrière. Verschillende huisartsen geven aan bang te zijn patiënten te bruskeren. Patiënten die komen voor een algemene check-up komen volgens de huisartsen met het idee om zich op lichamelijk vlak op punt te stellen. Door hen te vragen naar hun mentale gezondheid, zijn enkele huisartsen bang dat de patiënten het gevoel hebben dat ze hen niet serieus nemen. Ze vinden het ook een erg plotse overgang voor de patiënt om van het lichamelijke naar het mentale over te stappen. De angst om te bruskeren wordt als groter ervaren indien het gaat om een nieuwe patiënt. Er wordt tijdens een interview aangegeven dat ze het wel erg persoonlijk vinden om mentale gezondheid aan te halen. Bij een nieuwe patiënt zouden bepaalde huisartsen dit minder gemakkelijk aankaarten uit angst dat de patiënt zich oncomfortabel zou voelen.

Enkele artsen die wel reeds naar mentale gezondheid in het kader van een algemene check-up peilden geven aan dat de reactie hierop erg patiëntafhankelijk is. Voor sommige patiënten is dit een aanleiding om hun hart te luchten, anderen reageren kort en gaan verder niet in op de vraag. Er wordt enkel door geen enkele huisarts aangegeven dat de bevraging door patiënten als vervelend wordt ervaren. Zij die iets niet willen delen, zullen beperkt antwoorden. Wel wordt aangegeven dat het belangrijk is om het verhaal dan niet uit de patiënt te sleuren. Het aankaarten kan er voor zorgen dat mensen een volgende keer er wel over durven spreken. De patiënt beslist of ze ingaan op de vraag om hun verhaal te delen.

"Bij sommige mensen die heel open zijn, zal dat geen probleem zijn. Dat vliegt er allemaal uit als je vraagt hoe het is. Maar je hebt mensen, als je vraagt hoe is het dat ze gewoon antwoord, ca va. En als je dan niet doorvraagt, ga je het ook niet weten. Dat hangt er dan ook weer een beetje vanaf hoe gesloten of open je patiënt is. Langs de andere kant, het is ook niet evident als ze komen voor een bloedafname of andere check-up, dat je dan inderdaad begint doorvragen en voel je je depressief. Als ze dat totaal niet aangeven is dat wel zo een drempel denk ik voor iedereen om over te geraken om daar actief naar te vragen." – arts, geboortejaar 1983

5.2.6 Taal als beperkende factor

Een arts begint naar aanleiding van de vraag of zij screent naar mentale gezondheid spontaan te reflecteren over hoe de vraag op een natuurlijke doch systematische manier kan worden gesteld. Ze geeft aan dat het een kleine, korte vraag moet zijn maar twijfelt nog over de verwoording. Later in het interview geeft ze aan vaak te werken met patiënten met een taalbarrière, dit maakt dat ze duidelijke verwoording extra belangrijk vindt. Andere artsen vragen vaak ook naar familie of het werk om laagdrempelig het gesprek aan te gaan. Eén arts benadrukt specifiek dat systematiek belangrijk is in de bevraging zodat iedereen bereikt kan worden maar vermeldt erbij dat niet ten koste mag gaan van de doorleefdheid van de vraag. Uit eigen ervaring geeft ze aan dat sommige vragen als een checklist worden bevraagd maar dat de steller eigenlijk alleen een geruststellend antwoord aanvaardt. Het is belangrijk dat de ontvanger het idee heeft dat het antwoord steeds oké is, wat er ook komt.

"Ik vraag me af hoe je daarnaar vraagt. Langs de andere kant, wat wel zou kunnen, is dat je het net zoals de vragen... Drink je alcohol? Gebruik je drugs? Doe je iets van beweging? Dat je het in die lijst wel zou kunnen stellen. Als een kleine vraagje. Als een kleine vraag die iets gaat openen. En dat dat eindelijk een van je parameters is. Bij wijze van spreken dat je meerdere keren... Zoals temperatuur of bloeddruk, dat je meerdere keren bevraagt. Maar dan moet het een kleine, gemakkelijke vraag zijn. Waar mensen je goed op kunnen antwoorden. En dan weet ik niet of 'hoe het met je gaat' een goede vraag is... Zit je goed in je vel? Dat verstaan veel mensen ook niet." – arts, geboortejaar 1997

Twee huisartsen uit een meer stedelijk gebied geven spontaan de moeilijkheid van een taalbarrière aan. Eerder ging het al over hoe je de vraag best stelt aan patiënten. Dit wordt enkel moeilijker bij een verschil in taal. Het is moeilijk om over emoties te spreken als je een andere taal spreekt. Er gaan dan belangrijke nuances verloren.

"Je moet daar meer taal aan geven aan mentale problemen. Ook bij mensen die perfect Nederlands spreken zijn die woorden heel anders. Ja. Of mensen die niet goed in hun vel zitten of... Ja, het lastig hebben, down zijn, een dipje hebben. Je moet soms een vraag weer opnieuw stellen om... Ik denk dat taalbarrière zeker ook een belangrijke is." – arts, geboortejaar 1989

Als taal een beperkende factor is, maken bepaalde artsen gebruik van visuele schema's. Een voorbeeld hiervan is het levenstijlroer. Ze geven aan dat door de tool verschillende thema's aan bod komen: zingeving, spiritualiteit, beweging, middelenmisbruik. Ze proberen hier zelf ook steeds mentale gezondheid aan te linken. In de bijlage kan het levensstijlroer in detail worden bekeken (zie addendum C). Een andere arts gebruikt een visuele analoge schaal, hij geeft het volgende hierover aan:

"Wat ik dan wel soms vraag, heel algemeen is "op een schaal van 1 tot 10, hoe gelukkig ben je". Soms komt daar wel iets uit. Tussen 5 en 7 is struggling, en dat zien we toch regelmatig. En dat is dan wel een gemakkelijke stap om daar eens over te babbelen. En dan ben je op die manier in dat psychologische verhaal beland, wat toch ook geen onbelangrijke is." – arts, geboortejaar 1967

In de literatuur wordt er veelal verwezen naar het gebruik van vragenlijsten bij het screenen naar mentale gezondheid. Geen enkel van de geïnterviewde artsen staat achter het gebruik van een dergelijke vragenlijst. Ze hebben het gevoel dat dit een te groot instrument is bij asymptomatische patiënten en houden het liever op een laagdrempeligere vraag zoals hierboven beschreven.

"Ik denk dat dat een vragenlijst is. Voor mij is daar wel een drempel voor. Zeker voor een asymptomatische patiënt. Omdat ze daar... Ja, ik heb dan schrik dat ze

zich misschien verkeerd begrepen voelen van, nee, dat is niet mijn vraag. Dat mensen niet gemotiveerd gaan zijn om die in te vullen." – arts, geboortejaar 1989

5.2.7 Inzetten op het verhogen van zelfinzicht

De meest genoemde reden om in te zetten op screening naar mentale gezondheid is dat de bevraging ervan kan leiden tot een verhoging van zelfinzicht bij de patiënt. Ze hopen dat patiënten een connectie zullen kunnen leggen tussen de ongerustheid die ze ervaren op lichamelijk vlak en hun mentale gezondheid.

