De huisarts in interactie met jongeren over mentale zelfzorg

Implementatie en realist evaluation van een interventie in een jeugdbeweging

DELTOUR Lien, Universiteit Gent

Promotor: Dr. DECAT Peter, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2018

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.

Voorwoord

In de praktijk proberen zoveel mogelijk bij te leren en een betere dokter te worden en tegelijkertijd een masterproef schrijven was voor mij zeker niet evident. Het onderwerp en de insteek van het onderzoek hebben er echter voor gezorgd dat ik door deze masterproef het gevoel heb als huisarts met een andere blik naar jongeren in onze praktijk kijk. Het heeft me nog meer doen beseffen wat onze rol naar hen toe kan zijn en mij hopelijk dus een betere arts gemaakt.

Aangezien het dus geen evidentie was, zou ik graag een aantal mensen willen bedanken die er op de een of andere manier mee voor gezorgd hebben dat deze masterproef er is.

Als eerste wil ik onze promotor, Dr Peter Decat, heel hard bedanken om ons zo goed te ondersteunen en te sturen in het onderzoek wanneer we het nodig hadden, om de vele bemoedigende woorden en het enthousiasme waarmee hij dit alles deed. Hij heeft er mede voor gezorgd dat het schrijven van deze masterproef iets minder een taak werd en meer een interessante uitdaging.

Daarnaast wil ik alle deelnemers bedanken voor hun tijd, hun open houding en enthousiasme om er samen met ons iets van te willen maken en natuurlijk ook mijn mede-onderzoekster, Loes Vercruysse, voor de heel leuke samenwerking.

Het schrijven van een masterproef gaat niet zomaar voorbij zonder het nodige geklaag, getwijfel, de frustraties maar ook de broodnodige verstrooiing en de nodige tijd. Dankjewel daarom aan mijn lieve vrienden, familie en collega's om dit alles samen met mij door te maken. Een bijzondere dankjewel ook aan mijn praktijkopleiders, Jef Willems en Diego Schrans, voor hun steun en aanmoedigingen.

Ook mijn mama en papa, bedankt om er altijd voor mij te zijn en voor het vertrouwen en de onvoorwaardelijke steun in de voorbije vele studiejaren.

En dan mijn liefste man, Karel, die mij opnieuw met zoveel geduld, begrip en geloof in mij de rust en ontspanning kon geven die ik soms zo nodig had. Dankjewel voor alles!

Inhoud

1. Abstract 1

2. Inleiding 2

3. Literatuurstudie 3

3.1. De rol van de huisarts in preventie en gezondheidspromotie 3

3.2. Preventie en promotie van mentale gezondheidszorg 5

3.3. Huisarts buiten de praktijk: gezondheidsbevorderende interventies in de community 6

4. Methodologie 8

4.1. Interventie: "interactie als motor tot verandering" 8

4.1.1. Voorbereiding 10

4.1.2. Rekrutering van de deelnemers 10

4.1.3. Verloop van de interventie en settings 11

4.2. Evaluatie van de interventie: Realist evaluation 12

4.2.1. Centrale CMO-hypothese 13

4.2.2. Gegevensverzameling 13

4.2.3. Analyse van de data 14

4.3. Ethische aspecten 14

5. Resultaten 15

5.1. Overzicht van de resultaten ingedeeld per C/M/O 15

5.1.1. Context 16

5.1.2. Mechanisme 20

5.1.3. Outcome 22

6. Discussie - Conclusie 25

6.1. Vertrouwensband tussen jongere en huisarts 25

6.1.1. Unieke band met huisarts zorgt voor beter verloop interacties 25

6.1.2. Interactie met huisarts buiten de praktijk werkt drempelverlagend 26

6.2. De huisarts als organisator van peer-to-peer interacties: de randvoorwaarden 28

6.3. Beperkingen voor het onderzoek 30

6.4. Besluit 31

7. Referenties 32

8. Bijlagen 34

Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité 34

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol 36

Bijlage 3: Informatiebrief en informed consent 39

1. Abstract

Inleiding: Als huisarts zien we jongeren tussen zestien en achttien jaar over het algemeen weinig. Als we ze zien is het meestal enkel omwille van korte, welomschreven medische problemen. Preventie en promotie, zowel algemeen als van mentale gezondheid, is nog te weinig actief ingebouwd in het takenpakket van de huisarts. Nochtans blijkt dat er nood is aan meer aandacht voor de veerkracht bij jongeren in Vlaanderen.
Een alternatief theoretisch model voor gezondheidspromotie in de gemeenschap gaat ervan uit dat interactie een motor kan zijn tot veranderingen. Vanuit de literatuur lijkt het interessant peer-to-peer sessies met jongeren rond mentale gezondheid te organiseren. Het doel van dit onderzoek is te evalueren wat de rol van de huisarts kan zijn in het organiseren en begeleiden van interacties tussen jongeren in de gemeenschap rond mentale gezondheid.

Methodologie: We organiseerden interventies voor de oudste groep leden van een lokale jeugdbeweging. We gingen in gesprek met de jongeren over mentale gezondheid. Er vonden drie sessies plaats met telkens tussen de vijf en de dertien deelnemers gevolgd door zes diepte-interviews over de beleving van de interacties. Via “realist evaluation” werd onderzocht welke factoren een rol spelen bij het organiseren van interacties buiten de praktijk als huisarts. Ook werd nagegaan welke effecten dit kan hebben op de relatie tussen jongere en huisarts en waarom.

Resultaten: De interactie tussen jongeren en huisartsen in opleiding heeft vooral de kennis en het beeld van jongeren over een huisarts veranderd. De sessies hebben een persoonlijker en meer toegankelijk aspect van de huisartsen getoond. Het organiseren van deze groepssessies lijkt voornamelijk weggelegd voor huisartsen met een interesse in deze tak van huisartsgeneeskunde en huisartsen die in deze branche voldoende opleiding genoten.

Conclusie: Interacties zoals in dit onderzoek blijken effectief om jongeren een bredere, andere, meer vertrouwde kijk te geven op de huisarts en diens taken. Deze nieuwe kijk kan een vertrouwensband creëren tussen jongere en huisarts en zo effectief drempelverlagend werken. Er komen echter wel een aantal randvoorwaarden naar boven om zo’n interventie te implementeren in het takenpakket van de huisarts. Dit onderstreept de nood aan meer aandacht voor dergelijke interacties en onderzoek naar manieren om deze interacties vanuit zowel forfaitaire als niet forfaitaire huisartsenpraktijk tot stand te brengen.

2. Inleiding

Jongeren tussen zestien en achttien jaar zien we, als huisarts, over het algemeen weinig. Ze komen meestal omwille van korte, welomschreven medische problemen. Wanneer er tekenen zijn van psychosociale problemen zal de huisarts hier op ingaan en de nodige doorverwijzing of begeleiding starten. Preventie en promotie, zowel algemeen als van mentale gezondheid, en het aansterken van de veerkracht bij jongeren, is volgens ons nog te weinig actief ingebouwd in het takenpakket van de huisarts. Uit een HBSC-studie van de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt nochtans dat er nood is aan meer aandacht voor de veerkracht bij jongeren in Vlaanderen.(1)

De perceptie en kennis van jongeren rond het thema mentale zelfzorg lijken vanuit de huisartsstage weinig bevraagd/gekend te zijn. Mogelijks komt dit doordat de context en de manier van communicatie hierop een grote invloed hebben. Jongeren komen momenteel met dit onderwerp voornamelijk in aanraking via het onderwijs of via informatiebrochures of -affiches. Het is de klassieke aanpak van voorlichting en manier om het onderwerp te bespreken. Op die wijze wordt vooral ingewerkt op de kennis van een persoon, met de idee dat er op die manier invloed is op het gedrag. Een andere mogelijke manier van gezondheidspromotie zijn interventies waarbij zorgverleners in interactie gaan met jongeren rond een bepaald thema.

Hieruit stelde zich de vraag of de huisarts een rol kan opnemen in het organiseren en begeleiden van peer-to-peer interacties tussen jongeren rond mentale gezondheid. Dit soort interventies gebeurden al eerder, maar dan meestal georganiseerd vanuit een wijkgezondheidscentrum en met andere doelgroepen. Een voorbeeld van zo'n interacties vanuit een wijkgezondheidscentrum vinden we terug in de masterproef van Gert Van Ooteghem. In zijn onderzoek werd nagegaan welke contextuele factoren een rol spelen in interacties tussen mensen met een gelijkaardige culturele achtergrond.(2) In zijn besluit stelde Van Ooteghem G (2017) zich de vraag of dergelijke interventies ook mogelijk zijn vanuit een andere vorm van huisartsenpraktijk. Het leek ons daarom interessant om als HAIO's van een niet-forfaitaire praktijk peer-to-peer sessies rond mentale gezondheid bij jongeren van een lokale jeugdbeweging te organiseren. Het doel van dit onderzoek is te evalueren wat de rol van de huisarts kan zijn in het organiseren en begeleiden van interacties tussen jongeren rond mentale gezondheid.

3. Literatuurstudie

In de literatuurstudie ter ondersteuning van het onderwerp van deze masterproef werd onderzoek verricht naar twee deelaspecten. Enerzijds werd nagegaan wat de rol van de huisarts als gezondheidsbevorderaar inhoudt en anderzijds hoe die tot op heden voornamelijk wordt uitgevoerd.

Daarnaast werd bekeken of er een plaats is voor interventies door een huisarts buiten de praktijk, in de community. Voorbeelden waarbij de huisarts aan gezondheidspromotie doet buiten de praktijk werden gezocht, alsook de mogelijke valkuilen en obstakels.
Hiervoor werd gezocht via Pubmed op volgende MESH termen ; 'health promotion' 'general practitioner' 'primary care' 'prevention' 'community intervention', ook 'adolescent' en 'mental health' werden met bovenstaande combinatie geprobeerd. Er werd geselecteerd op review en op 10 years.

Daarnaast werden ook enkele belangrijke naslagwerken geraadpleegd. Zo waren onder andere de doctoraatsstudie van onze promotor Dr. Decat en ook de manama-proef van Gert Van Ooteghem en van Lowie De Loose belangrijke bronnen voor ons onderzoek.
Tenslotte werd, aansluitend bij deze twee eerder genoemde deelaspecten, nagegaan hoe dit alles specifieker tot uiting komt in het kader van "interactie als motor tot verandering" rond mentale gezondheidszorg bij jongeren. De masterproef van Loes Vercruysse gaat hier ook verder op in.

3.1. De rol van de huisarts in preventie en gezondheidspromotie

In het onderzoek naar de rol van de huisarts bij preventie en promotie van gezondheidsproblemen wordt in verschillende artikels en richtlijnen de nadruk gelegd op het belang van de huisarts als gezondheidsbevorderaar. Zo had reeds in 1986 in Ottawa een eerste internationaal congres voor gezondheidspromotie plaats. Hier werd de basis gelegd voor een algemene visie op gezondheidspromotie en werden doelen vooropgesteld voor een wereldwijde gezondheidsbevordering. Dit alles werd vastgelegd in het "Ottawa Charter for Health promotion".(3)
De WHO definieert gezondheidspromotie als "het proces om mensen in staat te stellen om meer controle te verwerven over hun gezondheid. Het omvat een breed scala aan sociale en omgevingsinterventies gericht op het beschermen en verbeteren van gezondheid en levenskwaliteit. Deze interventies zijn gericht op het aanpakken van de oorzaken van een slechte gezondheid en niet enkel op behandeling en genezing".(4)

Het belang van deze functie als gezondheidspromotor lijkt in scherp contrast te staan met de uitvoering ervan.

