



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Portal to care: general practitioners' decision-making on child and youth mental health problems and the influence of their (lived) experience**

Venrooij, L.T. van

### **Citation**

Venrooij, L. T. van. (2024, April 3). *Portal to care: general practitioners' decision-making on child and youth mental health problems and the influence of their (lived) experience*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3736110>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3736110>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

## **Nederlandse samenvatting**

Mentale gezondheidsproblemen onder kinderen en jongeren komen veel voor en hebben veel negatieve gevolgen voor jonge mensen en hun sociale netwerk. Daarmee vormen deze gezondheidsproblemen ook een maatschappelijk vraagstuk. Huisartsen hebben een belangrijke rol in de vroege herkenning van deze mentale problemen, alsmede het vroegtijdig handelen. Inzicht in hun klinische besluitvorming en hun hieruit voortkomende manier van werken kan helpen ondersteuningsmethoden te ontwikkelen om kinderen en jongeren tijdig de hulp te bieden die ze nodig hebben. Eerdere literatuur doet vermoeden dat veel (toekomstige) artsen en daarmee (toekomstige) huisartsen zelf mentale gezondheidsproblemen (hebben) ervaren. Eerdere studies suggereren ook dat het zelf (hebben) ervaren van mentale gezondheidsproblemen de klinische besluitvorming van de (huis)arts, en daarmee ook aan de manier van werken, beïnvloedt. Het zou klinische voordelen voor (huis)artsen en patiënten kunnen opleveren wanneer men dit proces zou exploreren.

Dit proefschrift bestaat uit vier verschillende artikelen, elk bijdragend aan het beantwoorden van de hoofdvraag:

**‘Hoe maken huisartsen klinische beslissingen over mentale problemen bij kinderen en jongeren, en wat is de invloed van hun eigen ervaring ten aanzien van dergelijke problemen?’**

### **Artikel 1: Hoe maken huisartsen (klinische) beslissingen over mentale problemen bij kinderen en jongeren?**

Voor de beantwoording van deze deelvraag is een *mixed methods*-onderzoeksopzet gebruikt: interviews onder 14 en een online vragenlijst onder 15 huisartsen. De huisartsen werden gevraagd naar hun besluitvormingsproces bij kinderen met mentale problemen aan de hand van drie vignettes, waarin kinderen met mentale problemen beschreven worden die representatief zijn voor de dagelijkse praktijk van de huisarts. De bevindingen suggereren dat huisartsen verschillen met betrekking tot hun besluitvorming ten aanzien van mentale gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren, en dat de besluitvorming wordt beïnvloedt door factoren gerelateerd aan 1) de huisarts, onder andere of de huisarts het probleem somatisch of psychosociaal benadert, alsmede of de huisarts zichzelf competent genoeg acht om het probleem op te lossen afgaande op eigen interesse in en kennis over jeugdhulp, 2) het kind en diens sociale context, onder andere of het kind psychiatrische (co)morbiditeit heeft, of het probleem zich waarschijnlijk vanzelf zal oplossen en of het probleem als complex ingeschat wordt en 3) de samenwerking van de huisarts met andere jeugdhulpverleners, onder andere of huisartsen bestaande samenwerkingsafspraken hebben met jeugdhulpverleners en hoe ze deze samenwerking ervaren.

### **Artikel 2: Kan men de klinische besluitvorming van huisartsen ten aanzien van mentale problemen bij kinderen en jongeren ondersteunen met behulp van een ondersteuningsmethode?**

Voor de beantwoording van deze deelvraag is een literatuurstudie verricht naar ondersteuningsmethoden

voor huisartsen bij hun klinische besluitvorming als het gaat om mentale gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren. In het kader van deze systematische review zijn 25 studies gevonden naar 18 besluitvormingsondersteuningsmethoden, onderverdeeld in computergestuurde methoden (zoals de *MyGRaCE*), telecommunicatie-methoden (zoals de *CAP PC*) en methoden die bestaan uit een combinatie van computergestuurde en telecommunicatie-methoden (zoals de *Collaborative care for depression intervention*). Het artikel geeft inzage in (mogelijke) gunstige klinische implicaties van de gevonden besluitvormingsondersteuningsmethoden. Het kan meer inzage geven in mogelijke mentale problemen, gestructureerde informatie opleveren die door de huisarts en/of ouders kan worden gebruikt tijdens het volgende consult met het kind of de jongere, alsmede tijd en kosten voor de huisarts(enpraktijk) verminderen. Er zijn ook minder gunstige klinische implicaties; zoals het niet altijd kunnen inzetten van computergestuurde methoden in noodsituaties, wanneer de tijd schaars is, problemen met het gebruik van computergestuurde methoden door kinderen en jongeren vanwege hun mentale gesteldheid, alsmede een mogelijke belemmering van het vrijuit bespreken van problemen doordat de besluitvormingsondersteuningsmethode het consult te veel stuurt. Het artikel beschrijft enkele overwegingen voor huisartsen bij het kiezen van een besluitvormingsondersteuningsmethode, die indirect van positieve invloed kunnen zijn op de implementatie van dergelijke methoden in de huisartsenpraktijk. Zo kan bij de keuze rekening worden gehouden met de manier van werken van de huisarts, de gebruikersflexibiliteit voor zowel huisarts als het kind/jongere en diens ouder(s) met betrekking tot begrijpelijkheid en gebruiksgemak, of er reeds een besluitvormingsondersteuningsmethode door de huisarts wordt gebruikt, of de huisarts reeds samenwerkingsafspraken heeft met jeugdhulpverleners, alsook de attitude en kennis van de huisarts ten aanzien van mentale problemen onder kinderen en jongeren.