"Mensen zeggen dan, ah, ik ben zo vermoeid. Kan je geen bloed trekken want ik mag niet ziek worden. Nee. Want ik kan echt niet ziek worden, dat gaat niet met mijn werk. En dat is een moment dat ik dat wel kan bovenhalen. Want de vraag onder de vraag voor een labo is dan vaak, help, ik voel dat ik eigenlijk op mijn grenzen zit, maar ik voel dat er geen ruimte is om uit te vallen. Iets wat ik ook wel met mezelf vaak hoor zeggen, is van, ik verwacht en ik hoop ergens dat het resultaat van die bloedafname helemaal normaal gaat zijn. En hoe ga je je daar dan bij voelen? Ja, wel teleurgesteld. En dan probeer ik te zeggen, ja, inderdaad, want het zou wel heel fijn zijn als er zoiets is waarmee je een supplementje zou kunnen oplossen. Heel vaak is dat niet zo. Maar weet je, we gaan het nakijken en volgende week zien we elkaar terug. Dus ik heb al zo'n soort disclaimer ingebouwd in die eerste consultatie." – arts, geboortejaar 1986

Enkele huisartsen geven aan dat ze vermoeden dat door het preventief bevragen van mentale gezondheid bevragen de stap tot het aanvaarden van hulp en de start van een therapieproces kleiner wordt voor patiënten. Ze hebben wel twijfels over het feit of het een verschil zal maken op de nood aan opstart van medicatie.

"Ik denk dat mensen effectief minder naar een depressie afglijden of minder medicatie moeten nemen zoals antidepressiva en er bijvoorbeeld dan ook minder suïcide is omdat je er meer naar hebt gepeild." – arts, geboortejaar 1986

5.2.8 Inclusie op basis van een positieve ervaring

Enkele artsen geven spontaan een ervaring uit het verleden mee waarin ze merkten dat het laagdrempelig vragen naar mentale gezondheid van belang is. De ervaringen zijn verschillend. Eén arts dacht terug aan de COVID-pandemie waar er in haar praktijk veel werk wegviel. Met de vrijgekomen tijd hebben de artsen actief alle oudere patiënten opgebeld om te screenen voor eenzaamheid en mentale gezondheidsklachten. Ze vertelt dat dit een verrijkende ervaring is geweest en dat dit door de patiënten erg werd geapprecieerd. Ze geeft aan dat ze dit graag had verdergezet maar dat de werkdruk dit op dit moment onmogelijk maakt. Een andere arts geeft aan dat een discussie met een collega psychiater hem alert heeft gemaakt voor de screening. De psychiater zag de huisarts als belangrijke speler hierin. Na de discussie is hij zelf laagdrempelig patiënten binnen screenen en hij is verrast door de problemen die zo naar boven zijn gekomen.

5.2.9 'Hier ben je welkom!'

De artsen geven aan dat het hun verantwoordelijkheid is om te screenen naar mentale gezondheid. Doordat een huisarts een laagdrempelig aanspreekpunt is, vinden verschillende huisartsen het hun taak om naar mentale gezondheid te vragen. Ze hebben het idee dat patiënten hun verhaal nergens anders kwijt kunnen. Eén huisarts geeft aan dat het dan ook erg belangrijk is mentale gezondheid actief te bevragen. Zo weten patiënten dat er binnen de praktijk openheid is om dergelijke problemen te bespreken. Het creëren van een veilige plek wordt door verschillende huisartsen aangebracht. Ook geven ze aan dat het verhaal van de patiënt niet per se direct naar boven komt. Vaak komen mensen op een later moment eens terug of halen ze het aan bij een collega die ze bijvoorbeeld beter kennen. Het aangeven dat iets geen taboe is in de praktijk, zorgt dat mensen het aandurven zaken uit te spreken zodat problemen eerder kunnen worden opgepikt en behandeling sneller kan worden opgestart. Huisartsen van uit verschillende provincies werden geïnterviewd voor dit onderzoek. Er wordt door de huisartsen een duidelijk verschil gemerkt in de openheid van patiënten over mentale gezondheidsproblemen tussen de meer landelijke gebieden en de stad. Eén huisarts werkte zowel in Leuven als in de Westhoek en geeft aan dat mentale gezondheidsproblemen in de Westhoek nog taboe zijn.

"Ik denk dat sommige mensen wel met mentale struggles zitten en we dit niet altijd gemakkelijk vinden om bespreekbaar te maken en dat, als ik daar gewoon eens actief naar vraag, dat ineens die drempel weggenomen wordt. Ik denk inderdaad dat het kunnen benoemen, dat dat heel belangrijk kan zijn voor sommige mensen. Ik denk zeker en vast dat het mentale aspect of het psychologische aspect, het actief bevragen, dat er daar echt wel belangrijke klachten uitkomen waar mensen mee zitten, maar dat eigenlijk gewoon, omdat het nog niet benoemd is geweest, dat ze het eigenlijk niet altijd onmiddellijk durven melden. Ik denk inderdaad dat dat soms wel een belangrijke rol kan spelen. Zeker plaats voor. Ik denk dat het soms een doos opent, die lang gesloten geweest is." – huisarts, geboortejaar 1995

"Misschien ook al gewoon omdat je dan een ingangspoort biedt voor mensen om ermee te komen. Dat ze weten, ik kan er over spreken. Zeker als we het over de suïcidepreventie hadden in de vergadering. En hoe belangrijk het is om die vraag te durven stellen. Dat er geen taboes rond zijn. Dat je daarvoor ook huisarts bent. Ik hoor dat soms van patiënten die uit andere praktijken komen of een huisarts geweest zijn die dat niet expliciet benoemt heeft, niet per se dat die daar niet over wil spreken, of die dat niet expliciet bevraagt, dat ze dat wel goed vinden dat wij ook dat luik bespreken, dat er wel aandacht voor is. Ik denk dat dat op die manier ook al wel preventief kan zijn." – arts, geboortejaar 1989

De huisartsen denken niet dat het preventief screenen een verschil zal maken op de outcome van patiënten met mentale gezondheidsproblemen. Wel geloven ze dat het belangrijk is dat patiënten weten dat ze met deze problemen terecht kunnen bij hen als huisarts. Ondanks het feit dat ze niet

denken dat het een echt verschil maakt, zijn de meeste huisartsen wel van principe dat het belangrijk is een zaadje te planten bij de patiënt met de boodschap: je bent hier veilig, je kan bij ons terecht. Voor hen is dit een stimulans om het wel aan te kaarten.