Zo wordt dit door Johanssens et al (2010) beschreven: “The 1986 Ottawa Charter stressed reorienting health services to more health promotion as one of the five important developing action areas to more effectively contribute to population health. However, an international evaluation over the first 20 years revealed that this part of the strategy had the least successful implementation. There was still significant imbalance between treatment and care versus health promotion activities.”(5)

Deze discrepantie en de mogelijke redenen hiervoor worden in verschillende artikels onderzocht.(5-8)

Rubio-Valera et al (2014) gingen in hun review op zoek naar zowel drempels als bevorderende factoren voor de toepassing van gezondheidspromotie door huisartsen wereldwijd. Ze onderzochten evenwel enkel artikels geschreven in het Engels of het Spaans. In deze review werden de pro’s en contra’s afgewogen op verschillende niveau’s: persoonlijk, praktijk- en gemeenschapsniveau. Ze kwamen enerzijds tot de conclusie dat eerstelijnszorg de ideale omgeving is voor primaire preventie en gezondheidspromotie omwille van de brede populatie, de kennis van de sociale situatie van patiënten en de toegankelijkheid. Anderzijds komen als belemmerende factoren voornamelijk praktijkgerichte elementen naar voor: workload van de huisarts, gebrek aan tijd en gebrekkige doorverwijsmogelijkheden. Ook de dominantie van het biomedische model, dat genezing van ziekte voorop stelt, zorgt voor een belangrijke drempel.(9)

Al blijkt er de laatste jaren meer inspanning geleverd voor algemene gezondheidspreventie, toch is dit nog vrij beperkt en specifiek. Peckham et al. (2015) deden een scoping study in het Verenigd Koninkrijk waarbij ze zowel een literatuurstudie uitvoerden als interviews afnamen. Ze includeerden 347 artikels en analyseerden 45 individuele interviews en 2 groepsinterviews. Zij vonden dat de focus van huisartsen zich voornamelijk richt op een individuele preventieve aanpak van specifieke medische aandoeningen, zoals diabetes of hartziekten, zowel in primaire als secundaire preventie. Interventies door huisartsen lijken voornamelijk gericht op de individuele patiënt en vertonen weinig inmenging op gemeenschapsniveau. Daartegenover bemerken ze dat veel huisartsen gezondheidspromotie wel als een integraal onderdeel van de praktijktaak beschouwen, zowel de toegepaste individuele preventie, patiëntgericht, als de algemenere gezondheidsbevordering in de patiëntenpopulatie, praktijkgericht.(8)

Theoretisch wordt veel aandacht besteed aan de taak van de huisarts in preventie en promotie. De erkenning binnen de literatuur van deze rol van de huisarts staat echter in contrast met de toepassing ervan in de praktijk waarbij vooral een gebrek aan tijd en een hoge workload als obstakels gezien worden. De preventieve taken die wel al ingeburgerd zijn spelen zich vooral af op individueel niveau en zijn eerder gericht op een beperkt aantal pathologieën. Tijdens dit onderzoek gaan we een stap verder en onderzoeken we het effect en de mogelijkheden van een interventie buiten de praktijk.

3.2. Preventie en promotie van mentale gezondheidszorg

De WHO omschreef voor het eerst in hun rapport van 2004 het belang van mentale gezondheid voor het individu als volgt : “Mentale gezondheid is een staat van welzijn, waarin het individu zich zijn of haar eigen kunnen realiseert, kan omgaan met de normale stress van het leven, productief en vruchtbaar kan werken en kan bijdragen aan de gemeenschap waarin hij of zij leeft.”(10) Belangrijk hierbij is te bemerken dat preventie van mentale ziekte en promotie van mentale gezondheid twee verschillende aspecten zijn. Preventie van mentale ziekte focust op het verminderen van risicofactoren voor een bepaalde ziekte. Terwijl promotie van mentale gezondheid een breed spectrum aan problemen omvat maar de nadruk legt op gezondheidsbevorderende factoren. Sinds dit inzicht werd duidelijk dat de immense omvang van mentale gezondheidsproblemen moet aangepakt worden door in te zetten op een brede primaire preventie en promotie, d.i. inwerken op een individu in een gezonde mentale toestand met het oog op preventie van mentale gezondheidsproblemen. Echter ondanks dit inzicht is er, net zoals bij de algemene preventie en promotie, ook hier een grote discrepantie tussen de noden en de mogelijkheden en middelen om deze interventies wereldwijd te organiseren.(11)

Fernandez et al. (2014) beschrijven in hun review verschillende mogelijke interventies voor mentale gezondheidsbevordering in de eerstelijnszorg. Interventies in scholen, op de werkvloer en in woonzorgcentra werden uitgebreid onderzocht. Echter slechts in één van de onderzochte interventies was de context een eerstelijnscentrum. Ze concluderen dat nog steeds slechts weinig gekend is over mentale gezondheidspromotie in de eerstelijnszorg maar dat net als scholen en de werkvloer, eerstelijnscentra hierin een belangrijke rol kunnen spelen.(7)

3.3. Huisarts als operator buiten de praktijk: gezondheidsbevorderende interventies in de community

In de scoping review van Ens et al. (2016) wordt gerefereerd naar Hamilton en Bhatti (1996). Zij zagen in 1996 reeds in dat voor maximale resultaten, gezondheidspromotie en preventie van mentale gezondheid, veel verder moest gaan dan enkel het individu; ook familiale, schoolgerelateerde en maatschappelijke interventies zijn hierbij van belang.(12)

Echter niet enkel op vlak van mentale gezondheidspromotie, maar binnen het hele spectrum van preventie en gezondheidsbevordering wordt voornamelijk gefocust op het individu en is er nog weinig ruimte voorzien voor interventies op gemeenschapsniveau.

Of zoals beschreven door Peckham et al.: “While many GPs see health promotion as an integral part of practice, GPs generally do not take a population approach but focus on individual patients. There is little evidence to show that GPs undertake wider public health roles in terms of population surveillance beyond contractually defined screening and monitoring.”(8)

Deze gezondheidspromotie op community niveau is nochtans een mogelijke invulling van de rol van health advocate als huisarts. Health advocacy wordt algemeen erkend als een belangrijke taak en verantwoordelijkheid van medische professionals en vormt één van de centrale eindtermen in opleidingsprogramma’s wereldwijd. Health advocacy is bijvoorbeeld één van de zeven rollen opgenomen in het CanMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists) framework opgesteld door de Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, dat in steeds meer landen gebruikt wordt in de curricula van gezondheidswerkers.(13)

In verschillende studies wordt ook aangetoond dat interventies op gemeenschapsniveau een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de algemene gezondheidsbevordering. Lowie De Loose onderzocht in zijn masterproef de toepassing van de rol van health advocate door de huisarts in Vlaanderen. Ook hier wordt een duidelijk contrast waargenomen tussen het belang dat gegeven wordt aan de taak van health advocate en wat effectief gebeurt in de praktijk. Een mogelijke reden hiervoor is de onduidelijkheid in de literatuur over de inhoud van de taak van health advocate als huisarts. Deze onduidelijkheid staat opnieuw in schril contrast met het belang, het nut en de mogelijkheden op vlak van gezondheidswinst, voornamelijk in de eerste lijn.(14)

In de voorgenoemde masterproef werden uiteindelijk 4 niveau’s onderscheiden waarop de huisarts aan health advocacy kan doen: patiëntniveau, communityniveau, populatieniveau en op niveau van de externe populatie. Sommige artsen waren enkel actief op patiëntniveau, terwijl enkelen verwachtten dat iedere huisarts op alle mogelijke niveau’s een minimum aan taken opneemt.

Door Rubio-Valera et al werd in 2014 ook reeds aangehaald dat, voor een goede werking, interventies volledig aangepast moeten worden aan zowel de eerstelijnscontext als de sociale, culturele en maatschappelijke context van elke groep en met betrekking tot elk specifiek onderwerp.(9)

In een review van Werner-Seidler et al (2017) werden preventieprogramma's rond depressie en angst voor jongeren in scholen uitgetest. Eén van de resultaten van dit onderzoek was dat interventies door een externe gezondheidsmedewerker (zoals de huisarts) superieur waren aan de interventies gebracht door het schoolpersoneel (zoals de leerkracht). De meeste onderzochte interventies gebeurden hierbij ook in kleine groepen (6-10 personen).(15)

Een voorbeeld van zo'n preventieprogramma op school is het SALSA programma uit Australië, beschreven door Shah et al. (2011). Bij deze interventie was er een nauwe samenwerking tussen huisartsen, de school en een maatschappelijke gezondheidsorganisatie. De rol van de huisarts hierin werd als volgt beschreven: "As a community based specialty, general practice is well placed to influence change in the health of the local populace. The success of the SALSA program demonstrates a useful role that local GPs and local medical organisations are able to play in health promotion activities in schools."(16)

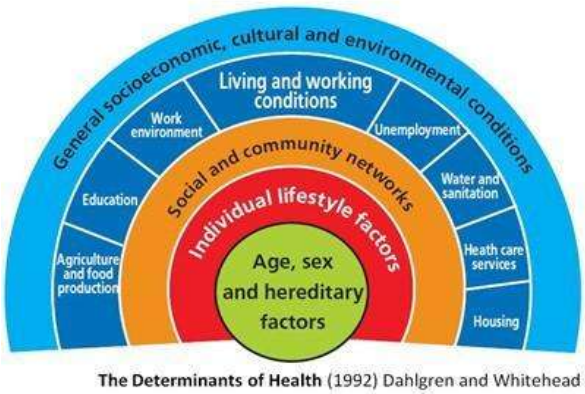
In ons onderzoek willen we dus ook verder op zoek gaan naar de rol van de huisarts bij het tot stand brengen en begeleiden van dergelijke interacties, meer specifiek in de promotie van mentale gezondheid bij jongeren in een lokale jeugdbeweging.

4. Methodologie

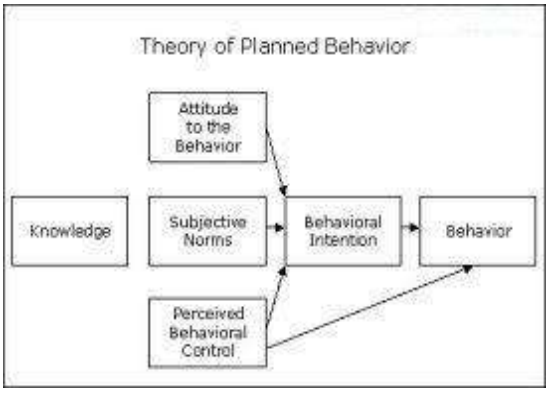
4.1. Interventie: “interactie als motor tot verandering”

Het kwaliteitsverbeterend project beoogt na te gaan welke meerwaarde interactie tussen jongeren en huisartsen over mentale gezondheid kan hebben voor hen en voor hun relatie tot een huisarts: waarom er wel of niet een verandering in hun denken/gedrag optreedt. Dit gingen we na door verschillende interactieve sessies tussen jongeren van 16-17 jaar te organiseren en nadien door middel van diepte-interviews. Voor en na deze interactieve sessies namen we ook een beknopte vragenlijst af om zo enkele topics te vergelijken.