### **Artikel 3: Hebben (toekomstige) artsen, waaronder (toekomstige) huisartsen, zelf ervaring met mentale problemen? Studie gericht op preklinische geneeskundestudenten.**

Voor de beantwoording van deze deelvraag zijn vragenlijsten uitgezet onder 1311 geneeskundestudenten van het Leids Universitair Medisch Centrum om burn-out-, depressie- en angstgerelateerde symptomen in kaart te brengen. Het artikel concludeert dat symptomen passend bij mentale gezondheidsproblemen regelmatig voorkomen onder geneeskundestudenten. Burn-outgerelateerde symptomen kwamen voor onder 46%, depressiegerelateerde symptomen onder 27% en angstgerelateerde symptomen onder 29% van de geneeskundestudenten. Burn-outgerelateerde symptomen onder geneeskundestudenten waren gecorreleerd met een slaapduur van minder dan 6 uur per nacht, een laag gevoel van geluk en een hoge herstelbehoefte na een dag studeren. Depressie- en angstgerelateerde symptomen waren vooral gecorreleerd met een laag gevoel van optimisme, een laag geluksgevoel, alsmede een hoge herstelbehoefte na een dag studeren. Deze bevindingen suggereren dat geneeskundestudenten een verhoogde kans hebben om mentale problemen te ontwikkelen, hetgeen universiteiten kan inspireren tot preventieve interventies.

#### **Artikel 4: Hebben (toekomstige) artsen, waaronder (toekomstige) huisartsen, zelf ervaring met mentale problemen? Studie gericht op co-assistenten.**

Voor de beantwoording van deze deelvraag zijn vragenlijsten uitgezet onder 709 co-assistenten van dezelfde universiteit als in artikel 3 om burn-outgerelateerde symptomen te meten.

Burn-outgerelateerde symptomen kwamen voor onder 30% van de co-assistenten. Burn-outgerelateerde symptomen onder co-assistenten waren gerelateerd aan een laag gevoel van toewijding ten opzichte van het werk, een hoge werksnelheid- en -hoeveelheid, een hoge herstelbehoefte na een dag werken en een laag gevoel van optimisme. Deze correlaten zouden kunnen worden gebruikt om mentale problemen onder co-assistenten te voorkomen, door middel van aanpassingen in het medisch curriculum.

De artikelen van dit proefschrift suggereren dat de besluitvorming van huisartsen ten aanzien van mentale problemen bij kinderen en jongeren multifactorieel is en uit zowel objectieve als subjectieve componenten bestaat. Ook lijkt de besluitvorming tussen huisartsen te verschillen, hetgeen kan verklaren waarom er een verscheidenheid aan besluitvormingsondersteuningsmethoden bestaat. Sommige besluitvormingsondersteuningsmethoden zijn in het kader van onderzoek geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk, zoals de MyGRaCE, *CHICA*, *Mobilitytype*, *Youth StepCare*, *Consultation-liason method* (tussen huisartsen en psychiaters), *telepsychiatry consultation practice* en het *MC3 Program*. Een klinische implicatie is dat huisartsen een besluitvormingsondersteuningsmethode kunnen kiezen die overeenkomt met hun persoonlijke stijl van besluitvorming. Noodzakelijk is wel dat validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de beschikbare methodes verder onderzocht worden.

Een klinische implicatie met betrekking tot de mentale gezondheid van studenten is dat universiteiten laagdrempelige proactieve mentale ondersteuning moeten bieden aan geneeskundestudenten en co-assistenten, omdat veel van hen niet uit zichzelf hulp zoeken, alsmede het stimuleren van een stigma-reducerende onderwijsomgeving, bijvoorbeeld in samenwerking met de afdeling (Kinder- en Jeugd)Psychiatrie. Zodoende worden geneeskundestudenten toegerust met effectieve strategieën om met mentale problemen om te gaan. Ook worden ze zich bewust van hun kwetsbaarheid, zodat ze hun subjectiviteit kennen en hun ervaringen kunnen benutten in de praktijk.

De resultaten van dit proefschrift nodigen uit tot meer (longitudinaal) onderzoek naar de diagnostische precisie, voorspellende waarde en kostenefficiëntie van besluitvormingsondersteuningsmethoden. Ook is meer onderzoek nodig naar de prevalentie van mentale problemen onder afgestudeerde artsen, zoals huisartsen, alsmede de mogelijke effecten van deze problemen op hun manier van werken, hun besluitvorming en hun contact met patiënten. Sterke punten van dit proefschrift zijn dat het proefschrift een relatief onbekend onderzoeksterrein verkent, te weten de besluitvorming van huisartsen ten aanzien van mentale problemen bij kinderen en jongeren. Hiervoor zijn verschillende onderzoeksmethodologieën gebruikt en is gekozen voor een praktische insteek. Ook zijn enkele beperkingen te noemen, zoals de

inclusie van een kleine huisartsenpopulatie, alsmede self-selectiebias in de onderzoeken onder geneeskundestudenten, co-assistenten en huisartsen. Tot slot wordt de interpretatie van de resultaten van dit proefschrift enigszins belemmerd doordat het onderzoek binnen één universiteit heeft plaatsgevonden, doordat oorzaak en gevolg van resultaten niet altijd uit elkaar konden worden gehaald en vanwege lage statistische *power*.

Omdat het zelf hebben van mentale gezondheidsproblemen mogelijk van invloed is op de besluitvorming van huisartsen, zou hierbij gekeken kunnen worden naar hoe (toekomstige) (huis)artsen werken, studeren en ontspannen. Zodoende kan men in de toekomst ernaar streven om gebalanceerde dokters op te leiden: personen die, in samenwerking met hun collega's, zich door middel van reflectie bewust zijn van hun grenzen en wensen binnen professionele kaders.