Wat ook door verschillende huisartsen wordt aangegeven dat ze het bevragen zien als hun taak omdat ze hun patiënten goed kennen. Dit maakt het vragen naar mentale gezondheid gemakkelijker en als een automatisme. Ze geven aan dat ze bij hun vaste patiënten merken als het niet goed met hen gaat. Ze kunnen zo snel ingrijpen. De huisartsen geven aan dat dit gemakkelijker wordt als je langer werkt in een praktijk. Enerzijds doordat ze de kleine trekjes keren kennen van hun patiënten en zo veranderingen snel opmerken maar anderzijds ook omdat patiënten hen als vertrouwenspersoon aanzien. Deze attitude staat in feite los van de algemene check up en is onderdeel van de dagdagelijkse consultaties. De huisartsen geven aan dat het belangrijk is dat als je een verandering opmerkt in het gedrag van je patiënt je hen hier op moet aanspreken. Bovendien geven ze aan dat de informatie die je kan verkrijgen door een open vraag te stellen interessant is om een ruimere context van je patiënt te krijgen en deze informatie als aanknopingspunt te gebruiken voor een nieuw gesprek tijdens een ander consult.

"Maar dat is dan soms via een zijwegje en hoe langer je je patiënt kent, hoe makkelijker dat het ook wordt. Soms durf ik dan zeggen, je bent precies niet in je gewone doen, je bent precies anders, is er iets?" – arts, geboortejaar 1983

Een huisarts geeft ook aan dat ze het idee heeft dat ze als huisarts een rol kan spelen in de therapie. Ze geeft aan dat ze vroeger, toen de werkdruk minder hoog lag in haar praktijk, vaak met enkele gesprekken mensen er bovenop kreeg. Door problemen vroeg op te sporen, hoopt ze de noodzaak van doorverwijzing te vermijden.

"Ook omdat ik heel hard geloof dat er voor heel veel dingen geen psycholoog nodig is. Dat je veel dingen ook zelf kan oplossen, mits de juiste ondersteuning, de juiste tools, de juiste aanpak. Ik zeg altijd tegen mensen 'ik denk dat iedereen op elk punt van zijn leven een psycholoog kan gebruiken want er is altijd op elk punt iets dat speelt in je leven of dat niet goed loopt maar daarvoor heb je an-sich geen psycholoog nodig'. En je mag eens worstelen maar als je in de gewone flow van het leven zit, is dat helemaal prima. Als het echt problematisch is en je functioneren begint te hinderen dan is er wel een psycholoog nodig. Ik denk soms ook dat doordat wij weinig tijd hebben, dat wij snel naar een psycholoog doorverwijzen. Terwijl er ook veel dingen zijn waarmee je door een aantal gesprekken ook aan de slag kan gaan. Dat vind ik soms wel jammer." – arts, geboortejaar 1975

5.2.10 Nood aan extra ondersteuning

De verschillende huisartsen zijn werkzaam in verschillende praktijken. Er wordt door een huisarts verteld dat de manier waarop haar praktijk is opgebouwd, haar helpt om mentale gezondheid vaker aan bod te laten komen. Doordat ze binnen de praktijk kan doorverwijzen naar onder andere een psycholoog, een diëtist of verschillende activiteiten (een koor, een loopclub, een ouderengroep..)

heeft ze het idee ook een oplossing te kunnen bieden voor de problemen die zich zouden kunnen aanbieden. Later vertelt ze ook in het interview dat de verpleegkundige in haar praktijk een belangrijke rol speelt in de mentale gezondheidszorg. De verpleegkundige is opgeleid om psychologische consulten aan te bieden, zo kan de wachtlijst tot psychotherapie overbrugd worden en dit zonder de werkdruk van de huisarts te verhogen.

"Het voordeel in onze praktijk is... : we hebben een bewegingscoach in onze praktijk. We hebben een psychologe in onze praktijk. We hebben een diëtist in onze praktijk. Die er fulltime is. Dus we hebben zo heel veel. En dat allemaal gratis. Om laagdrempelig naar te verwijzen. We hebben ook heel veel groepssessies. We hebben ook het koor van de praktijk. Om de week op vrijdag. Dus mensen... Zeker rond eenzaamheid bij ouderen. Dan kunnen we mensen heel makkelijk verwijzen naar het koor. Of wandelingen doen we ook met de praktijk. Dus we hebben zo wel dingen om naar te verwijzen. En dat is wel handig. Of een mega meerwaarde voor patiënten. Ik denk dat dat wel een meerwaarde is. Omdat dat laagdrempelig is." – arts, geboortejaar 1997

Verschillende huisartsen geven aan nood te hebben aan een zorgpad of een stroomdiagram om de mentale gezondheidsscreening systematisch toe te passen. Uit de rest van hun interviews valt af te leiden dat zij deel uitmaken van praktijken waar veel protocollair wordt gewerkt. Ze verwijzen hierbij ook naar de rol die praktijkverpleegkundigen of eerstelijnspsychologen hier bij kunnen vervullen.

Eén huisarts geeft aan dat hij het niet de taak vindt van de huisarts om in te staan voor mentale gezondheid. Hij merkt op dat huisartsen hier te beperkt voor opgeleid zijn en dit dus best overlaten aan meer geschoolde mensen zoals psychologen.

"Dat is iets dat ik ook wel altijd duidelijk geleerd heb ten opzichte van mijn eerste jaar HAIO-schap is dat we nog altijd huisartsen zijn. We zijn nog altijd geen psychologen. We hebben daarvoor ook de vrijheid niet. Enerzijds de skills, de tools en ook gewoon het tijdbestek niet voor om in die mate psychologische ondersteuning te bieden. Ik zal het zo zeggen. Een luisterend oor en empathisch zijn, ik denk dat dat cruciaal is. Ik denk dat dat een eigenschap is van een goede huisarts, sowieso. Wij zijn niet in de mogelijkheid om wekelijks psychologische sessies in te plannen voor onze patiënten en dat is ook niet de bedoeling." – arts, geboortejaar 1995

5.2.11 Verdere aanpak

Er werden drie verschillende manieren van aanpak beschreven bij zij die preventief screenen naar mentale gezondheid. Bij het detecteren van een mentaal gezondheidsprobleem verwijst een deel direct door naar externe of interne hulpverleners zoals een psychotherapeut, een psycholoog of naar de organisatie 'bewegen op verwijzing'. Een ander deel vraagt de patiënt om op een nieuw consult te komen. Op deze manier hebben ze meer tijd om het probleem uit te klaren. Afhankelijk van hun bevindingen volgen de patiënten dan enkele gesprekken bij hen of worden ze alsnog doorverwezen. Een ander deel gebruikt de informatie die ze via de screening verkregen om een patiënt op een later

moment hierover aan te spreken. Eerder dan de patiënt hier actief voor terug te vragen, laten ze merken dat er openheid is om dit te bespreken en spreken ze de patiënt aan zodra die op eigen initiatief terugkomt.