Jongeren komen momenteel met een onderwerp als mentale gezondheid voornamelijk in aanraking via het onderwijs of via informatiebrochures of -affiches. Het is de klassieke aanpak van voorlichting en de meest gebruikelijke manier om het onderwerp te bespreken. Op die wijze wordt vooral ingewerkt op de kennis van een persoon, met de idee dat er op die manier invloed is op het gedrag. Uit verschillende modellen blijkt echter dat er eigenlijk veel meer determinanten zijn voor gezondheid dan enkel kennis. In het model “social determinants of health” van Dahlgren and whitehead (1992) wordt dit geïllustreerd. Dit model wordt vandaag gezien als het praktisch kader voor de implementatie van gezondheidspromotie.(17) (figuur links)



The Determinants of Health (1992) Dahlgren and Whitehead



De “Theory of planned behaviour and reasoned action” (Ajzen) beschrijft de precursoren voor gedragsverandering.(figuur rechts) Deze theorie vertrekt vanuit de idee dat de eerste precursor voor een bepaald gedrag eruit bestaat de intentie te hebben tot het gedrag. Deze intentie om het gedrag te veranderen komt dan weer voort uit 3 drijfveren:

- De eigen houding ten opzichte van het gedrag
- Subjectieve norm: welk gedrag verwacht de omgeving/maatschappij
- Perceived behavioural control: welke controle heb ik over het gedrag (eigen kennis en vaardigheden)

Uit andere onderzoeken blijkt dat interpersoonlijke interactie een krachtige drijver is van gedrag en gedragsverandering.(18, 19) Wat mensen bijleren, oppikken of meenemen van elkaar werkt in op de verschillende precursoren van gedrag. Een model dat deze interactie en de impact ervan beschrijft kan dienen als kapstok voor het opzetten van gezondheidspromotie in de gemeenschap. Zo’n model werd beschreven door Dr. Decat in zijn doctoraatsstudie rond seksuele gezondheid in China en Latijns Amerika.(20) De onderstaande figuur is dan ook rond dit thema opgebouwd, maar dit model kan ook toegepast worden op mentale gezondheid bij jongeren. De centrale idee is dat interactie tussen individuen de drijfveer is voor verandering op vlak van persoonlijke (groen), organisatorische (blauw) en maatschappelijke (paars) factoren rond gezondheid.

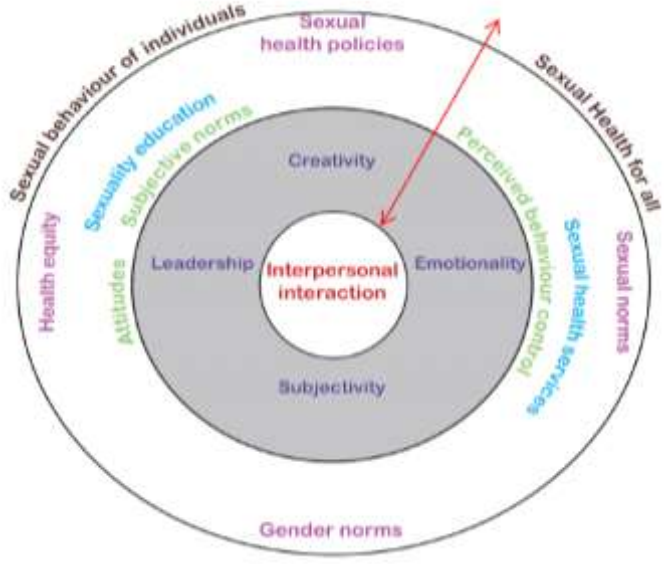


Fig. 3 : Alternatief, interactief model rond de ontwikkeling van seksuele gezondheidszorg.

4.1.1. Voorbereiding

Ter voorbereiding van de sessies werd door onze promotor, Dr. Peter Decat, een korte opleiding in het begeleiden van interactieve momenten met jongeren georganiseerd. Tijdens deze opleiding werd concreet de aanpak, communicatietechniek en structuur van een interactieve sessies overlopen.
De focus lag op het vinden van methodes om de interactie op gang te brengen en hoe te reageren in kwetsbare situaties. Vooral dit laatste werd ook door het Ethisch Comité als voorwaarde gesteld. Zo werden enkele 'richtlijnen' overlopen met de bedoeling voorbereid te zijn indien er gevoelige zaken naar boven zouden komen. Het werd bovenal belangrijk bevonden alles bespreekbaar te maken, maar steeds met een mandaat van de hele groep of het individu waarover het gaat. Indien het gesprek te emotioneel, te intens of te bedreigend voor een deelnemer dreigt te worden, spraken we af met de groep verder te gaan over een ander thema en het kwetsbare individu af te zonderen en de opvolgingsprocedure in gang te zetten.

Wijzelf namen deel aan de interactieve sessie, maar we hadden ook de rol van moderator. Enkele hoekstenen van een goede interactie werden tijdens de voorbereiding op een rijtje gezet. Zo zijn factoren die het proces kunnen stimuleren : leadership, creativiteit van de deelnemers, emotionaliteit en subjectiviteit. Het is belangrijk de eigen bevindingen te laten lopen maar indien nodig zullen deze worden gecorrigeerd door de groep. Hiernaast zijn ook respect en gelijkwaardigheid belangrijke aspecten. Elke mening telt en verdient aandacht.
Ook ter voorbereiding van de kwalitatieve interviews werd door onze promotor een gezamenlijke opleiding georganiseerd met andere masterproefstudenten. Hierbij werden enkele sleutelelementen van kwalitatief interviewen belicht en ingeoefend. Centraal staat het toetsen van een hypothese op een spontane en flexibele wijze.

4.1.2. Rekrutering van de deelnemers

Voor de studie werkten we samen met de oudste groep jongeren van een jeugdbeweging in Destelbergen (de plaats waar wij beiden als huisarts in opleiding actief zijn). Dit zijn jongeren tussen zestien en zeventien jaar. De groep telt twaalf leden. Na goedkeuring van de leiding brachten we een bezoek waarbij we uitleg gaven rond het studieopzet en de inhoud, daarna gaven we ook een papieren versie van de informatiebrief mee. Ongeveer drie weken later werden zowel deelnemers als hun wettelijk verantwoordelijken via e-mail gecontacteerd met nogmaals uitleg over de studie en de

informatiebrief in bijlage. Naar de ouders werd het opting-out formulier gestuurd. Wij kregen geen enkel opting-out formulier terug en ook van de deelnemers kregen wij een positief antwoord. Tijdens de eerste sessie ondertekenden tien deelnemers de informed consent. Zij werden nogmaals geïnformeerd over het studieopzet en de mogelijkheid om zowel de interactieve sessies als de diepte-interviews op elk moment te onderbreken.
De communicatie met de deelnemers verliep via e-mail en via een beveiligde groep op Facebook. Tussen elke sessie gingen wij ter voorbereiding van de volgende sessie langs op de jeugdbeweging, dit om extra bereikbaarheid te creëren en vlotte afspraken te kunnen maken.

4.1.3. Verloop van de interventie en settings

Er werden drie interactieve sessies georganiseerd. Deze werden steeds begeleid door ons twee. In samenspraak met de groep nam ook de leiding deel aan deze interactieve sessies. Op het moment van elke sessies was mevrouw Stephanie Roux, psychologe te Destelbergen, stand-by. Haar gegevens werden meegegeven aan de deelnemers indien er nood was aan een aanvullend gesprek. Ook wij bewaakten of er contact moest opgenomen worden met de psychologe. Voor elke sessie was er ook een overleg tussen ons en de psychologe ter voorbereiding van de volgende thema's.
De eerste sessie vond plaats op het zomerkamp van de jeugdbeweging. Er was een korte kennismaking tussen onderzoekers en deelnemers. De vragenlijst en informed consent werden vooraf ingevuld. Het thema van de interactieve sessie werd als volgt omschreven "Wat is stress en hoe ga jij hiermee om." Vooraf deelden wij mee dat dit onderwerp niet rigide was en dat de deelnemers zelf konden bepalen welke richting dit onderwerp kon uitgaan. Om de interactie op gang te brengen werkten we met beeldmateriaal. Kaarten van het gezelschapsspel "Dixit" werden in het midden op de grond gelegd.

Op deze kaarten staan diverse gedetailleerde tekeningen die polyinterpretabel zijn. Ter afronding van de eerste sessie bepaalden de deelnemers het thema voor de tweede sessie: alcohol, drugs en omgaan met groepsdruk.

Tussen onze eerste en tweede sessie was er een zelfmoord van een ouder van een van de deelnemende jongeren. Er werd in samenspraak met promotor en psychologe contact opgenomen met deze jongere en met de groep. Op vraag van hen werd er voorzien om tijdens de volgende sessies ruimte vrij te maken om hierover in interactie te gaan. Er werd duidelijk besproken en

onderlijnd dat ons opzet zeker niet therapeutisch is of kan zijn. Alles werd met de jongere in kwestie besproken en hij werd ook doorverwezen voor individuele opvolging indien gewenst.

De tweede sessie vond plaats in het begin van het oktober. Er werd afgesproken aan de lokalen van de jeugdbeweging in Destelbergen. Bij aanvang werd er ruimte gelaten om over verlies en rouw te praten. Nadien gingen we over naar het onderwerp groepsdruk en, binnen dit onderwerp, het gebruik van alcohol en drugs. Dit onderwerp werd met prenten en foto's ingeleid.

De derde sessie werd kort na de tweede sessie georganiseerd, op dezelfde locatie. Er werd zoals in sessie twee eerst ruimte gelaten om over verlies en rouw te praten. Er werd gebruikt gemaakt van de kaarten van het spel "Dixit". Zoals in de voorbijgaande sessies namen ook wij twee actief deel aan het gesprek. Na de derde sessie werden opnieuw de vragenlijsten afgenomen.
Er werd in de voorbije sessie besproken wie het zou zien zitten om een diepte-interview af te leggen. Er werden uiteindelijk vier jongeren gecontacteerd voor een individueel interview bij een van de twee onderzoekers.

4.2. Evaluatie van de interventie: Realist evaluation

Voor dit onderzoek gebruikten we "realist evaluation" als onderzoeksmethode. Realist evaluation wordt gebruikt om interventies te beoordelen, te analyseren en te begrijpen waarom al dan niet verandering optreedt, en onder welke omstandigheden.(21) Bij deze onderzoeksmethode gaat het eerder om het proces voorafgaand dan louter om de uitkomsten. Het uitgangspunt is niet óf iets werkt, maar wel waaróm. Men bestudeert wát precies gebeurt, waarom de zaken lopen zoals ze lopen, en probeert te begrijpen welke factoren een rol spelen bij de implementatie van het proces.
Met deze onderzoeksmethode proberen we een vooropgestelde CMO-hypothese te testen. Waarbij C staat voor contextfactoren, M voor mechanismes (belangrijkste factoren voor het al dan niet slagen van de interventie) en O voor outcome (verwachte resultaten).

4.2.1. Centrale CMO-hypothese

Ter voorbereiding van de kwalitatieve interviews stelden we twee CMO-hypotheses op om twee onafhankelijke onderwerpen vast te leggen voor beide Manama-projecten. De CMO-hypothese voor deze manama werd als volgt geformuleerd:

Context : een interactie tussen jongeren over mentaal welzijn, begeleid door twee huisartsen in opleiding binnen de context van een jeugdbeweging, al dan niet geïnitieerd door beeldmateriaal

Mechanisme : Het organiseren van interactiegroepen vanuit de praktijk is een mogelijke invulling van de canmedsrol van de huisarts als gezondheidsbevorderaar (health advocate).

Outcome : perceptie van jongeren over de huisarts en de taak van de huisarts, drempelverlagend effect voor jongeren

We stelden ook een topiclijst op om bij de hand te hebben tijdens de kwalitatieve interviews.

4.2.2. Gegevensverzameling

Er werden zes diepte-interviews gepland waarvan vier met deelnemende jongeren, één met een ouder van één van de jongeren en één met een collega-huisarts. De jongeren werden na de interacties uitgenodigd om vrijblijvend deel te nemen aan de diepte-interviews. Er waren geen exclusiecriteria. Als inclusiecriterium gold dat het moest gaan om ofwel één van de jongeren ofwel hun leiding die had deelgenomen aan minstens één van de interacties. Daarnaast hebben we willekeurig een ouder gecontacteerd en een collega- huisarts in één van onze praktijken. Zo konden we een gevarieerd en ruim beeld schetsen van de interacties. De twee onderzoekers namen elk drie interviews af. Dit waren één-op-één- gesprekken tussen de geïnterviewde en de onderzoeker. De gesprekken hadden plaats in onze respectievelijke praktijken, in een rustige, neutrale ruimte. Voor de diepte-interviews werd een ondersteunende vragenlijst gebruikt. De vragen hadden betrekking op de twee vooropgestelde CMO-hypotheses. De vragen konden in de loop van de verschillende interviews bijgestuurd en verfijnd worden om nog meer diepgang te bekomen. De interviews werden integraal opgenomen met een recorder voor verdere verwerking.