6. Discussie

6.1 Samenvatting en vergelijking met de literatuur

Deze studie onderzocht hoe huisartsen denken over het preventief screenen naar mentale gezondheidsproblemen in het kader van een algemene check-up. Uit de interviews blijkt dat huisartsen mentale gezondheid beschouwen als een belangrijk onderdeel van de algemene gezondheid, maar dat systematische screening naar mentale gezondheidsproblemen momenteel zelden gebeurt in de praktijk. In plaats daarvan wordt screening vaak geïnterpreteerd als het laagdrempelig bevragen van het algemeen welzijn van de patiënt, bijvoorbeeld via open vragen over werk, gezin of stress. Daarnaast blijkt dat huisartsen de vraag naar screening vaak automatisch linken aan de aanwezigheid van aspecifieke klachten. Patiënten die vragen naar een algemene check-up worden door huisartsen regelmatig gezien als mensen die zich algemeen niet goed voelen en hiervoor een lichamelijke verklaring zoeken.

Hoewel huisartsen het belang van het bespreken van mentale gezondheid erkennen, ervaren ze verschillende barrières om dit systematisch te doen. De belangrijkste obstakels zijn tijdsdruk, hoge werkbelasting, onzekerheid over de manier waarop mentale gezondheid best bevraagd wordt en beperkte doorverwijsmogelijkheden naar geestelijke gezondheidszorg. Tegelijk geven huisartsen aan dat het bespreekbaar maken van mentale gezondheid kan bijdragen aan meer openheid binnen het consult en aan een groter zelfinzicht bij patiënten.

De bevinding dat huisartsen mentale gezondheid belangrijk vinden maar systematische screening slechts beperkt toepassen, sluit aan bij eerdere studies in de literatuur. Verschillende onderzoeken beschrijven gelijkaardige barrières, zoals tijdsgebrek, het ontbreken van duidelijke protocollen en beperkte samenwerking met geestelijke gezondheidszorg. Opvallend is dat huisartsen in deze studie screening niet zozeer beschouwen als een gestandaardiseerd instrument, maar eerder als een manier om het gesprek rond welzijn te openen. Deze interpretatie verschilt gedeeltelijk van veel studies in de literatuur, waar screening voornamelijk wordt geëvalueerd op basis van klinische eindpunten zoals het verminderen van depressieve symptomen, hospitalisaties of suïcide. De geïnterviewde huisartsen leggen daarentegen meer nadruk op relationele en communicatieve aspecten van de consultatie, zoals het creëren van vertrouwen en het doorbreken van het taboe rond mentale gezondheid.

Daarnaast blijkt uit deze studie dat huisartsen mentale en lichamelijke gezondheid sterk met elkaar verbonden zien. Patiënten presenteren mentale problemen vaak via lichamelijke of aspecifieke klachten, waardoor het herkennen van onderliggende psychische problematiek niet altijd evident is. Dit sluit aan bij literatuur die beschrijft dat mentale gezondheidsproblemen in de eerstelijnszorg vaak gemaskeerd worden door lichamelijke klachten. Tegelijk tonen de interviews dat huisartsen soms terughoudend zijn om mentale problematiek spontaan te bevragen uit vrees om de patiënt te bruskeren of om problematiek te openen waarvoor onvoldoende tijd of ondersteuning beschikbaar is. Deze spanning tussen het erkennen van het belang van mentale gezondheid en de praktische beperkingen van de eerstelijnszorg komt ook in andere studies naar voren.

6.2 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Een sterkte van deze studie is dat ze via kwalitatieve interviews een diepgaand inzicht biedt in de ervaringen en percepties van huisartsen rond screening naar mentale gezondheid. Door gebruik te

maken van semigestructureerde interviews konden deelnemers hun visie uitgebreid toelichten en kwamen verschillende nuances in hun denken naar voren.

Tegelijk kent deze studie ook enkele beperkingen waar rekening mee dient te worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten. Het gaat hier om een kwalitatief onderzoek met slechts een kleine populatie. Kwalitatief onderzoek is minder te generaliseren dan kwantitatief onderzoek en moet steeds kritisch worden beoordeeld. De analyse ervan is subjectief en participanten kunnen zelf kiezen wat ze al dan niet vertellen. In dit geval werd de analyse uitgevoerd door slechts één onderzoeker. Bepaalde informatie kan zij geïnterpreteerd hebben binnen haar eigen denkkader. Op deze manier kan eventueel informatie verloren zijn gegaan. De huisartsen zijn allen woonachtig in Vlaanderen, er is onderzoek nodig buiten de grenzen om het onderzoek algemeen te kunnen generaliseren. Verder kan opgemerkt worden dat er proportioneel meer jongere artsen werden geïnterviewd. Ook werden alle huisartsen zelf door de onderzoekers geselecteerd. De meeste onder hen kenden dan ook de onderzoeker en kunnen op die manier beïnvloedt zijn in het geven van de antwoorden. De interviews werden afgenomen door zeven verschillende onderzoekers. Gezien elk van deze onderzoekers zich op voorhand op een ander subonderdeel van de algemene check up heeft ingelezen, hebben ze elk met een andere focus de vragen gesteld. Bij bepaalde interviews werd daardoor minder ingegaan op het onderdeel mentale gezondheid, wat voor het verlies van resultaten kan gezorgd hebben. Met dit alles dient rekening gehouden te worden bij de interpretatie van de resultaten.

6.3 Implicaties voor de praktijk

De resultaten van dit onderzoek suggereren dat er in de eerstelijnszorg ruimte is om mentale gezondheid meer structureel te integreren in preventieve consultaties. Huisartsen geven aan dat het bespreekbaar maken van mentale gezondheid een belangrijke rol kan spelen in het verhogen van het zelfinzicht van patiënten en het doorbreken van het taboe rond psychische problemen. Dit is een belangrijk verschil met de literatuur waar vooral gefocust wordt op harde eindpunten zoals daling van het aantal mensen met mentale problemen, het aantal hospitalisaties, het suïcideaantal etc.

De resultaten van deze studie suggereren dat het bespreken van mentale gezondheid in de huisartsenpraktijk eerder gebeurt via een laagdrempelige en informele benadering dan via systematische screeningsinstrumenten. Veel huisartsen geven aan dat het polsen naar het algemeen welzijn van patiënten – bijvoorbeeld door te vragen naar stress, slaap, werk of gezinssituatie – een natuurlijke manier is om mentale gezondheid ter sprake te brengen. Deze aanpak sluit aan bij de patiëntgerichte aard van de huisartsgeneeskunde, waarin de langdurige arts-patiëntrelatie en kennis van de context van de patiënt een centrale rol spelen.

Daarom kan het in de praktijk nuttiger zijn om in te zetten op het versterken van communicatieve vaardigheden van huisartsen rond het bespreken van mentale gezondheid, eerder dan op het implementeren van systematische screeningsprotocollen. Ook organisatorische ondersteuning, zoals voldoende tijd in consultaties en een goede samenwerking met andere zorgverleners, kan hierbij een belangrijke rol spelen.

6.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Toekomstig onderzoek kan verder verkennen op welke manier mentale gezondheid het best besproken kan worden binnen de context van de huisartsenpraktijk. Aangezien de resultaten van deze studie suggereren dat huisartsen eerder kiezen voor een informele en contextgerichte benadering, lijkt het zinvol om na te gaan hoe dergelijke laagdrempelige gesprekstechnieken optimaal kunnen worden geïntegreerd in de consultatie.

Daarnaast kan verder onderzoek zich richten op het ontwikkelen en evalueren van praktische strategieën die huisartsen ondersteunen bij het spontaan bevragen van mentaal welzijn, zonder dat dit noodzakelijk gebeurt via uitgebreide screeningsinstrumenten. Dit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op korte gespreksopeners, eenvoudige checkvragen of consultatiestructuren die ruimte creëren om psychosociale aspecten te bespreken.

Ook zou toekomstig onderzoek kunnen nagaan hoe patiënten zelf deze verschillende benaderingen ervaren. Het is mogelijk dat patiënten zich meer op hun gemak voelen bij een open gesprek over welzijn dan bij het invullen van een formele vragenlijst. Inzicht in de perspectieven van patiënten kan daarom helpen om strategieën te ontwikkelen die beter aansluiten bij hun verwachtingen en noden.

7. Conclusie

Deze masterproef behandelde de vraag hoe huisartsen denken over de screening van mentale gezondheid en de rol daarvan binnen de algemene check-up. Uit de literatuurstudie kwamen erg wisselende resultaten en kon de effectiviteit van screening niet concreet worden aangetoond. Momenteel is er in België ook geen aanbeveling voor de systematische screening naar mentale gezondheid. De meerderheid van de huisartsen vinden mentale gezondheid een belangrijk onderdeel van de algemene check-up. Als belangrijke stimulansen geven ze aan dat het de taak is van de huisarts om aan te geven dat mentale gezondheid geen taboe is, dat de patiënten veilig zijn bij hen. Ook zien ze het als hun taak om de onderliggende bezorgdheid bij de vraag naar een algemene check-up verder uit te klaren. Als belangrijkste barrière wordt tijdsgebrek aangeduid. Verder kwamen taalbarrière, de angst om de patiënt te bruskeren en het gebrek aan opleiding aan bod. Huisartsen geven aan nood te hebben aan een protocol om dit op systematische wijze te kunnen doen. In de literatuur werd vooral gekeken naar de eindpunten: effectieve therapie, minder depressies, minder suïcide, minder hospitalisaties. De geïnterviewde huisartsen schatten het effect op die eindpunten in als minimaal. Zij screenen voornamelijk met het idee om het taboe rond mentale gezondheid weg te halen. Verder willen ze het zelfinzicht bij hun patiënten verhogen.