4.2.3. Analyse van de data

De audiobestanden van de interviews werden letterlijk uitgetypt. Daarna gebeurde een kwalitatieve analyse van de uitgetypte bestanden met behulp van Nvivo 11. Elk interview werd gecodeerd binnen het kader van de CMO-hypothese. Er werd overlegd over de structuur van deze codes (codeboom) met de collega Haio, Loes en de promotor. De resultaten van deze analyse worden uitgebreid beschreven in 'Resultaten' (cf. infra).

4.3. Ethische aspecten

Aan het begin van het onderzoek werd een onderzoeksvraag ingediend bij het Ethisch Comité van het UZ Gent. Hiervoor werd een protocol opgesteld en ingediend. Daarnaast werd een informed consent, dat door alle deelnemers ondertekend werd, bijgevoegd. Na een overleg tussen het Ethisch Comité en onze promotor werden enkele extra voorwaarden opgelegd. De informatiebrief en optingoutbrief moesten rechtstreeks naar de ouders gestuurd worden. We moesten worden opgeleid om dergelijke sessies te begeleiden en bij elke sessie moest iemand met ervaring klaar staan om mee te begeleiden of om diens hulp in te roepen indien nodig. Deze voorwaarden werden toegevoegd aan ons protocol. Op 10/04/2017 werd een gunstig advies verkregen en kon het onderzoek van start gaan.

5. Resultaten

Het aantal deelnemers aan de groepssessies varieerde per sessie tussen vijf en dertien deelnemers. Niet alle deelnemers hebben aan alle drie sessies deelgenomen. Uit informele gesprekken met de deelnemers na de eerste sessie merkten we een wisselende houding. Bij een groot aantal was er tevredenheid over de sessie. Ze vonden het interessant om elkaars en onze mening te horen over bepaalde onderwerpen. Sommigen vonden het eerder saai en besteden hun tijd op kamp liever met minder serieuze zaken. Bij enkelen was er enthousiasme voor deelname aan een volgende sessie. De opkomst bij de twee volgende sessies lag beduidend lager. Volgens de jongeren was dit niet te wijten aan een gebrek aan interesse maar eerder aan organisatorische redenen.
Na de drie interacties namen we zes diepte-interviews af, vier van jongeren die deelnamen aan de interacties (enkel jongeren van de leeftijdsgroep, geen leiding), één van een moeder van één van de jongeren en één van een vrouwelijke collega-huisarts van 44 jaar. (zie tabel)

Hoedanigheid	Leeftijd	Geslacht	Aantal sessies bijgewoond	Reeds arts-patiëntcontact in voorgeschiedenis
Jongere	17	M	3	Nee
Jongere	17	M	3	Ja
Jongere	17	M	2	Ja
Jongere	17	M	3	Nee
Huisarts	44	V	0	/
Ouder	47	V	0	/

5.1. Overzicht van de resultaten ingedeeld per C/M/O

Voor de beschrijving van de resultaten, bekomen uit de analyse van de diepte-interviews, wordt de CMO-hypothese als kader gebruikt.

Context	Mechanisme	Outcome
- Aanwezigheid huisarts - Leeftijd huisarts - Persoonlijkheid en eigen ervaring huisarts - Tijdsgebrek - Suicide van familielid - Geleerd/gewend om te praten - Veilige, aangename sfeer	- De aanwezigheid van een zorgverlener zorgt voor een serieuzere sfeer en serieuzere onderwerpen - Jongeren die thuis geleerd hebben om te praten (over emoties) versterken het proces (en nemen de moeilijke praters mee op sleeptouw) - Een vertrouwensrelatie zorgt ervoor dat er over intieme gevoelens en emoties kan gepraat worden - Niet alle huisartsen hebben ervaring met het begeleiden van groepen - Een paternalistische methodiek zorgt dat jongeren minder snel geneigd zijn om hun mening te zeggen - Een open houding van de huisarts zorgt voor meer vertrouwen en gemakkelijker praten bij de jongeren	- Beeld over huisarts verandert: Betere kennis taken Beter besef beroepsgeheim Ook maar mensen - Lagere drempel om over mentale gezondheid te praten - Preventie van mentale gezondheid is een multidisciplinaire taak

5.1.1. Context

- Aanwezigheid van zorgverleners tijdens de sessies

Door de aanwezigheid van een zorgverlener voelen enkele jongeren zich verantwoordelijk om mee te werken en te praten. Ze geven aan dat ze het belangrijk vonden dat wij moeite hadden gedaan om naar hen te komen en dat ze dus ook iets terug wilden doen door goed mee te werken. Het feit dat dit deel uitmaakte van een onderzoek speelt voor hen hier een rol.

Een tweede element dat herhaaldelijk aangehaald wordt is dat wij er voor hen niet echt als dokters uitzagen. We hadden gewone kleren aan, geen witte jas, en we zijn jong. Deze aspecten zorgen ervoor dat ze eerder naar ons keken zoals ze naar leiding kijken en dat het gemakkelijk was om te praten.

"Ik denk wel dat ik voor jullie meer wou zeggen, omdat jullie daarbij waren. Want jullie waren helemaal gekomen van Gent naar Wallonië." (jongere)

- Leeftijd huisarts

De jonge leeftijd van de begeleidende huisartsen wordt door alle jongeren en de ouder als iets positiefs ervaren. Ze stellen dat een oudere arts meer gezag en afstandelijkheid uitstraalt en dus moeilijker is om mee te praten. Vooral het dichter staan bij de leefwereld van de jongeren als jonge arts en de herkenning van hun realiteit worden als bevorderende factoren aangehaald. Zeker voor thema's zoals drugs en groepsdruk lijkt de drempel om hierover met een oudere arts te spreken groot. Door een van de jongeren wordt verder als drempel ook aangehaald dat oudere artsen al meer gezien hebben en dus mogelijks sneller zouden minimaliseren.

"Het helpt veel dat jullie jong zijn en zo meer mee kunnen praten met de dingen, alé wat wij vinden enzo. Als er zo iemand zou bij zitten van zo zestig jaar ofzo denk ik dat dat minder gemakkelijk zou zijn om zo over drugs of groepsdruk te praten." (jongere)

Door de ondervraagde huisarts wordt leeftijd daarentegen niet als een bepalende factor gezien. Zij denkt dat leeftijd één op één misschien eerder van belang is maar dat dit in groep minder een rol speelt.

- Persoonlijkheid en inleving huisarts

Door de ondervraagde huisarts wordt eerder de persoonlijkheid en inleving van de arts als bepalend gezien om zo'n sessies te organiseren en bij te wonen. Aan de ene kant is er de manier waarop de arts zich kan inleven, kan weten hoe die leeftijdsgroep in elkaar zit en op dezelfde golflengte kan zitten. Dit kan ervoor zorgen dat jongeren wel kunnen loskomen en praten. Aan de andere kant is er de persoonlijkheid en ervaring van de arts om zich bekwaam en geïnteresseerd te voelen om zo'n sessies te organiseren. Zij stelt dat dit iets is dat je echt moet liggen en niet voor elke arts weggelegd is en een must is.

"Nu, ik zou dat graag doen denk ik, dat zou mij wel liggen. Maar ik ken er ook wel veel die dat niet zouden liggen." (huisarts)

Het aanvoelen van de jongeren hierover blijkt heel afhankelijk van de ervaring van elke jongere met zijn/haar huisarts. Jongeren die een goede band hebben met hun huisarts of van thuis uit een goede band tussen ouders en huisarts gezien hebben ervaren een huisarts sneller als een vertrouwenspersoon, als iemand die jou kent en waarmee je een nauwere band kunt hebben.

> *"Het hangt ook wel af van die (de dokter) zijn persoonlijkheid. Bijvoorbeeld jullie waren super open." (jongere)*

- Tijdsgebrek

De ondervraagde huisarts haalt hierbij ook aan dat er geen tijd zou zijn om dergelijke sessies op een regelmatige basis te kunnen organiseren vanuit de praktijk. Het takenpakket van de huisarts omvat al zoveel verschillende zaken enkel binnen de praktijk, dat het volgens haar moeilijk is nog extra taken op communityniveau erbij te nemen.

> *"Ik denk dat ons takenpakket al zo vol zit... dat dat bijna niet te doen." (huisarts)*

- Veilige, aangename sfeer

Door zowel de jongeren als de huisarts wordt een rustige sfeer gekoppeld aan gemakkelijker praten. Weinig passage, geen grijs lokaal en een rustgevende locatie zonder gevaren zijn enkele van de factoren die volgens hen voor een aangename sfeer zorgen. Volgens de huisarts is eerder de sfeer dan de exacte locatie belangrijk. Zo denkt ze dat in eenzelfde school een stille, donkere ruimte met kussens eerder aan het praten maakt dan een sober klaslokaal. Een van de jongeren treedt dit bij doordat hij denkt dat een meer professionele ruimte en sfeer, zoals de praktijkruimte, zorgt dat mensen minder durven zeggen uit schrik iets verkeerd te zeggen.

Naast een aangename sfeer wordt ook een vertrouwd gevoel als stimulerend ervaren. Het gevoel meer "thuis" en op je gemak te zijn helpt volgens sommigen om vlotter te praten.

Al zijn er echter ook twee jongeren die de locatie en sfeer minder bepalend vinden. Een van hen vindt dat het vooral een effect heeft bij het starten met praten. Eenmaal aan het praten maakt het volgens hem geen verschil meer uit waar het gesprek plaatsvindt. De andere vond het twijfelachtig maar besloot dat een ruimte voor hem een ruimte is en het niet altijd vertrouwd moet zijn.

> *"Dat maakt het ook weer zo'n beetje dat minder formele, wat ook wel goed is want formeel schrikt ook een beetje af denk ik." (jongere)*

- Geleerd om te praten

Drie van de ondervraagde jongeren halen zelf aan dat ze hadden leren praten over serieuzere onderwerpen. Dit is volgens hen een factor die ervoor zorgde dat het gemakkelijker was om mee te praten tijdens de sessies. Deze groep was opgegroeid met praten, ze hebben het voorbeeld gekregen van ouders en broers en/of zussen. Ze hadden zo geleerd dat het kan opluchten om te praten en dat het belangrijk is om met dichte vrienden te kunnen praten over serieuze zaken. Bij de andere deelnemers was het minder voor de hand liggend om thuis te praten over serieuze onderwerpen. Eén van hen merkte echter op dat sinds hij een lief had, het gemakkelijk was om te praten en hij meer open over zijn gevoelens kon vertellen.

> *"Ik heb niet zoveel moeite om dingen in de groep te smijten. Ik denk dat ik redelijk uiterste ben omdat ik opgegroeid ben met praten." (jongere)*

- Ernstige gebeurtenis

De suïcide van de moeder van één van de jongeren zorgde ervoor dat de sfeer en het onderwerp van de sessie die volgde grotendeels daardoor gekleurd waren. Zowel voor de jongere in kwestie als voor de anderen gaf het een dubbel gevoel. Aan de ene kant was het moeilijk om over te praten maar aan de andere kant was het ook een meerwaarde voor de verwerking om het daar in die groep bespreekbaar te maken. De jongere in kwestie had vooral de behoefte zijn verhaal op zijn eigen manier en zo volledig mogelijk te kunnen vertellen. Hij vond het echter wel moeilijk omdat het een onderwerp was dat volledig over hemzelf ging en het hem pijn deed. Hij had schrik om te wenen en zijn verhaal niet volledig te kunnen vertellen. Voor de anderen was het ook een zwaar onderwerp, iets dat ze nog nooit meegemaakt hadden en waarbij ze niet goed wisten wat ze wel en niet konden zeggen en doen. Sommige dingen die werden verteld wisten enkelen al, andere zaken niet. Door erover te praten en er van hemzelf meer over te weten te komen, hoopten ze hem beter te kunnen steunen en het ook zelf een bepaalde plaats te kunnen geven.