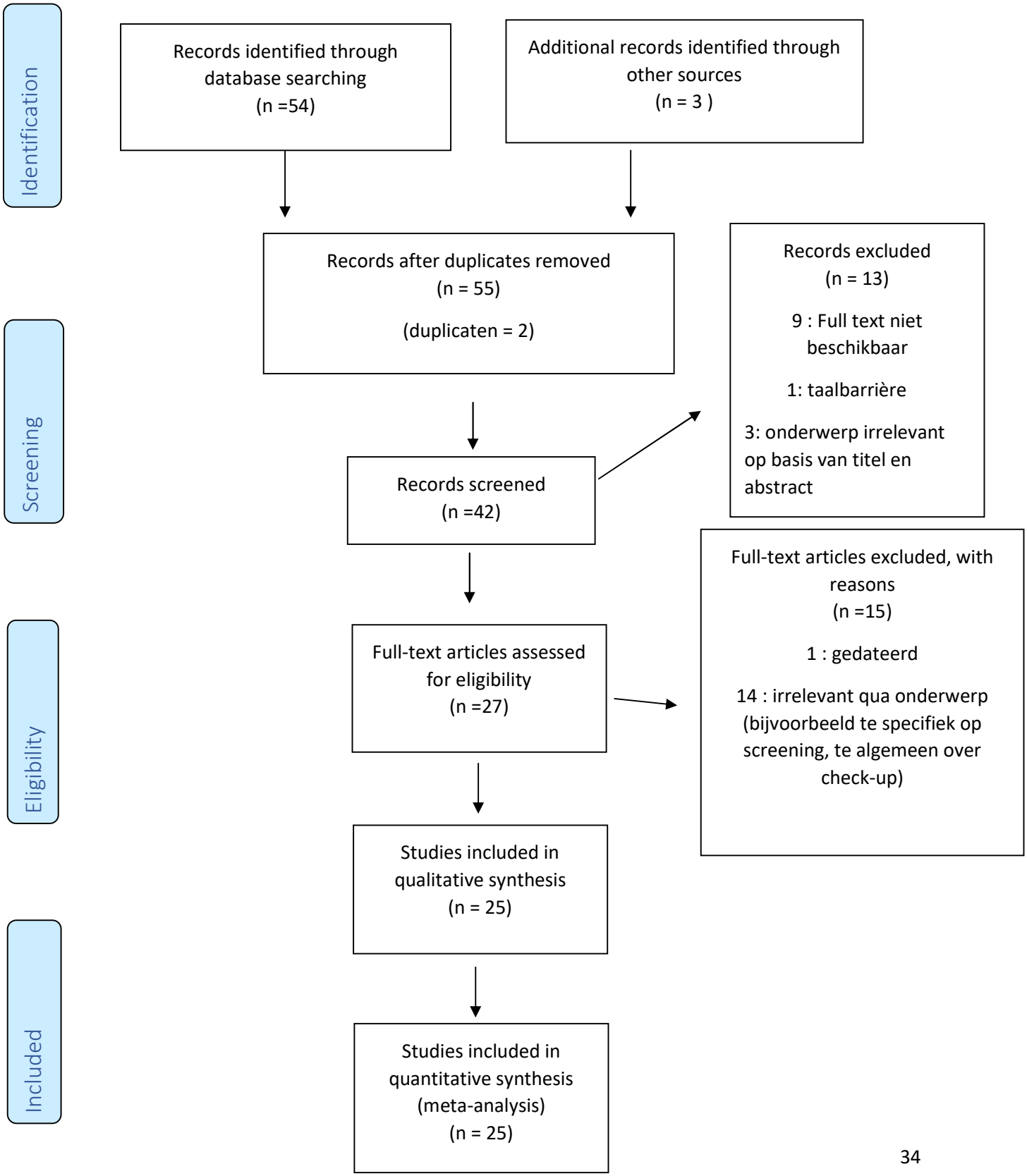
8. Bronnen

1. Hunziker S, Schläpfer M, Langewitz W, Kaufmann G, Nüesch R, Battegay E, et al. Open and hidden agendas of" asymptomatic" patients who request check-up exams. BMC family practice. 2011;12:1–7.
2. Leven Vig. Cijfers geestelijke gezondheid [Available from: https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/cijfers.
3. M.P. P. Screening for Depression in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine. 2002;136(10):765–76.
4. Mekonen T, Chan GCK, Connor JP, Hides L, Leung J. Estimating the global treatment rates for depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2021;295:1234–42.
5. Railton S, Mowat H, Bain J. Optimizing the care of patients with depression in primary care: the views of general practitioners. Health & Social Care in the Community. 2000;8(2):119–28.
6. Blackstone SR, Sebring AN, Allen C, Tan JS, Compton R. Improving Depression Screening in Primary Care: A Quality Improvement Initiative. J Community Health. 2022;47(3):400–7.
7. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. Arch Fam Med. 1995;4(2):99–105.
8. Chen Y-L, Wu M-S, Wang S-H, Lien Y-J, Liao S-C, Chang C-M, et al. Effectiveness of health checkup with depression screening on depression treatment and outcomes in middle-aged and older adults: a target trial emulation study. The Lancet Regional Health – Western Pacific. 2024;43.
9. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, Davidson KW, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2023;329(23):2057–67.
10. O'Connor EA, Perdue LA, Coppola EL, Henninger ML, Thomas RG, Gaynes BN. Depression and Suicide Risk Screening: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2023;329(23):2068–85.
11. Nakamura N, Mitsuhashi T, Nakashima Y, Matsumoto N, Yorifuji T. Effect of 2-week postpartum check-ups on screening positive for postpartum depression: a population-based cohort study using instrumental variable estimation in Japan. Family Practice. 2023:cmad074.
12. Pfoh ER, Janmey I, Anand A, Martinez KA, Katzan I, Rothberg MB. The Impact of Systematic Depression Screening in Primary Care on Depression Identification and Treatment in a Large Health Care System: A Cohort Study. Journal of General Internal Medicine. 2020;35(11):3141–7.
13. Miller ES, Wisner KL, Gollan J, Hamade S, Gossett DR, Grobman WA. Screening and Treatment After Implementation of a Universal Perinatal Depression Screening Program. Obstetrics & Gynecology. 2019;134(2):303–9.
14. Thombs BD, Markham S, Rice DB, Ziegelstein RC. Does depression screening in primary care improve mental health outcomes? bmj. 2021;374.
15. Thielke S, Vannoy S, Unützer J. Integrating mental health and primary care. Primary care: Clinics in office practice. 2007;34(3):571–92.
16. Schatell. Should Depression Screenings be a Part of Primary Care? National Alliance of Mental Illness. 2016.
17. Wittkampf KA, van Zwieten M, Smits FT, Schene AH, Huyser J, van Weert HC. Patients' view on screening for depression in general practice. Family Practice. 2008;25(6):438–44.
18. Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware Jr JE, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. Medical care. 1991:169–76.
19. Barua A, Kar N. Screening for depression in elderly Indian population. Indian journal of psychiatry. 2010;52(2):150–3.
20. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. Psychother Psychosom. 2015;84(3):167–76.

21. Reynolds 3rd CF, Patel V. Screening for depression: the global mental health context. World Psychiatry. 2017;16(3):316–7.
22. Costantini L, Pasquarella C, Odone A, Colucci ME, Costanza A, Serafini G, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. Journal of affective disorders. 2021;279:473–83.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of general internal medicine. 2001;16(9):606–13.
24. Dickinson JA, Pimlott N, Grad R, Singh H, Szafran O, Wilson BJ, et al. Screening: when things go wrong. Canadian Family Physician. 2018;64(7):502–8.
25. Müller F, Abdelnour AM, Rutaremara DN, Arnetz JE, Achtyes ED, Alshaarawy O, et al. Association between sociodemographic factors, clinic characteristics and mental health screening rates in primary care. Plos one. 2024;19(3):e0301125.
26. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. Family Practice. 2002;19(1):45–52.
27. Diamond GS, O'Malley A, Wintersteen MB, Peters S, Yunghans S, Biddle V, et al. Attitudes, Practices, and Barriers to Adolescent Suicide and Mental Health Screening:A Survey of Pennsylvania Primary Care Providers. Journal of Primary Care & Community Health. 2012;3(1):29–35.

9. Addendum

A. PRISMA 2009 Flow Diagram



B. Codeboom

Algemeen:

- Prevalentie ‘check-up' (per 2 weken)
- Demografische kenmerken arts (leeftijd en geslacht)
- Werkervaring (als afgestudeerd huisarts)
- Patiëntenpopulatie (divers? Migranten?)
- Soort praktijk (groepspraktijk, WGC)
- Aanwezigheid praktijkverpleegkundige
- Aantal GMD’s

Aanpak algemene check-up

- Organisatie (bv eerst via praktijkverpleegkundige en nadien consult bij arts)
- Frequentie
- Doelgroep
- Initiatief:
    - Initiatief van de patiënt
    - Initiatief van de arts
- Aanpak bij collega's in de praktijk (vergelijkbaar? Anders?)
- Beïnvloedende factoren:
    - Leeftijd
    - Geslacht
    - Afkomst
    - SES
    - Medische voorgeschiedenis van patiënt
    - Familiale voorgeschiedenis
    - Maatschappelijk aspect
        - Kostprijs onderzoeken
        - Regels van RIZIV
    - Tijdsfactor
- Wat beter kan naar toekomst toe

Inhoud algemene check-up:

- Anamnese
    - Cardiovasculair risicoprofiel
    - Systeemanamnese
    - Levensstijl bevragen
    - Voorgeschiedenis
        - Persoonlijk
        - Familiaal
    - ICE
- Oppuntstelling dossier (medicatie, vaccinaties, bevolkingsscreening…)
- Klinisch onderzoek
- Bloedafname
- Andere technische onderzoeken (urine, ECG, RX-thorax, CT-thorax)

Bloedafname:

- Inhoud
    - Standaard cardiovasculair bilan
    - Tumormerkers
    - Andere testen
- Beïnvloedende factoren

Richtlijnen:

- Vanwaar informatie halen?

- Tijdens opleiding geleerd (basisopleiding en huisartsenlessen)
- Richtlijnen
  - Huisarts
  - Niet voor huisarts
- Bijscholingen
- Artikels
- Eigen ervaringen
- Reflectie van haio's
- Wat PO vroeger deed
- Opmerkingen van specialisten
- Regels van het RIZIV

- Nut van nieuwe richtlijn?

Interpretatie arts van de verwachtingen patiënt:

- Worden ze bevraagd
- Reason for encounter / ICE
  - Maatschappelijke norm (controle om de # aantal tijd)
  - Iemand in omgeving heeft iets meegemaakt
  - Op zoek naar geruststelling
  - Nieuwe start willen maken
  - Controle over lichaam/onzekerheid
  - Gelinkt aan sportprestaties

Verwachtingen arts:

- Risicofactoren oppikken en vroegtijdig ingrijpen
- Motivator voor gezonde levensstijl
- Complicaties op oudere leeftijd voorkomen
- Behoud arts-patiënt relatie
- Druk van de patiënt
- Linken aan preventie / ingangspoort om aan preventie te doen
- Patiënteducatie

Beleving arts:

- Positief
- Aanmoedigend
- Enthousiast
- Geïntrigeerd: dieper graven (waarom komt die vraag)
- Moeilijk
- Niet zo tof
- Frustratie
- Schroom

Mentale gezondheid:

- Mening
  - Akkoord voor bevragen en doet het en haalt het spontaan aan
  - Akkoord voor bevragen en doet het en haalt het niet spontaan aan
  - Akkoord voor bevragen maar doet het zelf niet
  - Niet akkoord
  - Twijfel
- Systematiek
  - Vragenlijst
  - Laagdrempelige vraag/ algemeen polsen
  - Leefstijlroer
  - Steeds onbewust onderdeel van de check-up
- Vertrouwensband
- Team

    - Rol van eerstelijnspsychologen
    - Rol praktijkverpleegkundigen
- Pathologie
    - surmenage
- Stimulansen
    - Arts voelt aan dat er iets onderliggend is
    - Herkennen bij patiënt die ze goed kennen
    - Uit ervaring uit het verleden
    - Zaadje planten zodat patiënt in toekomst terugkomen
    - Opbouwen van een vertrouwensband
    - Veilige plaats creëren, tonen dat ze hier welkom zijn
    - Kosteneffectiviteit
    - Drempel van schroom bij patiënten weghalen
    - Belangrijke link tussen fysieke klachten en mentale gezondheid
- Barrières
    - Tijdsdruk/ werkdruk
    - Geen automatisme
    - Je voelt het spontaan aan bij patiënten die je goed kent
    - Taalbarrière
    - Defensieve patiënt
    - Angst om patiënt te bruskeren
    - Angst om heel verhaal uit te lokken dat dan moet afgebroken worden
    - Schroom om gesprek naar volgend consult door te schuiven
    - Nood aan een gerichte techniek
    - Gebrek aan doorverwijsopties
    - Beperking van capaciteiten als huisarts om in therapie te voorzien
- Reactie van de patiënt
    - Positief
    - Weinig reactie
    - Emotioneel
    - Reden for encouter de volgende keer
    - Opbouw van vertrouwensband
- Minder vraag naar algemene checkup bij mensen die mentaal moeilijk hebben
- Topje van de ijsberg
- Contextafhankelijk
- Verder verloop
    - Doorverwijzing
    - Vervolgconsult
    - Patiënt hierop aanspreken tijdens een volgend consult
    -
- Effecten
    - Preventie werkt besparend
    - Patiënt voelt zich veilig
    - Geen impact op voorkomen van psychiatrische aandoeningen
    - Geen impact op gemoedstoestand
    - Opbouw van de vertrouwensband

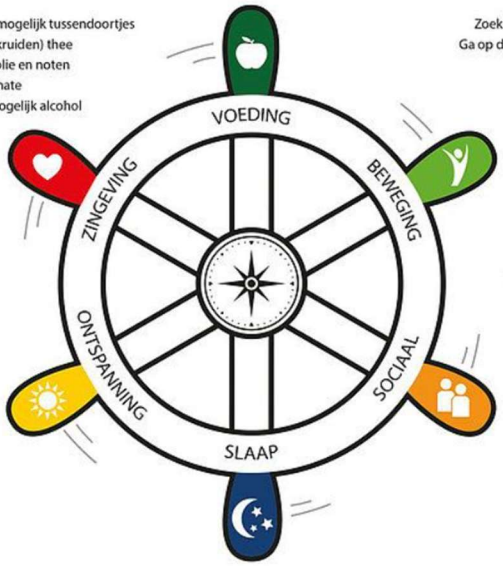
C. Levensstijlroer

Het Leefstijlroer

Voeding
- Eet minimaal 250 gram groenten en 2 stuks fruit per dag
- Eet zo min mogelijk suiker en andere snelle koolhydraten
- Eet vers en onbewerkt (geen pakjes of zakjes)
- Eet drie volwaardige maaltijden per dag, zo min mogelijk tussendoortjes
- Drink voldoende (1,5 tot 2 liter) water, koffie en (kruiden) thee
- Eet onverzadigde vetten zoals (extra vierge) olijfolie en noten
- Eet veel plantaardig en dierlijke producten met mate
- Rook niet, gebruik geen drugs en drink zo min mogelijk alcohol
- Stop met calorieën tellen

Zingeving
- Geniet van het leven
- Bepaal je persoonlijke doelen en missie
- Focus op wat goed gaat
- Wees dankbaar voor de goede dingen
- Blijf jezelf ontwikkelen

Ontspanning
- Ga elke dag naar buiten
- Zoek een ontspannende activiteit of hobby
- Zet je smartphone vaker uit
- Leeg je hoofd door mindfulness of meditatie
- Vermijd te veel stress
- Luister naar je lichaam



Beweging
- Beweeg 30 - 60 minuten per dag (10.000 stappen)
- Sport twee keer per week
- Gebruik een stappenteller of fit-app
- Zoek iemand om samen mee te sporten of te bewegen
- Ga op de fiets naar het werk of maak een lunchwandeling
- Neem de trap in plaats van de lift

Sociaal
- Breng tijd door met dierbaren
- Investeer in vriendschappen
- Maak ook fysiek contact
- Bouw een sterk sociaal netwerk op
- Omring je met mensen die je energie geven

Slaap
- Zorg voor een koele en geventileerde slaapkamer
- Drink geen cafeïne voor het slapen gaan
- Zorg voor een regelmatig slaappatroon
- Slaap 7 tot 8 uur
- Zet twee uur voor het slapen gaan alle beeldschermen uit

Arts en Leefstijl
Voor de zorg van morgen

D. Informatie brief voor de deelnemers

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Preventie: wat zijn de ideeën en verwachtingen van de huisarts rond een algemene check-up?

Beste,

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

A. Beschrijving en doel van de studie

De dienst huisartsgeneeskunde voert een onderzoek uit naar de ideeën en verwachtingen van de huisarts rond een algemene check-up, gezien er hier nog maar weinig over geweten is.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een aantal vragen voor ons te beantwoorden. Dit zal ongeveer 60 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.

De opdrachtgever van deze studie is de UGent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Heytens. Studenten van de vakgroep huisartsgeneeskunde zullen deel uitmaken van het onderzoeksteam.

B. Toestemming en weigering

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

C. Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen er echter wel voor zorgen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.