> *"Voor de mensen van mijn leeftijd, al de mensen die dicht bij B staan, om te horen hoe het met hem gaat en hoe dat hij dat verwerkt en andere mensen hun mening over zo'n dingen te horen." (jongere)*

Wat betreft 'context' kunnen we besluiten dat de aanwezigheid van een zorgverlener bij de jongeren een verantwoordelijkheidsgevoel oproept om actief deel te nemen aan de sessies. De jonge leeftijd en open persoonlijkheid van de aanwezige huisartsen werken bij de jongeren stimulerend om te durven praten over verschillende onderwerpen die dicht bij hun leefwereld staan. Een aangename sfeer en vertrouwde locatie zorgen ervoor dat deelnemers zich veilig genoeg voelen en gemakkelijker starten met praten, ook over moeilijke onderwerpen zoals suïcide.

5.1.2. Mechanisme

- Aanwezigheid van zorgverlener zorgt voor serieuzere sfeer en onderwerpen

Alle deelnemers aan de sessies geven aan dat ze een gesprek over serieuzere onderwerpen en intiemere gevoelens nooit zouden voeren met elkaar zonder een extern professioneel persoon. Zo halen ze aan dat ze nog pubers zijn en snel zouden afdwalen of het ludiek zouden maken. Ze zien zich niet uit zichzelf rond een tafel gaan zitten om over dergelijke onderwerpen te praten. Daarnaast wordt gesteld dat het enkel met de groep, zonder extern persoon, misschien eerder op geroddel zou uitdraaien. Eén van de jongeren stelt duidelijk dat hij minder zou durven zeggen wanneer het gesprek enkel samen met de leiding zou gebeuren. De aanwezigheid van twee zorgverleners zorgt er volgens enkelen dus voor dat het veiliger aanvoelt om serieus te praten. Ze vertrouwen erop dat wij niets van wat gezegd wordt gaan verder vertellen. Hierbij wordt het beroepsgeheim van dokters een enkele keer aangehaald als extra veiligheid.

> *"Dat jullie erbij waren, zo soms voor wat pijnlijkere onderwerpen hielp dat wel, dat was wel positief". (jongere)*

- Niet alle huisartsen hebben ervaring met het begeleiden van groepen

Voor één van de jongeren is het heel logisch dat patiënten naar hun huisarts gaan om te praten. Een huisarts die zelf naar een groep mensen gaat of een project start lijkt voor hem iets vreemds. Ook een aantal andere jongeren begrijpen dat wij langs kwamen omwille van onze opleiding maar vinden het idee dat een huisarts dit zonder dergelijk doel zou doen merkwaardig. De meeste geïnterviewden halen aan dat het experts moeten zijn die zo'n sessies in groep begeleiden. De ene vindt dat een huisarts de ervaring en expertise heeft om dit te organiseren, terwijl enkele anderen vinden dat je daar meer specifiek voor opgeleid moet zijn. Ze denken dan eerder aan een psycholoog of maatschappelijk werker.

De geïnterviewde huisarts heeft zelf ook haar twijfels over de juiste competenties van de algemene huisarts om zo'n groepssessies te begeleiden. Ze stelt dat huisartsen opgeleid worden voor één-op-ééncontacten en dat groepssessies misschien toch eerder iets zijn voor een psycholoog of pedagoog. Haar twijfels liggen vooral bij de juiste vaardigheden om in zo'n groep de probleemgevallen, op een juiste manier, te kunnen herkennen en ondersteunen. Hierbij wordt wel de nadruk gelegd op de variatie in persoonlijke interesses en competenties van verschillende artsen. Het is volgens haar geen algemene taak van de huisarts maar eerder weggelegd voor huisartsen met die bepaalde interesse en die bijscholingen over dit onderwerp hebben gevolgd.

> *"Het aantal vergroot maar dat maakt de inhoud en het verloop van het gesprek ook anders hé. Het is niet omdat al die Canmedsrollen er zijn, is het niet zo dat iedereen het even goed kan. Maar het kan voor bepaalde mensen met specifieke interesse wel goed zijn. " (huisarts)*

> *"Ik vind het niet echt de taak van de dokter. Dat is meer voor sociaal werker of psycholoog. Maar dokter is meer genezen vind ik." (jongere)*

- Een paternalistische methodiek zorgt ervoor dat jongeren minder snel geneigd zijn om hun mening te zeggen

Een huisarts wordt door de meeste deelnemers als toegankelijk en open gezien, iemand waarmee ze gemakkelijk over intiemere onderwerpen en gevoelens durven spreken. Een van de jongeren ziet een huisarts echter toch eerder als een autoritair persoon. Een huisarts is iemand die met gezondheid bezig is en volgens hem dus sneller zou oordelen over al dan niet slecht gedrag. Hij zou niet gemakkelijk openlijk durven spreken over alcohol of drugs wanneer een huisarts meeluistert, uit schaamte iets te zeggen dat die huisarts zou kunnen afkeuren. Tijdens de sessies met ons voelde hij deze terughoudendheid echter niet. Onze jonge leeftijd en het feit dat de sessies in de context van de jeugdbeweging plaatsvonden met een gekende groep zou daar volgens hem de oorzaak van zijn.

Eenzelfde gevoel van autoriteit wordt door een andere jongere beschreven wanneer hij de vergelijking maakt met leerkrachten. De redenen waarom hij moeilijker met hen zou kunnen praten zijn vooral de leeftijd en afstandelijkheid. Hij vindt dat een aantal van zijn leerkrachten een vaste mening hebben waar ze niet van willen afwijken en moeilijk zijn om tot door te dringen. Deze leerkrachten kunnen zich volgens hem niet goed inleven in de visie van de leerlingen.

Een open houding en mee tussen de groep zitten in plaats van afstand houden en vooraan staan zorgt voor een meer toegankelijke sfeer.

"Omdat het met de (jeugdbeweging)mensen was niet echt, maar als het met andere mensen zou zijn, zou ik nooit beginnen over : "ik had daar echt wel eens teveel gedronken ofzo". Want dan zou ik ook denken dat die dokter zou denken : amai dat is echt slecht." (jongere)

"Het is een arts, die is bezig met gezondheid. 'Als ik hier ga beginnen over mijn drinken gaat die misschien raar denken over mij of denken dat ik slecht bezig ben." (jongere)

Wat betreft 'mechanisme' kunnen we besluiten dat jongeren behoefte hebben aan een extern persoon die de drempel verlaagt om over serieuze onderwerpen te spreken. De aanwezigheid van een zorgverlener geeft de meesten een veilig gevoel om hun emoties te durven uitspreken. Een open, niet oordelende houding van de zorgverlener is hierbij van cruciaal belang. Over het mandaat van de huisarts in het organiseren van deze groepssessies zijn er twijfels. Het lijkt voornamelijk weggelegd voor huisartsen met een persoonlijke interesse in deze tak van huisartsgeneeskunde en huisartsen die in deze branche voldoende opleiding genoten en expertise opgebouwd hebben.

5.1.3. Outcome

- Beeld over huisarts al dan niet veranderd

Het beeld dat de jongeren op voorhand over een huisarts hadden blijkt heel verscheiden en afhankelijk van de ervaringen die ze met een huisarts gehad hebben. Een van hen heeft een eerder vriendschappelijke band gezien tussen zijn vader en diens huisarts waardoor hij een meer open houding ten opzichte van huisartsen heeft. Ook een andere jongere zegt zelf een goede band te hebben met zijn huisarts en deze wel degelijk als vertrouwenspersoon te zien. Het is iemand die hem kent en waar hij sowieso zelf wel naartoe zou stappen met eventuele problemen. Voor enkele andere deelnemende jongeren berustte de relatie met hun huisarts eerder op vluchtige contacten omwille van banale klachten. Een van deze jongeren ziet een huisarts als een eerder autoritaire persoon, "den dokter", die zegt wat je moet doen en zo ziektes geneest. Al beseft hij wel dat eenmaal je elkaar beter kent, dit beeld wel wat verandert en de relatie meer vertrouwd kan worden. Een andere jongere had ook nog nooit nagedacht over de mogelijkheid om te praten met je huisarts over emoties. Hij dacht dat dit enkel weggelegd was voor een psycholoog. Door de sessies is vooral het beeld over een huisarts bij deze laatste twee deelnemers veranderd. Zowel door te praten met ons tijdens de sessie als door de ervaringen van anderen met hun huisarts te horen kregen ze een opener en toegankelijker beeld van een huisarts. Ze hebben geleerd dat je ook met mentale

problemen, zorgen en twijfels bij een huisarts terecht kan en dat het beroepsgeheim meer dekt dan enkel ernstige of grappige ziektes. De interacties hebben alle jongeren een menselijker beeld van de huisarts gegeven. Dat we jonge artsen waren, zonder witte jas aan, die zelf ook open onze mening en ervaringen deelden over de onderwerpen speelt volgens hen hierin een belangrijke rol.

> *"Je bent op een andere manier in contact gekomen met een dokter. En uiteindelijk zie je zo dat dat ook maar mensen zijn." (jongere)*

> *"Beroepsgeheim dacht ik eigenlijk altijd dat dat zo meer gaat over erge of grappige ziektes dat je niet mag doorvertellen." (jongere)*

- Lagere drempel om over mentale gezondheid te spreken met zorgverlener

Het gevoel van een meer toegankelijke en menselijke huisarts verlaagt bij een aantal van de jongeren de drempel om, indien het nodig zou zijn, toch naar de huisarts te stappen. Door een betere kennis over het takenpakket van een huisarts, weten ze dat de mogelijkheid er is om met hun huisarts mentale problemen te bespreken. Twee jongeren zeggen wel dat ze uit zichzelf eerder de stap naar een psycholoog zouden zetten voor mentale problemen maar dat het interessant is om te weten dat dit bij een huisarts dus ook kan. Een psycholoog krijgt bij hen de voorkeur omdat die er meer specifiek voor opgeleid is. Volgens een andere jongere is de huisarts dan weer de eerste keuze zorgverlener en een gemakkelijke hulp bij mogelijke mentale problemen.

> *"Ik had er nooit bij stilgestaan dat je ook echt zo kunt praten over erge dingen met je huisarts. Voor later misschien goed." (jongere)*

> *"Stel, dat ik ooit een alcoholverslaving krijg ofzo, dat ik daar niet mee ga stappen naar mijn ouders, maar als ik het zelf inzie dat ik daar wel rapper mee naar een huisarts zal stappen. Ik denk wel dat als ik dat heb dat ik mij daarover zou schamen denk ik tegenover mijn ouders. Dan is dat wel goed, om daar zo met je huisarts over te praten." (jongere)*

- Preventie van mentale gezondheid is een multidisciplinaire taak

Tijdens de interacties en de interviews komen verschillende manieren aan bod waarop preventie van mentale gezondheid kan gebeuren. Er wordt door sommigen een rol aangehaald voor de gemeenschap: de idee dat er meer over mentale gezondheid moet gesproken worden onderling en dat er minder taboe over mag heersen. Alle geïnterviewden zijn het eens dat er in het algemeen meer aandacht zou mogen gaan naar mentale gezondheid. Door een jongere wordt geopperd dat het

goed zou zijn om ernaar te streven dat alle jongeren vaker over problemen praten, zoals hij thuis geleerd heeft. Door de verschillende geïnterviewden worden verscheidene disciplines aangehaald die hierbij zouden kunnen helpen: huisarts, psycholoog, maatschappelijk werker, pedagoog en leerkracht. Een van de jongeren ziet een mogelijke samenwerking tussen verschillende disciplines als een manier die zou kunnen helpen om zo'n sessies beter te organiseren. Hij denkt hierbij aan samenkomen, elkaar begeleiden en informatie uitwisselen, elk met zijn ervaring. Ook de huisarts en de moeder zien een multidisciplinaire samenwerking als een mogelijke hulp bij de preventie van mentale problemen.

> *"Ik zou logisch vinden dat het gewoon aanvaard wordt als een andere ziekte en dat er makkelijk rekening mee gehouden wordt. Ik zie dat als iets heel normaal waar er veel meer moet op gericht worden. Over mentale ziektes moet je juist kunnen praten ook dus ik denk dat zo taboe over mentale ziekte niet echt bevorderlijk is voor de mentale ziektes op te lossen." (jongere)*

> *"Ik denk dat we als volwassenen alert moeten zijn, als ouder, als huisarts, als leerkracht. Om daar ook eens aandacht aan te geven. Als we voelen dat dat scheef loopt, ook eens te bespreken..." (huisarts)*

Wat betreft 'outcome' kunnen we besluiten dat de interactie tussen jongeren en huisartsen in opleiding vooral de kennis en het beeld van jongeren over een huisarts heeft veranderd. De sessies hebben een menselijker en meer toegankelijk aspect van de huisartsen getoond. Dit zorgt bij de jongeren voor een lagere drempel om in de toekomst de huisarts te contacteren. Sommigen ontdekten dat de huisarts niet enkel instaat voor de puur fysieke klachten maar dat je er ook terecht kan voor mentale problemen. Iedereen voelt aan dat er rond mentale gezondheid nog steeds een taboe hangt. De mentale gezondheid verbeteren kan volgens de meerderheid van de deelnemers door in te zetten op een samenwerking tussen verschillende disciplines en er daarnaast als gemeenschap meer openlijk over te praten.

6. Discussie - Conclusie

Met dit project werd onderzocht of de huisarts een rol kan opnemen in het organiseren en begeleiden van peer-to-peer interacties tussen jongeren rond mentale gezondheid. Het onderzoek naar contextuele factoren, onderliggende mechanismen en outcomes, volgens de principes van realist evaluation, leverde interessante resultaten. In deze discussie reflecteren we over enkele van onze bevindingen.

De resultaten kunnen grotendeels opgedeeld worden in twee categorieën. De eerste categorie behandelt vooral het effect van de interacties op de vertrouwensband tussen jongeren en huisartsen. De tweede categorie gaat eerder in op de beperkingen en voorwaarden voor het organiseren van dergelijke interacties als huisarts vanuit een huisartsenpraktijk.

6.1. Vertrouwensband tussen jongere en huisarts

Het positieve effect van de aanwezigheid van twee huisartsen bij de interacties zien we op twee vlakken naar boven komen. Enerzijds is er de unieke band met de huisarts die ervoor zorgt dat de peer-to-peer interactie rond mentale zorg beter verloopt. Anderzijds creëert de aanwezigheid van de huisarts in die sessies met jongeren een nieuw soort band. Door onze aanwezigheid kijken jongeren met andere ogen naar een huisarts. Ze zien de huisarts in een andere hoedanigheid dan in de praktijk waardoor een nauwere band kan ontstaan en de drempel naar de huisarts kan verbeteren.

6.1.1. Unieke band met huisarts zorgt voor beter verloop interacties

De aanwezigheid van twee huisartsen bij de interacties heeft volgens de meeste deelnemers een positief effect op de interactie. De sfeer was serieuzer, er was vertrouwen en de jongeren konden gemakkelijker open praten. Dat is volgens ons het gevolg van de klassieke band die er bestaat tussen patiënt en huisarts die ontstaat binnen de praktijk op individueel niveau. Die band, samen met het beroepsgeheim, zorgen bij de meeste deelnemers voor een veilig en open gevoel.

Daarnaast kwamen uit ons onderzoek persoonsafhankelijke factoren van de jongeren naar voor die bepalend zijn voor de waarde die wordt gegeven aan het feit dat het net de huisarts is die de gesprekken begeleidt. Enerzijds is er de persoonlijke ervaring van de jongeren met een huisarts en

anderzijds de kennis van de jongere over de taken en het beroepsgeheim van huisartsen die zorgen voor het bestaan van die unieke band. Beide aspecten zijn bepalend voor de vertrouwensrelatie tussen een huisarts en de jongeren. We komen hier verder in de discussie op terug. (6.1.2 Interactie met huisarts buiten de praktijk creëert een nieuwe band). Tenslotte speelt ook de persoonlijkheid en ervaring van de huisarts zelf die de sessie begeleidt een belangrijke rol in het al dan niet vlotte verloop van de interacties.

Deze factoren van de huisarts die zorgen voor het slagen van die innovatieve interactie tussen huisarts en een groep jongeren werden door de ondervraagde huisarts duidelijk gekaderd als persoonlijkheidskenmerken van een individuele arts. Het is belangrijk een zekere openheid en inleving te hebben naar jongeren toe. Daarnaast zijn ook de juiste competenties en interesse nodig om zo'n proces met een groep te begeleiden. De begeleiding van interactiesessies met groepen is geen onderdeel van het standaard takenpakket van de Vlaamse huisarts. Het kan wel een relevante aanvulling zijn aan het arsenaal van een huisarts die daarvoor de interesse, persoonlijkheid en vaardigheden heeft.
De unieke band tussen patiënt en huisarts kan een meerwaarde zijn voor de begeleiding van en de deelname aan dergelijke sessies door een huisarts.

6.1.2. Interactie met huisarts buiten de praktijk werkt drempelverlagend

Zoals hierboven reeds gesteld, spelen een aantal persoonlijkheidsfactoren van de jongeren een belangrijke rol in zowel het vlotte verloop van de interactie als in de vertrouwensband met de huisarts die hier essentieel voor is.

Het belang van de persoonlijke ervaring en kennis van jongeren met huisartsen vinden we veelvuldig terug in de literatuur.(22-27) Een goed en vertrouwd contact tussen jongeren en een huisarts blijkt niet altijd evident. De drempel voor jongeren om met mentale problemen naar een huisarts te stappen ligt nog altijd heel hoog.(22) Dit bevestigt onze eigen ervaring uit de praktijk. De verschillende redenen voor die drempel die worden aangehaald in ons onderzoek door de jongeren, vinden we ook terug in de literatuur. Als belemmerende factoren om naar een huisarts te stappen met mentale problemen zien we vooral twijfels over betrouwbaarheid, onvoldoende kennis over mogelijkheden, schaamte en schrik voor een beoordelende arts vaak naar boven komen. Positieve ervaringen in het verleden, aanmoediging door de omgeving, toegankelijkheid, de persoonlijkheid van de huisarts en een vertrouwensrelatie zijn de meest frequent aangehaalde bevorderende

factoren. Vooral discretie en het gevoel niet veroordeeld te worden helpen bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie met hun huisarts.(23-27)
Trudej et al. (2016) vonden ook dat jongeren nood hebben aan iemand die het onderwerp zelf actief aanhaalt en hiervoor de juiste vragen stelt. Zo stellen ze: “As adolescents have trouble finding the words allowing them to speak of themselves, they express their difficulties using somatic complaints. While in the final analysis they are not opposed to speaking of themselves, they expect the initiative to come from an adult.”(27) Het is echter niet eenvoudig om bij elke jongere die op consultatie komt met kleine fysieke kwalen een goede vertrouwensrelatie op te bouwen en zomaar mentale problemen na te vragen. Daarom kan een interactie buiten de praktijk tussen een huisarts en een groep jongeren over mentale gezondheid wel een goede aanzet zijn om hen te doen praten over zichzelf en in de toekomst de drempel naar de huisarts te verlagen. Of zoals door Malik et al (2002) gesuggereerd: “Having a doctor who they feel comfortable coming to will increase disclosure of health concerns and may facilitate effective health promotion interventions.”(28)

Ook de kennis van de jongere over het takenpakket en het beroepsgeheim van de huisarts is een bepalende factor. Een betere kennis van de mogelijke taken van een huisarts en de inhoud van het beroepsgeheim zouden dus kunnen helpen om meer jongeren met psychische moeilijkheden bij een huisarts te krijgen. In het artikel van Vessey et al (2017) over de rol van zorgverleners bij pesten wordt een gebrek aan kennis over de huisarts ook als een reden aangegeven waarom jongeren dergelijk probleem niet durven aankaarten bij de huisarts (“Not sure that’s part of their job.”).(29) Zoals gezien in de resultaten blijkt een interactie met jongeren georganiseerd door de huisarts over dergelijke onderwerpen hiervoor doeltreffend te zijn. Ze krijgen, zowel door het contact met ons als door verhalen van andere jongeren, een bredere notie van de functie, rollen binnen het beroep en van het beroepsgeheim.
Een andere mogelijke oplossing voor het gebrek aan kennis wordt door Aarseth et al (2016) onderzocht. Hun studie test, door middel van een persoonlijke informatiebrief aan alle 16-jarigen in de buurt, een manier om de laagdrempeligheid naar de huisarts te verbeteren. De brief bevatte zowel informatie over verschillende mogelijke gezondheidsproblemen die aan bod kunnen komen als over gezondheidsrechten zoals de bescherming van de privacy van de jongeren. De studie leek de toegankelijkheid tot de huisarts voor jongeren beduidend te verbeteren. Het aandeel jongeren dat de huisarts bezocht steeg van 59% naar 69%.(30) Dit is dus een gemakkelijk uitvoerbare en goedkope methode om de kennis te verbeteren maar een vertrouwensrelatie wordt hier niet mee opgebouwd.

Tijdens de interacties over mentale gezondheid gaan jonge huisarts rechtstreeks in contact met de jongeren buiten de praktijkcontext. Dit is een grote opportuniteit die vernieuwend is en die dus een meerwaarde kan betekenen in het opbouwen van een nieuwe vertrouwensrelatie tussen jongeren en de huisarts. Jongeren zullen zich hierdoor gemakkelijker presenteren bij de huisarts voor hun mentale gezondheid. Dankzij de interventies zien ze de huisarts als een actor, een bondgenoot voor hun mentaal welzijn.

De interactiegroepen hebben direct een link met mentale gezondheid (cfr masterproef collega Vercruysse Loes) maar ook indirect omdat ze kunnen leiden tot een beter en nauwer contact met de huisarts zodat de individuele zorg effectiever wordt.

6.2. De huisarts als organisator van peer to peer interacties tussen jongeren over mentale gezondheid: de randvoorwaarden

Ons onderzoek heeft aangetoond dat dergelijke interacties, begeleid door een huisarts, een meerwaarde kunnen hebben. Ons onderzoek toont echter ook een aantal randvoorwaarden en beperkingen.
De vraag stelt zich hoe dergelijke interacties kunnen geïmplementeerd worden in de praktijk. In ons onderzoek werden voornamelijk tijd, workload en gebrek aan ervaring als beperkende factoren gezien om interacties zelf te organiseren.

Het gebrek aan tijd en een reeds hoge workload vinden we in verschillende artikels terug als belemmerende factoren voor gezondheidspromotie en -preventie.(6, 9, 14, 31, 32) Deze promotie en preventie buiten de huisartsenpraktijk, hier via interactie, gaat dan nog een stapje verder. Deze interacties zouden echter als meer tijdsefficiënt kunnen beschouwd worden aangezien je in een drietal sessies veel meer jongeren kan bereiken dan wanneer je dit één op één zou moeten doen. Een aansluitende bedenking hierbij is of er geen geld zou vrijgemaakt moeten worden voor dergelijke sessies waar je veel patiënten mee kan bereiken op een efficiënte manier. In eerdere literatuur (Dahrouge et al. 2011) rond vergoeding voor preventieve zorg door de huisarts werd geen duidelijk positief effect gezien op de toepassing van preventieve taken.(32) Dit onderzoek gaat echter enkel in op de preventie van specifieke ziekten zoals kanker en griep binnen de praktijk. Verder onderzoek naar vergoeding voor interacties buiten de praktijk rond gezondheidspreventie en -promotie lijkt hier aan de orde.