D. Kosten

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

E. Verwerking van persoonsgegevens

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

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm).

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

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.

De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).

Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

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

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Heytens (UZ Gent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

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

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.

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

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

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

F. Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

G. Contact

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

Naam: Prof. Dr. Heytens

Naam: Dr. Piessens

Naam: Mira Van Landuyt

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan 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 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **<u>verplichte aspecten</u>** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: - deelname interview	

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

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

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

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

E. Goedkeuring ethisch comité

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Dr. Veerle Piessens
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Universiteit Gent

Contact
Commissie voor medische ethiek

Telefoon
+32 (0)9 332 33 36

E-mail
ethisch.comite@uzgent.be

Aanvrager
Mira Van Landuyt

Datum
03/12/2024

Onze referentie:
THE-2024-0270

Belgisch Uniek Nummer
B6702024000542

Betreft:

Preventie: wat zijn de ideeën en verwachtingen van de huisarts rond een algemene check-up?

Betrokken student(en):

- Emma Borghart, Laura Rousseaux, Mira Van Landuyt, Ine Vanden Bogaert, Marie Ghyselen, Andrea Dehaene, Zoë Ollevier

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

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de ingediende informatie en documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (28/11/2024): Positief advies

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

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



Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor medische ethiek U(Z) Gent

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person

The Medical Ethics Committee affiliated with Ghent University (UGent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has evaluated the above-mentioned dossier.

This project falls within the scope of the Law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

After consulting the submitted information and documents regarding this proposal, the Medical Ethics Committee provides the following advice on (28/11/2024): Positive advice

Submitted documents: see annex 1
List of members: see annex 2
Points of concern: see annex 3b

Bijlage 1: Ingediende documenten

Categorie: CV
- Prof. Heytens, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Engels)
- Emma Borghart, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Ine Vanden Bogaert, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Laura Rousseaux, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Mira Van Landuyt, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Zoë Olleviers, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Marie Ghyselen, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)
- Andrea Dehaene, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)

Categorie: GCP certificaat
- Stefan Heytens, dd. 09/12/2023 (Engels)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- DMP, dd. 26/11/2024 (NL/EN)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ICF, versie 1.2 dd. 26/11/2024 (Nederlands)

Categorie: Interview Guide
- Interview Guide, versie ontvangen dd. 13/10/2024 (Nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

Voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
Secretaris: Dr. L. Goossens

Effectief lid	**Plaatsvervangend lid**
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer UGent – statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits UGent – statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern – huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, ♂
Dr. J. Van Elsen Extern – huisarts ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, , ♂
Prof. dr. K. De Groote UZ Gent – kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent – kindergastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent – psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent – psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent – verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent – verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent – verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent – verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent – apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent – apotheker, ♀
Dhr. B. Vanderhaegen UZ Gent – ethicus, ♂	Dhr. K. Raus UZ Gent – ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent – jurist, ♂	Mevr. V. Vanscheewijck UGent – jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent – nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent – geneticus, ♀
Prof. dr. R. Peleman UZ Gent – internist en pneumoloog, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent – neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent – hartchirurg, ♂	Prof. dr. H. Eker UZ Gent – algemeen en hepatobiliair chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent – fertiliteitsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent – verloskundige, ♀
Dr. R. Van Der Looven UZ Gent – kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent – anesthesist, ♀
Dr. E. Schoentjes UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♀

Bijlage 3a: Aandachtspunten

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de Verklaring van Helsinki, het Oviedoverdrag inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde en alle toepasselijke wet- en regelgeving.

Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker om ervoor te zorgen dat elk lid van het onderzoeksteam over een geldig GCP-certificaat beschikt.

De ICH-GCP vereist dat jaarlijks een voortgangsrapport aan de CME wordt verstrekt, tenzij het onderzoek binnen het jaar wordt beëindigd.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker en de promotor van dit onderzoek voor het waarborgen van de privacy van de persoons- en patiëntgegevens in contacten met patiënten en bij het inkijken van patiëntgegevens, inclusief de correcte omgang hiermee door medewerkers en studenten. De hoofdonderzoeker/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet betreffende de patiëntenrechten van 06/02/2024, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

Het is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever om ervoor te zorgen dat eventueel vertaalde documenten conform zijn met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer, de reglementen van de wet van 19 december 2008 en het koninklijk besluit van 9 januari 2018 betreffende de biobanken.

De hoofdonderzoeker dient erover te waken dat publicaties, rapporten voor de overheid, enz. steeds het eigen standpunt betreffende de resultaten van dit onderzoek weergeven.

U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk is.

De CME bevestigt dat in geval van belangenverstrengeling betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. De opdrachtgever blijft verantwoordelijk voor het onderzoek.

De CME verwacht dat de sponsor bij een volgende indiening rekening houdt met haar huidige opmerkingen.

De goedkeuring van de CME voor een specifiek project is een jaar geldig. Wij verzoeken u om ons te informeren als het onderzoek niet wordt opgestart, binnen een jaar na goedkeuring.

Tot slot verzoeken wij u om de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Annex 3b: Points of concern

This project falls within the scope of the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

The EC confirms that it works in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the Declaration of Helsinki, the Convention on Human Rights and Biomedicine and all applicable laws and regulations.

It is the responsibility of the principal investigator to make sure that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The ICH-GCP requires that a progress report be provided annually to the CME unless the study is terminated within the first year.

The EC emphasises that it is the responsibility of the principal investigator and the promotor of this study to safeguard the privacy of the personal and patient data during contacts with patients and when consulting patient data, including the correct handling thereof by employees and students. The principal investigator/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with the applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian the Law on the Rights of the Patient of 06/02/2024, and the policy of the institution where the research is carried out.

It is the responsibility of the sponsor to make sure that any translated documents comply with the Dutch documents.

In vitro research on embryos is covered by the law of 11 May 2003. Before the research project can start, such research also requires a positive advice from the Federal Committee for medical and scientific research on embryos in-vitro.

Please take into account the hospital's regulations concerning tissue management, the regulations of the law of 19 December 2008, and the Royal Decree of 9 January 2018 concerning the biobanks.

The principal investigator must ensure that publications, government reports, etc. always reflect his or her own position regarding the results of this research.

With regard to clinical trials, any observed serious event should be immediately reported to the sponsor and ethics committee, even if the causal relationship to the study is unclear.

The EC confirms that in the event of a conflict of interest, members involved will not participate in the vote on the study.

The EC's favourable advice does not imply that it assumes responsibility for the planned study. The sponsor remains responsible for the study.

The EC expects the sponsor to take its current comments into account in any future submission.

The EC approval for a specific project is valid for one year. We request that you inform us if the study is not initiated within the first year after approval.

Finally, we request that you report the (early or planned) termination of the study within the legal deadlines and provide the Clinical Study Report (CSR) to the EC.