Behalve een vergoeding zouden ook een andere praktijkorganisatie, een externe gezondheidspromotor of een meer multidisciplinaire werksituatie mogelijke oplossingen kunnen zijn om interacties te implementeren in de huisartsenpraktijk. Een multidisciplinaire samenwerking werd in ons onderzoek als mogelijks kwaliteitsverbeterend gezien. Het mogelijks positieve effect van een externe gezondheidspromotor bij dergelijke interventies zien we in de literatuur herhaaldelijk terugkomen.(33-35) Hierbij aansluitend lijkt het mij nuttig om in deze context ook na te denken over het huidige takenpakket van de huisarts. Zijn er taken die momenteel als vanzelfsprekend bevonden worden door huisartsen (zoals het opvolgen van stabiele hypertensiepatiënten) maar die bijvoorbeeld door een praktijkassistent zouden kunnen gebeuren, waardoor de huisarts de mogelijkheid heeft om eventuele andere taken, zoals preventieve interacties buiten de praktijk, op te nemen? Dit is een item dat interessant kan zijn om verder uit te diepen en te onderzoeken.

Het gebrek aan ervaring in de begeleiding van groepssessies met jongeren kwam in ons onderzoek ook als belemmerende factor naar boven. Dit gebrek aan ervaring zou kunnen gecompenseerd worden door meer onderzoek en een specifieke training voor huisartsen en aspirant huisartsen met een interesse in gezondheidspromotie in groepen. Zo'n opleiding kan toegespitst worden op zowel de kennis rond mentale problemen bij jongeren als het begeleiden van een groep.

Zoals zojuist aangehaald, is het organiseren en begeleiden van interacties en het voorbereidend volgen van bijkomende opleidingen iets waar een bepaalde interesse voor moet zijn. Zowel hier als bij De Loose (2017) en Kislov (2012) is duidelijk dat als huisarts een preventieve of promotie-gerichte taak opnemen in de gemeenschap of met een groep een persoonlijk gegeven is en niet voor iedereen is weggelegd.(14, 34) Kislov (2012) verwoordt het als volgt: *"Many practitioners are willing to enhance their public health role, some clinicians do not view themselves as promoters of public health and do not have competencies to deliver public health interventions at the individual patient level. In other words, these individuals exclude themselves from a wider 'community of public health practice'—either because of perceived lack of connection between their role and the public health domain or because of the perceived difficulties penetrating the 'health circles', the latter often seen as controlling public health practice locally."*(34)

We kunnen hier concluderen dat voor het implementeren van preventieve interacties buiten de praktijk door een huisarts nog verder onderzoek moet gebeuren naar zowel de praktische mogelijkheden als de persoonlijke opleiding en ervaring. Potentiële praktische oplossingen die hier gesuggereerd werden zijn een vergoeding, een doorlichting van het huidige takenpakket van de

huisarts, een multidisciplinaire werksituatie en de samenwerking met een externe gezondheidspromotor.

6.3. Beperkingen voor het onderzoek

Een eerste beperking is dat in dit onderzoek de onderzoekers ook zorgverleners zijn van enkele deelnemers. Dit kan enerzijds positief zijn aangezien er met sommigen reeds een vertrouwensband is. Anderzijds kan dit ervoor zorgen dat de jongeren niet volledig eerlijk antwoorden. Zoals door enkele jongeren ook aangegeven werd, vonden ze het belangrijk om ons te kunnen helpen met onze masterproef. Hierdoor moeten we bedenken dat ze mogelijks 'wenselijke' antwoorden gaven. We trachtten dit wel zoveel mogelijk te verhinderen door volledig open vragen te stellen en hen te verzekeren dat er geen juiste of foute antwoorden waren.

Een tweede beperking is het eerder beperkte aantal deelnemers. We interviewden slechts zes kandidaten, waarvan vier jongeren. Bovendien kan verondersteld worden dat enkel de meest enthousiaste en open jongeren en huisarts hieraan wilden meewerken.

Een derde beperking is een mogelijke selectiebias. Alle jongeren van een bepaalde leeftijdsgroep in de jeugdbeweging werden gevraagd om deel te nemen aan de interacties en nadien aan de interviews. Aangezien hier spontaan weinig respons op kwam werden de vier jongeren die de meeste interacties hadden bijgewoond actief gevraagd of ze een interview zagen zitten. Alle vier stemden hiermee in. De ouder werd willekeurig uitgekozen en gevraagd of ze wou deelnemen, net als de huisarts.

6.4. Besluit

In deze studie gingen twee huisartsen in peer-to-peer interactie met jongeren van een lokale jeugdbeweging rond mentale gezondheid. Dit deel van het onderzoek focust op de rol van de huisarts in het organiseren van preventieve interacties buiten de praktijk en het mogelijke effect ervan op de vertrouwensband tussen jongeren en een huisarts. Het bevestigt dat jongeren nood hebben aan positieve ervaringen met een huisarts en een betere kennis van zijn taken en het beroepsgeheim om de drempel om met mentale problemen naar een huisarts te stappen te verlagen. Interacties zoals in dit onderzoek blijken effectief om jongeren een bredere, andere, meer vertrouwde kijk te geven op de huisarts en diens beroepsgeheim. Deze nieuwe kijk kan een vertrouwensband creëren tussen jongere en huisarts en zo effectief drempelverlagend werken. Dit onderstreept de nood aan meer aandacht hiervoor en onderzoek naar manieren om deze interacties vanuit een huisartsenpraktijk tot stand te brengen. Het organiseren van interacties zou een persoonlijke en op eigen interesses en ervaring gebaseerde keuze moeten kunnen zijn als huisarts in een praktijk. Een gebrek aan tijd blijkt nog altijd de grootste beperkende factor. Meer onderzoek naar mogelijke oplossingen hiervoor, zoals de samenwerking met een externe gezondheidspromotor en andere zorgverleners of het in vraag stellen van het huidige takenpakket van de huisarts, kan een eerste stap zijn in het organiseren van meer preventieve interacties.

7. Referenties

1. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. World Health Organisation; 2016.

2. Van Ooteghem G. Een Nieuwe Community Interventie Voor Mentale Weerbaarheid: Interactie als Motor tot Verandering: UGent; 2017.

3. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique. 1986;77(6):425-30.

4. World Health Organisation. Primary Health Care. Now more than ever. Geneva; 2008.

5. Johansson H, Stenlund H, Lundstrom L, Weinehall L. Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. Journal of multidisciplinary healthcare. 2010;3:213-24.

6. Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Preventive medicine. 2005;40(5):595-601.

7. Fernandez A, Moreno-Peral P, Zabaleta-del-Olmo E, Bellon JA, Aranda-Regules JM, Luciano JV, et al. Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. Preventive medicine. 2015;76 Suppl:S5-11.

8. Peckham S, Falconer J, Gillam S, Hann A, Kendall S, Nanchahal K, et al. The organisation and delivery of health improvement in general practice and primary care: a scoping study. Southampton (UK): Health Services and Delivery Research; 2015.

9. Rubio-Valera M. Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care: A Synthesis through Meta-Ethnography. 2014;9(2).

10. World Health Organisation. Changing History. Geneva; 2004.

11. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. The Lancet. 2011;378(9801):1515-25.

12. Ens J, Holmqvist M, Wener P, Halas G, Rothney J, Schultz A, et al. "Mapping Interventions that promote mental health in the general population : A scoping review of reviews." Preventive medicine. 2016(87):70-80.

13. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.

14. De Loose L. De Vlaamse huisarts: een geboren health advocate? : UGent; 2016.

15. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review. 2017;51:30-47.

16. Shah S, Patching van der Sluijs C, Lagleva M, Pesle A, Lim KS, Bittar H, et al. A partnership for health - working with schools to promote healthy lifestyle. Australian family physician. 2011;40(12):1011-3.

17. Weiss D, Lillefjell M, Magnus E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. BMC public health. 2016;16:140.

18. Frank LB, Chatterjee JS, Chaudhuri ST, Lapsansky C, Bhanot A, Murphy ST. Conversation and Compliance: Role of Interpersonal Discussion and Social Norms in Public Communication Campaigns. Journal of Health Communication. 2012;17(9):1050-67.

19. Habermas J, Fultner B. On the pragmatics of social interaction: Preliminary studies in the theory of communicative action.: MIT Press; 2002.

20. Decat P. Addressing the unmet contraceptive need of adolescents and unmarried youth: Act or Interact Learning from comprehensive interventions in China and Latin America: Ghent University; 2015.

21. Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. London: Sage Publications Ltd; 1997.

22. Cullen W, Broderick N, Connolly D, Meagher D. What is the role of general practice in addressing youth mental health? A discussion paper. Irish journal of medical science. 2012;181(2):189-97.

23. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. BMC psychiatry. 2010;10:113.

24. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? The Medical journal of Australia. 2007;187(7 Suppl):S35-9.

25. Ambresin AE, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, Sawyer SM. Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2013;52(6):670-81.

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

27. Tudrej BV, Heintz A-L, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? European Journal of General Practice. 2016;22(4):247-54.

28. Malik R, Oandasan I, Yang M. Health promotion, the family physician and youth. Improving the connection. Family practice. 2002;19:523-8.

29. Vessey JA, DiFazio RL, Strout TD. "I Didn't Even Know You Cared About That Stuff": Youths' Perceptions of Health Care Provider Roles in Addressing Bullying. Journal of Pediatric Health Care.31(5):536-45.

30. Aarseth S, Dalen I, Haavet OR. Encouraging adolescents to contact their GP: a community-based trial. British Journal of General Practice. 2014;64(622):e262-e7.

31. Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. “If we only got a chance.” Barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. Journal of multidisciplinary healthcare. 2010;3:1-9.

32. Dahrouge S, Hogg WE, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon LK, et al. Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices. CMAJ : Canadian Medical Association Journal. 2012;184(2):E135-43.

33. Harris M, Haines A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. Journal of the Royal Society of Medicine. 2012;105(8):330-5.

34. Kislov R, Nelson A, de Normanville C, Kelly MP, Payne K. Work redesign and health promotion in healthcare organisations: A review of the literature: Sheffield Hallam University; 2012.

35. Lundstrøm LH. Improving the care of adolescents in general practice. The British Journal of General Practice. 2014;64(622):216-7.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afs: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Peter DECAT
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0342	18-apr-17	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Interactie tussen jongeren over mentale zelfzorg. Implementatie en realist evaluatie van een interventie in een jeugdbeweging. (MaNaMa Lion Deltour)
Belgisch Registratienummer: B670201731876
Fase (Phase): NVT/NA
* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 27/02/2017 (volledig ontvangen dd. 13/03/2017) + Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie ontv. dd. 04/04/2017)
* Antwoord onderzoekers: via mail dd. 04/04/2017 & 10/04/2017 op opmerkingen EC n.a.l.v. subcommissie dd. 29/03/2017
* Informatie- en toestemmingsformulier dd. 21/03/2017
  voor deelnemers (aangepaste versie ontvangen dd. 10/04/2017)
* Opting-outformulier (ontv. dd. 10/04/2017)
* Protocol
  + topicijst (ontv. dd. 04/04/2017)

Advies werd gevraagd door: dr. P. DECAT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 10/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 10/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 10/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 10/04/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/04/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/04/2017

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0342	18-apr-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het **adviesformulier betreffende project** EC UZG 2017/0342

° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*

" *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

" *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*

" *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*

° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*

§ *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development, Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol

ACHTERGROND INFORMATIE ONDERWERP EN ONDERZOEKSMETHODE.

Uit een HBSC-studie van de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt dat er nood is aan meer aandacht voor de veerkracht bij jongeren in Vlaanderen.(1) De perceptie en kennis van jongeren rond het thema mentale zelfzorg lijken vanuit de huisartsstage weinig bevraagd/gekend te zijn. Mogelijks komt dit doordat de context en de manier van communicatie hierop een grote invloed hebben. Jongeren komen momenteel met dit onderwerp voornamelijk in aanraking via het onderwijs of via informatiebrochures of -affiches. Het is de klassieke aanpak van voorlichting en manier om het onderwerp te bespreken. Op die wijze wordt vooral ingewerkt op de kennis van een persoon, met de idee dat er op die manier invloed is op het gedrag.

Uit verschillende modellen blijkt echter dat er eigenlijk veel meer determinanten zijn voor gezondheid dan enkel kennis. In het model “social determinants of health” van Dahlgren and whitehead (1992) wordt dit geïllustreerd.

De “Theory of planned behaviour and reasoned action” (Ajzen) beschrijft de precursoren voor gedragsverandering. Deze theorie vertrekt vanuit de idee dat de eerste precursor voor een bepaald gedrag eruit bestaat de intentie te hebben tot het gedrag.

Deze intensie om het gedrag te veranderen komt dan weer voort vanuit 3 drijfveren:

- De eigen houding ten opzichte van het gedrag
- Subjectieve norm: welk gedrag verwacht de omgeving/maatschappij
- Perceived behavioural control: welke controle heb ik over het gedrag (eigen kennis en vaardigheden)

Uit andere onderzoeken (2) blijkt dat acties veel minder vaak zullen leiden tot gedragsverandering dan dat interpersoonlijke interactie dit doet. Wat mensen bijleren, oppikken of meenemen van elkaar werkt veel meer in op deze verschillende precursoren. Er is dus meer nood aan een interactief model.

De hypothese van dit onderzoek is dan ook dat een veilige interactie tussen jongeren, georganiseerd vanuit de huisartspraktijk, in dat opzicht een positief effect zou kunnen hebben op ideeën, perceptie en gedrag rond mentale zelfzorg.

Het onderzoek zelf zal gebeuren vanuit de realist evaluation methode. (3) Bij deze onderzoeksmethode gaat het, in tegenstelling tot de klassieke onderzoeksvormen, niet om resultaten en uitkomsten maar ligt de focus op het proces om al dan niet tot een bepaald resultaat te komen: “wat werkt in welke omstandigheden en voor wie”.

Deze realist evaluation methode is een dynamische onderzoeksmethode waarbij we vertrekken van een zogenaamde CMO hypothese.

“Waarom en hoe zou een interactie tussen jongeren hun denken/handelen met betrekking tot mentale zelfzorg of de precursoren van hun gedrag kunnen beïnvloeden?”.

Hier bouwen we een theorie rond die we dan nadien kunnen aftoetsen. Hierbij spelen drie grote evaluatie domeinen een rol.

De **Context** waarin de interactie plaats vond. De jeugdbeweging, de andere jongeren, het feit dat er een veilige sfeer is en ons beroepsgeheim. Elke van deze factoren kunnen een positief of negatief effect gehad hebben.

Mechanisme beschrijven tools, creatieve zaken bv een spel, helpt dat om beter over een bepaald onderwerp te praten?

Outcome dit kan vanalles zijn, wat door de jongeren zelf gezien wordt als “opbrengst”.

Via kwalitatief onderzoek, aan de hand van diepte-interviews met de jongeren na het doorlopen van verschillende sessies, zal getracht worden een antwoord te genereren op deze hypothese.

Ons onderzoek zal lopen met jongeren van een jeugdbeweging en niet vanuit de praktijk gerekruteerd. Dit is omdat we contextfactoren als omgeving en setting willen laten meespelen als mogelijke gunstige of ongunstige factor. Het lijkt ons waarschijnlijk dat dit voor de jongeren een veiligere context is.

De keuze voor een setting buiten de huisartspraktijk komt daarnaast ook voort vanuit het belang dat we hechten aan de rol van Health advocate, zoals beschreven in de canmeds.(4) In ons huidig gezondheidssysteem is alles nog vrij nauw verbonden met de praktijk/praktijkvoering zelf, doch ook het “community orientended primary care” model toont aan wat de meerwaarde kan zijn van buiten deze zone te treden. (5)

PRAKTISCH

Vooreerst zullen we de leden van de jeugdbeweging bezoeken en hun uitgebreid info geven over de interactie momenten en de verdere analyse ervan. We geven hen de kans vragen te stellen en verzekeren hen dat ze elk moment kunnen stoppen met hun deelname en geven de nodige uitleg over eventuele opvolging. (zie later)

Nadien laten we ze een informed consent tekenen. De exacte groep is nog niet gekend, maar zal ik zeker in addendum laten weten indien wel. Ik denk te werken met jongeren tussen 16 en 18 jaar. Het gaat om oudere, niet specifiek kwetsbare kinderen die de impact volledig kunnen begrijpen en zelf kunnen beslissen. Doch wordt een informatiebrief en informed consent opgestuurd naar de jongeren thuis om dit samen met hun ouders te bespreken en beslissen. (6)

Voor we beginnen aan de interventies zullen we eerst opgeleid worden om dergelijke sessies te kunnen begeleiden. Tijdens de eerste sessie zullen we ook bijgestaan worden door onze promotor of een andere gezondheidspromotor met ervaring in het geven van zo'n sessies. Tijdens de andere sessies zal of onze promotor of onze praktijkopleider stand-by zijn voor het geval er problemen opduiken.

We zullen samenkomen met de jongeren gedurende 1 à 2 uur in een neutraal lokaal (bv. buurtlokaal van het Rode Kruis in Destelbergen), en dit ongeveer 3 keer. Op deze tijdstippen zal het de bedoeling zijn dat de jongeren in interactie gaan over het thema mentale zelfzorg. Indien nodig, zullen we dit gesprek op gang laten komen met behulp van een spel, open vragen of discussieonderwerpen (inspiratie halen we onder andere van de website www.noknok.be van Vigez). Het zal de bedoeling zijn om elke keer verder te bouwen op het vorige interactie moment. De inhoud mag zeer dynamisch zijn en van de jongeren zelf komen.

Na deze 3 momenten zal gevraagd worden wie wil deelnemen aan de diepte interviews. De jongeren kunnen uiteraard op elk moment stoppen met het onderzoek. Wanneer er iets uit de interactie momenten zou komen waarbij een jongere extreem kwetsbaar is zal er verzekerd worden om opvolging te voorzien. Dit door contactopname met de huisarts van de jongere door mijzelf. Dit zal ook zo meegegeven worden bij het begin van de interactiemomenten.

Bijlage 3: Informatiebrief met informed consent

INFORMATIEBRIEF VOOR DE DEELNEMERS AAN PROEVEN

1. Titel van de studie:

Interactie tussen jongeren over copen met stress.

Implementatie en realist evaluatie van een interventie in een jeugdbeweging.

2. Nummer van de studie:

EC/2017/0342

3. Doel van de studie:

Men heeft je gevraagd om deel te nemen aan een klinische studie.
Deze studie kadert in mijn Master na master opleiding Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent. Met deze brief willen wij je als deelnemer en als wettelijk verantwoordelijke van de deelnemer de nodige info geven.

Uit een studie van de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt dat er nood is aan meer aandacht voor de veerkracht bij Vlaamse jongeren. De kennis en ideeën van jongeren over omgaan met stress lijken door de huisarts soms weinig bevraagd en gekend te zijn. Jongeren komen met dit onderwerp wel in beperkte mate in aanraking via het onderwijs of via informatiebrochures/affiches. Op deze klassieke manier van voorlichting wordt vooral ingewerkt op de kennis van een persoon, met de idee dat er op die manier invloed is op het gedrag.
Echter, reeds verschillende onderzoeken tonen aan dat het gedrag van een persoon door veel meer zaken wordt bepaald dan louter je kennis rond een onderwerp. Omgevingsinvloeden, eigen ideeën, eigen vaardigheden en de intentie om een bepaald gedrag te stellen of te veranderen spelen een even grote rol.

We vermoeden dat interactie tussen jongeren onderling rond het thema ‘omgaan met stress’ een effect kan hebben op het gedrag, of op de bepalende factoren die het gedrag beïnvloeden. Met het onderzoek willen we dit toetsen en nagaan welke factoren of situaties een positieve of negatieve invloed hebben op hoe jongeren met stress omgaan.

4. Beschrijving van de studie:

We zullen samenkomen gedurende 1 à 2 uur, en dit ongeveer 3 keer. Op deze tijdstippen zal het de bedoeling zijn dat er tussen de jongeren onderling gepraat wordt over het thema 'omgaan met stress'. De interactie op gang brengen zullen we doen aan de hand van een spel of enkele discussieonderwerpen. Het zal de bedoeling zijn om telkens verder te bouwen op het vorige interactiemoment. De inhoud van de interactie mag van de jongeren zelf komen. We zullen zelf niet actief deelnemen maar als observator de gesprekken bijwonen en ingrijpen indien nodig (bv. wanneer een van de jongeren té persoonlijke, kwetsbare informatie deelt).
Achteraf nemen we van enkele jongeren diepte-interviews af. Wat zijn hun ervaringen? Wat was positief, wat was negatief? Zo proberen we de hypothese dat interactie iets kan betekenen te onderbouwen.
We zullen dit nagaan met behulp van realist evaluation. Bij deze onderzoeksmethode staan niet zozeer de uitkomsten of veranderingen van gedrag centraal, maar ligt de focus op het proces van verandering. Men bestudeert wát precies gebeurt, waarom de zaken lopen zoals ze lopen, en probeert te begrijpen welke factoren een rol spelen in dit proces.
In totaal zullen een tiental personen aan deze studie deelnemen.

5. Deelname en beëindiging:

Deelnemen aan deze studie is helemaal vrijwillig. Je kan op ieder moment beslissen om toch niet deel te nemen of om te stoppen met het onderzoek zonder dat je hiervoor een reden moet geven of zonder dat het een invloed zal hebben op de relatie tussen ons als onderzoeker en jou als deelnemer. Je deelname aan deze studie zal door ons worden stopgezet als wij vinden dat dit nodig is en in jouw eigen belang is.
Als je deelneemt, wordt je gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

6. Risico's en voordelen:

We verwachten dat de jongeren opener over omgaan met stress durven praten of dat ze hierover iets nieuws bijleren of inzien.

Een mogelijk risico is dat de momenten van interactie eventueel emoties losmaken die we dan nauwgezet moeten kaderen en opvolgen. Indien nazorg nodig is zullen wij contact opnemen met de eigen huisarts om zo een goede opvolging te voorzien.
Als je deelneemt aan het onderzoek, kan je op elk ogenblik vragen stellen over het onderzoek zelf en over mogelijke risico's. Als er hevige emoties of ernstige problemen naar boven zouden komen, dan garanderen wij een gepaste opvolging en behandeling door je eigen huisarts of door een andere professionele hulpverlener. Mocht dit het geval zijn, dan ben je verzekerd en worden de kosten voor een eventuele opvolging gedekt. Op dat ogenblik kunnen je gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek betekent niet dat je verplicht bent om deel te nemen aan deze studie.

7. Vertrouwelijkheid:

Het is wettelijk bepaald dat je privacy gedurende het hele onderzoek wordt gerespecteerd en dat je toegang zal krijgen tot alle gegevens van het onderzoek.
Als je akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen de gegevens die tijdens dit onderzoek naar boven komen worden verzameld en anoniem gemaakt.
Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal je identiteit niet bekend gemaakt worden.

8. Contactpersoon:

Als er problemen optreden tijdens deze studie, of als je aanvullende informatie wenst over de studie of over je rechten en plichten, kan je in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Dr. Lien Deltour
Lien.deltour@ugent.be
09/228.90.13
Huisartsenpraktijk Kerkstraat Destelbergen
Praktijkopleider : Dr. Jozef Willems

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ik, _____ heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers aan proeven” pagina 1 tot en met 3 gelezen en er een kopie van gekregen. Ik ga akkoord met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan deze studie.

Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico’s en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een antwoord gekregen.

Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet deel te nemen of om te stoppen met het onderzoek.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.
Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger: _____

Datum: _____

Handtekening vrijwilliger:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon die voorafgaande uitleg heeft gegeven:
_____

Datum: _____

Handtekening: